

**COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS**  
**NEUVIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE**  
**LE TRACHOME**

**Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale**

THE  
CARTER CENTER



*Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.*

**Atlanta, Georgie**  
**11 – 13 février 2008**

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

cnhf



**COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS**  
**NEUVIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE**  
**LE TRACHOME**

**Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale**

THE  
CARTER CENTER



*Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.*

**Atlanta, Georgie**  
**11 – 13 février 2008**

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

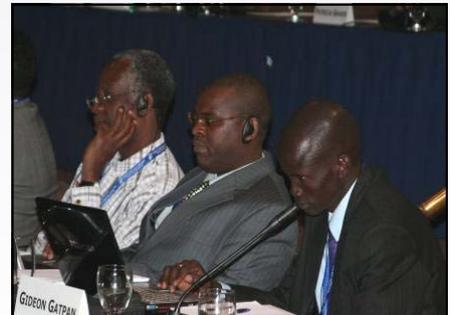
cnhf





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

**Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale**



## TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements</b> .....	<b>i</b>
<b>Resume Analytique</b> .....	<b>ii</b>
<b>Sigles</b> .....	<b>iii</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome en Ethiopie</b> .....	<b>1</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana</b> .....	<b>8</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome au Mali</b> .....	<b>13</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome au Niger</b> .....	<b>18</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome au Nigeria</b> .....	<b>24</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan et Soudan du Sud</b> .....	<b>28</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie</b> .....	<b>38</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome en Ouganda</b> .....	<b>42</b>
<b>Récapitulatif des tableaux et graphiques</b>	
Tableau 1: Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....	<b>45</b>
Tableau 2: Objectifs annuels des programmes de lutte contre le trachome.....	<b>46</b>
Tableau 3: Interventions soutenues par le Centre Carter, 1999-2007.....	<b>47</b>
Table 4: Interventions soutenues par le Centre Carter, janvier-décembre 2007.....	<b>48</b>
Fig. 1: Villages recevant une éducation sanitaire, par pays.....	<b>49</b>
Fig. 2: Latrines familiales construites, par pays.....	<b>50</b>
Fig. 3: Distribution d'azithromycine, par pays.....	<b>51</b>
Fig. 4: Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	<b>52</b>
Fig. 5: Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue.....	<b>53</b>
Fig. 6: Latrines familiales construites.....	<b>54</b>
Fig. 7: Distribution d'antibiotiques.....	<b>55</b>
<b>Special Sessions</b>	
Enquête d'évaluation triennale du trachome dans la Région d'Amhara en Ethiopie.....	<b>56</b>
Etudes sur la prise en charge du trichiasis trachomateux.....	<b>58</b>
Que se passera-t-il si nous ne faisons rien pour combattre le trachome? .....	<b>60</b>
Essai clinique STAR: Chirurgie du trichiasis, Antibiotiques pour éviter la récurrence.....	<b>62</b>
Habitudes médiatiques, mobilisation sociale et l'éducation sanitaire.....	<b>64</b>
Conception des latrines à fosse améliorées et ventilées.....	<b>65</b>
Trachome et CHANCE au sein du programme de lutte intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées.....	<b>67</b>
Intégration du trachome, de la dracunculose et du paludisme dans le Soudan du Sud.....	<b>70</b>
Lutte contre le trachome dans le contexte de l'intégration de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Mali.....	<b>72</b>
Evaluation à mi-parcours du plan stratégique pour la lutte contre le trachome au Niger 2005-2009.....	<b>74</b>
Intégration appliqué: cartographie de la schistosomiase urinaire et du trachome dans les états du Plateau et du Nasarawa.....	<b>75</b>
Mise à jour sur l'Initiative Internationale du Trachome.....	<b>77</b>
Lions Clubs de l'Ethiopie.....	<b>79</b>
Formation des groupements féminins au Mali.....	<b>80</b>
Associations entre le trachome actif et les interventions communautaires.....	<b>81</b>
<b>Appendix I: La maladie</b> .....	<b>83</b>
<b>Appendix II: Ordre du jour final</b> .....	<b>84</b>
<b>Appendix III: Liste des participants</b> .....	<b>87</b>

## REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter aimerait exprimer sa reconnaissance aux donateurs suivants :

### **Sociétés :**

Pfizer Inc  
Metromark International Corporation  
Boston Duck Tours, LP

### **Fondations et organisations :**

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

### **Personnes :**

Edward E. Altemus  
Simon Baker  
Richard A. Barry  
Lisette Bauersachs  
Richard C. Blum  
Carol A. Crotty  
John A. Davidson  
Randy Davila  
Philip and Marla Doss  
Stanley and Wendy Drezek  
Robert Earnest  
Peter A. Gallett  
Donal Grogan  
C. Grogan  
Stephen Haggerty  
Sandra Harss  
Kathleen Hayes and Stephen Updegrove  
Robert and Sally Huxley  
Morton P. Hyman  
George and Elsie Jones  
Lee Kottke  
Delmar Krehbiel  
Bonnie Mason  
A. K. Matsumoto  
Kurt F. Miller  
Robert Moore  
John J. Moores  
William H. Overby  
Sueann Pugh  
Greg Randolph  
John E. Ryan  
Walter and Tracy Schier  
Catherine Shaw  
Lalit and Veneta Shahani  
Robert and Carol Shurman  
Virginia O. Skinner  
Frank J. Sterle  
Ruth D. Wagoner  
Donald R. Willingham  
Christopher Wingert  
Kerri Wingert  
Norman Wingert

**Et à de nombreux autres, notre sincère reconnaissance.**

## RESUME ANALYTIQUE

### *Vérifier la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale*

La neuvième revue annuelle de lutte contre le trachome s'est tenue au Centre Carter du 11 au 13 février 2008. Outre les sept programmes bénéficiant d'une assistance du Centre Carter, sont venus nous rejoindre nos partenaires des Centers for Disease Control and Prevention, l'Initiative Internationale du Trachome, Helen Keller International, Johns Hopkins University, Research Triangle Institute, l'Equipe Spéciale pour la Survie et le Développement de l'Enfant et World Vision. Les directeurs des programmes de l'Ouganda et de la Tanzanie ont apporté les perspectives d'un pays venant de s'embarquer dans la lutte contre le trachome et d'un autre pays qui dispose depuis dix ans d'un vigoureux programme. Guidées par le thème "**Vérifier la Mise en Œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale**", les présentations se sont consacrées sur les progrès faits en vue d'atteindre le but final d'intervention, sur la planification axée sur des données probantes, sur la méthodologie d'enquête et sur la fixation d'objectifs.

A l'instar des années précédentes, les principaux objectifs de la revue du programme consistaient à évaluer le statut des programmes nationaux de lutte contre le trachome, à identifier les défis rencontrés au niveau de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, à discuter des solutions et à partager des expériences, ainsi qu'à standardiser l'information. Les discussions dans le cadre des revues de programmes se rapportent spécifiquement au programme bien que l'impact soit mondial. Les accomplissements, les défis, les solutions et les leçons retenues continuent à guider l'évolution de l'Alliance GET 2020, surtout en ce qui concerne les volets N & CE de la stratégie CHANCE.

Ces comptes rendus reflètent les idées, les discussions et les propositions faites lors de la neuvième Revue des Programmes de lutte contre Trachome. Ces réunions offrent un forum unique aux responsables des programmes de lutte contre le trachome, au personnel du Centre Carter et à d'autres partenaires qui peuvent ainsi travailler face à face pour faire le point des accomplissements et planifier les activités futures. Ce groupe représentant neuf programmes nationaux est la première et la seule assemblée de coordinateurs nationaux, et régionaux et d'experts contre la lutte contre le trachome qui se rencontrent régulièrement pour discuter de l'application pratique de la stratégie CHANCE\*, insistant sur les volets N & CE.

Les points saillants des sessions spéciales de la revue de cette année, sont des présentations sur l'intégration des programmes de lutte contre le trachome avec la lutte contre les maladies tropicales négligées dans le Soudan du Sud, au Nigeria et au Mali. Des recherches opérationnelles ont également été présentées, par exemple l'évaluation du programme de promotion de latrines du Ghana et les résultats d'une enquête sur les habitudes médiatiques dans le Soudan du Sud.

La revue a mis en exergue le partenariat entre la Fondation Internationale des Lions Clubs et des Centres Carter, notamment les Lions Clubs de l'Ethiopie et leur rôle dans la réduction du trachome cécitant dans l'Etat Régional d'Amhara.

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

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

CH pour chirurgie

A pour antibiotiques

N pour nettoyage du visage

CE pour changement environnementale

## SIGLES

ALB	Albendazole
BFI/T	But final d'intervention/traitement
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Comité de développement villageois
CHANCE	Chirurgie, Antibiotique, Nettoyage du Visage, Changement Environnemental
CMA	Christian Mission Aid
CSP	Centres de santé publics
CWSA	Community Water and Sanitation Agency (Ghana)
ERT	Evaluation rapide du trachome
FAR	Fellowship for African Relief
FL	Filariose lymphatique
GDF	Groupe de discussions focalisées
GOS	Gouvernement du Soudan
GOSS	Gouvernement du Soudan du Sud
GRBF	Global 2000 River Blindness Program (Programme de cécité des rivières de Global 2000)
GTM	Garbet Tehadisso Mahber
HKI	Helen Keller International
IEC	Information, éducation, communication
ITI	International Trachoma Initiative (Initiative internationale du trachome)
IVM	Ivermectine
KAP	Connaissances, attitudes et pratiques
LCIF	Lions Clubs International Fondation
LGA	Local Government Area (Collectivité locale au Nigeria, analogue à un district)
MDII	Moustiquaire durable imprégnée aux insecticides
MFS	Ministère fédéral de la santé
MS	Ministère de la santé
MTN	Maladie tropicale négligée
NR	Northern Region (Ghana)
OAT	Objectif annuel de traitement
OLS	Operation Lifeline Soudan
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PLT	Programme de lutte contre le trachome
PNLC	Programme national de lutte contre la cécité
PNPC	Programme national de prévention de la cécité
PZQ	Praziquantel
SF	SightFirst
TCI	Traitement communautaire avec l'ivermectine
TF	Trachome folliculaire/inflammatoire
TI	Trachome inflammatoire/intense
TPHA	Transformation participative hygiène et assainissement
TT	Trichiasis trachomateux
UWR	Upper West Region (Ghana)
WAWI	West African Water Initiative (Initiative d'approvisionnement en eau de l'Afrique de l'Ouest)
WVI	World Vision International

## **Programme de Lutte contre le Trachome en Ethiopie**

*Présenté par le Dr Zerihun Tadesse, Chef du Département de Prévention et de Lutte contre les Maladies, Ministère Fédéral de la Santé, Ethiopie*

### **Données générales**

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

Pour une population estimée à 79 millions de personnes en 2007, l'Ethiopie compte 68,7 personnes d'après les estimations, qui courent le risque de contracter le trachome. Des estimations récentes sur le trachome indiquent que 1,2 million de personnes sont aveugles, 2,8 millions de personnes ont une faible vision, 9 millions d'enfants âgés de 1 à 9 ans souffrent de trachome actif et 1,3 million d'adultes souffrent de trichiasis trachomateux.

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

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

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

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

## Epidémiologie du trachome en Ethiopie

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

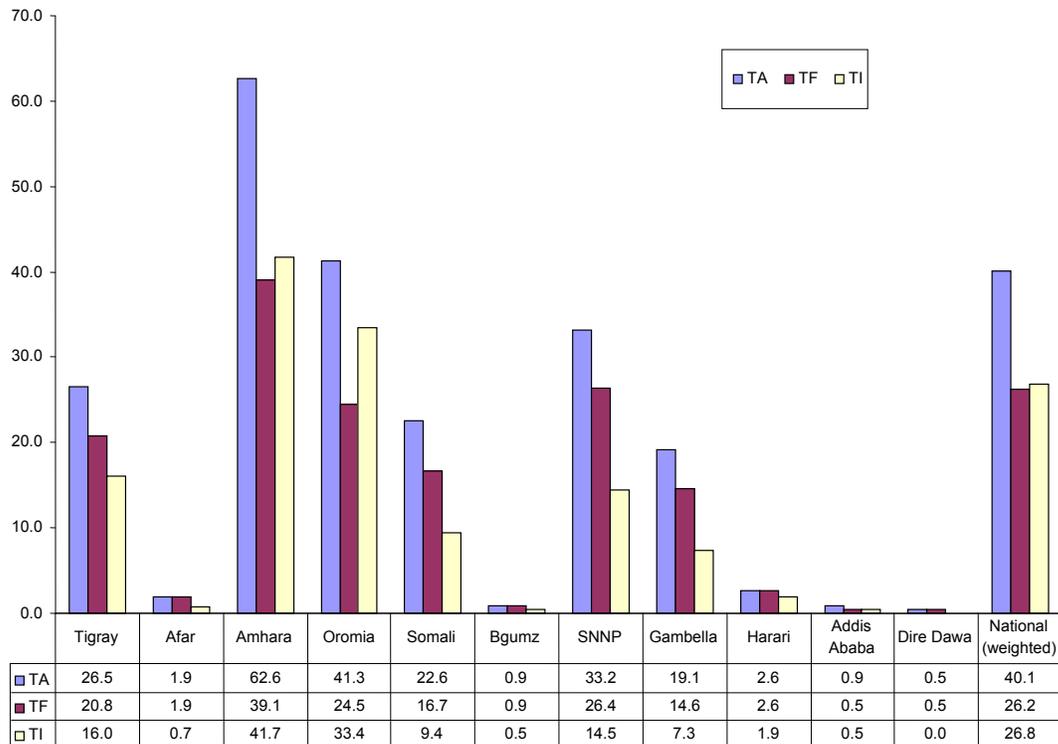


Tableau 1 : Prévalence du trichiasis (TT) chez les adultes âgés de plus de 14 ans par état, Ethiopie

Région	Prévalence du TT (%)
Tigray	2.3
Afar	1.0
Amhara	5.2
Oromia	2.8
Somalie	4.2
B-Gumz	0.1
SNNP	2.0
Gambella	2.5
Harari	1.2
Addis Ababa	0.9
Dire Dawa	0.7
National (pondéré)	3.1

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

Domaine	TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans	TT chez les enfants âgés de 0 à 14 ans	TT chez les enfants âgés de 15 ans et plus
	Prévalence (%)	Prévalence (%)	Prévalence (%)
Région d'Amhara	32.7	0.3	6.2
<i>Zones</i>			
North Gondar	34.7	0	4.3
Waghemira	60.1	0.5	6.3
South Gondar	28.9	0.1	3.8
North Wollo	51.9	0.8	9.4
West Gojjam	33.1	0.4	10.0
Awî	38.9	0.1	5.4
East Gojjam	48.3	0.3	7.1
South Wollo	12.6	0.3	3.2
Oramia	28.7	0.1	2.4
North Shewa	23.2	0.3	9.0

### **Accomplissement du programme en 2007**

Le programme Lions-Centres Carter a étendu ses interventions à 36 nouveaux woredas dans l'état d'Amhara en 2007, couvrant toute la région. Cette expansion rapide à grande superficie géographique avec tout le recrutement et toute la formation du personnel que cela supposait, a freiné la performance du programme Ethiope en 2007. La portée du programme Lions-CentreCarter dans l'état d'Amhara est sans précédent. L'année dernière, le programme a connu des retards dans l'acquisition de matériel chirurgical et dans la fourniture de grandes quantités d'azithromycine pour la distribution de masse. Le personnel du bureau sanitaire régional d'Amhara a de nombreuses responsabilités et approche la limite de sa capacité humaine. En général, le programme s'est donné des objectifs ambitieux en fonction des besoins pour l'élimination du trachome en 2007 et, bien qu'il n'ait pas atteint ces objectifs, il n'en a pas moins eu un rendement record.

Tableau 3 : Accomplissement du programme en 2007

Activité	Cible	Résultats	Cible du Centre Carter (Amhara uniquement)	Résultats du Centre Carter (Amhara uniquement)
Personnes opérées du trichiasis	95,095	45,271	95,095	28,425
Opérateurs formés	306	193	306	193
Doses d'azithromycine distribuées	10,373,499	6,224,372	9,191,182	5,195,937
Doses de tétracycline distribuées	689,463	343,963	689,463	343,963
Personnes bénéficiant d'une éducation sanitaire	70,098	11,185	70,098	11,185
Latrines familiales construites	466,359	41,228	466,359	41,228

### *Chirurgie du trichiasis*

Le programme de lutte contre le trachome de l'Ethiopie réalise des chirurgies du trichiasis dans des centres de santé et lors de campagnes de stratégie avancée. Tous les chirurgiens du TT reçoivent des trousseaux et sont supposés réaliser des chirurgies du TT dans leurs établissements de santé. Lors des campagnes mobiles, une équipe de chirurgiens du TT se rend dans des dispensaires où la chirurgie du TT n'est pas disponible et opère tous les patients du TT qui se présentent. Une campagne peut durer entre 5 à 10 jours et aide à surmonter les barrières de distance pour ceux qui souffrent du TT. En 2007, 108 campagnes de chirurgie du trichiasis ont été réalisées et un record de 193 nouveaux chirurgiens du TT ont été formés. La commande de 650 trousseaux d'équipement chirurgicaux était la plus grande que le fabricant n'ait jamais reçue, d'où un retard dans la mise en œuvre du programme. Le programme Ethiope certifie les nouveaux chirurgiens en utilisant la directive de l'OMS "Evaluation Finale des Chirurgiens du Trichiasis". Les chirurgiens qui n'ont pas opéré pendant 6 mois ou plus sont à nouveau certifiés. Cette re-certification devra être donnée périodiquement à tous les chirurgiens, mais la directive n'a pas encore été appliquée.

### *Distribution d'antibiotiques*

En Ethiopie, les antibiotiques sont distribués en utilisant la structure sanitaire existante, y compris le superviseur du *woreda* (district, population supérieure à 100 000 personnes) et les agents de santé du *kebele* (ensemble de villages, population d'environ 5 à 6 000 personnes). Le superviseur au niveau *woreda* est responsable de la supervision de tous les superviseurs de terrain. Les superviseurs de terrain sont des agents de santé provenant de centres de santé et ils supervisent chacun 3 à 4 équipes. La distribution d'antibiotiques se fait sous observation directe et elle est notée dans les registres du *kebele*. Une campagne de distribution peut durer jusqu'à 10 jours et elle est organisée dans un endroit pratique du *kebele*. Les familles manquantes sont recherchées, maison par maison, par les volontaires du trachome.

En 2007, un total de 52 *woredas* ont reçu de l'azithromycine (42 dans l'Amhara dans le cadre du programme soutenu par Lions-Centre Carter et 10 dans les régions de Tigray et d'Oromia, soutenus par Orbis et Garbet Tehadisso Mahber, GTM). Toutes les activités du programme ont été réalisées sous l'égide des bureaux sanitaires régionaux et bénéficient donc de la crédibilité et de la confiance accordée à ces bureaux. Les bureaux participent également à la micro planification, affectent du personnel aux campagnes, payent les salaires pendant les périodes de la campagne et fournissent si possible les moyens de transport. Le programme estime que son but final d'intervention, en ce qui concerne la distribution d'antibiotiques, sera minimum de 60,9 millions de doses, y compris 139 *woredas* dans la région d'Amhara et 148 dans SNNPR.

### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

Dans les régions du programme soutenu par le Centre Carter, 1 447 *kebeles* (43,9% des 3 299 *kebeles* au total) ont bénéficié d'une éducation sanitaire en 2007, couvrant une population estimée à 8,7 millions de personnes. La radio régionale d'Amhara peut atteindre les 20 millions de personnes mais peu de gens possèdent une radio (25% des familles). L'éducation sanitaire concernant le trachome est dispensée d'une manière intégrée avec l'éducation sur le paludisme dans les endroits suivants : centres de santé, écoles, réunions traditionnelles et communautaires, lors des distributions de médicaments et lors de campagnes chirurgicales, et pendant les visites à domicile faites par les agents de santé. Les messages sur le trachome donnent une information sur la source et la cause du trachome, le mode de transmission, le traitement et la prévention du trachome, et une démonstration est faite du lavage du visage, de la conservation de l'eau à domicile et de la construction de latrines. Le but final d'intervention pour l'Amhara est d'atteindre tous les 3 299 *kebeles* où le trachome est endémique, et de leur apporter une éducation sanitaire d'ici 2009.

### *Changement environnemental (CE)*

En Ethiopie, la construction de latrines est une priorité pour le gouvernement fédéral conformément à l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement ("réduire de moitié la proportion de ménages sans accès à l'assainissement d'ici 2015"). La couverture nationale en latrines

s'élevait à 32% en 2006 d'après les estimations. Selon l'enquête démographique et de santé de 2005, l'accès à l'assainissement dans la région d'Amhara est encore plus faible, se situant à 29,7%. Le programme national de promotion des latrines repose sur le changement comportemental et le renforcement des compétences parmi les membres communautaires pour qu'ils puissent construire leurs propres latrines à fosse, en utilisant des matériaux locaux. La communauté participe sous forme de main-d'œuvre et apporte des matériaux. Le programme encourage la construction de latrines individuelles à fosse dans toutes régions du projet, sans donner de formation spécifique aux maçons ou aux artisans. La promotion de latrines est un volet clé du programme National d'Expansion des Services de Santé.

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

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

Tableau 4 : Accomplissements dans les régions soutenues par SightFirst Lions-Centres Carter de 2001 à 2007

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

### **Objectifs pour 2008**

Aucun objectif national n'a été présenté lors de la revue du programme. Les objectifs ci-après concernent les zones de la région d'Amhara bénéficiant d'une assistance des Lions-Centres Carter.

#### *Chirurgie (CH)*

- Opérer 101 187 personnes du trichiasis

#### *Antibiotiques (A)*

- Distribuer de l'azithromycine à 10 938 752 personnes
- Distribuer de la tétracycline à 251 566 personnes

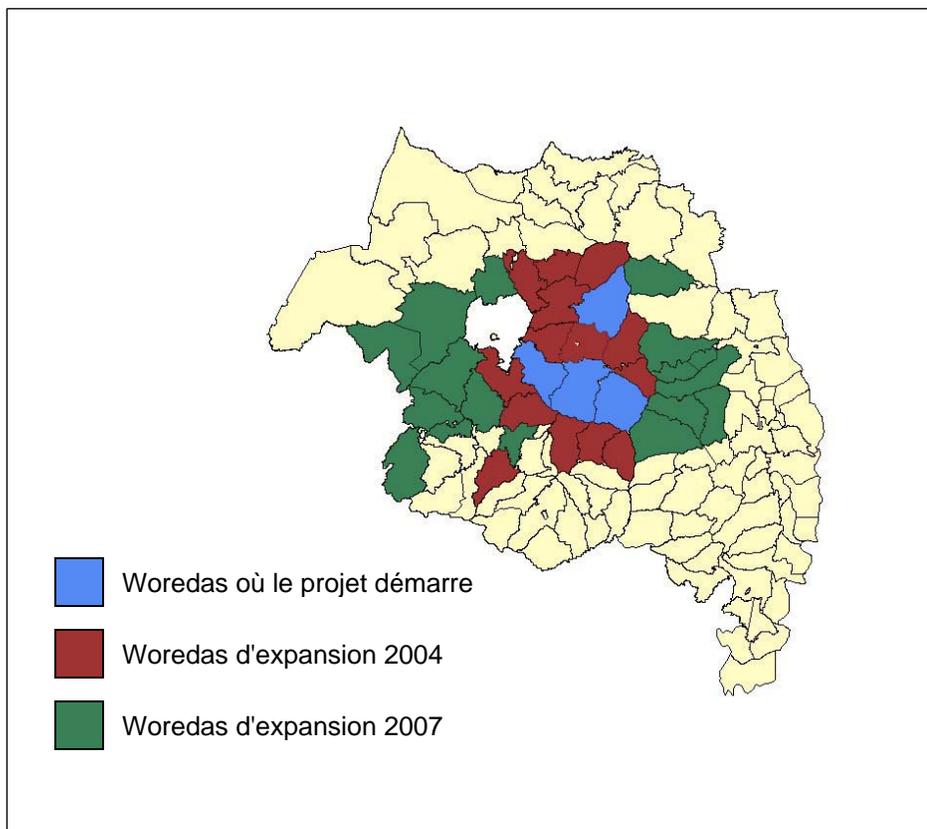
#### *Education sanitaire et nettoyage du visage (N)*

- Dispenser une éducation sanitaire à 2 446 villages où le trachome est endémique

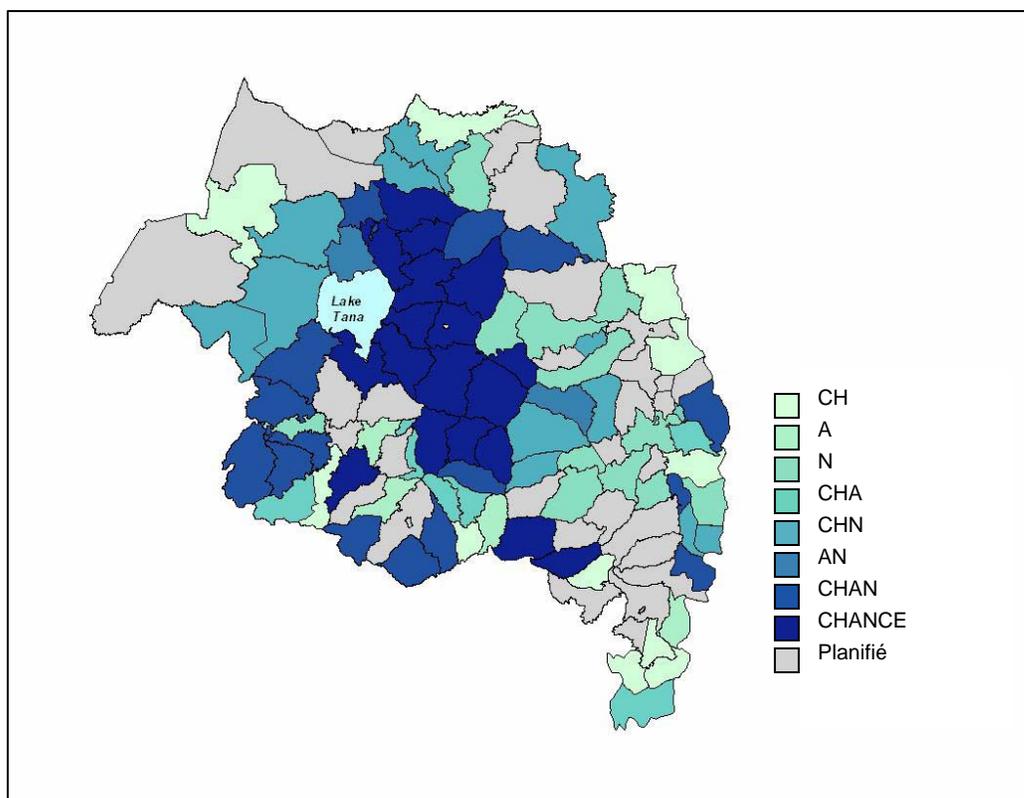
#### *Changement environnemental (CE)*

- Faciliter la construction de 400 996 latrines familiales

Carte : Woredas avec traitement antibiotique soutenu par Lions-Centres Carter, région d'Amhara (2001-2007)



Carte : Exécution des volets de CHANCE 2007 : Etat Régional d'Amhara



## **Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana**

*Présenté par le Dr Oscar Debrah, Chef des Soins Oculaires, Service de Santé du Ghana*

### **Données générales**

Le trachome est la troisième cause de cécité au Ghana après la cataracte et le glaucome. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le programme national de lutte contre le trachome à réaliser la première enquête sur la prévalence du trachome dans les régions de l'Upper West (UWR) et Northern (NR). Le Centre Carter a également apporté une aide à la première enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) dans l'UWR (décembre 1999) et NR (Juillet 2000), en utilisant des enquêtes auprès des ménages, des groupes de discussions focalisées et des observations communautaires directes. Les résultats de ces études ont été utilisés lors d'ateliers en octobre 2000 et en janvier 2001, pendant lesquels des plans ont été dressés pour la lutte contre le trachome aux niveaux district et régional. La population actuelle exposée au risque de contracter le trachome dans les deux régions où l'on sait que la maladie est endémique s'élève, d'après les estimations à 2,6 millions de personnes.

L'équipe nationale de lutte contre le trachome constituée d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, supervise les activités de lutte contre le trachome au niveau national. Dans chaque région où le trachome est endémique, une équipe régionale planifie et suit les activités de lutte contre le trachome. Elle rend compte à l'équipe spéciale nationale et apporte un feedback aux districts et aux autres partenaires. La même structure existe au niveau district. Elle travaille en étroite collaboration avec les agents de première ligne pour appliquer la stratégie CHANCE dans les communautés ciblées. Le programme de lutte contre le trachome du Ghana a fixé 2010 comme la date d'élimination du trachome cécitant.

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

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

### **Epidémiologie du Trachome au Ghana**

Le Tableau 1 ci-après présente les données initiales des enquêtes sur la prévalence réalisée entre 2000 et 2003. Le trachome inflammatoire – folliculaire (TF) chez les enfants de 1 à 9 ans se situe dans une fourchette entre 2,8 et 16,1% (lorsqu'on utilise une mesure de TF/TI). Le trichiasis trachomateux (TT) chez les femmes de 40 ans et plus, s'élevait dans une fourchette allant de 0,4 à 8,4%.

Tableau 1 : Données des enquêtes de prévalences telles que présentées

District	%TF	%TI	%TF/TI	%TT	Année d'enquête
Tolon-Kumbungu	-	-	12.4	8.4	2000
Savelugu-Nanton	-	-	9.7	4.5	2000
Tamale Municipal	-	-	4.7	4.9	2000
West Gonja & Central Gonja	-	-	11.1	3.7	2002
Bole & Sawla-Tuna-Kalba	8.2	0.8	-	1.8	2003
East Gonja	3.7	0.2	-	0.9	2003
East Mamprusi & Bunkpurugu- Yunyoo	2.8	0.4	-	0.6	2003
Gushiegu & Karaga	4.4	0.3	-	0.8	2003
Nanumba North & Nanumba South	3.8	0.2	-	0.5	2003
Saboba / Chereponi	3.2	0.2	-	0.5	2003
West Mamprusi	6.8	1.1	-	0.8	2003
Yendi	3.5	0.4	-	1.0	2003
Zabzugu/Tatale	4.4	0.6	-	0.4	2003
Sissala East & Sissala West	-	-	11.5	1.6	2000
Wa Municipal, Wa East & Wa West	-	-	16.1	2.6	2000
Jirapa/Lambussie	5.0	0.6	-	0.8	2003
Lawra	2.8	0.1	-	0.7	2003
Nadowli	3.6	0.5	-	1.3	2003

Une autre enquête sur la prévalence du trachome a été faite dans l'Upper East Region en janvier 2007. Les résultats ont montré que le trachome n'était pas un grave problème de santé public dans la région. Ce résultat pourrait être dû à plusieurs facteurs dont la disponibilité d'eau potable dans presque chaque communauté.

Lors de la revue de programme, on a présenté les résultats provisoires de l'enquête sur l'évaluation de l'impact en cours, dans les districts de l'Upper West et de Northern Region. Le tableau ci-après présente les données préliminaires :

Tableau 2 : Données préliminaires de l'enquête sur l'évaluation de l'impact\*

District	%TF	Nombre examiné 1 à 9 ans	%TT (n)	Nombre examiné <14 ans
Savelugu-Nanton	1.15	1,565	0.52	2,318
Tolon-Kumbungu	0.19	1,579	0.33	2,146
West Gonja	0.14	1,481	0.76	1,979
Sissala	0.84	1,197	1.07	1,771
Wa	1.34	1,339	0.57	1,756

\*Les données présentées sont provisoires puisque les enquêtes et l'analyse sont encore en cours dans les 13 districts restants.

## Accomplissements du programme en 2007

Tableau 3 : Accomplissements du programme de lutte contre le trachome au Ghana en 2007

	Cible	Résultats	% Accomplissements
Personnes opérées du TT	1,500	504	33.6
Operateurs formés	0	0	0
Doses d'azithromycine distribuées	957,000	899,065	93.9
Doses de tétracycline distribuées	36,400	25,311	69.5
Séances d'éducation sanitaires	5,600	7,000	100
Communautés recevant une éducation sanitaire	49	49	100
Latrines familiales construites	5,000	3,438	68.8
Latrines familiales construites avec le soutien du Centre Carter	2,500	2,568	100

### *Chirurgie du trichiasis*

L'identification et l'enregistrement de cas par le biais d'une recherche systématique de cas et identification passive de cas, faisaient partie des activités principales entrant dans la chirurgie du trichiasis en 2007. Un camp de soins oculaires a été organisé dans la région du Nord en avril 2007, durant lequel 197 chirurgies du TT ont été réalisées. Un total de 307 chirurgies a été réalisé dans les établissements de santé (hôpitaux). Un suivi routinier est réalisé des opérations. Le programme estime qu'à l'heure actuelle, 8 865 personnes sont sur une liste d'attente pour une opération du TT.

### *Distribution d'antibiotiques*

Le programme au Ghana utilise Zithromax® donné par Pfizer et une pommade à base de tétracycline à 1% pour les enfants de moins de 6 mois. Le médicament est distribué dans tous les districts où le TF est égal ou supérieur à 10%. Dans les districts où le TF est inférieur à 10%, seules les communautés avec un TF égal ou supérieur à 5% bénéficient d'un traitement de masse. Le gouvernement du Ghana est responsable du dédouanement des médicaments dans le port et de leur transport vers les pharmacies nationales d'approvisionnement, les régions et les districts. Une formation en cascade est donnée aux distributeurs d'antibiotiques ainsi qu'aux volontaires et aux superviseurs. Les membres communautaires sont recensés par des volontaires communautaires qui sont supervisés par des agents de santé. La distribution des médicaments se fait par porte à porte par les agents de santé, aidés par des volontaires. Un suivi est fait par les agents de santé pour contrôler les réactions indésirables, après la distribution et un inventaire est également fait des médicaments. Au Ghana, la distribution d'azithromycine pour la lutte contre le trachome est à présent intégrée à la distribution de médicaments pour d'autres maladies tropicales négligées. Le programme calculera les nouveaux buts finals d'intervention, pour la distribution d'antibiotiques, une fois achevées les enquêtes de l'évaluation sur l'impact en 2008 et après l'examen à mi-parcours du plan stratégique de 5 ans.

### *Education sanitaire*

Au Ghana, l'éducation sanitaire est confiée aux volontaires communautaires, aux agents de santé, aux responsables environnementaux, aux enseignants et au personnel des ONG. Les messages insistent sur l'importance du nettoyage du visage et sur la construction, l'entretien et l'utilisation des latrines familiales. La stratégie d'éducation sanitaire utilise des séances communautaires (porte à porte, visites à domicile, groupes de théâtre, durbars), l'éducation scolaire (discussions à l'aide d'un manuel mis au point pour les enseignants et les élèves et de jeux de cartes, ainsi que de programmes radiophoniques dans les langues locales (Dagbani, Gonja et Dagaare). En 2007, plus de deux heures de programme radiophonique ont été diffusées chaque semaines sur quatre stations radiophoniques dans les deux régions, ciblant plus de 2 millions de personnes. Des musiciens locaux prennent part activement à la campagne pour améliorer l'hygiène. Le trachome est également porté au programme scolaire dans les régions où cette maladie est endémique. Le programme national a commencé un plaidoyer pour inclure une éducation se rapportant spécifiquement au trachome dans le programme scolaire national.

### *Changement environnemental*

Le type de latrine Mozambican est recommandé au Ghana. Des artisans des dalles de latrines ont reçu une formation de la part de l'Agence Communautaire de l'Eau et de l'Assainissement qui forment à leur tour des apprentis. Le ménage bénéficiaire doit creuser le trou et construire la superstructure en mettant le toit. Le coût moyen d'une latrine en 2007 s'élevait à \$54,50 : \$19 pour 1,5 sac de ciment, \$8,50 pour la conduite de ventilation, \$12 pour le sable et \$15 pour le ciment. Le programme estime que son but final d'intervention pour les populations exposées au risque s'élèvera à 150 000 latrines familiales qui seront construites pour répondre au 7<sup>e</sup> Objectif du Millénaire pour le Développement. Certaines communautés bénéficient d'une construction de latrines scolaires faites par d'autres partenaires. Le programme national célèbre chaque année la semaine nationale de l'assainissement.

Tableau 4 : Accomplissements du programme de lutte contre le trachome au Ghana 2001-2007

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Nombre de patients du TT opérés	336	421	383	951	1,146	626	504
Nombre de doses d'azithromycine distribuées	71,438	101,174	163,931	292,715	740,884	825,217	899,065
Nombre de doses de la tétracycline distribuées	6,292	6,668	9,785	15,101	12,697	20,134	25,311
Nombre de latrines familiales construites	14	206	791	1,141	3,828	889	3,438

### **Objectifs pour 2008**

- Terminer l'enquête sur l'évaluation de l'Impact
- Faire un examen à mi-parcours du plan stratégique de 5 ans
- Démarrer des plans pour formuler et mettre en œuvre un plan de surveillance

### *Chirurgie (CH)*

- Dépister et opérer 1 000 personnes du trichiasis
- Former et recycler 650 enseignants et 130 responsables de santé environnementale en matière d'identification du TT

### *Antibiotiques (A)*

- Distribuer de l'azithromycine à 950 000 personnes (à revoir après l'obtention des résultats de l'enquête sur l'impact)

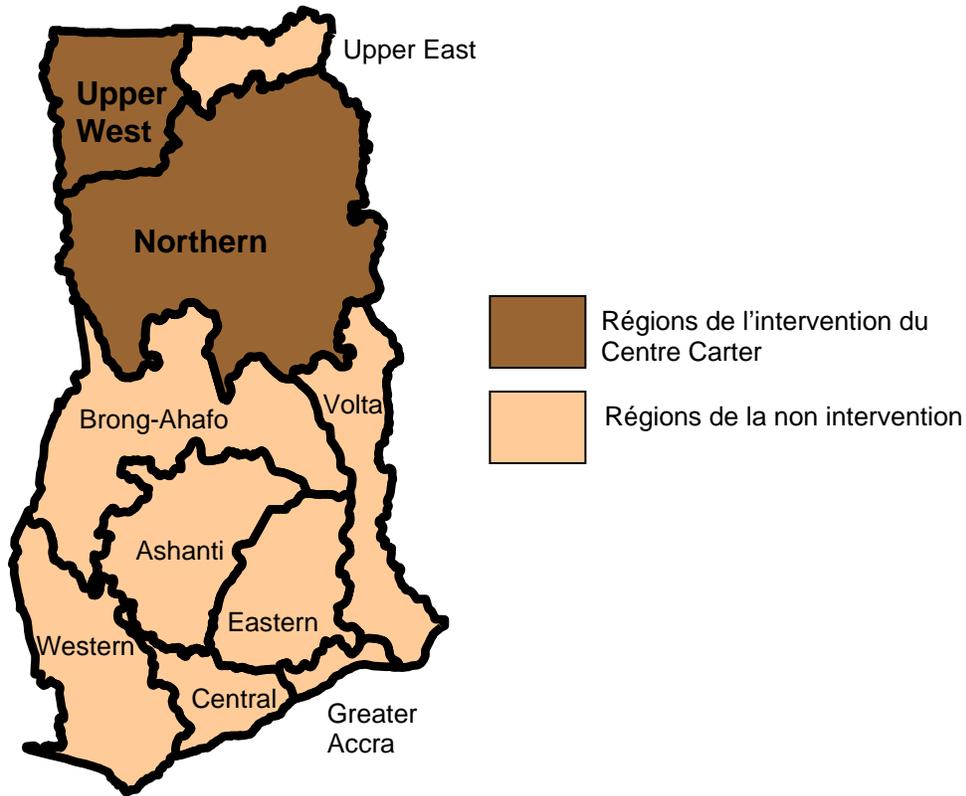
### *Nettoyage du visage/éducation sanitaire (N)*

- Former et recycler 931 agents de santé en matière de trachome
- Former et recycler 3 900 volontaires en matière d'éducation sur le trachome

### *Changement environnemental (CE)*

- Construire 5 000 latrines familiales
- Recommander la mise en place d'au moins 200 nouveaux points d'eau

## Ghana



Le responsable de terrain au Ghana du Centre Carter Nazeed Fusheini démontre l'utilisation d'une station de lavage des mains à côté d'une latrine familiale, lors de la visite du Président et de Mme Carter en février 2007.

## **Programme de Lutte contre le Trachome au Mali**

*Présenté par le Dr Sanoussi Bamani, Coordinateur, Programme National de Lutte Contre la Cécité, Mali*

### **Données générales**

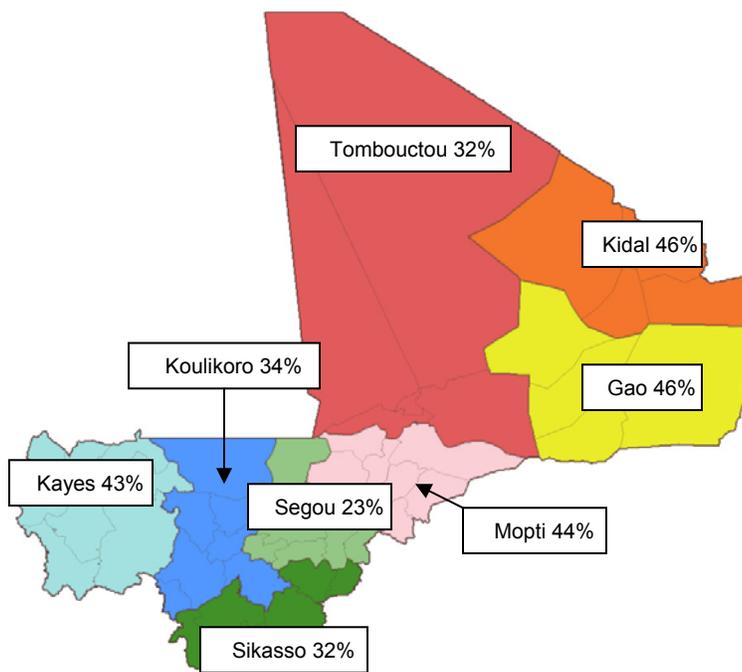
La première enquête nationale sur la prévalence du trachome réalisée en 1996-1997, constatait que le trachome est endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF et/ou TI) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et la prévalence du trichiasis chez les femmes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

Des enquêtes sur la connaissance, sur les attitudes et les pratiques en matière de trachome réalisées dans la région de Koulikoro en 1996 et en 2000 ont dégagé des données sociologiques initiales pour la formulation de stratégie et de matériel servant à l'éducation sanitaire. Une enquête nationale constatait qu'en 2001, 23% des ménages n'avaient pas de latrines au Mali (30% dans les zones rurales). En 2003, la division nationale de l'hygiène et le programme de lutte contre le trachome du Mali ont démarré une promotion de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou avec l'assistance de l'Initiative internationale du Trachome (ITI) et du Centre Carter. Un plan national de 5 ans, finalisé en 2005 attend encore l'approbation officielle du gouvernement. Le Centre Carter apporte une assistance au programme national en soutenant les interventions N&CE dans les régions de Ségou et de Mopti.

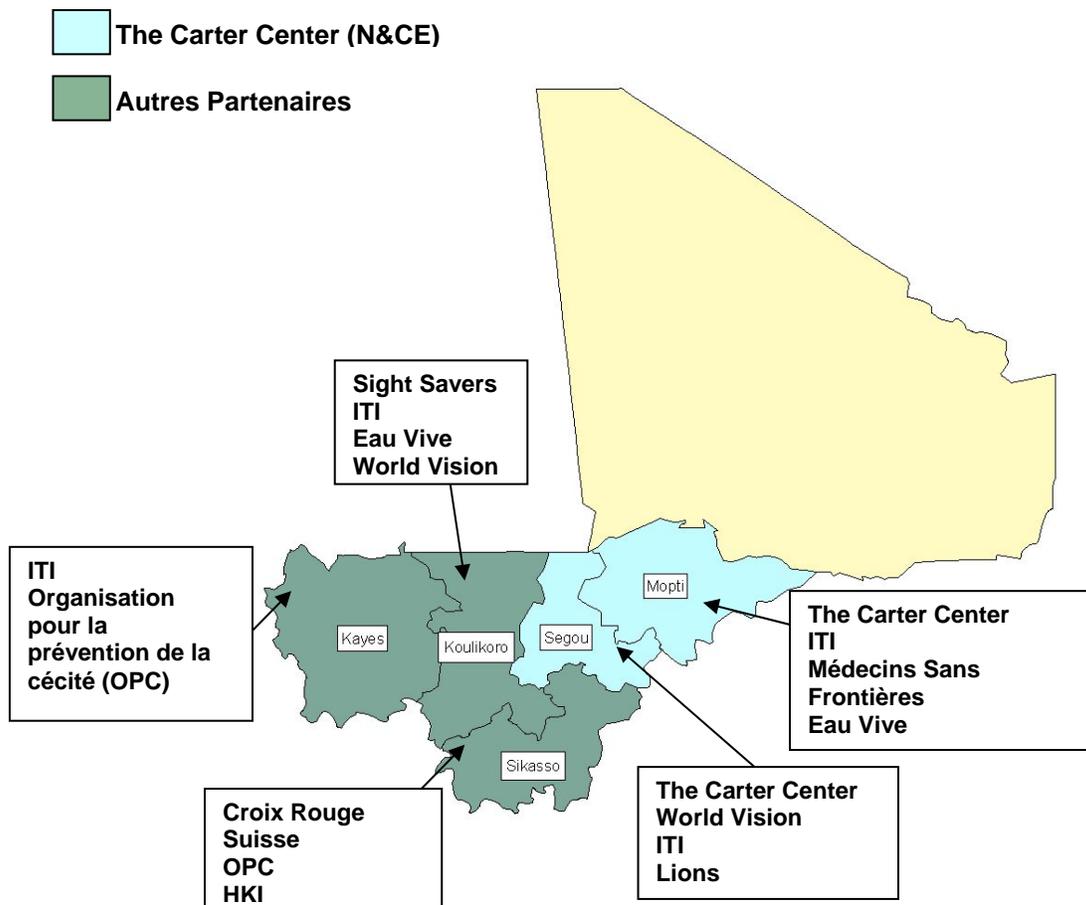
### **Calendrier des évènements**

- 1994 : Démarrage du programme national du programme de la cécité
- 1996-1997 : Enquête initiale nationale sur la prévalence
- 1999 : Démarrage du programme de lutte contre le trachome au Mali
- 2005 : Enquêtes de prévalence dans 7 districts de la région de Koulikoro (Koulikoro, Banamba, Kangaba, Dioila, Fana, Ouelessebougou, et Kati)
- 2005 : Enquêtes de prévalence dans 5 districts de la région de Mopti (Douentza, Koro, Djenné, Tenenkou et Youwarou)
- 2006 : Enquêtes de prévalence dans 2 districts de la région de Kayes (Kita, Bafoulabé)
- 2007 : Enquêtes de prévalence dans 2 districts de la région de Kayes

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



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



## Accomplissements du programme en 2007

Tableau 1 : Accomplissements du programme de lutte contre le trachome au Mali en 2007

	Cibles	Résultats
Personnes opérées du TT	8,000	2,890
Chirurgiens formés	0	0
Doses d'azithromycine distribuées	6,989,045	1,767,877
Personnes formées en éducation sanitaire	1,565	7,585
Latrines familiales construites	20,000	13,610
Latrines familiales construites avec le soutien du Centre Carter	12,000	11,871
Nouveaux points d'eau	0	1,221

### *Chirurgie (CH)*

La chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements sur l'ensemble du Mali et également dans le cadre de stratégies avancées et de campagnes rurales de chirurgie du trichiasis. En 2007, 13 camps de chirurgie du trichiasis ont été organisés. Le programme national estime que 95% des chirurgies sont réalisées lors des campagnes et 5% dans le cadre d'interventions dans les centres de santé. On ne connaît pas le taux de récurrences après la chirurgie. Actuellement, le programme estime que 50 943 personnes sont sur une liste d'attente pour l'opération du trichiasis.

### *Distribution des antibiotiques (A)*

Depuis 2001, le programme Malien a distribué de l'azithromycine donné par Pfizer dans le cadre de campagnes de traitements de masse dans des districts choisis. La distribution se fait par porte à porte ainsi que dans les lieux publics et elle est dirigée par la communauté. Le Mali n'a pas encore réalisé d'enquêtes sur la couverture en antibiotiques. En 2007, le programme national n'a pu distribuer des antibiotiques que dans 8 districts de la région de Sikasso avec un soutien du gouvernement du Mali de \$64 000. Le programme national n'a pas pu acheter de pommade à base de tétracycline pour la distribution de cette année.

### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

Au Mali, l'éducation sanitaire est dispensée par de nombreuses filières : par les radios rurales, les enseignants du primaire, les agents de santé environnementale, les éducateurs villageois, les superviseurs et les responsables de terrain des ONG et lors de réunions dans les villages, par exemple les baptêmes et les mariages. Les volontaires de santé communautaire sont formés lors de 2 jours et reçoivent une boîte à images qu'ils utilisent comme outil éducatif. Le programme estime qu'il a atteint 4 371 villages avec une éducation sanitaire continue en 2007 (environ 4,5 millions de personnes). L'éducation sur le trachome est également portée au programme de l'école primaire au Mali. Cherchant à atteindre le plus grand nombre possible de personnes exposées au risque de contracter le trachome, le programme mène des campagnes radiophoniques et télévisées pour diffuser l'information sur le trachome et sa prévention. D'après les estimations, les 24 stations de radio rurales couvrent 3,7 millions de personnes. En 2007, le programme a appuyé la formation de groupements féminins à laquelle une éducation sanitaire sur le trachome a été dispensée (voir le récapitulatif des séances spéciales).

### *Changement environnemental (CE)*

Le programme national encourage la construction des latrines familiales avec les dalles Sanplat. Des maçons ont reçu une formation portant sur la construction de ce type de dalles, sur une période de deux jours, et reçoivent \$1 par ménage pour leur travail. D'après les estimations, le coût des latrines s'élève à \$49 répartis de la manière suivante : ciment et barres de fer à \$8,48 et \$41 de contribution par ménage pour la main-d'œuvre, le sable et les coûts de superstructure. Actuellement, le programme estime que son but final d'intervention pour atteindre le 7<sup>e</sup> Objectif du Millénaire pour le Développement, sera de 162 428 latrines.

L'approvisionnement en eau est soutenue par les partenaires suivants : World Vision, Water Aid, l'UNICEF, et WAWI. Un total de 1 200 villages d'endémicité a été approvisionné en eau (nouveaux points d'eau ou réparation des points d'eau existants) en 2007. En plus, 1 221 points d'eau modernes ont été construits ou réparés.

### Objectifs pour 2008

#### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

- Former 8 000 volontaires de santé communautaire
- Former 200 enseignants en matière d'éducation sur le trachome

#### *Changement environnemental (CE)*

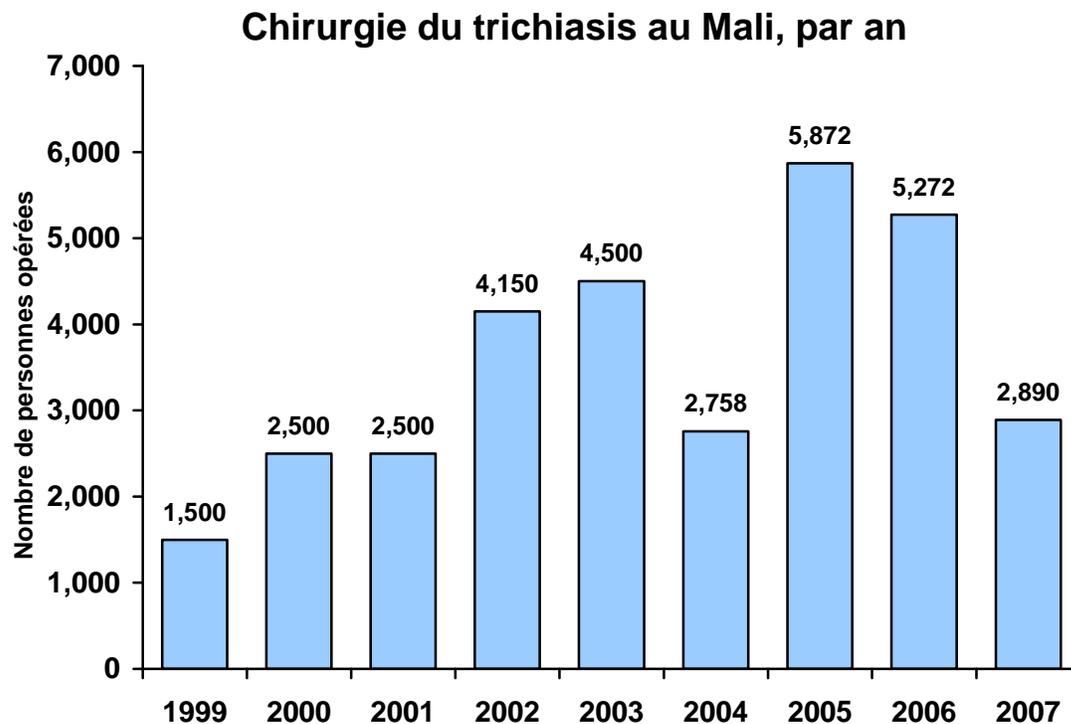
- Former 600 maçons pour la construction des dalles Sanplat
- Construire 14 000 latrines familiales
- Former 1 000 agents d'hygiène en matière d'éducation du trachome

#### *Antibiotiques (A)*

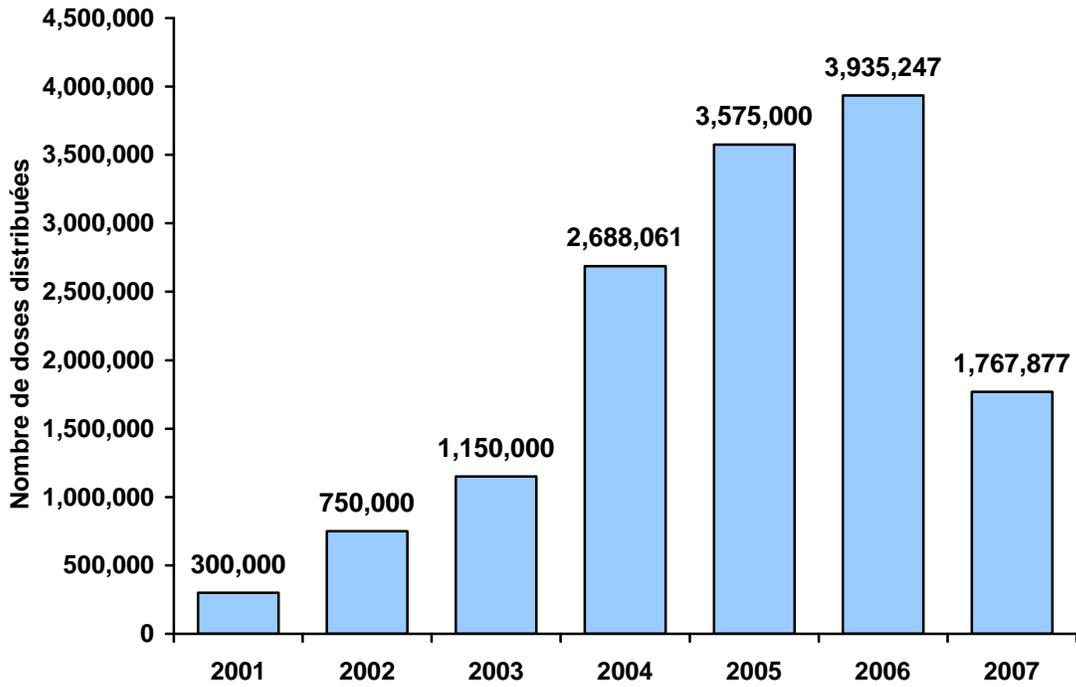
- Distribuer 9 520 739 doses d'antibiotiques

#### *Chirurgie (CH)*

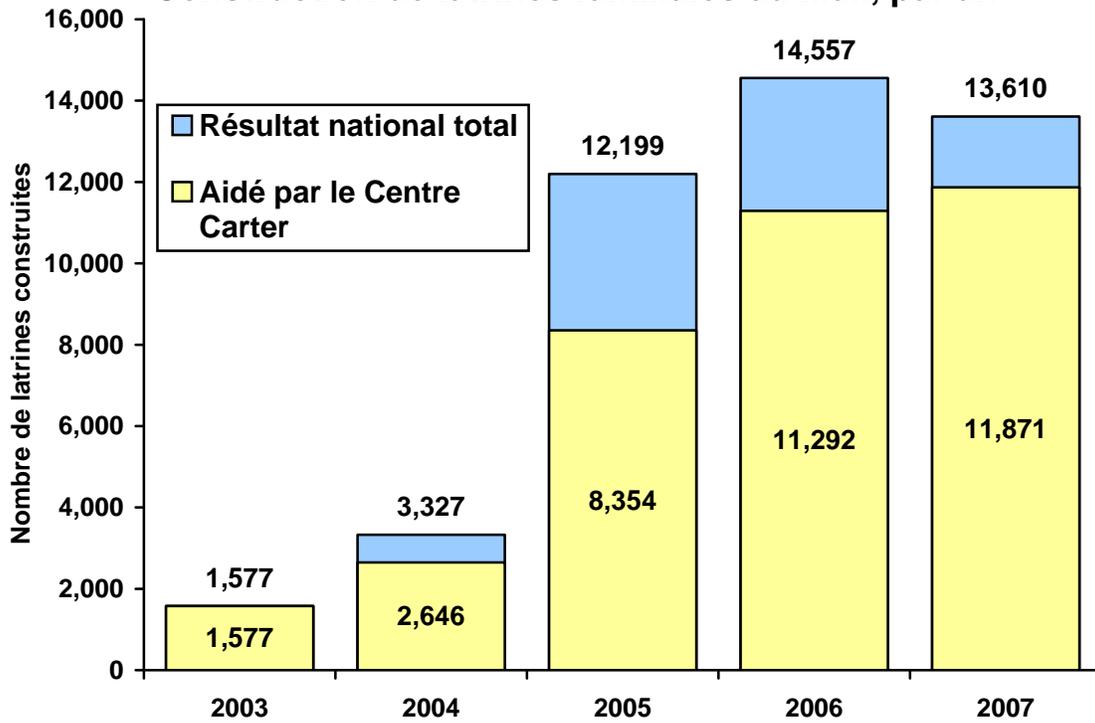
- Opérer 12 000 personnes du trichiasis



### Distribution d'azithromycine au Mali, par an



### Construction de latrines familiales au Mali, par an



## Programme de Lutte contre le Trachome au Niger

*Présenté par le Dr Kadri Boubacar, Directeur Adjoint, Programme National de Lutte Contre la Cécité, Ministère de la Santé du Niger*

### Données générales

Le Programme National de Lutte Contre la Cécité au Niger (PNLCC) a été créé en 1987. Les Ministères de la Santé, de l'Education et de l'Eau & du Développement social, ont créé en 1999 une équipe spéciale de lutte contre le trachome. Font également partie de cette équipe spéciale, des représentants, des organisations sanitaires partenaires dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, CBM, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Agence Africaine-Musulman et l'Organisation Mondiale de la Santé.

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

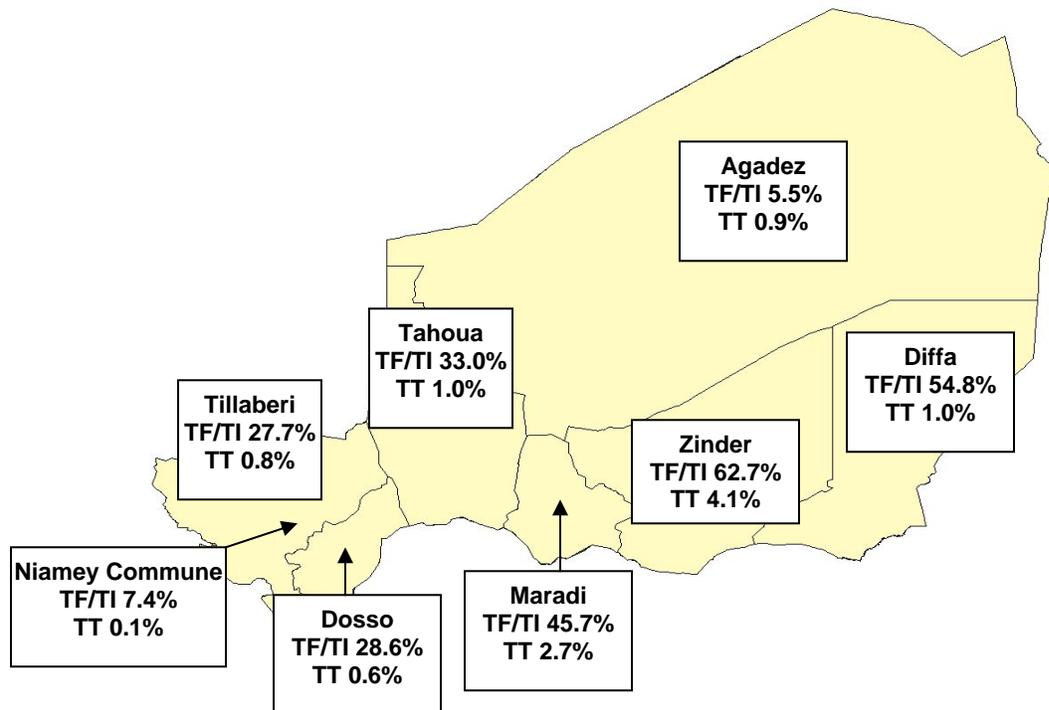
### Calendrier des évènements – Programme de Lutte contre le Trachome au Niger

1997-2001 : Enquêtes initiales sur la prévalence du trachome  
 2002 : Lancement du plan stratégique de 5 ans  
 2005 : Enquêtes d'impact dans 2 districts de la Région de Zinder  
 2006 : Enquêtes d'impact dans 4 districts de la Région de Zinder  
 2015 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant

### Accomplissement du programme en 2007

	Cible	Résultat	% Accomplissements
Personnes opérées du trichiasis	15,660	2,804	17.9
Chirurgiens formés	127	6	4.7
Doses d'azithromycine distribuées	3,651,590	5,958,174	100
Doses de tétracycline distribuées	107,074	120,000	100
Séances d'éducation sanitaire	-	17,317	n/d
Journées de nettoyage communautaire	-	6,650	n/d
Messages passés à la radio	-	3,717	n/d
Séances d'écoute à la radio	-	72	n/d
Femmes formées pour la production locale de savon	252	476	100
Communautés bénéficiant d'une éducation sanitaire	-	4,512	N/D
Latrines familiales construites	11,400	10,725	94.1
Latrine familiales construites avec le soutien du Centre Carter	5,000	6,776	100
Maçons formés pour la construction des dalles Sanplat	224	208	92.9
Latrines scolaires construites	60	928	100

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



#### *Chirurgie (CH)*

En 2007, Helen Keller International a apporté un soutien aux interventions chirurgicales. Deux types de stratégies ont été utilisés, aussi bien dans les centres de santé que dans les camps mobiles (un total de 15 camps a été organisé). Les activités chirurgicales se heurtent à certaines difficultés dont les demandes de recouvrement des coûts pour les activités cliniques, la concurrence, les activités autres que celles du trachome ainsi que la supervision irrégulière des chirurgiens du trichiasis. Les chirurgiens sont à nouveau certifiés après avoir réalisé 120 opérations des yeux par an. Le programme estime que la récurrence du trichiasis 3 ans après la chirurgie s'élève entre 15 et 20%. Le programme estime qu'à l'heure actuelle 106 289 personnes sont sur une liste d'attente pour l'opération du trichiasis.

#### *Antibiotiques (A)*

La distribution de l'azithromycine au Niger est à base communautaire. Ce sont des distributeurs communautaires qui distribuent le médicament en faisant du porte à porte dans leur village. En 2007, une distribution de masse a été organisée dans 22 districts sanitaires dont 17 étaient soutenus par l'Initiative des Maladies Tropicales Négligées. En dehors des zones soutenues par MTN, le gouvernement du Niger et l'UNICEF soutiennent également une distribution en masse d'azithromycine dans cinq districts des régions ciblées par le plan stratégique de 5 ans.

Tableau 1 : Doses d'azithromycine distribuées au Niger, 2007

Région	Cible	Résultat
Diffa	245,114	196,091
Zinder	2,672,929	0
Maradi	733,547	586,838
<b>Total (régions du plan stratégique de 5 ans)</b>	<b>3,651,590</b>	<b>782,929</b>
Tillabéri	0	1,979,324
Tahoua	0	2,053,878
Doso	0	1,142,043
<b>Total (régions du programme MTN)</b>	<b>0</b>	<b>5,175,245</b>
<b>Total des doses distribuées en 2007</b>	<b>3,651,590</b>	<b>5,958,174</b>

*Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

Un total de 4 512 villages dans trois régions ciblées (Zinder, Maradi et Diffa) a reçu des séances régulières d'éducation sanitaire pour la prévention du trachome en 2007, avec le soutien du Centre Carter. Le programme diffuse des messages par les mass médias axées sur les quatre volets de la stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome. Il distribue des cassettes, des pagnes, des t-shirts et des affiches qui encouragent la propreté du visage et le programme fait également appel aux sketches, aux chansons et aux pièces de théâtre.

Des messages d'éducation sanitaire sont diffusés dans les langues locales par les stations radiophoniques locales afin d'étendre la portée du programme éducatif sur l'ensemble du Niger. Des groupes d'écoutes radiophoniques sont réunis pour prendre connaissance des 3 717 messages passés pendant l'année. Pour sensibiliser également les personnes qui n'ont pas de radio, des artistes et des éducateurs sanitaires jouent des pièces de théâtre dans les villages plus grands ainsi que sur les places du marché. Le programme est incapable d'estimer le nombre de personnes recevant cette éducation sanitaire par radio.

*Changement environnemental (CE)*

En 2002, on a commencé la promotion des latrines afin de réduire la population de mouches *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et également pour améliorer l'hygiène en général. Le programme national recommande les latrines Sanplat. En 2007, les partenaires ont aidé le programme à construire 10 725 latrines familiales d'un coût moyen de \$48 à \$61. Le Centre Carter a soutenu la construction de 6 776 latrines en 2007, dans les régions de Diffa, de Zinder et de Maradi. Le coût accru du ciment et des barres de fer dans la région de Diffa a fait grimper le coût de la latrine dans cette région. Le programme devra construire 377 364 latrines en plus, si l'on veut atteindre l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement, c'est-à-dire réduire de moitié la proportion de ménages qui n'ont pas accès à l'assainissement d'ici 2015. De plus, 476 femmes ont reçu une formation portant sur la fabrication traditionnelle de savon et 208 maçons ont été formés en matière de construction de latrines.

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, le programme cherche à construire de nouveaux points d'eau et à remettre en état ceux qui ne fonctionnent pas. WAWI, l'UNICEF et le Ministère de l'Hydraulique apportent un soutien à l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique. Le programme du Niger a également bénéficié de la construction de 270 nouveaux points d'eau dans les régions de Diffa, de Maradi et de Zinder.

### **Objectifs pour 2008**

- Réaliser des enquêtes d'impact dans les régions de Tessaoua, Aguié, Diffa, Zinder et à Mirriah

### *Chirurgie (CH)*

- Opérer 12 530 personnes souffrant de trichiasis
- Organiser 20 camps de chirurgie du trichiasis
- Distribuer 150 nouvelles trousse de chirurgie du trichiasis

### *Antibiotiques (A)*

- Organiser la distribution dans 24 districts de 5 régions pour 7 641 583 personnes
  - Région de Tillabéri : 6 districts, 2 093 902 personnes
  - Région de Dosso : 3 districts, 1 329 397 personnes
  - Région de Tahoua : 7 districts, 2 235 301 personnes
  - Région de Maradi : 5 districts, 1 757 867 personnes
  - Région de Diffa : 2 districts, 225 116 personnes

### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

- Arriver à 80% d'enfants avec un visage propre dans les villages bénéficiant d'activités d'IEC
- Former 372 femmes en matière de fabrication traditionnelle de savon
- Former 30 comités d'hygiène villageois

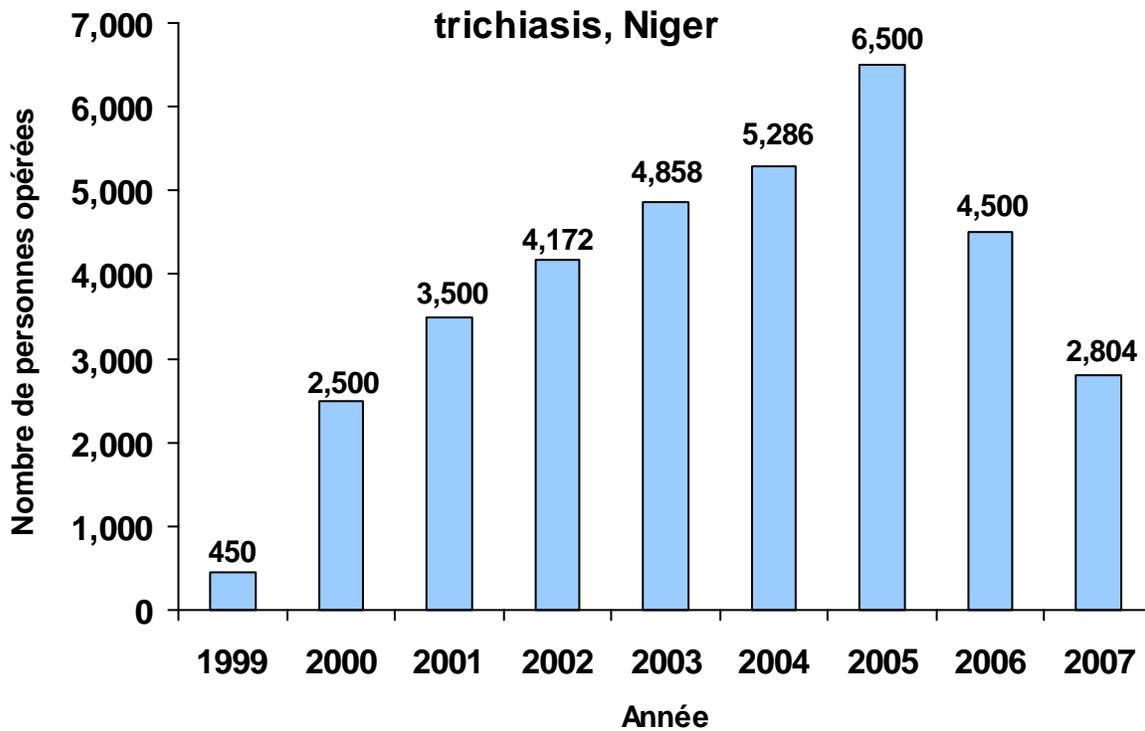
### *Changement environnemental (CE)*

- Former 266 maçons villageois et 30 réparateurs de points d'eau
- Construire 11 400 latrines familiales et 60 blocs de latrines scolaires

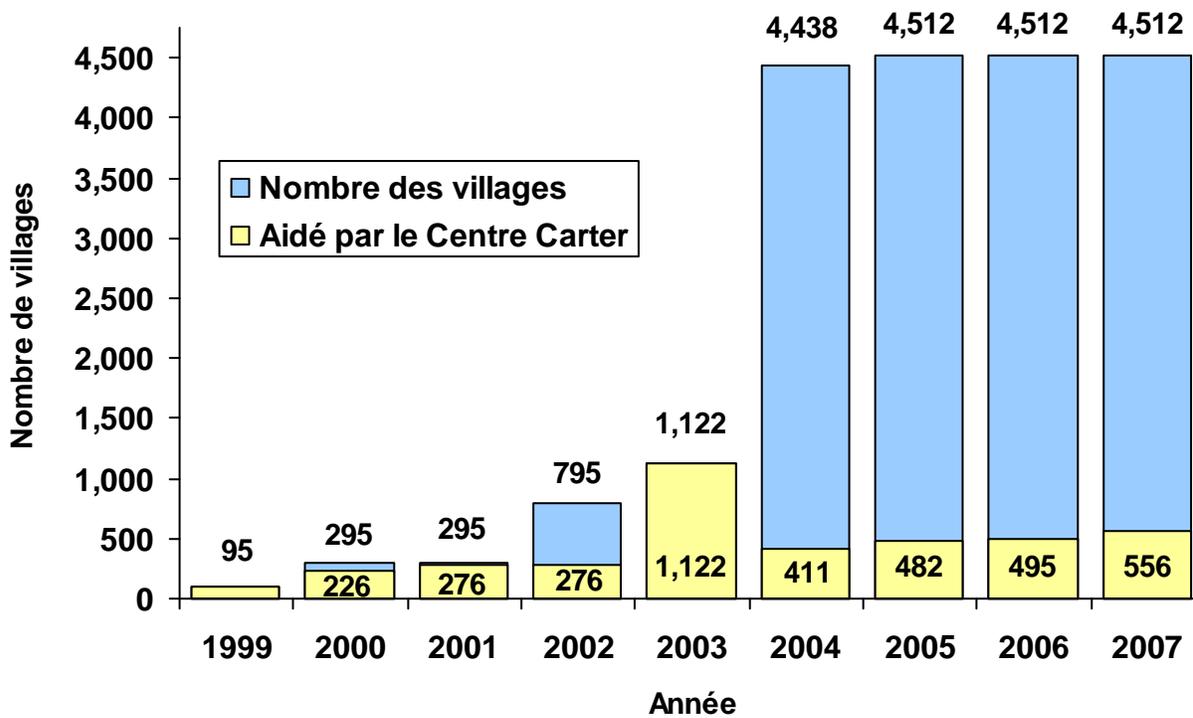


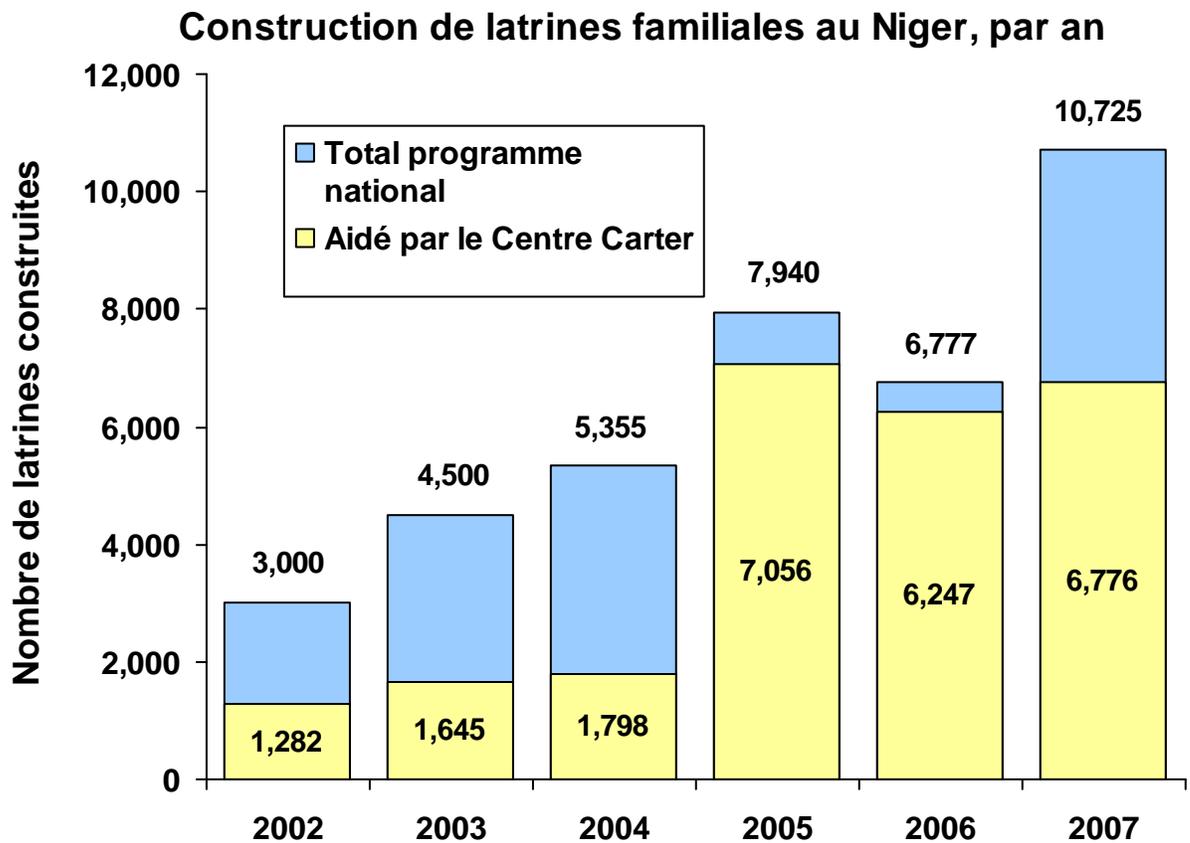
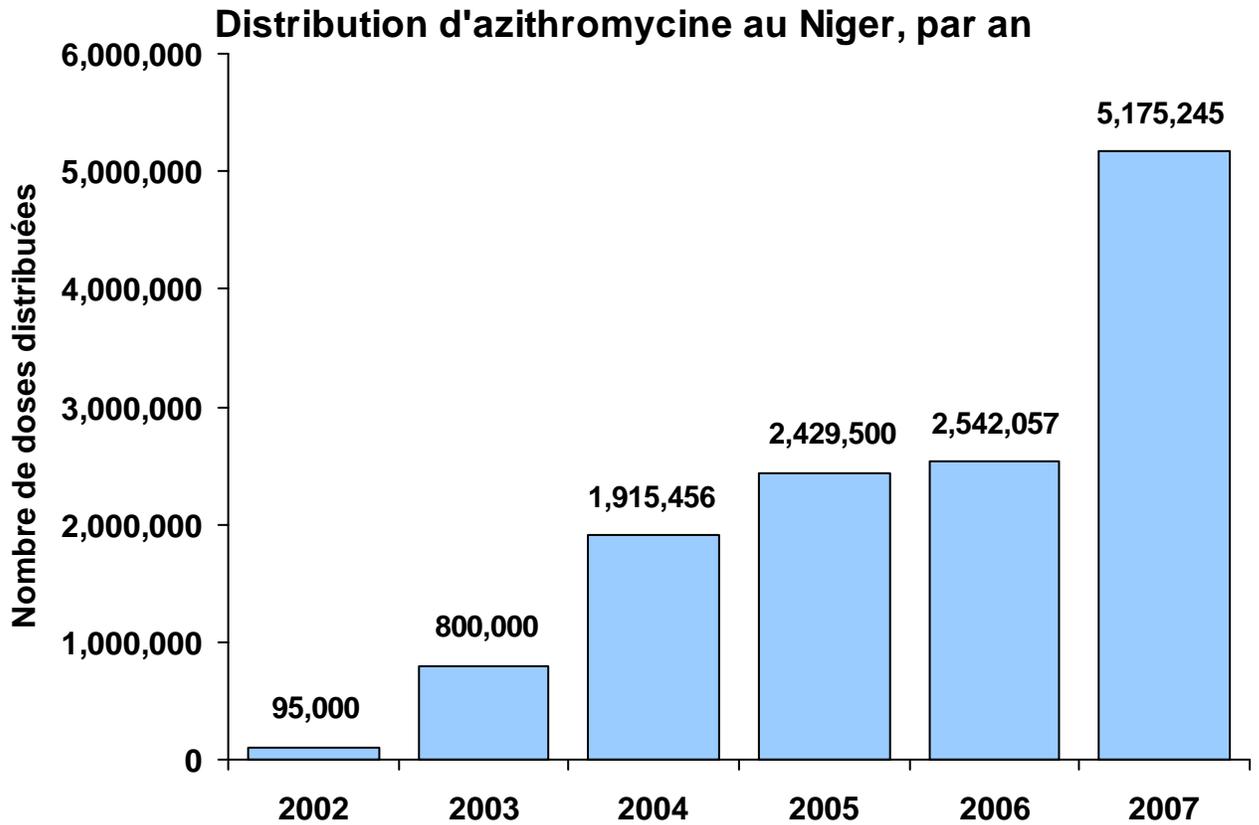
Une volontaire communautaire éduque les enfants sur l'importance de l'hygiène dans le village.

### Personnes bénéficiant d'une chirurgie du trichiasis, Niger



### Villages recevant une éducation sanitaire, Niger





## Programme National de Lutte contre le Trachome au Nigeria

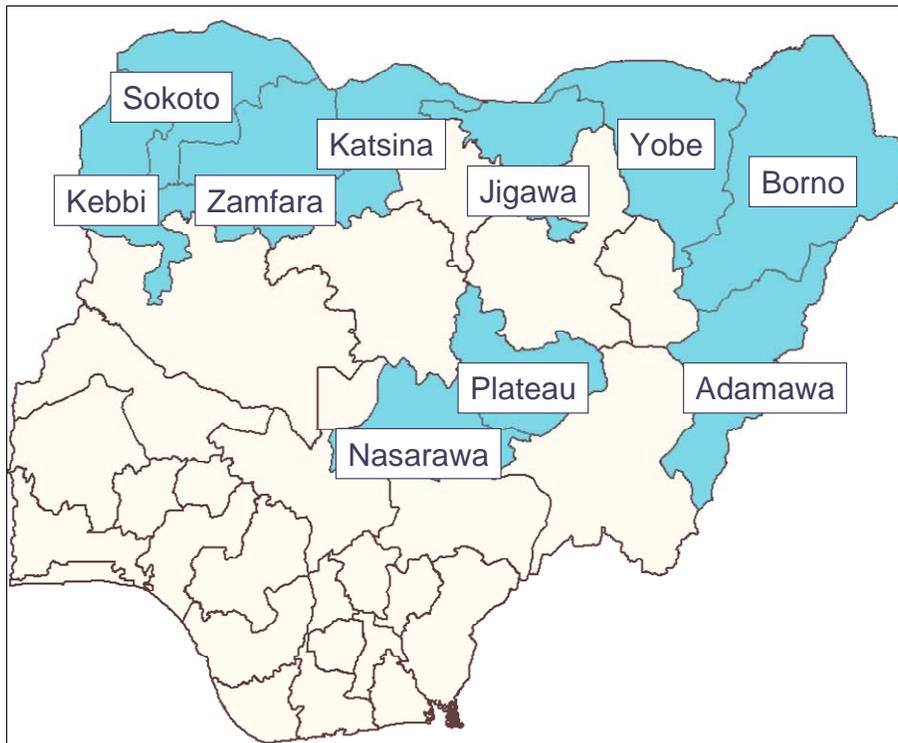
*Présenté par le Dr Uwaezuoke Onyebuchi, Coordinateur National,  
Programme National de la Prévention de la Cécité*

### Données générales

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

D'après les estimations, la population du Nigeria s'élève à 140 millions de personnes (recensement de 2006). La population couverte par l'intervention actuelle s'élève à 12,5 millions et l'on pense que la population exposée au risque de contracter le trachome est de 8,7 millions de personnes, en fonction des estimations disponibles de l'enquête sur la prévalence. La cartographie du trachome est incomplète au Nigeria, mais l'examen des données existantes et divers indices laisse à penser que le trachome est une des grandes causes de cécité dans les états du nord. Depuis octobre 2000, les divers partenaires de la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états ainsi que des évaluations rapides du trachome dans cinq autres. Une enquête nationale de la cécité et de la faible vision, soutenue par Sight Savers International, a démarré en février 2005. Les résultats ne sont pas encore disponibles bien qu'ils ne renseignent que sur les taux du trichiasis et non pas sur le trachome actif.

En général, les 19 états au nord du Nigeria seraient affectés par un trachome endémique et 10 de ces états connaîtraient une endémicité élevée (voir carte ci-après). La prévalence moyenne du trachome actif dans les états d'endémicité s'élève à 24,7%, avec une prévalence estimée du TT de 4,7%. On n'a pas encore déterminé le nombre de personnes en attente d'une opération du trichiasis, bien que dans "la ceinture du trachome" au nord, on pense qu'il s'agit de 800 000 personnes. Actuellement, des interventions de lutte contre le trachome sont déployées dans 82 collectivités locales sur l'ensemble du pays.



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

Le programme national de lutte contre le trachome a démarré en 2001, avec la création d'une équipe spéciale à l'échelle nationale. Divers partenaires sont venus rejoindre la lutte, dont Helen Keller International et le Centre Carter en 2001 et Sight Savers et Christoffel Blindenmission (CMB) en 2003. Le programme national a été approuvé pour le don d'azithromycine de Pfizer Inc en 2007 et espère recevoir le médicament en avril 2008. Le gouvernement fédéral s'est donné 2015 comme date cible pour l'élimination du trachome cécitant

Tableau 1 : Enquêtes sur la prévalence du trachome au Nigeria

Etats	Nombre de collectivités locales (LGA) enquêtées	Date de l'enquête
Jigawa	26	Mai 2007
Yobe	17	Juin 2006
Zamfara	6	Janvier - Mars 2005
Katsina	10	Novembre 2005
Kebbi	6	Novembre – Décembre 2004
Sokoto	13	Novembre – Décembre 2004
Plateau	10	Avril 2002
Nasarawa	10	Juin 2002
Adamawa	10	Mars 2001
Borno	10	Octobre 2000

### Accomplissements du programme en 2007

#### *Chirurgie du trichiasis*

Au Nigeria, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé (15%) et dans des camps mobiles organisés dans les villages (85%). Le programme national organise régulièrement des camps d'opération de la cataracte et vise à intégrer la chirurgie du trichiasis à ces camps. CMB, Sight Savers International, et Helen Keller International utilisent également des camps des soins oculaires pour réaliser des chirurgies du trichiasis. En 2007, 18 camps et 19 610 chirurgies du trichiasis ont été réalisées à l'échelle nationale et 8 nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés. Le programme signale un taux de récurrence de 1,8%, d'après des évaluations faites dans les états de Kebbi, Sokoto, et Zamfara. Treize des 53 chirurgiens ont été recyclés pour être re-certifiés dans les 3 ans qui suivent leur début. Le rendement chirurgical est estimé à 370 opérations par chirurgiens avec un minimum de 250 et un maximum de 400 par an. Vu que la cartographie est incomplète, il est difficile d'estimer le nombre de personnes en attente d'une opération du trichiasis au Nigeria. D'après les estimations actuelles provenant des données d'enquêtes existantes (Tableau 1), 293 750 personnes attendraient d'être opérées du trichiasis. Dès la fin de 2007, le Centre Carter a soutenu un projet pilote spécial d'opération du trichiasis dans le cadre d'interventions intégrées de la collectivité locale de Kanam de l'état du Plateau. Le projet est en train d'être évalué.

#### *Distribution d'antibiotiques*

Le programme de lutte contre le trachome du Nigeria ne reçoit pas encore de l'azithromycine donné par Pfizer, bien que le don ait été approuvé fin 2007. Sight Savers International a acheté de l'azithromycine au fin de distribution de 2004 à 2006 et a couvert 2 communautés des collectivités locales de Sabon Birni de l'état de Sokoto. Un total de 8 935 doses de pommade oculaire à base de tétracycline a été distribué surtout lors des enquêtes sur la prévalence et en association avec les interventions chirurgicales. Le but final d'intervention se situe à au moins 26 millions de doses d'azithromycine pendant les trois premières années pour traiter la population à risque de contracter le trachome actif.

### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire*

Dans les régions des états du Plateau et de Nasarawa bénéficiant d'une aide du Centre Carter, des séances d'éducation sanitaires sont réalisées dans la communauté à l'aide d'affiches et de boîtes à images distribuées par des agents de santé communautaires formés à cet effet. Des t-shirts et des casquettes de baseball avec des messages d'éducation sanitaire sont distribués pour encourager la prévention du trachome. En 2007, 1 117 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue. Les activités d'éducation sanitaire recevant une assistance du Centre Carter ont été étendues à 280 villages en plus en 2007.

### *Changement Environnemental*

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

Le programme national de prévention de la cécité encourage les comités de prévention de la cécité à recommander au gouvernement des états et aux collectivités locales, de construire des puits et d'approvisionner en eau potable des communautés où le trachome est endémique. Les partenaires qui soutiennent l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique sont les suivants : RUWATSAN, Water Aid, l'UNICEF, les gouvernements d'état et les collectivités locales ainsi que la fondation Tuls Chanrai. Sept villages dans l'état du Plateau ont obtenu de nouveaux points d'eau en 2007 avec le soutien du Centre Carter.

### *Activités supplémentaires*

Des enquêtes intégrées pour cartographier le trachome et la schistosomiase et pour évaluer la filariose lymphatique ont été réalisées avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates, dans les états du Plateau et de Nasarawa en 2007. Les 30 collectivités locales ont été enquêtées pour dépister le trachome et pour dégager ainsi des données sur la prévalence, afin d'étayer les décisions concernant la mise en œuvre d'activités intégrées.

Tableau 2 : Activités du programme en 2007

	Cibles nationales	Résultat national	% accomplissements	Cibles du Centre Carter	Résultat du Centre Carter	% accomplissements
Personnes opérées	16,200	19,610	100	N/D	26	N/D
Operateurs formés	8	8	100	N/D	N/D	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D
Doses de tétracycline distribuées	9,000	5,201	57.8	N/D	1,500	N/D
Séances d'éducation sanitaire	8,017	6,167	76.9	7,512	6,010	80.0
Construction de latrines familiales/communautaires	10,010	6,458	64.5	10,000	6,448	64.5

## Objectifs pour 2008

### *Chirurgie (CH)*

- Opérer 24 513 personnes à l'échelle nationale (50 avec le soutien du Centre Carter)

### *Antibiotiques (A)*

- Distribuer 7,6 millions de doses d'azithromycine (1,9 millions avec le soutien du Centre Carter)

### *Education sanitaire et nettoyage du visage (N)*

- Continuer l'éducation sanitaire sur le trachome dans les états de Borno, Sokoto, Kebbi, Zamfara, Katsina, Plateau, Nasarawa et Yobe
- Continuer les activités d'éducation sanitaire dans 1 117 villages (280 avec le soutien du Centre Carter)

### *Changement environnemental (CE)*

- Construire 7 500 latrines (avec le soutien du Centre Carter)
- Démarrer une journée obligatoire de nettoyage une fois par mois
- Réaliser les activités de nettoyage du village dans les villages d'intervention



Les enfants de l'école primaire attendant un dépistage du trachome lors d'une enquête sur la prévalence en 2007.

## **Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan : Gouvernement du Soudan**

*Présenté par le Dr Kamal Hashim, Directeur, Programme National de Prévention de la Cécité,  
Ministère Fédéral de la Santé, Gouvernement du Soudan*

### **Données générales**

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud les 10 états au sud. Les zones du GOS comptent une population d'environ 26 millions de personnes dont 4 millions de personnes déplacées dans le pays.

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

### **Calendrier des événements – Gouvernement du Soudan**

- 2000 : Début du don d'azithromycine
- 2005 : Nouveau lancement du programme national
- Avril 2005 : Début des enquêtes initiales sur la prévalence
- Décembre 2005 : Mise en place du Plan Stratégique de 5 ans
- 2006 : Protocole de Participation Communautaire
- 2015 : Cible d'élimination du trachome cécitant

### **Epidémiologie du trachome au Soudan**

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

Tableau 1 : Résultats provisoires de l'enquête sur la prévalence, Gouvernement du Soudan

Indicateurs de prévalence	TF et/ou TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (%) (95% IC)	TF et/ou TI chez les personnes âgées de 10 ans ou + (%) (95% IC)	TT chez les personnes âgées de plus de 15 ans (%) (95% IC)
Dongola	8.57% (3.37-13.78)	27.78% (20.53-35.03)	1.41% (0.18-2.64)
Kassala (rural)	0.26% (-0.22-0.74)	3.69% (1.24-6.14)	1.08% (0.44-1.73)
Jabal Awlia	5.05% (2.55-7.55)	7.76% (4.19-11.33)	2.96% (-0.24-6.17)
Haj Yusif	3.06% (0.32-5.80)	9.63% (7.68-11.58)	1.13% (0.29-1.96)

### Accomplissements du programme en 2007

#### *Chirurgie du trichiasis*

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

En 2007, des camps de chirurgie du TT ont été organisés dans les camps d'Al Borgeig et Al Sair, Dongola (Etat du Nord). Dans l'ensemble, 98% des personnes ont été opérées dans les camps oculaires et les hôpitaux (les autres 2% ont été opérées dans les campagnes de TT).

Un programme chirurgical décentralisé est en place actuellement dont s'occupent les coordinateurs du trachome au niveau des états. Le programme national a mis au point et a imprimé un module de formation sur le trichiasis. Il applique également les critères de certification pour les chirurgiens du trichiasis. Nombreux sont ses partenaires : hôpitaux, centres et services de soins oculaires, Centre Carter, Fondation Al Baser International, FIMA et HelpAge International. En 2007, 2 059 chirurgies ont été réalisées, représentant ainsi 82,4% de l'objectif annuel. Huit nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés.. On estime que 18 817 personnes attendent d'être opérées bien que tous les états n'aient pas été enquêtés et ce nombre pourra évidemment changer lorsque de nouvelles informations seront disponibles.

#### *Distribution des antibiotiques*

La distribution d'antibiotiques dans les régions du GOS est décentralisée et confiée aux ministères de la santé des états, aidés par le programme national. Des superviseurs locaux et des agents de santé villageois organisent et réalisent la distribution des médicaments, par porte à porte, et cette distribution est précédée par la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire. Les communautés où le trachome est endémique fixent les dates de la distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et sensibilisent à la campagne. Une politique nationale a été adoptée, selon laquelle aucun paiement d'incitation ne sera versé aux distributeurs de médicaments. Le recueil de données se fait à l'aide de deux registres, l'un pour le village entier ou bloc de maisons et l'autre pour le ménage. Le programme réalise un contrôle

ponctuel immédiat des registres des médicaments après la distribution, choisissant aléatoirement 30 ménages et compare avec les carnets familiaux pertinents.

*Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

Dans l'Etat du Nord, l'éducation sanitaire est dispensée par les mass médias (radio). En 2007, 120 brefs messages radiophoniques ont été passés sur les ondes en plus de 3 émissions radiophoniques et 4 séances télévisées, lors de la semaine du trachome dans la localité de Dongola. Il existe 3 clubs actifs du trachome, dont chacun compte plus de 25 participants et qui ont organisé des séances d'éducation sanitaire en 2007. Le programme national estime qu'il couvre 30 villages avec des activités continues d'éducation sanitaire. Un total de 86 séances d'éducation sanitaire a été organisé lors de l'administration de médicaments en masse, dans les écoles, les villages, les prisons, (227 participants) et les garnisons (400 participants). L'année dernière, le programme a distribué 450 affiches et 500 brochures.

*Changement environnemental (CE)*

Le programme de lutte contre le trachome du GOS ne fait pas encore la promotion de latrines familiales dans ses zones d'intervention. Le programme est représenté depuis 2005 dans l'équipe Eau et Assainissement de l'UNICEF. Les communautés où le trachome est endémique prennent une part importante dans leur approvisionnement en eau. L'UNICEF/WES est représentée depuis 2005 dans l'équipe spéciale du programme national de lutte contre le trachome. Citons parmi les partenaires engagés dans l'approvisionnement en eau : ministères d'ingénierie des divers états, WES et les communautés d'endémicité elles-mêmes.

Tableau 2 : Accomplissements du programme en 2007

	Cibles	Résultats
Personnes opérées du trichiasis	2,059	2,500
Chirurgiens du trichiasis formés	8	15
Doses d'azithromycine distribuées	179,698	289,145
Doses de tétracycline distribuées	4,056	N/D
Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire	120	N/D

**Cibles pour 2008**

Continuer la cartographie du trachome dans les régions suivantes :

- Northern State (Wade Halfa)
- Blue Nile (Geisan & Al Kurmuk localités)
- Al Jazeera (7 localités, >4 000 000 d'habitants)
- Red Sea State
- River Nile State
- West Darfur State (HelpAge International proposition)
- Kassala State – New Halfa Locality

*Chirurgie (CH)*

- Réaliser 3 000 chirurgies du trichiasis
- Produire un module de formation sur la chirurgie du trichiasis
- Former un plus grand nombre de chirurgiens à du TT
- Equiper les chirurgies informées avec des trousses
- Organiser un camp de chirurgie du TT dans les zones d'intervention
- Appliquer les critères de certification/re-certification
- Mettre en place un système de notification et de suivi

#### *Antibiotiques (A)*

- Administration en masse d'azithromycine dans certaines parties des Etats Northern et Blue Nile
  - Localité de Baw (Etat Blue Nile)
  - Seconde dose pour la localité de Dongola
  - Seconde dose pour les camps IDP (Etat de Khartoum)
  - Autres, suivant les résultats de l'enquête sur la prévalence
- Former 652 volontaires dans chaque localité concernant la distribution de masse

#### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

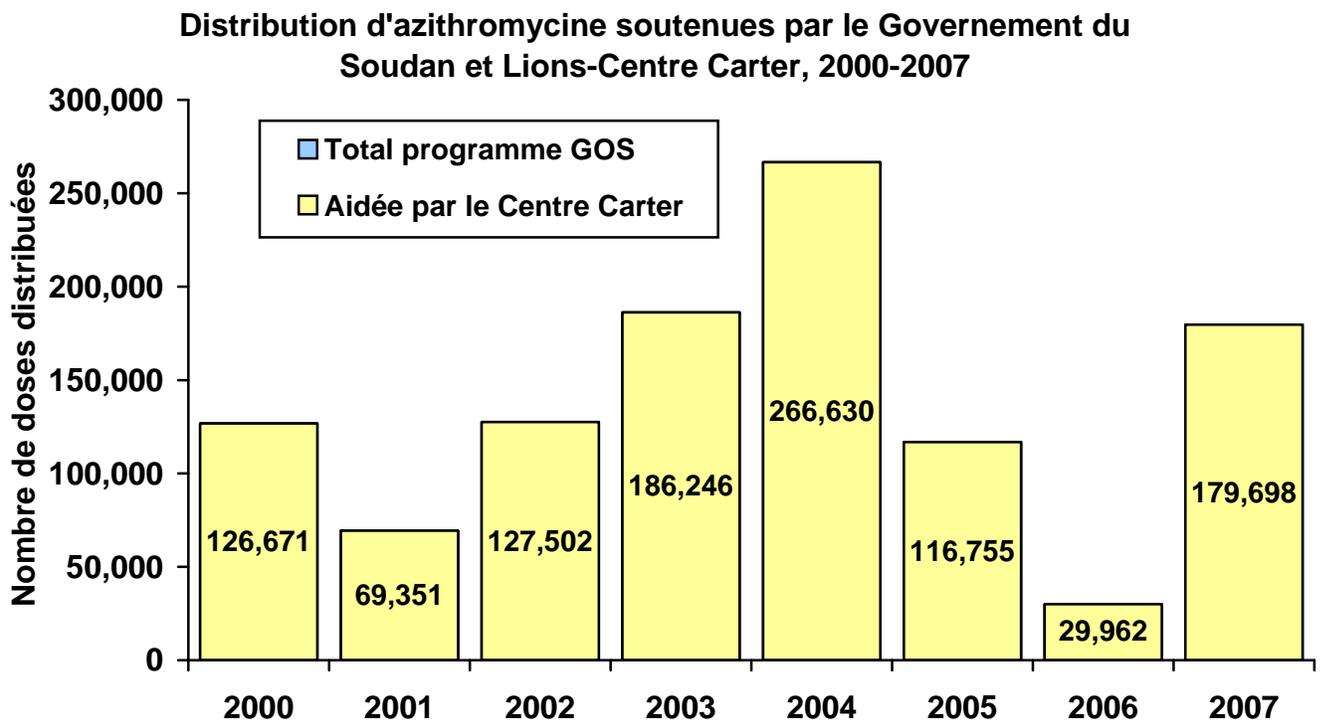
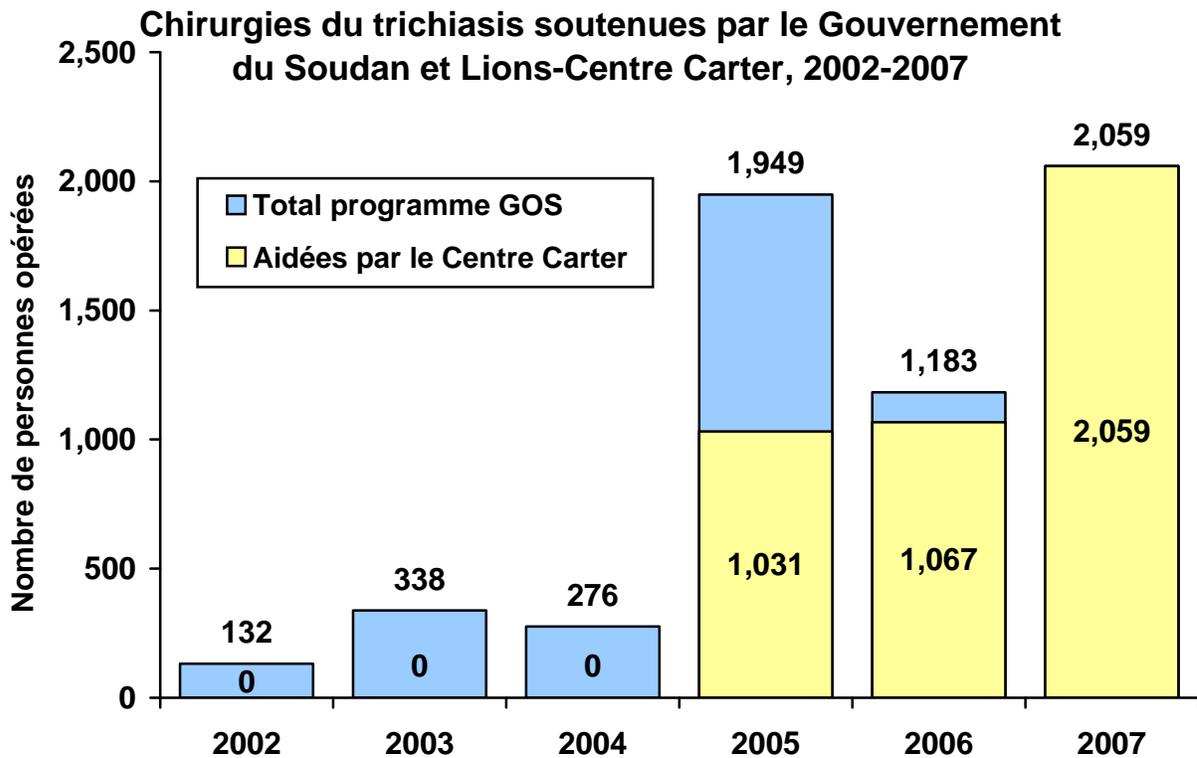
- Au moins 80% des enfants de moins de 9 ans dans les communautés d'endémicité auront des visages propres
- Améliorer les plans existants d'éducation sanitaire et formuler des indicateurs plus solides et assurer le suivi avec les Ministères de la Santé dans les Etats Northern, Blue Nile, et Kassala (atelier en 2008 devra discuter des éléments susmentionnés)

#### *Changement environnemental (CE)*

- Recommander qu'au moins 50% des ménages, dans les communautés où le trachome est endémique, disposent d'une latrine
- Recommander que 100% des ménages, dans les communautés où le trachome est endémique, aient accès à l'eau potable dans un rayon d'un kilomètre ou 40 minutes de marche
- Les latrines et l'approvisionnement en eau sont les principales interventions pour Baw
- Renforcer le volet CE dans les localités de Roseries & Damazine



Le Centre Carter et le Ministère Fédéral de la Santé ont soutenu des enquêtes sur la prévalence du trachome dans les l'Etat Blue Nile en 2007.



*N.B. Après la signature de l'accord de paix en janvier 2005, le Gouvernement du Soudan a cessé d'être responsable de la mise en œuvre du programme dans le Sud.*

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

*Présenté par la Dr Lucia Kur, coordinatrice du Programme du Centre Carter pour la lutte contre le trachome, Ministère de la Santé, Soudan du Sud*

### **Données générales**

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Au terme de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud.

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

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des ONG pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les zones bénéficiant d'un soutien de l'OLS. C'est le Centre Carter de Nairobi avec l'assistance d'ONG partenaires et de services humanitaires au Sud du Soudan qui coordonne les activités dans ces régions. Les enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre endroits en 2001 et dans un troisième en 2002. Le bureau du Centre Carter qui soutient les activités dans les régions du GOSS s'est déplacé de Nairobi au Kenya à Juba au Soudan en 2005.

Le programme estime à présent que la population au Soudan du Sud s'élève à 9,4 millions de personnes. Un recensement est prévu pour 2008.

### **Calendrier des événements – Gouvernement du Soudan du Sud**

- Janvier 2005 : signature de l'accord de paix (TPA)
- 2006 : création du ministère de la santé du gouvernement du Soudan du Sud
- 2007 : mise en place du programme de lutte contre le trachome MS/GOSS

### **Epidémiologie du trachome dans le Soudan du Sud**

Le programme de lutte contre le trachome du GOSS intervient dans des régions où la prévalence du trachome cécitant est extrêmement élevée et où même les enfants de moins de 5 ans souffrent déjà du trichiasis. Le Centre Carter intervient dans 13 emplacements (payams) qui compte une population estimée à 1 million de personnes. Parfois il est difficile pour le programme d'avoir accès à ceux qui sont le plus exposés au risque, à cause de l'insécurité et du mauvais état des routes. Cette situation est compliquée par une infrastructure sanitaire précaire, une infrastructure physique réduite au minimum et de solides croyances culturelles qui freinent le changement comportemental. Il existe de nombreux groupe nomades mobiles et un grand nombre de personnes déplacées.

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

Carte 1: Carte des régions du programme de lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud. Centre Carter et autres partenaires

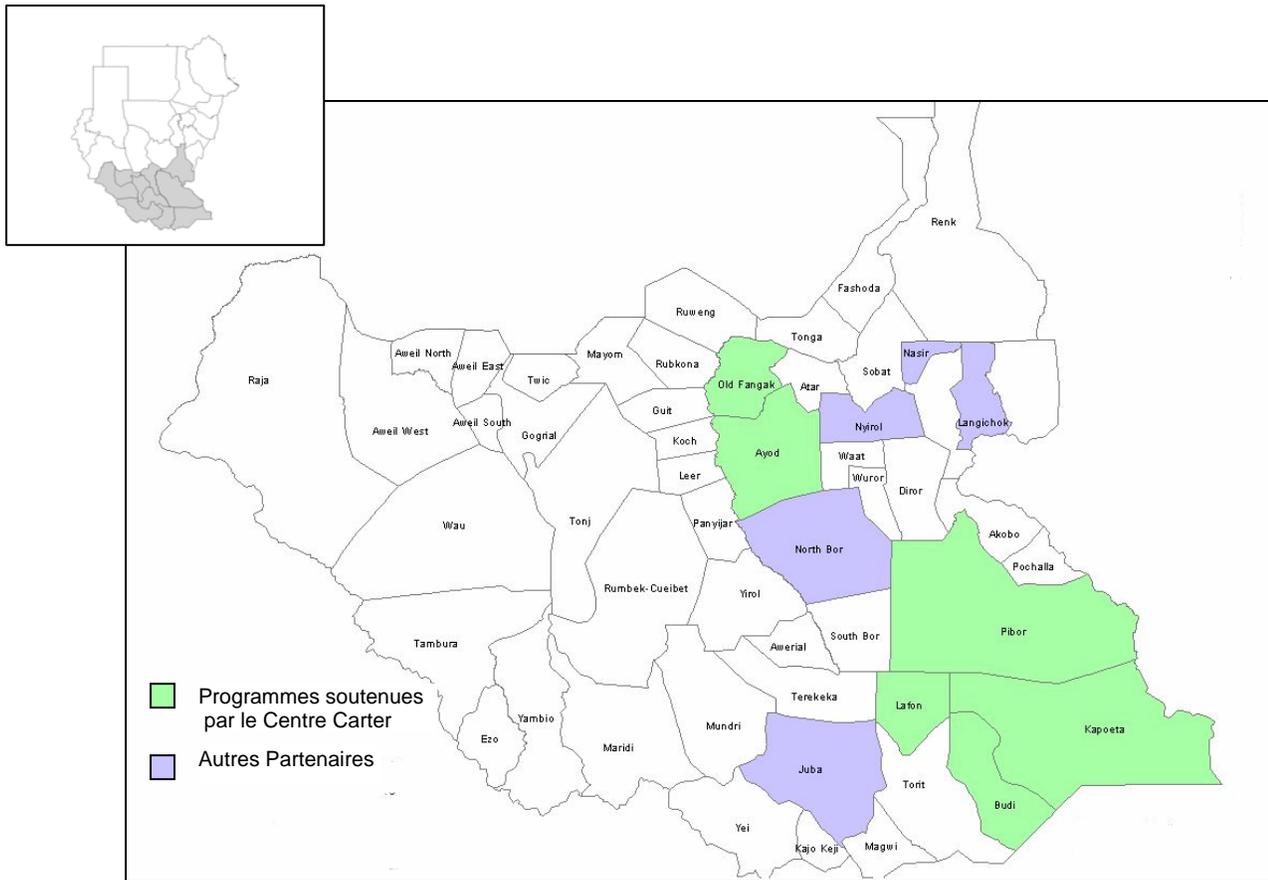


Tableau 1 : Prévalence du trachome dans le Soudan du Sud

Comté	Enfants âgés de 1 à 9 ans			Enfants âgés de < 15 ans	Personnes âgées 15 ans et plus
	TF	TI	TF & TI		
South Bor (Paluer)	77.2	63.6	87.8	0.5	10.0
South Bor (Padak)	65.2	63.6	76.5	0.1	10.0
Twic East (Kongor)	33.2	29.2	43.3	0.1	5.5
Pibor (Boma)	53.1	39.4	60.3	3.0	12.3
Kiech Kuon	63.0	51.9	80.2	2.2	14.7
Ayod	80.1	60.7	88.3	5.2	14.6
Juba (Katigiri)	45.5	24.5	50.0	0.2	1.3
Terekeka (Tali)	64.7	35.3	72.6	0.3	4.1
Kapoeta East (Narus)	35.4	23.8	41.5	0.6	6.3
Budi (Kimatong)	40.0	41.9	60.3	3.5	17.0

## **Accomplissements du programme en 2007**

### *Chirurgie*

Dans le Soudan du Sud, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé tels que l'hôpital universitaire de Juba, l'hôpital Normeca à Kapoeta, et le Centre de Soins de Santé Primaire d'Ayod. Des campagnes de stratégie avancées pour la chirurgie ont également été réalisées en 2007 dans les comtés de Lafon et de Lopa de l'état Easter Equatoria. Les partenaires qui apportent une aide aux interventions chirurgicales sont les suivants : Centre Carter, Christian Mission Aid (CMA), Christoffel Blinden Mission (CBM), et Merlin. Tant que d'autres enquêtes sur la prévalence n'auront pas été faites, le programme ne peut pas estimer le nombre de personnes qui attendent d'être opérées. D'après les estimations actuelles des régions enquêtées, il existe 244 563 personnes de tout âge souffrant du trichiasis. L'opération des enfants constitue un défi programmatique qui serait unique, aussi bien dans le Soudan du Sud que dans certaines parties de l'Ethiopie.

### *Antibiotiques*

Dans le Soudan du Sud, la distribution en masse d'antibiotiques se déroule dans des endroits choisis au sein de la communauté. Elle ne se fait pas par porte à porte. Les stations de distribution sont choisies à l'aide des responsables de terrain, des communautés où le trachome est endémique et du gouvernement local, en tenant compte des déplacements de la population vers les pâturages et les points d'eau. La mobilisation commence au moins 5 jours à l'avance et les équipes de distribution sont composées de 4 à 5 agents de santé communautaires formés en plus des responsables de terrain du Centre Carter. La participation active des communautés dans la distribution des médicaments contribue à la mobilisation réussie de tous les membres communautaires. Le programme ne pourra pas calculer son but final d'intervention en ce qui concerne la distribution d'antibiotiques tant que les enquêtes ne sont pas achevées. Pour le moment, le programme estime qu'un minimum de 4,9 millions de doses seront distribuées pendant les trois premières années dans les états de Jonglei et Eastern Equatoria.

### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire*

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

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

Du point de vue mass média, les principales stations radiophoniques se trouvent dans les villes de Malakal et de Juba. Les médias sont de plus en plus utilisés et le ministère de l'information encourage la création de stations radiophoniques dans les capitales des états. Le programme a également produit des chansons d'éducation sanitaires en langues Nuer et Toposa et a distribué 600 cassettes pour les groupes d'écoute. Ces messages sont également diffusés par des haut-parleurs et les voitures du programme. Deux vidéos sanitaires ont été mises au point en 2007 en langues Nuer et Toposa. Le programme espère atteindre 1 371 villages avec une éducation sanitaire continue. Environ 25 000 personnes sont couvertes par les séances d'éducation sanitaires et 455 000 personnes exposées au risque du trachome sont couvertes par les programmes radiophoniques. Le but final d'intervention pour l'éducation sanitaire est de couvrir les 4 662 villages où l'on sait que le trachome est endémique. Le programme espère encourager les communautés à identifier leurs propres indicateurs, à fixer les stratégies, les buts et à mettre au point des outils facilitant la mise en œuvre du programme.

### *Changement Environnemental*

La construction de latrines avance lentement dans le Soudan du Sud à cause des conditions instables du sol et du coût élevé des matériaux qui ne peuvent pas être achetés sur le marché local et qui doivent être importés de l'Ouganda ou du Kenya. Généralement, on recommande la latrine à fosse ventilée et améliorée. Des partenaires ONG fournissent les matériaux et les outils pour creuser et les ménages fournissent la main-d'œuvre. Le programme a l'intention d'évaluer la possibilité de construire en 2008 des latrines familiales dans le Soudan du Sud en utilisant la technologie durable.

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

Tableau 2 : Accomplissements du programme en 2007

<b>Activités</b>	<b>Cible</b>	<b>Résultat</b>	<b>% Accomplissements</b>	<b>Cibles du Centre Carter</b>	<b>Résultats du Centre Carter</b>	<b>% Accomplissements</b>
Personnes opérées du trichiasis	3,700	1,475	39.9	2,000	716	35.8
Chirurgiens du trichiasis formés	72	10	13.9	50	6	12
Doses d'azithromycine distribuées	528,698	275,382	52.1	525,198	244,961	46.6
Doses de tétracycline distribuées	106,439	48,398	45.5	105,239	59,100	56.2
Education sanitaire (villages) CMA et CMB (personnes couvertes)	175 80,500	1,371 25,514	100 31.7	175	1,371	100
Construction de latrines scolaires	0	3	100	0	3	100

### **Objectifs pour 2008**

- Réaliser une enquête sur la prévalence du trachome dans le comté d'Awerial

#### *Chirurgie du trichiasis (CH)*

- Former 37 nouveaux chirurgiens du trichiasis (11 avec le soutien du Centre Carter)
- Opérer 6 000 personnes souffrant du trichiasis (5 000 avec le soutien du Centre Carter)

#### *Antibiotiques (A)*

- Distribuer de l'azithromycine à 1 326 194 personnes (dans les zones d'intervention Carter des états Eastern Equatoria et Jonglei).
- Distribuer de la pommade oculaire à base de tétracycline pour 331 548 personnes

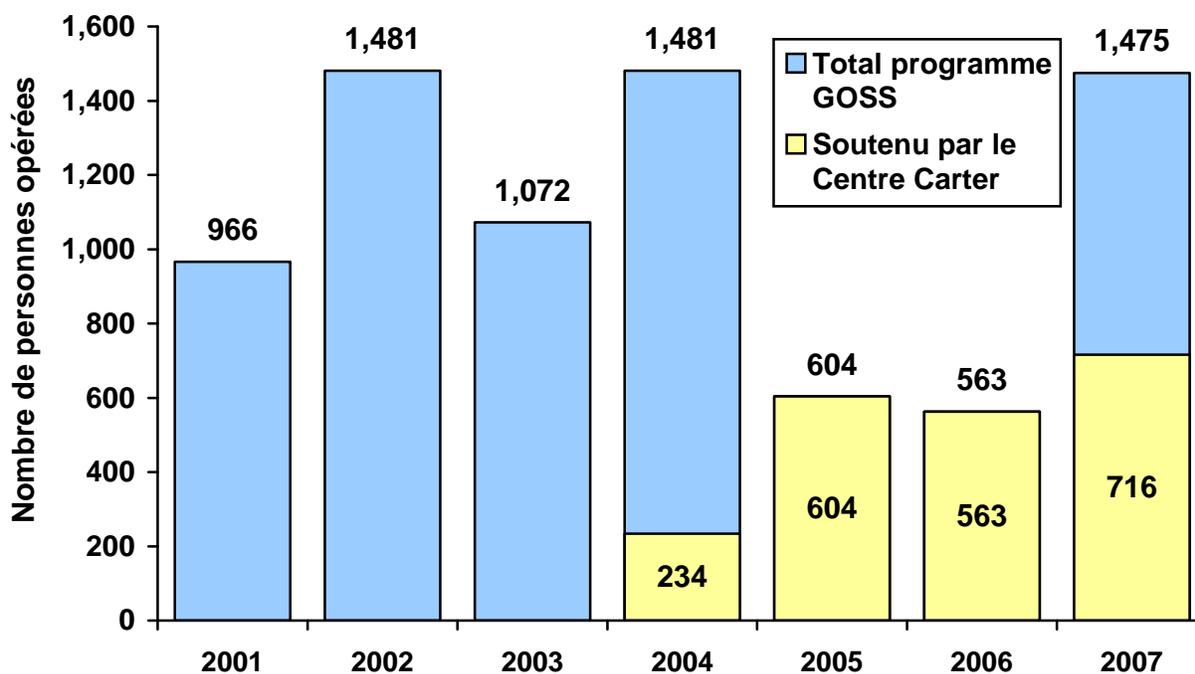
#### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

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

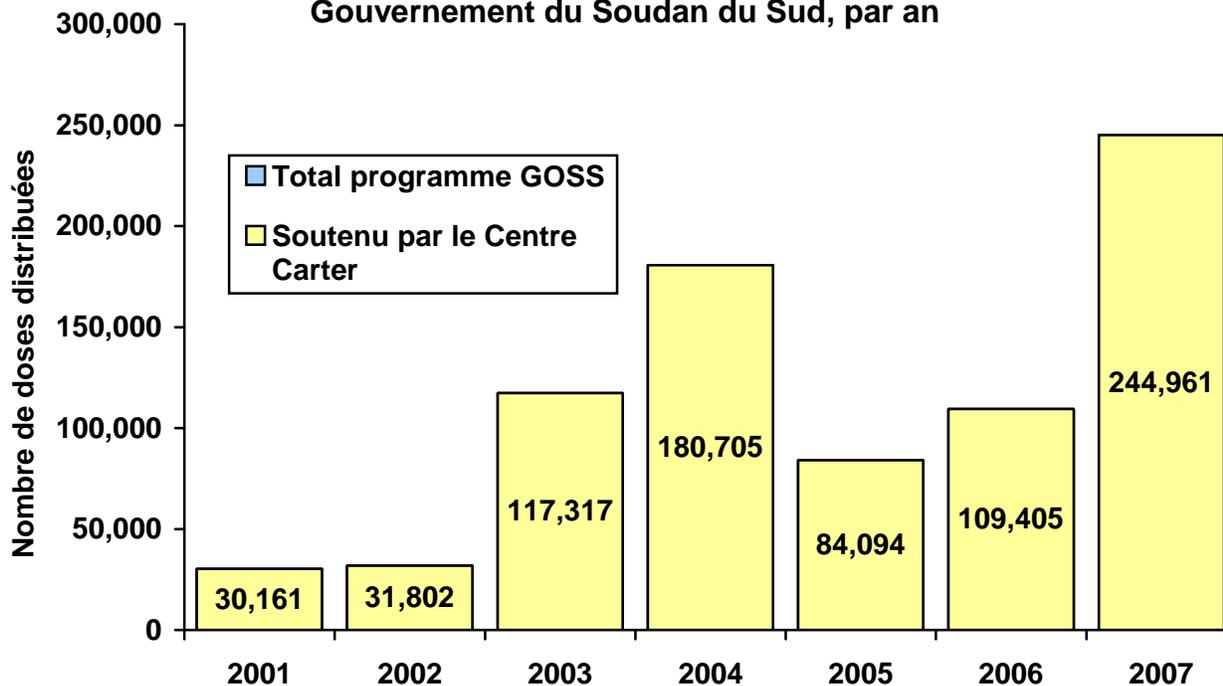
#### *Changement environnemental (CE)*

- Encourager la construction de 1 000 latrines familiales et publiques dans les villages où le trachome est endémique

**Chirurgies du trichiasis soutenues par Lions-Centre Carter, Gouvernement du Soudan du Sud, par an**



**Distribution d'azithromycine soutenue par Lions-Centre Carter, Gouvernement du Soudan du Sud, par an**



## Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie

*Présenté par la Dr Grace Saguti, Coordinatrice du Programme National des Soins Oculaires*

### Données générales

Selon le recensement de 2002, la Tanzanie compte une population d'environ 35 millions de personnes. Le pays est divisé en 21 régions administratives et 126 districts. Lors des années 1980 et 1990, c'est en Tanzanie qu'ont été réalisées les premières recherches qui ont mené par la suite à la conception et à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. En 1999, le Partenariat public privé a démarré entre Pfizer Inc, l'International Trachoma Initiative et le Ministère de la Santé de la Tanzanie. La distribution d'azithromycine donnée par Pfizer a démarré dans six districts. En 2003, le Programme National de Lutte contre le Trachome s'est nettement étendu et la stratégie CHANCE a été intégrée à 20 plans d'action dans les districts sanitaires.

Un total de 50 districts a organisé des enquêtes sur le trachome entre 2004 et 2006. Sur les 50 districts enquêtés, 43 avaient une prévalence de TF supérieure à 10% indiquant qu'ils devaient recevoir la stratégie CHANCE intégrale. La prévalence moyenne de TT pour les 50 districts est de 2,7% et se situe entre 0,2% et 12,5%. Le programme a constaté que le trachome cécitant existe dans tous les 50 districts de l'enquête.

### Accomplissements du programme en 2007

	Cible	Résultat
Personnes opérées du TT	8,000	3,068
Chirurgie informée	0	4
Doses d'azithromycine distribuées	9,793,164	5,794,824
Education sanitaire	84,096	58,872
Latrines familiales construites	80,000	85,335

#### *Chirurgie du trichiasis (CH)*

Le programme de la Tanzanie réalise des chirurgies du trichiasis lors de camps oculaires et dans le cadre d'activités routinières réalisées dans les communautés et les établissements de santé. En 2007, des camps chirurgicaux ont été organisés dans les districts du sud de la Tanzanie où la prévalence du trachome est la plus élevée. Le suivi après la chirurgie est effectué par les chirurgiens du TT des districts. Ils notent le nombre de cas de récives du TT sur un formulaire chirurgical. Grâce aux données obtenues d'enquêtes récentes sur la prévalence, le programme estime actuellement que le nombre de personnes en attente d'une opération du TT s'élève à 177 906.

#### *Distribution d'antibiotiques (A)*

La distribution d'antibiotiques en Tanzanie est à base communautaire à l'aide des agents de santé communautaires également connus sous le nom de distributeurs communautaires de médicaments (DCM). Au niveau national, le gouvernement de la Tanzanie prend à sa charge le dédouanement des médicaments, le transport des médicaments vers les districts et les frais liés au personnel participant à la supervision et au suivi. Au niveau district, ce sont les conseils qui paient pour la formation des DCM, la distribution de médicaments à l'intérieur du district ainsi que pour le suivi et pour la supervision. En 2007, 16 districts terminaient leur première année de distribution d'azithromycine, 17 districts en étaient à leur deuxième série et 4 districts à leur troisième série. Certaines parties dans certains districts avaient déjà réalisé 6 à 8 séries de distribution. Six districts n'avaient pas encore bénéficié d'une distribution de masse de l'azithromycine. Le programme note que la plupart des districts attendent plus de 12 mois entre les séries de distribution.

#### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

Le programme continue les Formations d'Hygiène Participative et Transformation de l'Assainissement (PHAST) pour soutenir les activités N&CE dans 6 districts. Des manuels PHAST ont été mis au point et 180 agents ont été formés. D'autres activités d'éducation sanitaire sont réalisées : distribution d'affiches, annonces radiophoniques, visites à domicile, réunions communautaires et programmes de santé scolaires. Un total de 5 000 affiches, de 2 500 brochures et de 1 000 calendriers ont été distribués de 2003 à 2007. Des annonces radiophoniques ont été passées sur les ondes en 2003 et en 2004 (au total 1 247 annonces). Les commémorations annuelles de la journée mondiale de la vue ont été réalisées et utilisées pour renforcer l'éducation sanitaire.



Les enfants de l'école font une démonstration du lavage du visage en utilisant un peu d'eau d'une gourde.

Des activités d'éducation sanitaires ont été réalisées au niveau communautaire sous forme de réunions communautaires, de discussions de groupes, de programmes sanitaires, de distributions de matériel d'éducation sanitaire et d'expositions lors des commémorations nationales de la semaine de l'eau. Le nombre de personnes couvertes dépendait des ressources affectées à l'éducation sanitaire chaque année au niveau national et des districts. Les crédits affectés aux interventions du volet F&CE, ont diminué chaque année de 2000 à 2007. De 2000 à 2005, les programmes radiophoniques ont été diffusés par les stations publiques et privées. Grâce à cette couverture radiophonique, le programme atteint presque 80% de la population du pays qui s'élève entre 25 et 27 millions de personnes d'après les estimations. Actuellement, le programme cible 5 256 villages dans les 50 districts où le trachome est endémique.

#### *Changement Environnemental (CE)*

Le programme note que les latrines utilisées en Tanzanie ne sont pas en bon état. Selon une enquête de 2004, 47% des latrines sont des latrines améliorées. Le programme national recommande soit les latrines Sanplat ou les latrines ventilées et améliorées, suivant la situation économique de la communauté ciblée. Les latrines à fosse ventilées et améliorées sont plus chères que les Sanplat et sont construites le plus souvent dans des institutions.

L'UNICEF et le Ministère de la Santé et des Travaux d'Assainissement ont formé des artisans en ce qui concerne la construction de dalles dans six districts du programme (Manyoni, Kilosa, Mpwapwa, Iringa Rural, Magu et Kisarawe). Le Ministère de la Santé a fourni 40 machines pour fabriquer les briques servant à la construction de latrines dans certains villages du programme, lors de l'exercice 2007 – 2008. Le programme estime que le coût unitaire d'une latrine ventilée et en ciment avec revêtement, s'élève à \$268 : \$170 pour le revêtement avec du ciment, \$20 pour

le plancher et la dalle Sanplat, \$18 pour un toit avec des tôles ondulées et \$60 pour une superstructure en bloc de ciment. Le programme note que l'utilisation de matériaux disponibles localement (par exemple des pierres pour le revêtement ou l'utilisation d'un toit en chaume et de murs en pisé) permet de réduire nettement les coûts de 20 à 50%. Si l'on veut atteindre le 7<sup>ème</sup> Objectif du Millénaire pour le Développement (réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de ménages sans latrine), le programme devra construire 337 340 latrines familiales.

Conjointement avec le Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle, Helen Keller International est au premier plan des activités d'éducation sanitaire dans les écoles puisque le trachome a été porté au programme de l'école primaire. Le Programme National de Lutte contre le Trachome travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé pour démarrer des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, dans les régions où le trachome est très endémique. Chaque conseil a obtenu \$20 000 pour l'assainissement en 2007 par le biais du Programme de Développement du Secteur de l'Approvisionnement en Eau du Ministère de l'Hydraulique.

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, les résultats de l'enquête initiale ont été utilisés pour accorder la priorité aux projets d'approvisionnement en eau dans les districts connaissant une prévalence élevée du trachome ou dans ceux dont moins de 80% des enfants ont des visages propres. Le programme de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones rurales a été étendu à l'ensemble du pays et le programme national de développement du secteur de l'eau a été lancé à l'aide d'un plan de 25 ans en mars 2007. Le Programme National de Lutte contre le Trachome a régulièrement participé aux activités annuelles de commémorations de la semaine de l'eau. En 2007, l'Initiative Internationale du Trachome en Tanzanie recevait le premier prix de la commémoration annuelle de la semaine de l'eau dans le domaine de "l'Education et de la Mobilisation Communautaire". Les partenaires qui soutiennent l'approvisionnement en eau dans les régions où le trachome est endémique sont les suivants : Ministère de l'Eau, Water Aid, UNICEF, TASAF, AMREF, World Vision, et le Programme d'Eau et d'Assainissement de la Banque Mondiale.

#### *Points saillants du programme en 2007*

Actuellement, le programme national prévoit d'intégrer les activités de lutte contre le trachome à celles d'autres maladies tropicales négligées. En août – septembre 2007, l'Initiative Internationale du Trachome a réalisé une étude sur les connaissances, l'attitude et les pratiques en ce qui concerne l'hygiène se rapportant au trachome, avec le soutien de la Fondation pour la Société Civile.

#### **Objectifs du programme pour 2008**

##### *Chirurgie (CH)*

- Réaliser 31 447 chirurgies du trichiasis

##### *Antibiotiques (A)*

- Distribuer 9 522 035 doses d'azithromycine

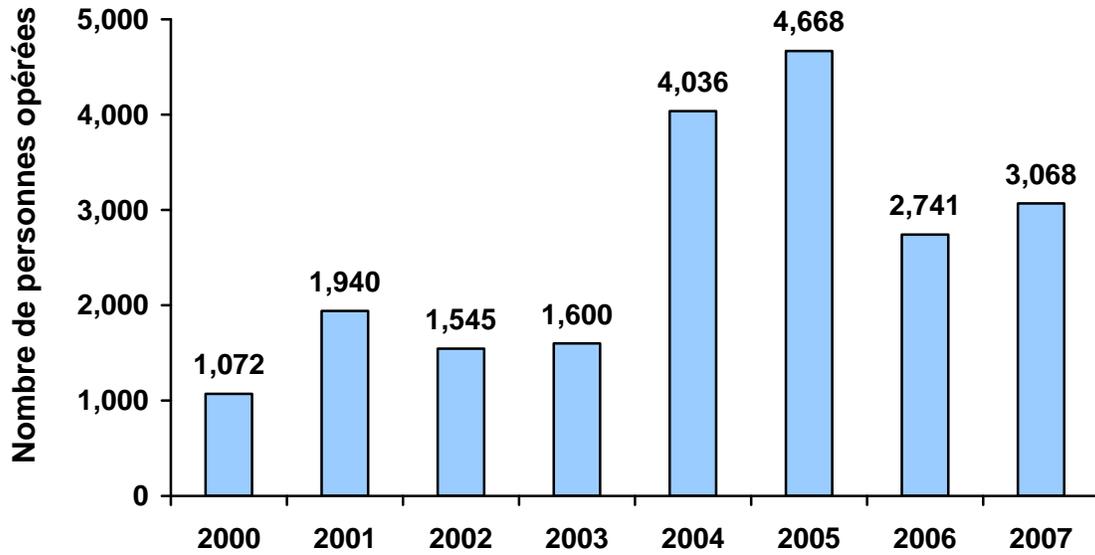
##### *Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)*

- Organiser 21 024 réunions communautaires (4 réunions dans chacun des 5 256 villages du programme)
- Réaliser 63 072 séances d'éducation sanitaire dans les écoles primaires (12 séances dans chacune des 5 256 écoles des villages du programme)

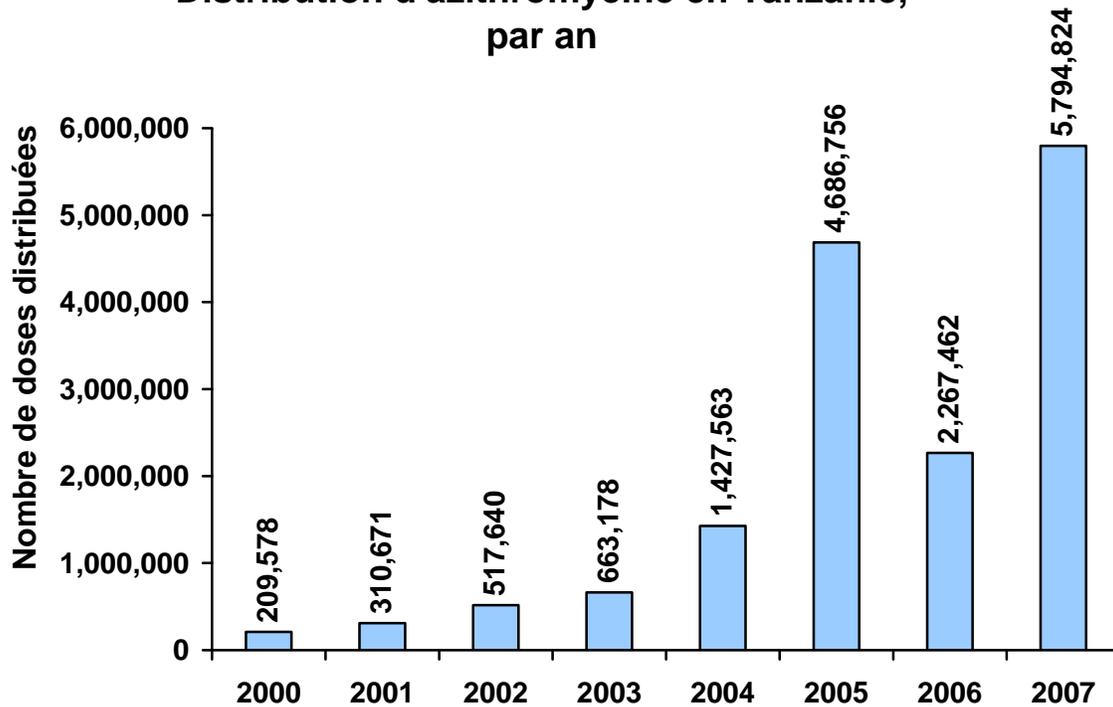
##### *Changement environnemental (CE)*

- Construire 56 195 latrines familiales

## Chirurgie du trichiasis en Tanzanie, par an



## Distribution d'azithromycine en Tanzanie, par an



## Trachome et Progrès d'Élimination en Ouganda

Présenté par le Dr Bubikire Stanley, Coordinateur du Programme National des Soins Oculaires

### Données générales

En Ouganda, 24 districts seraient à caractère endémique et sept millions de personnes courent le risque d'être infectées par le trachome (voir Carte 1). D'après les estimations, 700 000 enfants de moins de dix ans ont contracté la maladie active, 12 000 personnes sont aveugles à cause du trachome, et 35 000 autres vivent avec le trichiasis trachomateux (TT). Le Ministère de la Santé de l'Ouganda a retenu le trachome comme maladie prioritaire devant être éliminée dans les 24 districts affectés en utilisant la stratégie CHANCE.

En septembre 2005, une équipe spéciale nationale de lutte contre le trachome a été mise sur pied et un atelier de formation a été organisé. L'équipe spéciale a reçu une formation portant sur la méthodologie de l'enquête en utilisant le protocole standard de l'OMS pour les enquêtes sur le trachome. Elle avait pour mission d'organiser et de réaliser des enquêtes initiales dans les 7 premiers districts (Kamuli, Kaliro, Iganga, Namutumba, Kotido, Abim, et Kabong) pour lesquels le ministère avait obtenu un financement. Une enquête a été faite dans les districts de Moroto et de Bugiri en août 2007 et des enquêtes sont en cours à Nakapiripirit et à Mayuge (voir Carte 2).

District	Répondants de 1 à 9 ans	% avec des visages propres	% TF	Répondants ≥ à 15 ans	% TT	% CO	% TT pratiquant l'épilation
Kamuli*	2,217	48.4	33.6	1,593	5.6	1.7	-
Iganga*	2,002	48	20.1	1,376	3.8	1.6	3.4
Kotido*	2,323	29	65.7	2,615	17.5	4	5.5

District	A entendu parler du lavage du visage et du trachome (≥ à 15)	% de ménages avec accès à de l'eau salubre	% de ménages avec de l'eau toute l'année	% de ménages avec des toilettes	% de ménages avec des étables	% de ménages avec des matières fécales près de la maison	% avec évacuation hygiénique des ordures
Kamuli*	0.9%	30	87.5	81	33.5	15.7	7
Iganga*	76.7%	66	86.3	63.8	44.6	17	10.5
Kotido*	27%	50	40	7.7	78	88	6.1

\* Les trois districts enquêtés ont été divisés pour en faire sept districts (Kamuli est à présent Kamuli et Kaliro ; Kotido est à présent Kotiko, Kabong et Abim ; et Iganga est à présent Iganga et Namutumba)

Sur la base des résultats de ces enquêtes, le programme national a fait une demande qui a été approuvée pour recevoir un don d'azithromycine de Pfizer Inc. De novembre 2007 à janvier 2008, le programme a réalisé sa première distribution intégrée de comprimés et de sirop d'azithromycine.

### Gestion de programme

La mise en œuvre de programme comprend de nombreux acteurs et de nombreuses couches entre les niveaux nationaux, régionaux, locaux et communautaires. L'équipe spéciale du

Programme National de Lutte contre le Trachome, comité du Programme National pour la lutte contre la cécité, coordonne ces niveaux de partenariat dans la lutte contre le trachome. La Section Prévention de la Maladie et Réhabilitation faisant partie de la Direction de la Santé Clinique et Communautaire coordonne les activités contre le trachome au niveau du Ministère de la Santé et fait fonction de Secrétariat pour l'Equipe Spéciale du Trachome.

Le programme prévoit de réaliser l'enquête dans tous les districts où le trachome est endémique d'ici 2009, afin de déterminer le nombre de personnes souffrant de TT qui sont en attente d'être opérées et également de déterminer quelle est la capacité pour opérer le nombre déjà estimé de 35 000 cas. L'objectif consiste à diminuer ce nombre de 30% (10 500 cas) et de réduire de 30% d'ici 2009 le trachome actif.

#### **Etapas suivantes**

- Réaliser les enquêtes initiales dans tous les autres districts où l'on soupçonne que le trachome est endémique ;
- Former 40 chirurgiens du TT et recycler ceux en place ;
- Former et mobiliser des mobilisateurs communautaires pour la recherche de cas du TT par liens familiaux ;
- Acheter 400 trousse de rotation des paupières pour faciliter l'opération et motiver les chirurgiens formés du TT ;
- Suivre les patients opérés pour déterminer le résultat chirurgical ;
- Sensibiliser davantage la communauté pour qu'elle accepte les services chirurgicaux du TT ;
- Mobiliser par le biais de moyens de communication utilisés couramment, tels que la radio, les dirigeants locaux, les leaders de Kraal (camps d'élevage), les groupes de musique et de théâtre, les lieux spirituels et les médias imprimés ;
- Formuler et diffuser du matériel (matériel intégré pour le programme des maladies tropicales négligées), pour l'IEC dans les communautés et les écoles afin de sensibiliser davantage au TT, au lavage du visage, à l'utilisation de latrines ;
- Mettre en place des camps chirurgicaux mobiles du TT et équiper les centres de santé pour qu'ils puissent effectuer la chirurgie du TT ;
- Mettre en place, puis étendre à plus grande échelle le système de suivi et de superviseurs ;
- Approvisionner en eau les écoles et les communautés
- Former et recycler les enseignants en matière de trachome
- Réaliser une campagne promotionnelle pour la construction et l'utilisation de latrines ;
- Sensibiliser les communautés sur la nécessité de se donner de bonnes méthodes pour l'évacuation des ordures.

#### **Parties concernées**

- Ministère de la Santé, de l'Education, des Collectivités Locales, de l'Eau, du Travail et du Développement Social.
- Organisation Internationale : Organisation Mondiale de la Santé, Initiative Internationale du Trachome, Pfizer Inc, Centre Carter, USAID/RTI, Sight Savers International, Christoffel Blindenmission, Lions Aid Norway, Lions Clubs International Foundation.
- Organisme approvisionnant en eau : Plan International, Busoga trust, Karamoja Diocese

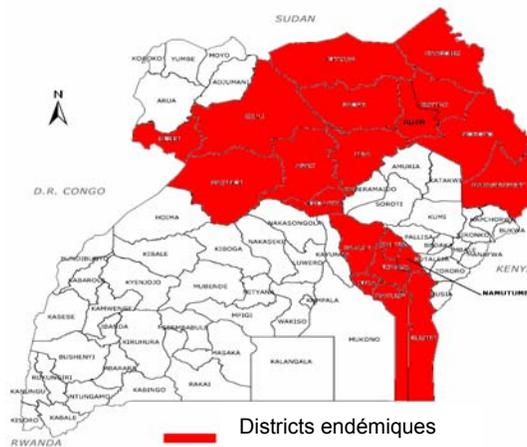
#### **Défis**

- Financement très insuffisant pour les soins oculaires
- Actuellement seul le volet "A" de CHANCE est ciblé par le programme de lutte contre les maladies tropicales négligées qui vient d'être mis en place
- Insuffisance du point de vue personnel (chirurgiens du TT), de l'infrastructure et de l'équipement.
- Insécurité dans certaines zones où le trachome est endémique
- Inaccessibilité de certaines régions dans ces districts d'endémicité

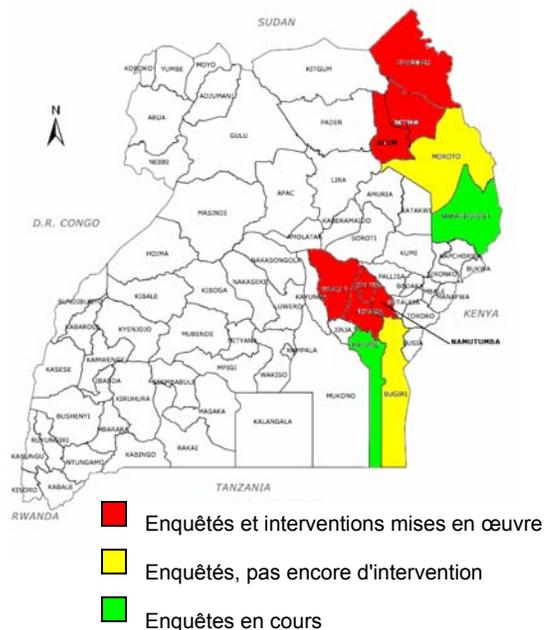
## Possibilités

- Soutien gouvernemental/politique : le trachome est reconnu comme une maladie qui doit être éliminée. Les districts sanitaires sont engagés.
- Autres partenaires prêts à aider : le Centre Carter, LCIF, Lions Clubs, Sight Savers International, LAN, Christoffel Blindenmission, USAID/RTI, Initiative de Lutte contre la schistosomiase
- Le Centre Carter est opérationnel dans certains districts où le trachome est endémique
- La stratégie "Child Days Plus" pour les programmes de santé ; l'approche de lutte intégrée aux maladies, surtout pour les maladies tropicales négligées
- Déclaration de Kampala pour l'assainissement (KDS) 1997
- Vaste répartition du nombre d'agents de santé de niveau intermédiaire dont 160 sont déployés de manière équitable

Carte 1 : Districts de l'Ouganda où l'on pense que le trachome est endémique



Carte 2 : Districts de l'Ouganda enquêtés pour détecter le trachome



**Table 1. Récapitulatif des Interventions de Lutte contre le Trachome (pays soutenus par le Centre Carter)**

*Données nationales notifiées pour 2007 lors de la Neuvième Revue Annuelle de Programme*

*Atlanta, 11 au 13 février 2008*

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux
				GOS <sup>†</sup>	GOSS <sup>‡</sup>			
<b>N &amp; CE</b>								
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	49	4,371	561	120	1,371	1,117	446	<b>8,035</b>
Villages ciblés	49	*	*	*	175	4,037	*	<b>4,261</b>
Couverture en pourcentage	100%	--	--	--	7.8%	27.7%	--	<b>--</b>
Nombre des latrines familiales construites	3,438	13,610	10,725	--	--	41,228	6,448	<b>75,449</b>
Objectif pour les latrines familiales	5,000	20,000	11,400	--	--	466,359	10,000	<b>512,759</b>
Couverture en pourcentage	68.7%	68.1%	94.1%	--	--	8.8%	64.5%	<b>14.7%</b>
<b>Antibiotiques (A)</b>								
<b>Azithromycine</b>								
Distribution en masse	899,065	1,767,877	5,958,174	179,698	275,382	6,224,372	--	<b>15,304,568</b>
Cibles de 2007	957,000	6,989,045	3,651,590	289,145	528,698	10,373,499	--	<b>22,788,977</b>
Couverture en pourcentage	93.9%	25.3%	163.2%	62.1%	52.1%	60.0%	--	<b>67.2%</b>
<b>Tétracycline</b>								
Distribution en masse	25,311	0	120,000	4,056	48,398	343,963	5,201	<b>546,929</b>
Cibles en 2007	36,400	124,704	107,074	*	106,439	689,463	9,000	<b>443,563</b>
Couverture en pourcentage	69.5%	0.0%	112.1%	--	37.5%	49.9%	57.8%	<b>--</b>
<b>Chirurgie (CH)</b>								
Chirurgies	504	2,890	2,804	2,059	1,475	45,271	16,200	<b>71,203</b>
Cibles en 2007	1,500	8,000	15,660	2,500	3,700	95,095	19,610	<b>146,065</b>
Couverture en pourcentage	33.6%	36.1%	17.9%	82.4%	39.9%	47.6%	%	<b>48.7%</b>

<sup>†</sup> Gouvernement du Soudan (GOS)

<sup>‡</sup> Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS)

\* Données non présentées

**Tableau 2. Objectifs annuels des programmes nationales de lutte contre le trachome pour 2008  
(pays aidés par le Centre Carter)**

Présentées lors de la Neuvième Revue Annuelle de Programme, Atlanta, 11 au 13 février 2008

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
				GOS	GOSS			
<b>Chirurgie</b>								
Personnes pour chirurgie du trichiasis	1,000	12,000	12,530	3,000	6,000	101,187	24,513	<b>160,230</b>
<b>Antibiotiques</b>								
Distribution de masse d'azithromycine (personnes)	950,000*	9,520,739*	7,641,583*	292,164	1,326,194	10,938,752	7,600,000	<b>38,269,432</b>
Distribution de pommade de tétracycline (personnes)	-	-	-	**	331,548	251,566	**	--
<b>Nettoyage du visage</b>								
Education sanitaire (villages)	**	**	**	**	4,662	2,446	**	--
<b>Changement environnemental</b>								
Latrines familiales à construire	5,000	14,000	11,400	**	1,000	400,996	7,500	<b>439,896</b>

\*Reflète les cibles pour la distribution totale d'antibiotiques

\*\*Cibles non présentés/non disponibles

**Tableau 3. Récapitulatif des interventions soutenues par le Centre Carter, par pays, 1999 – 2007**

	Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
					GOS***	GOSS***			
<b>CH</b>	Nombre de personnes opérées du trichiasis	N/A	N/A	N/A	2,140	2,117	93,155	26	<b>97,438</b>
	Nombre de nouveaux chirurgiens du trichiasis formés	N/A	N/A	N/A	56	61	400	N/A	<b>517</b>
<b>A</b>	Nombre de doses de l'azithromycine	N/A	N/A	N/A	262,124	438,460	10,121,418	N/A	<b>10,822,002</b>
	Nombre de doses de pommade de tétracycline	N/A	N/A	N/A	4,056	197,459	1,031,064	N/A	<b>1,232,579</b>
<b>N</b>	Nombre de villages avec éducation sanitaire continue	49	1,128	556	16	135	653	175	<b>2,712</b>
	Nombre de personnes formées pour dispenser une éducation sanitaire*	8,079	15,158	4,272	990	24,678	24,678	1,813	<b>57,237</b>
<b>CE</b>	Nombre de latrines familiales construites	5,066	35,740	24,804	N/A	439	354,179	20,826	<b>441,054</b>
	Nombre de nouveaux maçons formés	N/A	2,384	771	N/A	N/A	N/A	580	<b>3,735</b>

\*Données de 2007 uniquement

\*\*Le soutien du Centre Carter au Niger, au Nigeria, au Mali et au Ghana se concentre sur les activités d'interventions N & CE. Par ailleurs, un soutien indirect pour les activités CH & A du point de vue logistique et conseils techniques est donné aux programmes nationaux sur demande.

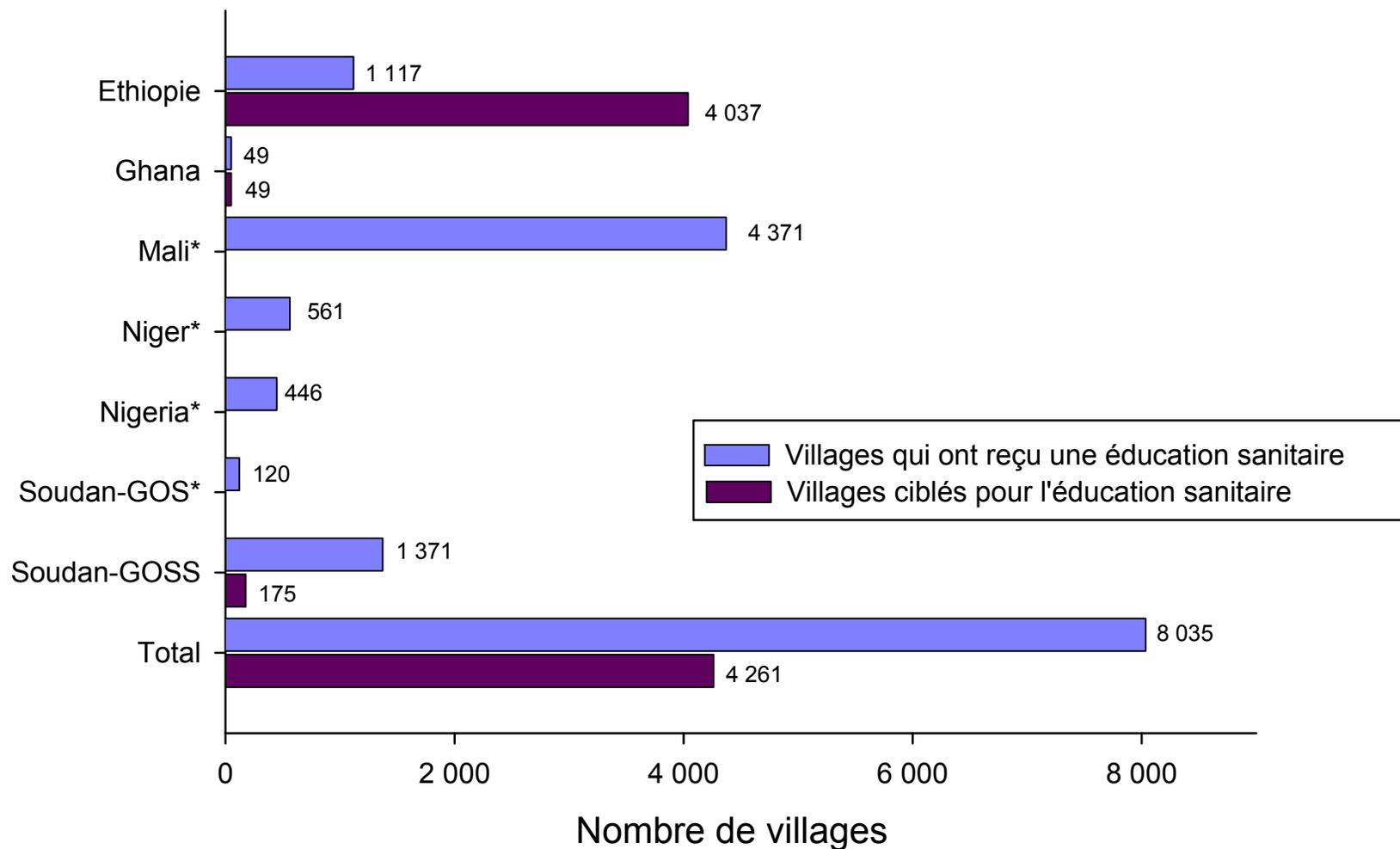
\*\*\*GOS/GOSS : Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud

**Tableau 4. Programmes de Lutte contre le Trachome aidés par le Centre Carter  
Récapitulatif des interventions par pays, janvier – décembre 2007**

Indicateurs		Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
					GOS*	GOSS*			
<b>CH</b>	Nombre de personnes opérées du trichiasis	N/A	N/A	N/A	42	716	28,425	26	<b>29,209</b>
	Personnes ciblées	N/A	N/A	N/A	2,500	2,000	95,095	N/A	<b>97,095</b>
	Pourcentage	N/A	N/A	N/A	1.7%	35.8%	29.9%	N/A	<b>30.1%</b>
	Nombre de nouveaux chirurgiens formés	N/A	N/A	N/A	1	6	193	N/A	<b>200</b>
<b>A</b>	Nombre de doses de l'azithromycine	N/A	N/A	N/A	179,698	275,382	5,195,937	N/A	<b>5,651,017</b>
	Population ciblée	N/A	N/A	N/A	104,000	525,198	9,713,311	N/A	<b>10,342,509</b>
	Pourcentage	N/A	N/A	N/A	172.8%	52.4%	53.5%	N/A	<b>54.6%</b>
	Nombre de doses de la pommade de tétracycline	N/A	N/A	N/A	4,056	59,100	343,963	N/A	<b>407,119</b>
<b>N</b>	Nombre de villages avec éducation sanitaire continue	49	1,078	556	16	166	1,447	280	<b>3,592</b>
	Nombre d'écoles avec une éducation sanitaire continue	49	N/A	293	21	24	600	N/A	<b>987</b>
	Nombre de personnes formées pour dispenser une éducation sanitaire	376	1,285	238	661	857	11,185	210	<b>14,812</b>
<b>CE</b>	Nombre de latrines familiales construites	2,866	11,871	6,776	N/A	22	41,228	6,449	<b>69,212</b>
	Cible pour les latrines	2,500	12,000	5,000	N/A	N/A	120,000	10,000	<b>149,500</b>
	Pourcentage	114.6%	98.9%	135.5%	N/A	N/A	34.4%	64.5%	<b>46.3%</b>
	Nombre de nouveaux maçons formés	N/A	474	217	N/A	N/A	N/A	310	<b>1,001</b>

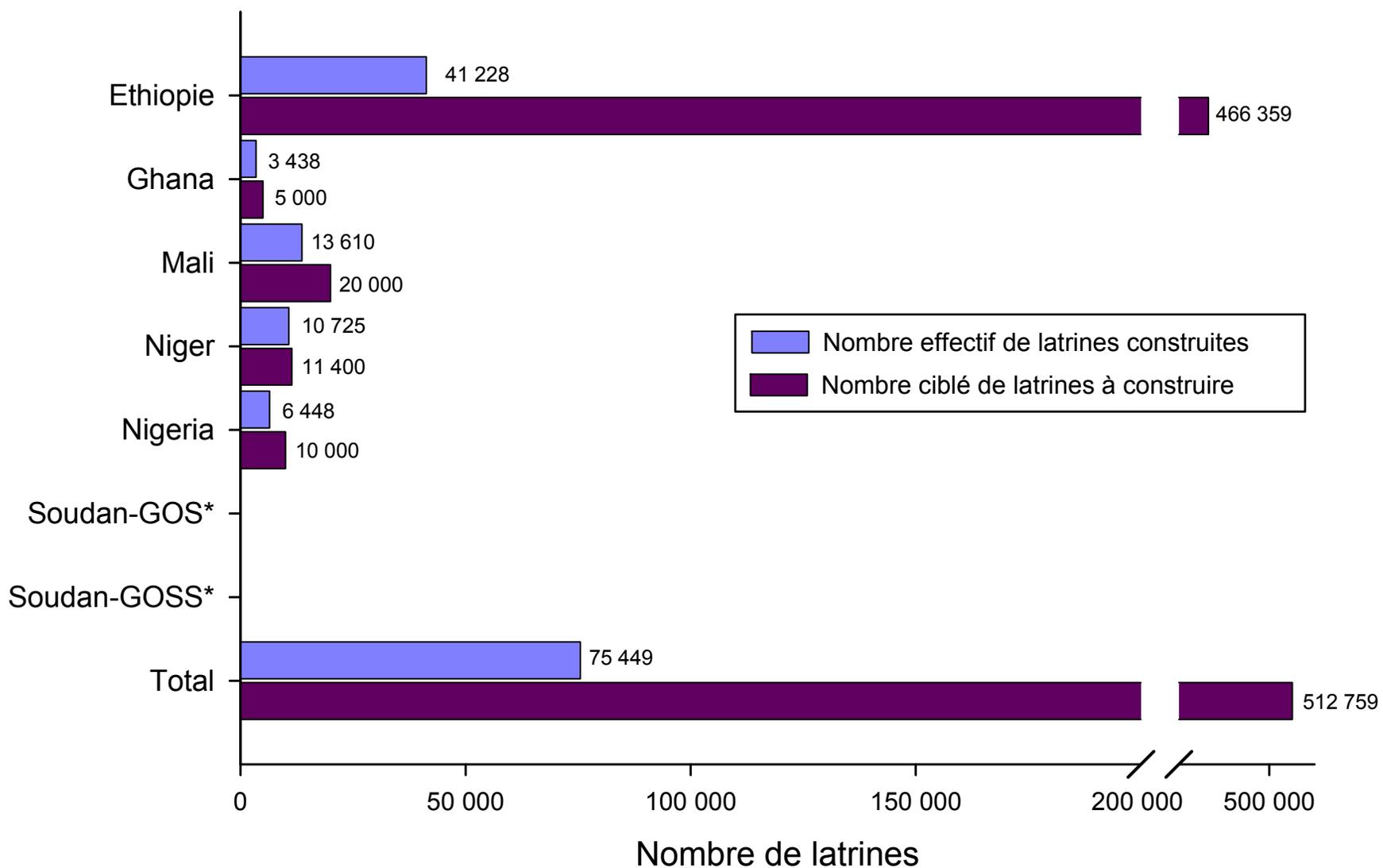
\*GOS/GOSS : Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud

Figure 1. Villages recevant une éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter  
*Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2007*



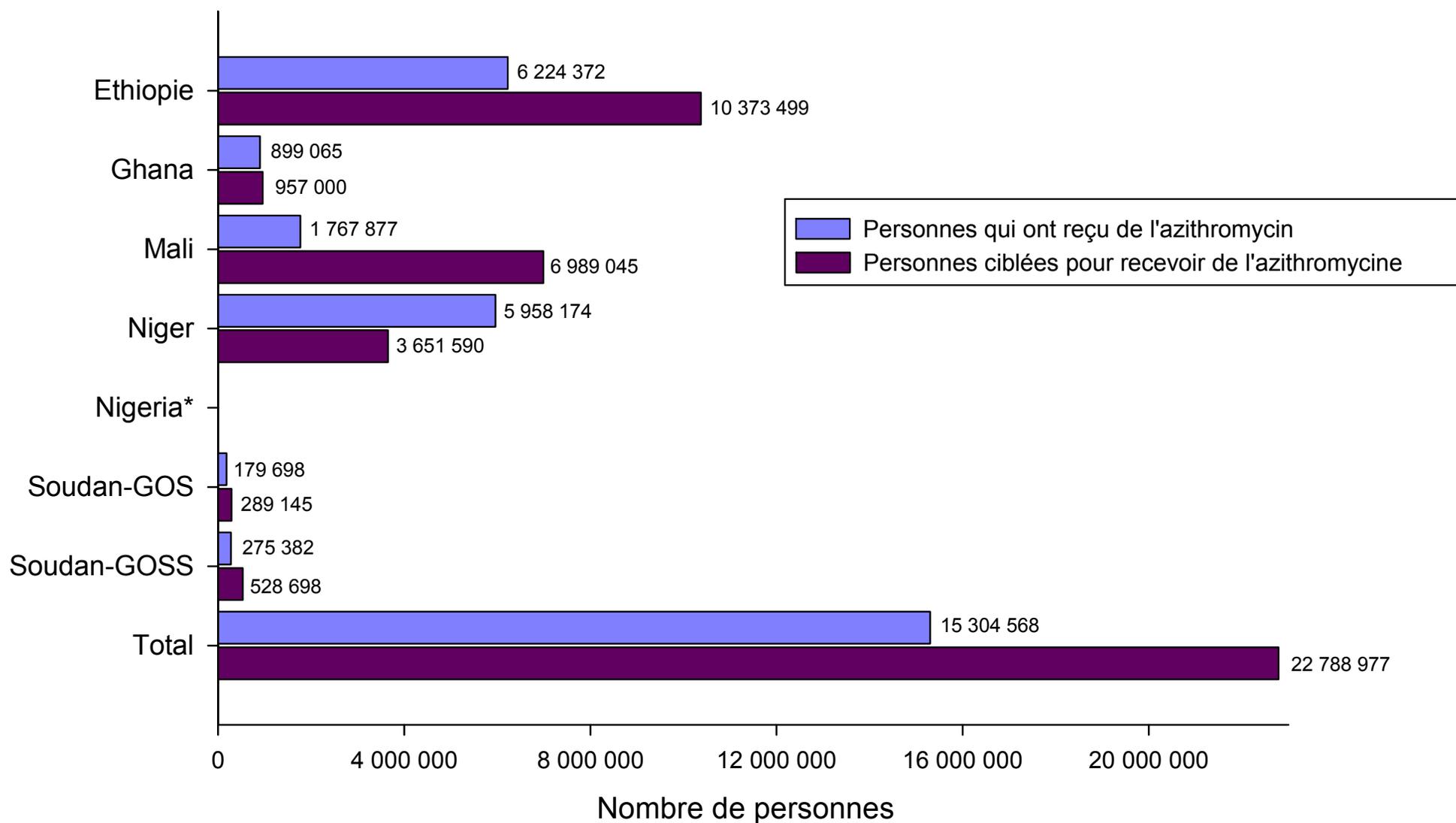
\*Aucune cible n'a été présentée pour l'éducation sanitaire.

Figure 2. Latrines familiales construites, pays soutenus par le Centre Carter  
 Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2007



\*Pas de données présentées sur la construction des latrines

Figure 3. Distribution d'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter  
*Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2007*



\*La distribution en masse d'azithromycine n'a pas encore commencé au Nigeria.

Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter  
*Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2007*

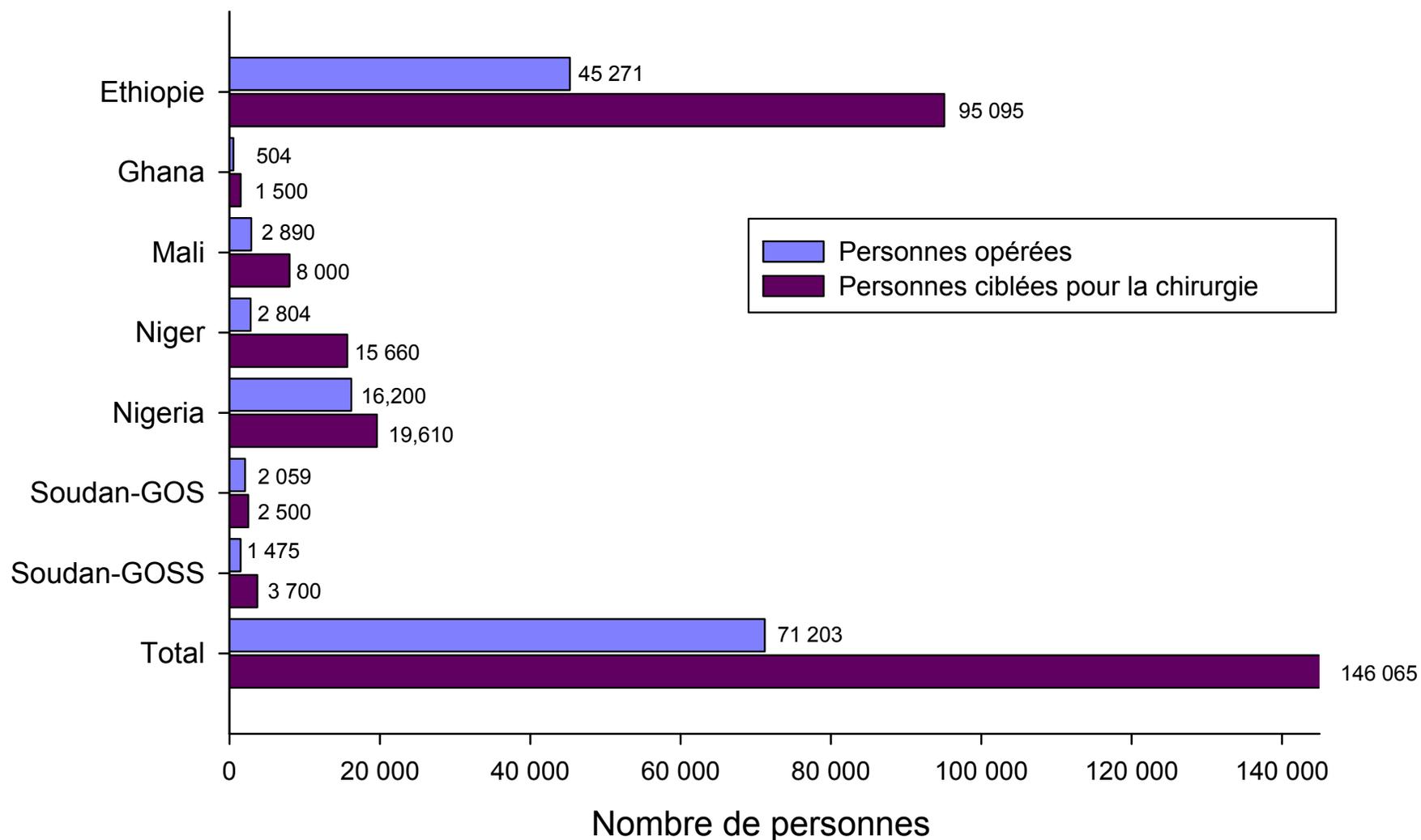


Figure 5. Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue  
*Données nationales dans les pays aidés par le Centre Carter,  
présentées pour 2001-2007*

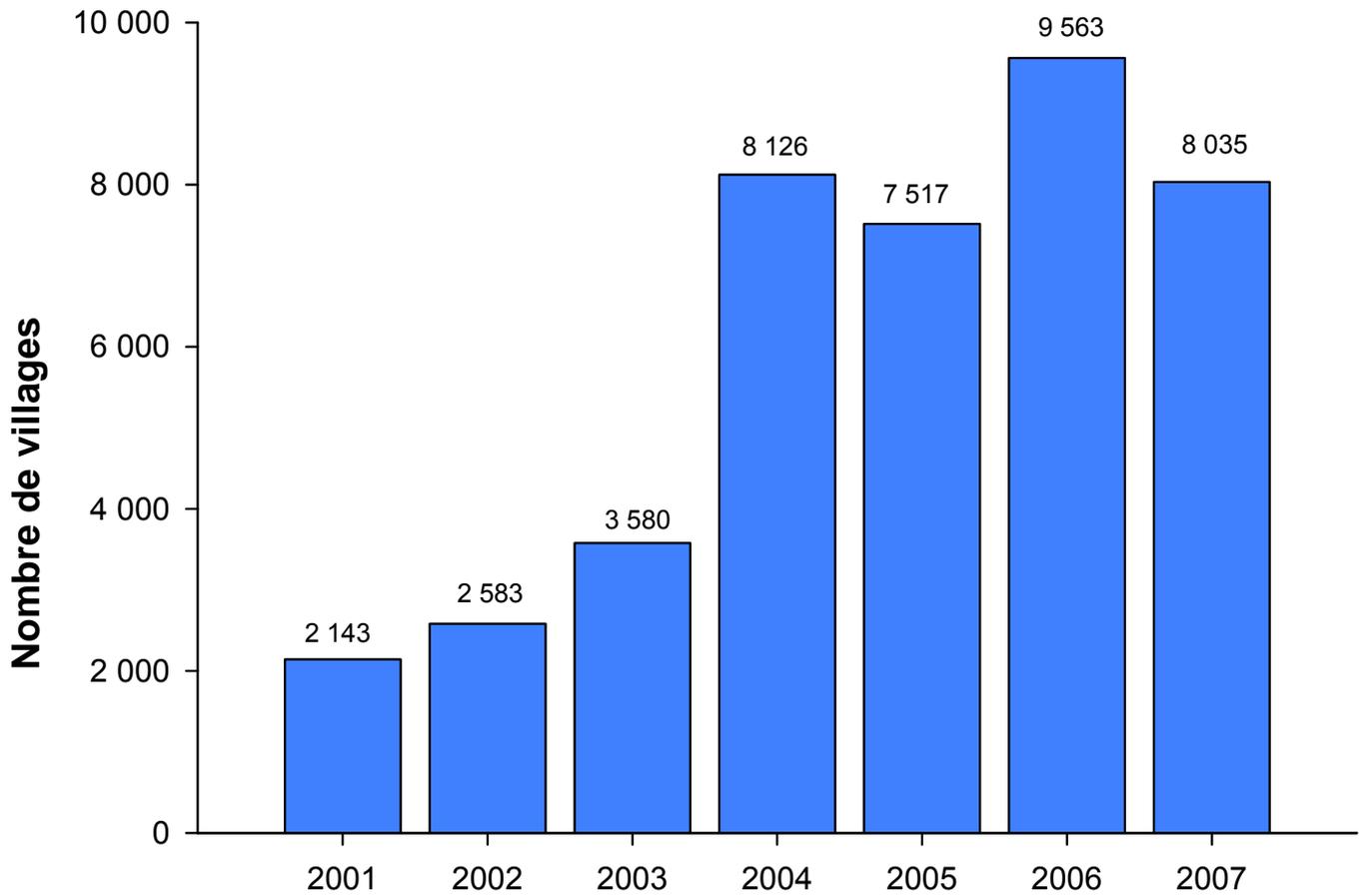
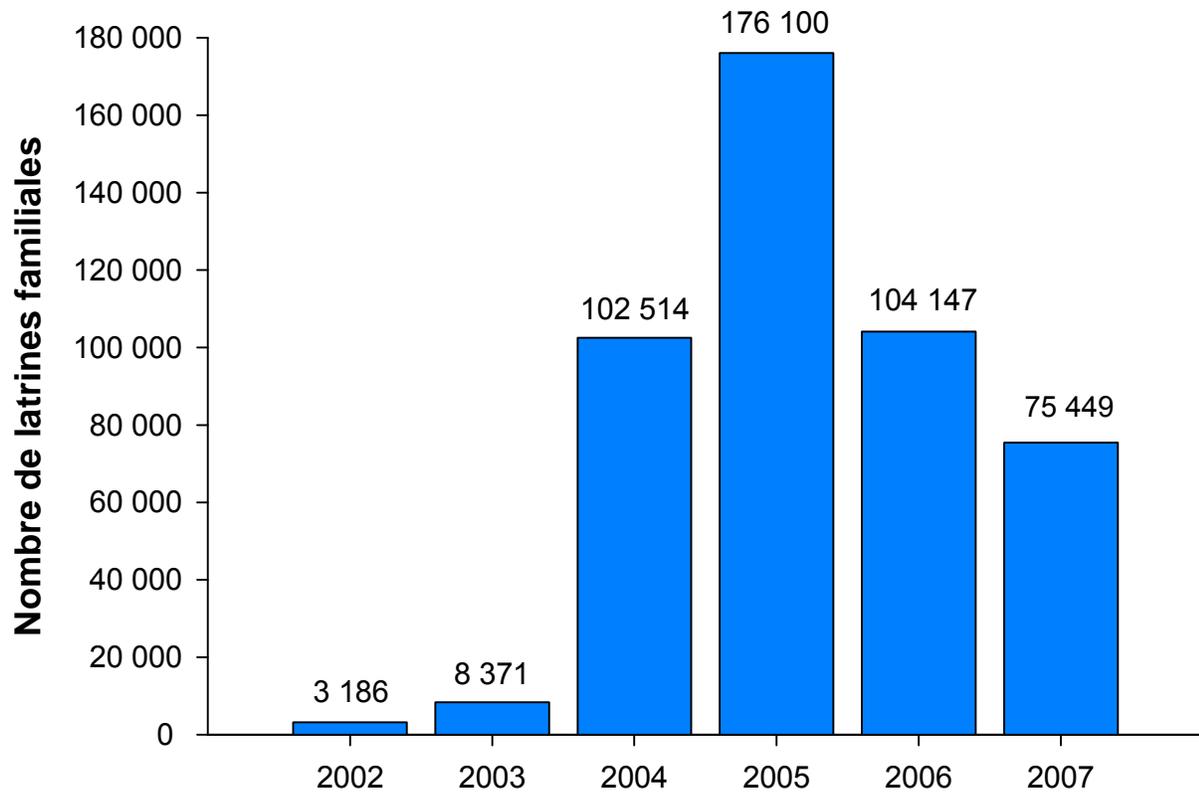
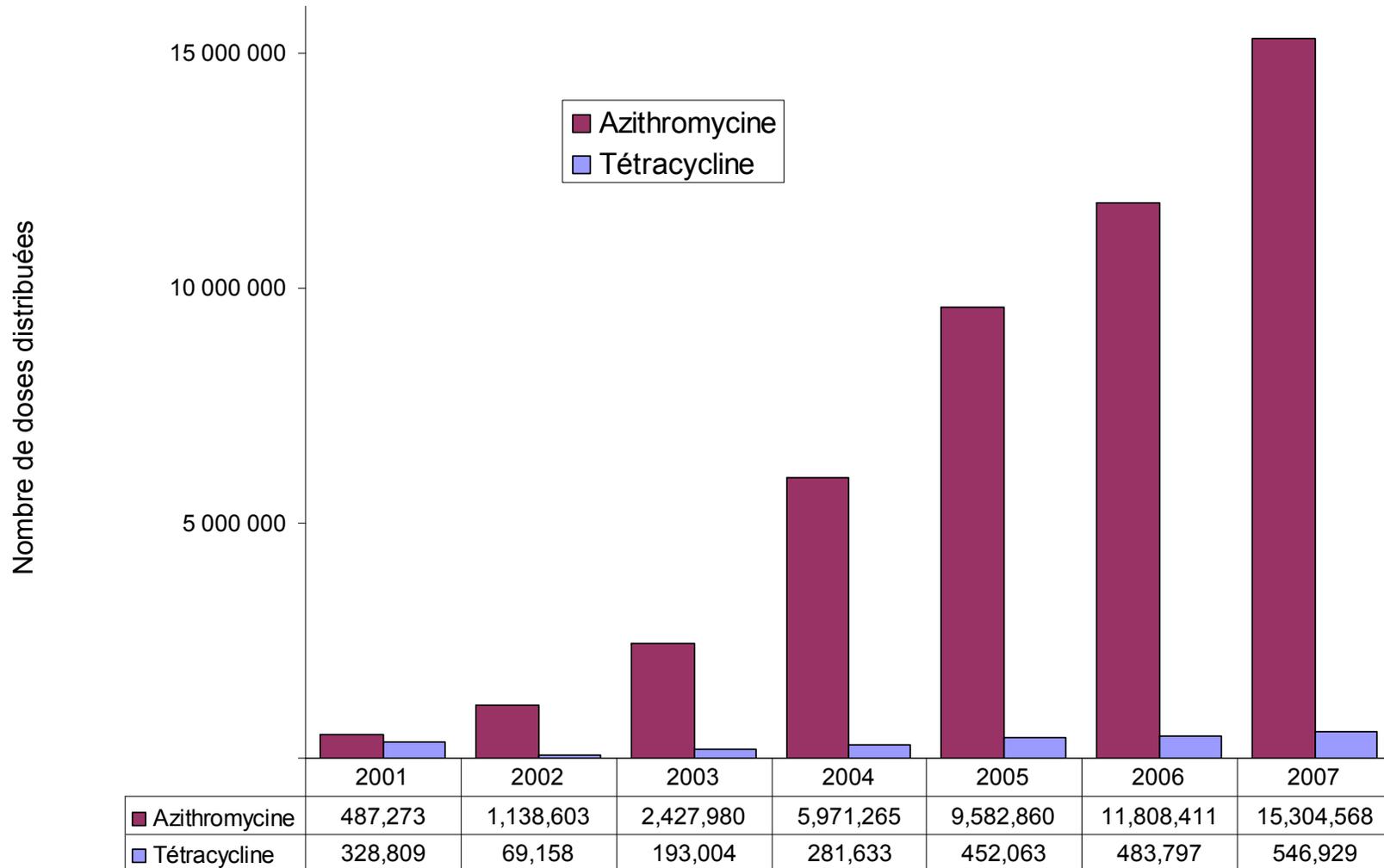


Figure 6. Latrines familiales construites  
*Données nationales dans les pays aidés par le Centre Carter, présentées pour 2001-2007*



**Figure 7. Distribution d'antibiotiques**  
*Données nationales dans les pays aidés par le Centre Carter  
 présentées pour 2001-2007*



## Enquête d'Evaluation Triennale du Trachome dans la Région d'Amhara en Ethiopie

*Présenté par Teshome Gebre, Centre Carter Ethiopie*

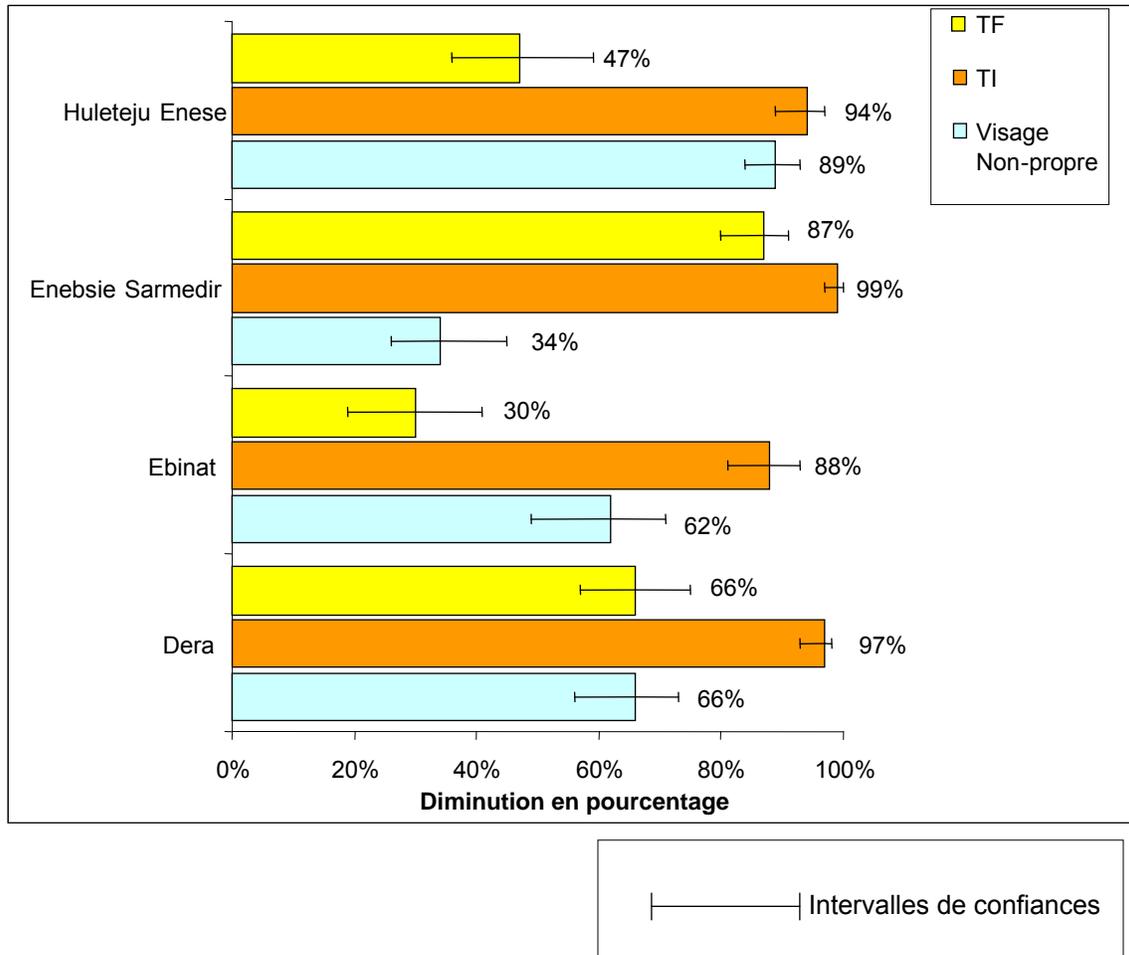
Le Centre Carter, en partenariat avec le Fondation Internationale des Lions Clubs, les Lions Clubs d'Ethiopie et le Bureau Sanitaire de la Région d'Amhara, a démarré la lutte contre le trachome dans quatre woredas (districts) de South Gondar en 2001. Ensuite, le programme a été étendu à 15 woredas supplémentaires en 2003. Quatre woredas qui avaient achevé au moins trois années de mise en œuvre de programme couvrant les quatre composantes de la stratégie CHANCE ont été retenues aux fins d'évaluation en décembre 2007. Les quatre woredas étaient les suivants : Dera et Ebinat dans la zone South Gondar et Huleteju Enesie et Enebsie Sarmedir de la zone East Gojam. L'évaluation avait pour objet de déterminer la prévalence du trachome actif et de l'infection chlamydienne ; de quantifier l'ampleur des interventions **CH**irurgie, **Ant**ibiotiques, **Net**toyage du visage, **Ch**angement **En**vironnemental, ainsi que d'évaluer l'acuité visuelle chez les personnes souffrant de trichiasis trachomateux (TT).

On a calculé la taille de l'échantillon dans chaque woredas, de sorte à pouvoir dépister au moins un changement de 20% dans la prévalence du trachome folliculaire/inflammatoire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans et pour disposer d'une estimation de la prévalence du trachome au sein de la population, qui sera utilisée comme nouvelle base initiale. Un échantillonnage aléatoire en grappe à trois stades a été utilisé pour choisir l'échantillon dans chaque site de l'étude. Un classement clinique du trachome a été fait en utilisant la méthode recommandée par l'OMS et le système de classement simplifié. Des écouvillons de conjonctivite ont été prélevés chez les enfants âgés de 1 à 6 ans pour établir le diagnostic de chlamydia oculaire. Entretiens et observations ont permis de mesurer les connaissances et les attitudes, la prise d'antibiotiques, l'éducation sanitaire, la disponibilité d'eau, l'hygiène du visage, la couverture en latrines à fosse dans les ménages et la possession de bétail. L'acuité visuelle a été déterminée en utilisant une méthodologie routinière de l'OMS et le tableau E Snellen. Les données provenant des enquêtes ont été comparées aux données initiales sur la prévalence.

La Figure 1 indique la diminution en pourcentage du trachome folliculaire/inflammatoire (TF) du trachome inflammatoire/intense (TI) et des visages qui ne sont pas propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans dans les quatre woredas de l'évaluation. Ces résultats préliminaires de l'évaluation dans les woredas enquêtés indiquent une réduction notable de la prévalence du TF, allant de 30% à Ebinat à 87% à Enebsie Sarmedir. De même, la prévalence du TI indique une réduction marquée de 88% à 99%. La diminution en pourcentage de visages non propres, se situe également dans une fourchette allant de 34% à 89%. Les tests PCR n'ont pas encore été réalisés. L'analyse complète des données et la rédaction du rapport, seront effectuées dès que les données PCR seront reçues.

Ces résultats préliminaires indiquent qu'il existe une réduction sensible dans la prévalence du trachome actif, ce qui signifie à son tour que l'incidence du TT aura diminuée de manière correspondante. Par ailleurs, il faut noter que la prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, dépasse encore de 10% dans les woredas enquêtés, ce qui nous montre que le trachome reste encore un problème de santé public et qu'il faut continuer à mettre en œuvre les interventions CHANCE.

Figure 1 : Diminution en pourcentage du trachome folliculaire/inflammatoire (TF) du trachome/intense (TI) et des visages non propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans.



## **Etudes sur la Prise en Charge du Trichiasis Trachomateux**

*Présenté par Mulat Zerihun, Centre Carter Ethiopie*

La prise en charge optimale du trichiasis mineur reste incertaine. Dans la plupart des communautés où la maladie est endémique, on note un faible taux de chirurgie du trichiasis dans les endroits où l'opération est fournie. En effet, il existe une nette résistance à la chirurgie aux niveaux individuel et communautaire. L'épilation est une autre possibilité que la chirurgie dans un grand nombre de régions où le trachome est endémique. L'épilation est très pratiquée et bien acceptée dans les communautés où le trachome est endémique, tant pour contrôler la douleur que pour soulager les effets du trichiasis.

Les deux matériaux de sutures utilisés pour la chirurgie du TT (soie et absorbable) n'ont pas été évalués dans le cadre d'un essai cas-témoins aléatoire. Les sutures en soie sont plus couramment utilisées car elles sont moins chères mais elles doivent être retirées entre 7 à 10 jours après l'intervention chirurgicale. Les sutures absorbables et durables (vicryl ou polyglactan) n'ont pas besoin d'être retirées et permettent à la paupière de guérir entièrement, diminuant ainsi la récurrence du TT.

Il est important que les programmes de lutte contre le trachome sachent laquelle de ces approches est la meilleure du point de vue de la progression de la gravité du trichiasis, de la prévention de l'opacification de la cornée et de l'acceptabilité du patient. Ces deux essais aléatoires cas-témoins, se pencheront sur les aspects suivants : 1) l'épilation ou la chirurgie du trichiasis immédiate permet-elle un meilleur résultat aux niveaux individuel et communautaire et ; 2) les sutures absorbables aboutissent-elles des taux de récurrence plus faibles que la soie.

Ces études avaient pour objectifs généraux de :

- Améliorer le résultat à long terme de la chirurgie de la paupière
- Etablir le traitement optimal pour les premiers stades de la maladie
- Caractériser certains des processus pathologiques dans la progression du trachome cécitant
- Produire et faire le test de matériel améliorant la formation des chirurgiens de la paupière
- Développer et faire le test de mécanismes permettant de contrôler et d'améliorer les résultats chirurgicaux des différents chirurgiens

Chaque effet comprendra 1 300 participants au total, tous âgés de 18 ans ou plus. Tous les participants doivent avoir, soit un TT mineur ou majeur et être d'accord pour être suivis sur une période de deux ans. Les personnes qui ont déjà eu une chirurgie de la paupière ne peuvent pas participer. Les participants rempliront un bref formulaire pour mesurer l'information démographique, les symptômes et les habitudes en matière d'épilation. L'acuité visuelle sera mesurée avant l'affectation à tel groupe de traitement. Au moment de l'inscription, tous les participants recevront un examen ophtalmologique et seront photographiés. Seront également pris en compte, à ce moment-là, des écouvillons oculaires.

Les participants retenus pour une chirurgie seront répartis de manière aléatoire pour recevoir des sutures, soit en soie, soit absorbables (vicryl) et seront suivis à 3, 6, 12, 18, et 24 mois. La principale mesure qui sera suivie pour évaluer des sutures est le taux de récurrence après la chirurgie, et le résultat pour l'essai d'épilation sera le nombre de cils qui touchent le globe oculaire après l'intervention (chirurgie ou épilation). L'opacification de la cornée, l'acuité visuelle, l'inflammation de la conjonctive, les complications de la chirurgie et la satisfaction des patients sont également mesurées dans ces essais.

Ces études seront réalisées en collaboration avec le Ministère Fédéral de la Santé de l'Ethiopie, le bureau Sanitaire de l'Etat Régional d'Amhara, le Centre Carter et l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres. Ce projet est financé par Band Aid Charitable Trust, par l'intermédiaire de Fight for Sight du Royaume Uni, une autorisation éthique sera obtenue de

l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, de l'Université d'Emory et de l'Agence Ethiopienne des Sciences et de la Technologie. Une approbation supplémentaire sera également obtenue du Bureau Sanitaire Régional d'Amhara, de l'Agence de Prévention et de Préparation en cas de maladies, ainsi que de l'Agence de l'Administration et du Contrôle des Médicaments de l'Ethiopie.

## **Que se passera-t-il si nous ne faisons rien pour combattre le trachome ?**

### **Attentes de santé liées au trichiasis trachomateux, à une faible vision et à la cécité dans le Soudan du Sud**

*Présenté par Jeremiah Ngondi, Centre Carter*

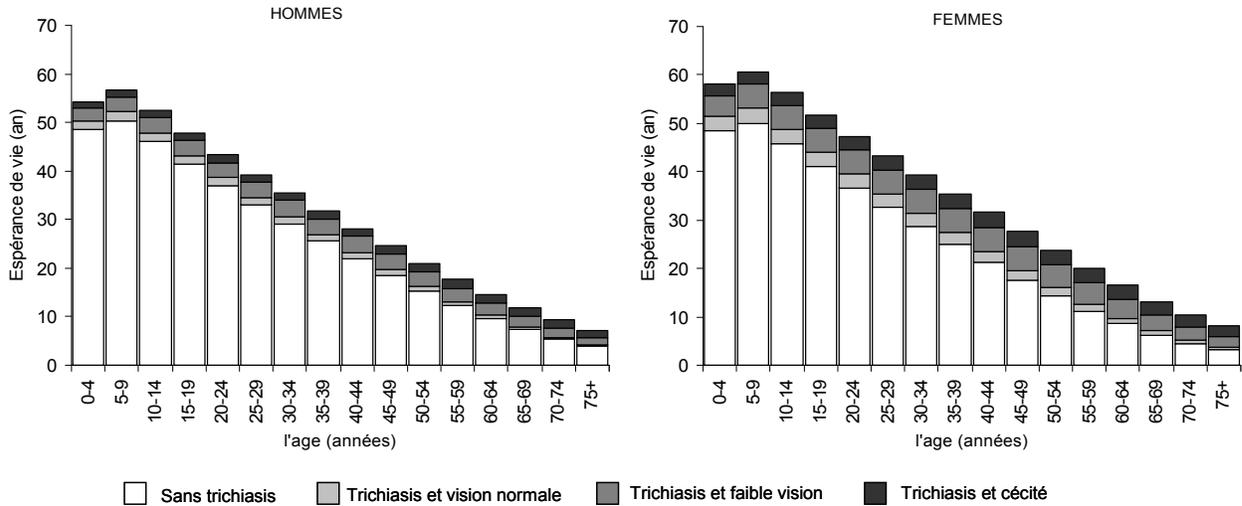
Un trachome non contrôlé est cause d'infirmité et de cécité. Les mesures actuelles de la charge mondiale du trachome sont présentées sous forme d'années de vie ajustées pour tenir compte de l'invalidité. Ces mesures ont pourtant leur limitation à cause de méthodes peu constantes et de données insuffisantes sur la faible vision et la cécité dues au trachome au sein de la population. Nous avons cherché à démontrer l'application de l'approche attente de santé pour le trichiasis trachomateux (tout trichiasis, trichiasis avec vision normale, trichiasis avec faible vision et trichiasis avec cécité) comme mesure récapitulative de la charge de morbidité applicable au trachome, en utilisant des données d'enquêtes auprès de la population du Soudan du Sud. Les méthodes présentées peuvent être généralisées à d'autres régions où le trachome est endémique et nous apportent une estimation claire et facilement présentée de la charge éventuelle du trachome cécitant si aucune des mesure de lutte n'est prise contre cette maladie.

On a estimé la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) par âge et par sexe pour dix districts dans le Soudan du Sud. L'association de l'acuité visuelle (AV) avec TT a été notée dans un district. Les tables de mortalité, la prévalence du TT et de l'AV ont été utilisées pour calculer l'Espérance de Vie Sans Tachome (EVST) et l'Espérance de Vie avec Trichiasis (EVT) en utilisant la méthode Sullivan. EVT a été répartie par AV pour obtenir EVT avec vision normale, EVT avec faible vision et EVT avec cécité.

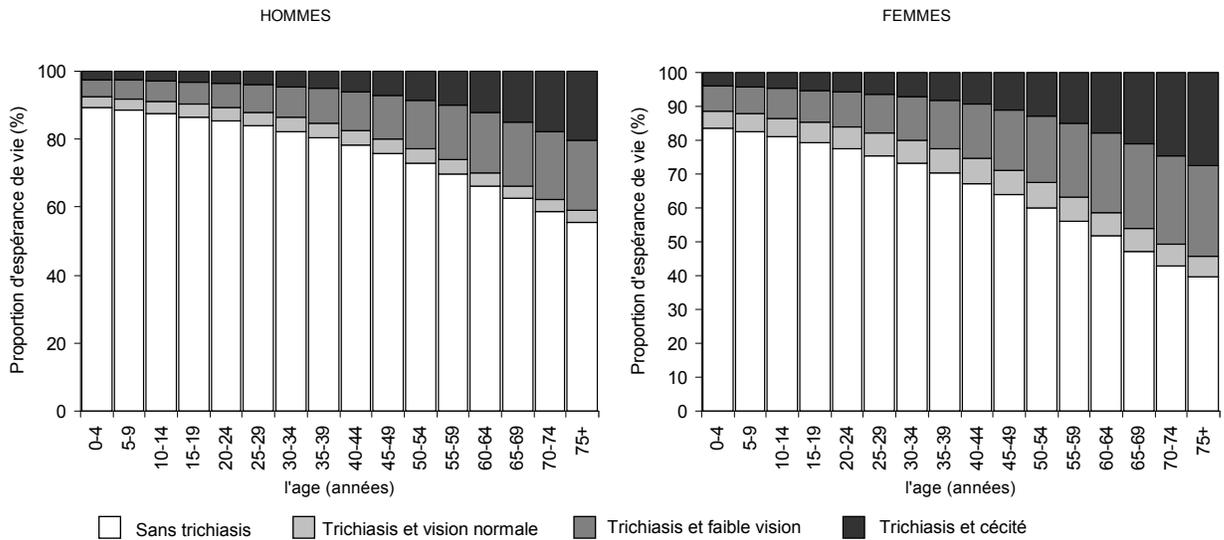
La Figure 1 et la Figure 2 récapitulent l'espérance de vie et la proportion de l'espérance de vie pour le trichiasis trachomateux. L'espérance de vie à la naissance en 2001 était de 54,2 ans pour les hommes et de 58,1 ans pour les femmes. A l'âge de cinq ans, l'espérance de vie avec trichiasis était de 11% pour la vie restante (IC95% = 10-13) pour les hommes, et de 18% (IC95% = 16-19) pour les femmes, alors que l'espérance de vie avec trichiasis pour faible vision ou pour cécité était de 8% (IC95% = 7-9) et de 12% (IC95% = 11-14) respectivement. Les femmes allaient vivre plus longtemps et passer une plus grande proportion de leur vie avec trichiasis débilisant, faible vision et cécité, en comparaison avec les hommes.

Cette étude présente l'utilisation de l'espérance de santé en décrivant la charge imputable au trachome. Elle divise l'espérance de vie en vie passée sans trichiasis et en vie passée avec trichiasis (trichiasis avec vision normale, trichiasis avec faible vision et trichiasis avec cécité). Ces données sont utiles pour défendre la lutte contre le trachome et pour obtenir l'engagement des politiciens et des bailleurs de fonds. Si des mesures ne sont prises pour renforcer les interventions de lutte contre le trachome, un grand nombre de personnes dans le Soudan du Sud passeront une partie importante de leur vie avec faible vision ou avec cécité imputable au trachome.

**Figure 1 : Espérance de vie sans trichiasis (EVSC), espérance de vie avec trichiasis (EVC), avec vision normale, EVC avec faible vision et EVC avec cécité par sexe**



**Figure 2 : Proportion d'espérance de vie : sans trichiasis ; avec trichiasis et avec vision normale ; avec trichiasis et faible vision et avec trichiasis et cécité par sexe**



Vision normale = présentant une acuité visuelle de  $\geq 6/18$  dans le meilleur œil  
 Faible vision = présentant une acuité visuelle de  $< 6/18$  à  $\geq 3/60$  dans le meilleur œil  
 Cécité = présentant une acuité visuelle de  $< 3/60$  dans le meilleur œil

## Essai clinique STAR : Chirurgie du Trichiasis, Antibiotiques pour Eviter la Récidive

*Présenté par Sheila West, Université Johns Hopkins, Maryland*

### Données générales

Les taux de récurrence du trichiasis après l'intervention chirurgicale peuvent être élevés. Les données du terrain nous montrent que certains taux ne sont que de 10% mais parfois la récurrence peut aller jusqu'à 80% des yeux opérés. La récurrence du trichiasis (TT) est source de maintes difficultés pour les programmes, car elle diminue la confiance dans le chirurgien, baisse donc les taux de recrutement des futures patients, fait grimper les coûts puisqu'il faut à nouveau opérer les patients, et l'opération d'une paupière qui a déjà été opérée est plus difficile du point de vue technique. L'essai STAR avait pour but de déterminer si l'on peut améliorer le résultat de la chirurgie du trichiasis en ajoutant une seule dose par voie buccale d'azithromycine au moment de la chirurgie.

### Méthodes

Travaillant en Ethiopie, un ophtalmologue, avec une bonne expérience en chirurgie du trichiasis, a formé des agents de soins oculaires, leur apprenant une manière très standardisée de réaliser la chirurgie du trichiasis. La formation de ces agents a été de documenter et ensuite d'adopter par l'OMS comme méthode recommandée pour la formation et la certification des chirurgiens (le manuel est disponible sur le site web de l'OMS à l'adresse suivante : [http://www.who.int/blindness/causes/trachoma\\_documents/en/index.html](http://www.who.int/blindness/causes/trachoma_documents/en/index.html)). Pour l'essai, 1 452 patients présentant un TT ont été affectés aléatoirement dans le groupe chirurgie avec tétracycline à usage local ou chirurgie avec tétracycline à usage local et une seule dose par voie buccale d'azithromycine. Le groupe d'azithromycine a encore une fois été divisé de sorte à ce qu'une proportion de patients et également de tous les contacts familiaux soient traités avec une seule dose orale d'azithromycine. Les patients ont été suivis pendant un année pour déterminer la récurrence, tout changement dans l'acuité visuelle, la notification subjective des résultats et la qualité de la vie mesurée du point de vue capacité du patient à exécuter les activités routinières.



Chirurgiens de l'essai STAR qui participent à la formation sous la supervision d'un ophtalmologue senior

## **Résultats**

### *Récidive*

Les taux de récidive en général étaient faibles dans cet essai : 5% à 6 mois et 8% à 12 mois. La valeur ajoutée de l'azithromycine par rapport à la tétracycline à usage local était d'environ 30%, 6,9 sur 100 personnes/an comparée à 10,3 sur 100 personnes/an. Il n'existait aucun avantage supplémentaire pour le traitement des membres familiaux en plus du patient.

### *Acuité visuelle*

Les patients dont l'opération a réussi ont eu un net gain d'acuité visuelle en l'espace de 12 mois. La proportion de vision ainsi gagnée était proportionnelle au nombre de cils touchant l'œil avant la chirurgie. Plus on avait de nombre de cils avant la chirurgie, plus était grand le gain obtenu dans l'acuité visuelle après la chirurgie. Dans l'ensemble, environ 50% des patients avaient une meilleure vision d'une ligne ou deux sur le tableau Snellen.

### *Notification subjective des résultats*

Avant la chirurgie, 19 patients sur 20 ont indiqué une douleur modérée constante dans leurs yeux et 9 patients sur 10 ont indiqué qu'ils avaient beaucoup de mal à voir dans la lumière directe du soleil. Après la chirurgie, moins de 1% des patients ont indiqué une douleur modérée ou des problèmes à voir dans une lumière vive, 99% des patients ont indiqué des gains subjectifs considérables.

### *Qualité de la vie*

La plupart des participants ont indiqué avoir du mal à exécuter des activités quotidiennes telles que marcher sans qu'ils soient aidés, voir des obstacles, tel qu'un trou ou un fossé, préparer à manger sur un feu ouvert, traire les vaches, s'occuper des champs et aller chercher bois pour le feu ou de l'eau. Des améliorations très nettes ont été signalées par les patients pour tous ces aspects de la vie de tous les jours. En effet, les participants ont noté qu'ils arrivaient à exécuter bien plus facilement les activités routinières associées aux tâches familiales, et qu'ils pouvaient reprendre leur travail et se déplacer dans les communautés.

## **Conclusions**

1. Le taux général de récidive était très faible, démontrant ainsi l'importance d'une formation standardisée portant sur les bonnes conditions stériles, l'entretien et la stérilisation correcte des instruments et les méthodes sous supervision permettant la certification des chirurgiens. Tous les chirurgiens du TT devraient être formés à l'aide des normes de l'OMS, puis être certifiés.
2. L'azithromycine après la chirurgie peut réduire la récidive du trichiasis avec des avantages supplémentaires pour le programme. Au moment de la chirurgie, tous les patients du TT devraient recevoir un gramme d'azithromycine comme dose par voie buccale. L'utilisation de l'azithromycine est approuvée par Pfizer Inc et ITI.

## **Habitudes Médiatiques, Mobilisation Sociale & Education Sanitaire : Méthodes Appliquées et Leçons retenues parmi les Toposa dans le Soudan du Sud**

*Présenté par Anne Heggen, Université du Michigan*

### **Données générales**

Des messages d'éducation sanitaire qui sensibilisent effectivement les groupes cibles souhaités sont une partie essentielle de tout programme de santé qui encourage le changement comportemental. Dans de vastes régions avec une infrastructure minimale telle qu'on en trouve dans le Soudan du sud, les mass médias sont un moyen efficace d'atteindre un grand nombre de personnes, en déployant un minimum d'effort. En mai et en juin 2007, le Centre Carter a réalisé une recherche préliminaire sur les habitudes médiatiques dans le Comté Kapoeta South, l'Etat d'Eastern Equatoria, le Soudan du Sud. Un questionnaire a permis de déterminer les types de médias auxquels avaient accès les personnes, la manière dont elles communiquent actuellement et leur moyen de communication préféré. L'étude s'est penchée sur les moyens contemporains de communication – radio, cassettes, télévision, films, médias imprimés ainsi que les formes traditionnelles de communication – divertissements traditionnels et systèmes pour recevoir l'information. Les résultats ont servi à étayer la mise en place d'une campagne médiatique sur la promotion sanitaire pour les programmes du Centre Carter.

### **Méthodes**

Des entretiens structurés ont été organisés avec les chefs de ménage, les femmes avec des enfants de moins de 5 ans et les jeunes âgés de 11 à 16 ans, dans 49 villages choisis aléatoirement dans le Comté Kapoeta South. Tous les participants présentant les conditions requises ont été interviewés, soit un total de 1 296 répondants. On a laissé les participants identifier eux-mêmes leur groupe et une enquête standard a été administrée à tous les groupes.

### **Résultats**

Dans l'ensemble, 1 296 personnes ont été interviewées : chefs de ménage (28,4%), femmes avec des enfants de moins de 5 ans (44,7%), et jeunes âgés de 11 à 16 ans (26,9%). Une petite proportion de la population enquêtée possédait des radios (6,8%) et des télévisions (0,2%). Par contre, un nombre très important de personnes avait accès régulièrement à la radio (21,7%), écoutaient des cassettes (50,8%), et avaient également un accès périodique à la télévision et aux films (21,4%). Les personnes étaient également intéressées par des programmes mis au point dans leur propre langue (89%). Un faible taux d'alphabétisation (1,3%) et des difficultés à comprendre les messages, sont parmi les éventuels obstacles en ce qui concerne les médias imprimés. Dans l'ensemble, 94,4% de la population assiste aux divertissements traditionnels et indique qu'il fait confiance à l'information donnée par les chefs (61,5%) et les aînés (51,5%).

### **Conclusions**

Cette recherche nous montre combien il est important de comprendre les habitudes médiatiques et les préférences en la matière chez les membres communautaires lorsque l'on peut concevoir une campagne de promotion sanitaire. Un accès plus élevé à la radio et aux cassettes et un taux d'alphabétisation plus faible que prévu ont guidé la mise au point et la promotion d'une stratégie d'IEC et d'outils qui cherchent surtout à utiliser les préférences audiovisuelles et à émettre des systèmes de communication avec les communautés. Des moyens de communication, tels que les boîtes à images, les messages radiophoniques en langues locales, les groupes d'écoutes radiophoniques, les unités de vidéos mobiles et les groupes de théâtre sont probablement les méthodes les plus efficaces pour encourager le changement de comportement dans le Soudan du Sud.

Depuis la conclusion de l'étude, le Centre Carter du Soudan du Sud a conçu et a déployé les stratégies suivantes pour l'éducation sanitaire : production de chansons et de vidéos dans les langues locales, achats de neuf camions de vidéos mobiles, réalisation de boîtes à images et de cartes de triage et mise en place de troupes théâtrales scolaires. Le programme est en train de mettre en place les groupes d'écoute radiophonique dans les communautés où le trachome est endémique.

## Conception des Latrines à Fosse Améliorées et Ventilées

Présenté par James Dumpert, Université Technologique du Michigan

### Données générales

La prévalence des fosses améliorées et ventilées (VIP) au Ghana semble indiquer que ce modèle est mieux accepté. Les deux principaux facteurs expliquant la préférence des utilisateurs de ce type de latrines sont les suivants : permet d'éliminer les mauvaises odeurs et maintient un minimum les populations de mouches. Ces deux facteurs sont liés directement à une bonne ventilation.

Le modèle de la latrine VIP comporte une superstructure sur un trou creusé à même le sol avec une conduite permettant de ventiler directement dans l'atmosphère, au-dessus de la superstructure. Les mouches sont contrôlées puisque c'est l'odeur des excréments qui les attire en haut de la conduite, plutôt qu'à l'intérieur de la superstructure. Les mouches ne peuvent pas entrer dans la conduite puisqu'une moustiquaire est fixée sur l'ouverture de cette conduite.

Une ventilation suffisante pour tenir à l'écart les mauvaises odeurs dans la latrine VIP est définie par la Programme des Nations Unis pour le Développement (PNUD) comme un taux de circulation équivalent à 16 changements d'air par heure (6 ACH) dans le volume d'air de la superstructure. De plus, d'après le PNUD les trois principaux facteurs qui affectent la ventilation sont les suivants : 1) l'air qui circule sur l'ouverture de la conduite d'aération ; 2) l'air du descend dans la superstructure vers la fosse et à l'extérieur de la conduite ; et 3) la radiation solaire sur la conduite d'aération, aspirant l'air chaud dans cette conduite. Des études précédentes indiquent également que les conduites d'aération avec des diamètres plus grands augmentent la circulation et que l'application de matériaux comme les cendres sur la vase du trou réduit les odeurs et la prévalence des insectes.

Un bon modèle et une construction correcte sont d'importance critique pour le bon fonctionnement de latrines VIP. Une mauvaise construction signifie des problèmes du point de vue odeur et contrôle des insectes et un plan trop sophistiqué augmenterait inutilement les coûts, faisant qu'il n'est plus possible financièrement de construire, de réparer ou de remplacer une latrine VIP.

La présente étude évalue le plan des latrines VIP, utilisé par les communautés rurales dans la Région Upper West du Ghana en évaluant essentiellement la ventilation pour les odeurs et le contrôle des insectes.



Une des latrines VIP étudiée dans la Région Upper West du Ghana.

### Méthodologie

Trente latrines VIP dans six communautés de la Région Upper West du Ghana ont été retenues pour cette évaluation. On a mesuré chaque taux de ventilation et microenvironnement de la

latrine en utilisant un anémomètre et une station climatologique portable pendant quatre heures. On a retenu chaque mois, dix des latrines pour noter les variations, temporelles ou saisonnières, de la ventilation. L'étude s'est déroulée pendant trois mois pour un minimum de 12 heures.

### **Résultats**

On a constaté que les trente latrines VIP disposaient d'une conduite d'aération faite en chlorure de polyvinyle (PVC) avec un diamètre intérieur de 100 mm (environ 4 pouces). Aucune autre variation à ce plan n'a été trouvée dans les régions où l'étude s'est déroulée.

Le taux de circulation de l'air pour toutes les latrines de l'échantillon était de 0,4 m/s (11,3 m<sup>3</sup>/h). Les taux de circulation de l'air minimum et maximum étaient respectivement de 0,0 m/s et 1,7 m/s (48,0 m<sup>3</sup>/h). Seule une des trente latrines VIP (3%) avait un taux de circulation de l'air supérieur aux conditions de 6 ACH définies par le PNUP pour l'absence d'odeur. Par ailleurs, on a constaté que 19 latrines VIP (63%) avaient un taux de circulation de l'air moyen inférieur au débit nécessaire pour atteindre les 6 ACH.

Les données micro environnementales sont actuellement analysées pour déterminer l'effet sur la ventilation. Des éléments autres que les trois facteurs identifiés par le PNUP pourraient également avoir une influence sensible sur la ventilation. Par exemple, le matin et le soir lorsque les niveaux de radiation solaire et la vitesse du vent sont pratiquement de zéro, un taux de circulation important continue à sortir des la conduite de ventilation.

### **Conclusions**

Si nous prenons les 30 latrines VIP échantillonnées pour l'étude actuelle, nous constatons que la plupart ne possèdent pas le taux de circulation suffisant pour arriver à 6 ACH du volume d'air de la superstructure. Aussi, semble-t-il que ces latrines VIP n'arrivent pas à supprimer les odeurs ni à contrôler suffisamment les mouches. D'après les influences micro environnementales, il faudra améliorer le plan pour augmenter la circulation d'air, par exemple en augmentant le diamètre de la conduite de ventilation et en repositionnant l'ouverture de la superstructure face à la direction du vent. Par ailleurs, ces modifications augmenteront probablement le coût et influenceront la préférence de l'utilisateur. Il faudrait également étudier les moyens les plus efficaces de supprimer les odeurs et les mouches, par exemple en utilisant des conduites avec un diamètre plus grand ou en appliquant souvent des matériaux carbonés sur la fange du trou.

## **Trachome et CHANCE au Sein du Programme de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées**

*Présenté par Dieudonné P. Sankara, Research Triangle Institute (RTI)*

### **Vue générale du programme**

Le programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) de l'USAID est un projet de cinq ans à hauteur de \$100 millions de dollars, financé par le Gouvernement des Etats-Unis dans le but de "soutenir, concevoir et étendre à plus grande échelle des programmes intégrés de MTN pour la schistosomiase, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les helminthes, transmis par le sol et le trachome. Le Research Triangle Institute (RTI) est le principal bénéficiaire actuel du don de l'USAID ainsi que des dons secondaires pour les organismes d'exécution. Le but du programme est le suivant : "réduire la charge de morbidité grâce à la fourniture de 160 millions de traitements intégrés à 40 millions de personnes". Le programme comprend trois objectifs spécifiques :

1. Intégrer et étendre à plus grande échelle l'administration d'une chimiothérapie préventive pour atteindre une couverture nationale pour les MTN co-endémiques dans les pays affectés ;
2. Documenter les résultats et mettre en place de nouveaux modèles et outils pour reproduire l'intégration réussie dans de nouveaux pays ;
3. Chercher à obtenir un engagement renforcé, à l'échelle mondiale et nationale, face à la lutte intégrée contre les MTN.

### **Pays couverts par le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID et Sélection des Pays**

Le Programme de Lutte contre les MTN a démarré en septembre 2006, et date de février 2008, le programme aide huit pays à fournir une chimiothérapie préventive intégrée pour la lutte contre les MTN. Cinq pays (Burkina Faso, Ghana, Mali, Niger et Ouganda) ont été choisis pour l'année fiscale 2007 de RTI. Pour l'année fiscale 2008, trois pays en plus ont été choisis (Haïti, Sierra Leone, et Soudan du Sud). Le programme a pour objectif de couvrir un total de 15 pays avec cette subvention. Au fur et à mesure que les fonds seront disponibles, des appels d'offres seront lancés et de nouveaux pays seront étudiés pour l'octroi de ces subventions.

Les pays doivent démontrer l'engagement du Ministère de la Santé pour obtenir les subventions (y compris l'apport de ressources propres du gouvernement), ainsi que la possibilité d'expansion de couverture élevée. Un financement continu dépend de la réalisation des buts du programme, d'une couverture élevée et d'une bonne intégration.

### **Comment fonctionne le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID**

Des partenariats publics et privés réussis sont la condition nécessaire pour la lutte intégrée ou l'élimination des MTN. Cela démontre l'importance d'une bonne collaboration entre les sociétés pharmaceutiques et les programmes de dons de médicaments, les organisations internationales, les fondations et les ONG, et entre les gouvernements et les structures gouvernementales dans les pays affectés par les MTN. Le programme de lutte contre les MTN de l'USAID travaille avec des pays déjà engagés face à la lutte contre les MTN et apporte des fonds supplémentaires pour étendre à plus grande échelle la chimiothérapie préventive et pour améliorer l'intégration.

En fournissant des fonds supplémentaires pour la distribution de médicaments dans les pays où les maladies sont endémiques et en coordonnant étroitement avec les Programmes de dons, le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID maximise l'apport de médicaments pour les pays. Ce programme travaille en étroite collaboration avec la communauté des MTN afin de partager les leçons et les meilleures pratiques retenues. Les fonds de l'USAID ne suffisent pas pour répondre à tous les besoins des programmes MTN et ne remplacent pas non plus les fonds existants. Les fonds de l'USAID signifient donc un plus grand nombre de personnes traitées, un plus grand nombre de maladies traitées, de meilleurs taux et une meilleure qualité de la couverture ainsi qu'une couverture géographique plus étendue (nombre de districts).

### **Réalisations du Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID pendant la première année (octobre 2006 – septembre 2007)**

A la fin de la première année des activités, les pays soutenus par le programme de lutte contre les MTN avait formé plus de 100 000 personnes et avait distribué plus de 35 millions de traitements pour 13 millions de personnes<sup>1</sup>. Le programme a distribué les subventions par le biais des ONG. Voici les diverses activités réalisées :

- Soutien continu pour l'administration de médicaments en masse au Burkina Faso, au Ghana, au Mali, au Niger et en Ouganda
- En collaboration avec les Ministères de la Santé, plan intégré contre les MTN, avec approche progressive pour intégrer rapidement l'administration de médicaments verticale auparavant, dans le projet de l'étendre à l'échelle nationale
- Assistance technique et assistance pour la gestion des subventions
- Soutien aux pays pour la formulation d'outils intégrés d'IET
- Enquêtes après la distribution de médicaments pour valider les données sur la couverture
- Administration de médicaments en masse pour la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les helminthes transmis par le sol, la schistosomiase et le trachome
- Expansion du programme de lutte contre la filariose lymphatique au Mali et en Ouganda
- Démarrage du programme de lutte contre la filariose lymphatique au Niger
- Achat de praziquantel (\$2,5 millions) pour les pays où la schistosomiase est endémique

Le programme soutient les pays pour renforcer les activités de lutte contre une seule maladie sans supprimer ce qui fonctionne bien. Le programme a fait très attention à ne pas surcharger les programmes actuels d'interventions de masse en ajoutant un traitement pour cinq maladies. En outre, le programme aide les pays à déterminer les stratégies efficaces de mobilisation sociale et de communication pour le changement de comportement concernant la distribution en masse de médicaments dans différents pays.

### **Elimination du Trachome Cécitant dans le Cadre du Programme de Lutte contre les Maladies Tropicales négligées**

Le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID a renforcé l'effort visant à éliminer le trachome cécitant en soutenant les pays pour qu'ils puissent réaliser Le volet "A" de la stratégie CHANCE. Le programme a aidé à collecter un plus grand nombre de données sur le trachome au Burkina Faso et en Ouganda et à faciliter l'expansion du programme national de lutte contre le trachome en Ouganda, au Burkina Faso, au Mali, et au Niger. Environ 8 272 708<sup>2</sup> personnes ont obtenu des antibiotiques pour le trachome en 2007.

### **Qu'est-ce que le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID a réalisé pendant la deuxième année (octobre 2007 – septembre 2008) ?**

Le programme a l'intention d'étendre sa portée géographique et le nombre de personnes couvertes avec l'administration de médicaments de masse. Pour le trachome, le programme comporte des données qui serviront à déterminer la distribution d'antibiotiques dans le Soudan du Sud. Le Burkina Faso, le Mali, et l'Ouganda ont l'intention d'étendre l'administration des médicaments pour le trachome cécitant. Une cartographie reste encore nécessaire pour toutes les maladies dans de nombreuses régions, surtout dans le Soudan du Sud et en Sierra Léone. Une cartographie, pour évaluer le trachome cécitant, doit encore faite au Burkina Faso, dans le Soudan du Sud, en Sierra Léone et en Ouganda.

Le programme a l'intention de continuer à apprendre et à documenter l'éventuelle valeur ajoutée de l'intégration. Pour mettre en place un effort complet et synergique contre les MTN, il faudra collaborer avec d'autres ONG intervenant actuellement dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. Le Programme de Lutte contre les MTN de l'USAID présente de bonnes possibilités pour les programmes verticaux évaluant si l'intégration permettra d'augmenter le

---

<sup>1</sup> Données préliminaires

<sup>2</sup> Données préliminaires

nombre de personnes ou de régions géographiques couvertes. Il faudra voir si le double emploi de ressources peut être évité dans le cas de l'intégration et si cela diminue le coût par bénéficiaire.

Médicaments donnés :

- Ivermectine de Merck & Co., Inc./ Programme de dons de Mectizan pour la filariose lymphatique, l'onchocercose
- Albendazole de GlaxoSmithKline pour la filariose lymphatique
- Azithromycine de Pfizer Inc / Initiative Internationale pour le trachome
- Mebendazole de Johnson & Johnson pour les helminthiases transmises par le sol

Médicaments achetés

- Praziquantel acheté avec une remise par l'Initiative de Lutte contre la schistosomiase et distribué au programme des divers pays pendant la première année. Lors des années qui suivent, ce sont les fonds de l'USAID qui sont utilisés pour acheter le praziquantel.

## Intégration du Trachome, de la Dracunculose et du Paludisme dans le Soudan du Sud

Présenté par Gideon Gatpan Thoar, Centre Carter Soudan du Sud

Le trachome, la dracunculose et le paludisme restent très endémiques dans le Soudan du Sud et leur programme respectif se heurte aux problèmes d'une faible infrastructure locale et de ressources humaines insuffisantes. En juillet 2007, le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter a commencé à intégrer ses opérations et ses interventions avec le Programme d'Eradication de la Dracunculose dans les Etats Eastern Equatoria et Jonglei. Puisant dans son expérience de terrain, le Centre Carter du Soudan du Sud a étendu au maximum la couverture des interventions en intégrant les activités du programme aux efforts de lutte contre le paludisme sans pour autant compromettre sa propre éradication de la maladie et ses efforts d'élimination. Fin 2007, la distribution de masse de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides (MDII), d'azithromycine pour le trachome et de filtres portables pour la dracunculose a été synchronisée dans 6 régions de l'Etat Eastern Equatoria.

Les principales composantes des interventions du programme étaient les suivantes : mobilisation communautaire, collecte de données et contrôle de la qualité et éducation sanitaire. Une formation de 3 jours a été organisée pour les responsables de terrain participant à la distribution synchronisée afin de les mettre au courant de la stratégie de distribution. Des messages clés d'éducation sanitaire pour la lutte contre le paludisme ont également été diffusés et des démonstrations ont été faites de l'utilisation des MDII pour tous les membres communautaires. Le programme a distribué des antibiotiques avant les MDII pour réduire la foule et minimiser le risque de double emploi (conformément aux directives locales, les MDII ont été distribués uniquement aux mères). Les représentants des collectivités locales ont participé à la planification, à la cartographie des centres de distributions ainsi qu'à la distribution elle-même, au même titre que les communautés où ces maladies sont endémiques.

La distribution synchronisée se heurte à des problèmes logistiques et elle est également entravée par le manque de statistiques démographiques exactes. Pour venir à bout des obstacles logistiques, le programme a distribué du carburant dans les zones d'intervention et utilise des véhicules 4X4 pour transporter les médicaments, les filtres portables et les MDI dans les zones d'intervention. Des Land Cruisers et des motocyclettes sont utilisés pour transporter le personnel et les fournitures de camping ainsi que pour mobiliser les communautés. Tous les distributeurs se déplacent à pied sur de longues distances pour arriver au site de distribution. Privés de données des recensements, on a dû utiliser les données de la Commission de Secours et Réhabilitation du Soudan du Sud (SSRRC), ainsi que celles du Programme d'Eradication de la Dracunculose du Soudan du Sud (SSGWEP). Le programme a constaté une nette divergence entre les deux estimations et la population effectivement traitée avec des antibiotiques lors de la distribution intégrée (voir Tableau 1 et 2).

Tableau 1 : Estimation démographique et nombre de personnes traitées

Payam	Population SSRRC	Population SSGWEP	Population recevant de l'azithromycine	% de la population traitée à partir de l'Enquête d'Evaluation de la Couverture
Katodori	66,100	54,484	21,411	92%
Narus	89,000	82,492	47,525	80%
Karukomuge	35,000	35,692	38,654	57%
Longeleya	45,200	48,599	20,120	64%
Machi I	46,500	24,066	13,167	89%
Machi II	43,800	12,328	6,559	93%

Tableau 2 : Payam de Kauto, Personnes traitées avec de l'azithromycine et distribution des MDII

Zones	Pop. SSGWEP	Pop. traitée	Couverture antibiotique % (Pop. DR)	Ménages SSGWEP	Ménages recevant des MDII	Couverture ménage MDII % (SSGWEP)	Pop. MDII (selon taille moyenne du ménage)	Couverture antibiotique % (pop. MDII)
Kauto Central	6,887	4,743	69%	1,503	972	65%	4,305	110%
Kauto North	3,947	2,770	70%	773	669	87%	3,330	83%
Lokurwa	12,454	2,528	20%	2,164	912	42%	4,369	58%
Lotimor	10,107	3,193	32%	3,659	644	18%	3,255	98%
Namorupus	15,505	8,403	54%	2,931	2,294	78%	9,916	85%
Nanyangacor	22,630	6,171	27%	4,150	1,813	44%	8,664	71%
<b>Total Kauto Payam</b>	<b>71,530</b>	<b>27,808</b>	<b>39%</b>	<b>15,180</b>	<b>7,304</b>	<b>48%</b>	<b>33,839</b>	<b>82%</b>

Le programme a retenu plusieurs leçons en synchronisant les activités des trois programmes sanitaires. Premièrement, l'intervention intégrée ne devrait pas compromettre la lutte contre une maladie individuelle et chaque programme doit apporter un avantage relatif aux programmes intégrés : "vous ne pouvez pas intégrer pour rien". La participation des communautés est de première importance pour une distribution réussie et un renforcement de l'intervention. De même, le leadership exercé par la collectivité locale est elle aussi de première importance si l'on veut récolter tous les fruits de la collaboration et de la mise en œuvre. Le programme prévoit d'utiliser d'autres possibilités de synchronisation dans les domaines actuels du projet, en ce qui concerne l'évaluation, la mise en œuvre et le suivi et a également l'intention de faire une analyse du coût-efficacité des activités précédentes de synchronisation opérationnelle.



Les activités de la distribution d'azithromycine sont implémentées avec le soutien des communautés.

## **Lutte contre le Trachome dans le Contexte de l'Intégration de la Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Mali**

*Présenté par Bamani Sanoussi, Programme de Prévention de la Cécité au Mali*

Dans le contexte de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN), le Ministère de la Santé Malien facilite la chimiothérapie de masse pour la filariose lymphatique (FL), l'onchocercose, la schistosomiase, les vers intestinaux et le trachome. Une enquête nationale sur la prévalence du trachome faite en 1996 – 1997 indique une prévalence nationale de TF/TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, qui s'élève à 34,9% et une prévalence nationale du TT chez les femmes âgées de 15 ans ou plus, de l'ordre de 2,5%. La prévalence d'autres MTN a été mesurée à l'échelle nationale : 7,1% pour FL (2004) ; 2,7 – 22,1% pour l'ankylostome, 2,4 – 10,3% pour l'*hymenolepis nana* ; et 0,86% pour l'onchocercose. La schistosomiase urinaire et intestinale existe au Mali mais l'on ne dispose pas de données sur sa prévalence.

Les MTN coexistent souvent dans les mêmes régions et il devient donc possible d'intégrer les différents programmes pour profiter au maximum aux communautés où elles sont endémiques. Le traitement de masse des MTN est une méthode efficace et la co-administration est possible pour traiter la FL, l'onchocercose et les vers intestinaux. L'objectif général du programme d'intégration des MTN est de réduire la morbidité et les complications imputables aux infections causées par ces maladies et d'améliorer l'état de santé en général de la population d'ici 2011. Les objectifs spécifiques sont les suivants : (1) couvrir au moins 80% de la population avec le traitement de masse chaque année, de 2007 à 2011 et (2) atteindre une couverture géographique de 100% sur une base annuelle.

Le programme de distribution des médicaments pour les MTN utilise les stratégies suivantes :

1. Campagnes intégrées de distribution de masse pour atteindre les populations à risque, notamment les populations urbaines et les nomades. Le traitement est dispensé sur une base annuelle en suivant le protocole indiqué ci-après :
  - a. Semaine 1 : azithromycine
  - b. Semaines 2 – 3 : pas de traitement
  - c. Semaine 4 : ivermectine et albendazole (IVM/ALB)
  - d. Semaine 5 : praziquantel (PZQ)
2. Education sanitaire pour le changement comportemental
3. Formation intégrée pour les agents sanitaire et communautaire aux niveaux régional
4. Achat et distribution de médicaments du niveau national aux régions, districts sanitaires et villages

La supervision et l'évaluation pendant et après la distribution, incombent aux agents de santé locaux. A la fin de chaque campagne, les représentants régionaux et de districts feront une évaluation officielle du programme et présenteront ces résultats dans un rapport d'évaluation final.

Indicateurs de mesure pour le programme des MTN :

### *Processus*

1. Pourcentage de la mobilisation et des ressources
2. Pourcentage d'activités achevées

### *Résultats*

1. Couverture de la distribution dans la population en pourcentage
2. Couverture de la distribution géographique en pourcentage

### *Impact*

1. Prévalence des MTN

Le programme des MTN est dirigé par un comité de coordination comprenant le Directeur National de la Santé, le Chef de la Division de la Médecine Préventive et les coordinateurs nationaux des programmes contre les quatre maladies. Le comité directeur est chargé de l'organisation, de la supervision et de la validation des résultats du programme. Ce comité est composé de membres du comité de coordination, d'autres partenaires, de la Division d'Assainissement Public et de la Division de Planification National. Aux niveaux régional et de district, des points focaux réaliseront la planification et superviseront la mise en œuvre de la distribution.

Le programme de MTN bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dont : l'Initiative International du Trachome, Sight Savers International ; l'Organisation pour la Prévention de la Cécité, Helen Keller International ; le Centre Carter ; la Fondation Internationale des Lions Clubs ; l'Organisation Mondiale de la Santé ; l'Alliance Mondiale ; le Programme de Don du Mectizan ; l'Initiative de Lutte contre la Schistosomiase ; l'Organisation du Fleuve Sénégal ; et le Programme National de l'Infrastructure Rurale.

En 2007, la région de Kayes a fait une couverture de 80,0% pour IVM/ALB et une couverture de 69,0% de PZQ. Koulikoro a obtenu un taux de couverture de 80,9%, 85,7% et 84,6% pour IVM/ALB, PZQ et l'azithromycine respectivement. Le programme a l'intention de couvrir toutes les huit régions et le district de Bamako en 2008.

Le programme a démontré ses forces grâce à l'intégration des cinq maladies, obtenant des ressources pour la distribution et étendant le programme afin d'inclure les partenaires de la lutte contre le trachome. Par ailleurs, le programme des MTN connaît également des faiblesses : les autres volets de la lutte contre le trachome ne sont pas compris ; la couverture géographique est insuffisante, les procédures sont complexes pour le décaissement des fonds ; le Ministère de la Santé ne participe guère à la planification et il règne une certaine confusion chez les agents de santé communautaires.

Au fur et à mesure que continuent les activités de mise en œuvre, le programme des MTN devrait encourager une meilleure administration et coordination des ressources du programme et tenir compte des stratégies mondiale de lutte pour chaque maladie. L'intégration de ces programmes est jugée une nécessité. Le programme utilisera les leçons retenues pendant la première année de la mise en œuvre pour renforcer le programme et pour le rendre plus efficace à l'avenir.

## Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique pour la Lutte contre le Trachome au Niger 2005 – 2009

*Présenté par Kadri Boubacar, Programme de Lutte contre le Trachome au Niger*

Au Niger, le trachome est un problème de santé public et toutes les régions sont touchées par la maladie à divers degrés. La prévalence nationale est de 36,4% pour le TF/TI chez les enfants de 1 à 9 ans. Face à ce problème, le Ministère de la Santé a mis au point son plan stratégique de cinq ans pour lutter contre la maladie. Dans le cadre de ce plan stratégique, le Programme National de Lutte contre le Trachome a fait une évaluation à mi-parcours en novembre 2007. Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Indicateurs mesurés pendant l'évaluation

Indicateurs de résultats	Cible	Résultat	Pourcentage de la Cible (%)
Personnes opérées du trichiasis	33,800	13,804	40.8
Doses d'antibiotiques distribuées	13,540,833	10,263,072	75.8
Latrines construites	28,200	21,888	77.6
Chirurgiens formés	213	60	28.2
Points d'eau construits ou remis en état	334	1,179	353.0
Maçons formés pour la construction de la dalle Sanplat	720	712	98.9
Femmes formées pour la fabrication de savon	750	1,442	192.3

Les résultats de cette évaluation nous montrent que le programme de lutte contre le trachome a amélioré la capacité du système de santé au niveau régional, de district, communautaire et villageois. Jusqu'à présent, le programme a augmenté les capacités des ressources humaines au Niger grâce à la formation des superviseurs, des chirurgiens, des maçons, des agents de santé communautaires, des enseignants, des dirigeants religieux et des agents de distribution communautaires. L'évaluation a également retenu l'installation de stations radiophoniques communautaires, les diffusions radiophoniques, les activités de promotion d'hygiène et la construction des latrines familiales comme autant de points forts de ce programme.

L'évaluation a également retenu les faiblesses suivantes dans le programme existant : manque d'accès des patients du trichiasis au programme chirurgical et d'établissements de santé ; accès limités des ménages à des points d'eau salubre suite à la profondeur de la nappe phréatique ; budget insuffisant pour les médicaments et autres produits nécessaires pour les chirurgies du trichiasis et manque de ressources pour la distribution des antibiotiques. Le manque de ressources est le principal obstacle entravant la mise en œuvre des activités planifiées.

Malgré ces défis, l'évaluation a retenu de bonnes possibilités d'avancement pour le programme : solides réseaux de partenaires engagés dans l'approvisionnement en eau et la promotion de l'hygiène, nouvelle politique nationale d'approvisionnement en eau et début du programme de lutte contre les maladies tropicales négligées.

En bref, la mise en œuvre du programme de lutte contre le trachome a eu un impact positif sur cette maladie et a su répondre au besoin de la population. Pour la lutte restante, il faudra consolider les ressources dans le cadre d'un accord plus concret avec le gouvernement et les partenaires.

## **Intégration Appliquée : Cartographie de la Schistosomiase Urinaire et du Trachome dans les Etats du Plateau et du Nasarawa**

*Présenté par Jonathan King, Centre Carter Atlanta*

On recommande des estimations sur la prévalence au niveau des districts pour cartographier l'étendue du trachome avant de procéder aux interventions. Dans les endroits où la prévalence du trachome actif (trachome folliculaire/inflammatoire ou TF) est de 5 – 9% chez les enfants de 1 à 9 ans, on recommande une approche communauté par communauté à l'évaluation et à l'intervention. Et pourtant, il n'existe aucune méthodologie recommandée pour évaluer le trachome au niveau communautaire. L'évaluation rapide de l'hématurie chez les enfants scolarisés est une des possibilités pour cartographier *schistosoma hematobium* puisque cela nous donnera une estimation communautaire de la charge de morbidité. Les interventions de médicaments pour lutter contre la schistosomiase sont déployées au niveau communautaire.

Nous avons réalisé deux enquêtes intégrées pour cartographier le trachome et la schistosomiase urinaire dans huit collectivités locales des Etats du Plateau et de Nasarawa du Nigeria et pour déterminer si les résultats intégrés sont des indications suffisantes pour guider les interventions du programme. Dans le cadre de la première enquête, nous avons ajouté l'évaluation du trachome à la méthodologie recommandée par l'OMS pour la cartographie de la schistosomiase urinaire. Nous avons enquêté toutes les écoles primaires publiques dans les zones rurales des huit collectivités locales en prenant un échantillon systématique de 32 à 47 enfants pour chaque maladie. Tous les enfants de moins de 10 ans ont passé l'examen de dépistage du trachome. Une évaluation de l'hématurie à l'aide d'une bandelette réactive a été faite auprès de tous les enfants de 10 à 14 ans.

La seconde enquête a ajouté des indicateurs pour la schistosomiase urinaire, la filariose lymphatique et les caractéristiques familiales, par exemple, la possession d'une moustiquaire, à la méthodologie recommandée de l'enquête du trachome. Un échantillon systématique de 20 zones d'énumération par collectivité locale a été retenu comme unité d'échantillonnage primaire. Les ménages dans chaque zone d'énumération ont été choisis aléatoirement avec une probabilité égale. Tous les agents étaient examinés pour le trachome et les enfants âgés de 10 à 14 ans ont été retenus pour l'évaluation de l'hématurie.

Selon les directives de l'OMS, l'estimation de la prévalence de l'une ou de l'autre méthode était inférieure au niveau de 10% indiqué pour l'intervention de masse. Les estimations de la prévalence du trachome actif étaient inférieures à 5% et aucune intervention n'est donc indiquée, ou entre 5 - 9%. La prévalence du trichiasis chez les adultes était inférieure à 1% dans toutes les collectivités locales. Les estimations du trachome actif dans les collectivités locales, provenant des enquêtes scolaires intégrées, étaient analogues aux résultats de la méthodologie standard de l'enquête du trachome dans toutes les collectivités locales. Une proportion supérieure à 5% des enfants examinés avait des signes de trachome actif dans 129 des 352 écoles évaluées. Si l'on suit les directives de l'OMS pour la cartographie et l'intervention, seules 56 des 129 communautés seraient retenues pour des interventions de lutte contre le trachome.

Les communautés entourant un total de 65 écoles présentaient les conditions pour le traitement à base de praziquantel contre la schistosomiase urinaire. Un traitement de masse à base de praziquantel pour tous les âges s'avérait nécessaire dans 8 des 65 communautés. Les estimations d'hématurie des enquêtes intégrées sur grappe, dépassaient 10% dans l'une des huit collectivités locales enquêtées. La décision de traiter en fonction des estimations de l'enquête intégrées, n'aurait retenu qu'une collectivité locale pour le praziquantel chez les enfants scolarisés et aurait raté 50 communautés qui ont atteint le seuil demandant un traitement pour les enfants en âge scolaire. De plus, les huit communautés qui dépassaient le seuil demandant un traitement sur l'ensemble de la communauté auraient également été ratées.



Un enquêteur cherche pour la présence de la schistosomiase avec une évaluation de l'hématurie à l'aide d'une bandelette réactive

L'intégration des examens du trachome avec les évaluations de la schistosomiase urinaire dans les écoles était rapide, facile et utile. Les enquêtes scolaires sont une méthode permettant de trouver les poches de trachome dans les zones où la maladie est hypo endémique et où la fréquentation scolaire est élevée. Les estimations de la schistosomiase urinaire provenant des enquêtes intégrées sur grappe, ne sont probablement pas utiles pour planifier les interventions du traitement. La valeur des enquêtes sur les maladies est renforcée si l'on inclut plusieurs indicateurs de maladies.

## Mise à Jour sur l'Initiative Internationale du Trachome

*Tel que présenté par Adam Zayan, Initiative Internationale du Trachome*

Le principal rôle de l'Initiative internationale du trachome (ITI) est de fournir un soutien aux activités de lutte contre cette maladie dans les pays où elle est endémique. Voici les objectifs spécifiques d'ITI :

- Fournir du Zithromax® donné par Pfizer
- Soutenir la chirurgie du TT
- Encourager les volets N & CE de la stratégie CHANCE
- Apporter une assistance technique, y compris de logistiques
- Seconder les efforts de suivi et d'évaluation
- Soutenir le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans les programmes de lutte contre le trachome
- S'engager dans une recherche appliquée

Actuellement, l'Initiative internationale du trachome intervient dans 17 pays. Le tableau suivant indique les dates auxquelles ces pays ont démarré leur programme de lutte contre le trachome. Vu qu'ils ont commencé à des dates différentes, ils sont également à des stades différents de l'élimination du trachome.

Année	Pays
1999	Maroc, Tanzanie
2000	Mali, Soudan, Vietnam, Ghana
2001	Ethiopie, Népal, Niger
2004	Mauritanie, Sénégal
2005	Kenya
2006	Gambie, Ouganda
2007	Burkina Faso, Guinée Bissau, Nigeria

L'ITI utilise les critères suivants pour choisir les pays qui recevront son soutien :

- Preuve de la charge de morbidité, tel que confirmé par les enquêtes nationales ou régionales d'évaluation
- Solide engagement du gouvernement face à l'élimination du trachome, et
- Partenaires qui sont prêts à mettre en œuvre toutes les composantes de la stratégie CHANCE.

Les pays cherchant à obtenir un soutien de l'ITI doivent préparer une proposition. Cette proposition est ensuite revue par le personnel d'ITI qui apporte un soutien technique pour terminer la proposition et prépare sa présentation au Comité d'Expert Technique de l'ITI (CET). Le CET discute de la proposition et, soit l'approuve, soit l'approuve avec des conditions ou, soit ne l'approuve pas. Une fois que le CET approuve une proposition, le personnel d'ITI travaille avec des homologues dans le pays concerné pour planifier et réaliser le programme de lutte contre le trachome.

Le cycle du programme comprend les étapes suivantes :

Etape 1 : Une évaluation rapide démontrant que le trachome est effectivement un problème

Etape 2 : Un enquête sur la prévalence pour évaluer le taux d'infection. ITI considère qu'un taux de TF  $\geq 10\%$  est une confirmation que le trachome est un problème de santé public dans le pays.

Etape 3 : Administration en masse de zithromax® comme volet essentiel du programme. Faite une fois par an, chaque année pour plusieurs années.

Etape 4 : A la fin de la troisième année, une enquête de l'impact est réalisée. Si le taux d'infection est  $\geq 10\%$ , alors un autre protocole de 3 ans est mis en œuvre. Si le taux est inférieur à 10%, alors l'administration de médicaments est arrêtée et un système de surveillance est mis en place pour dépister les nouveaux cas. Les cas identifiés sont traités ainsi que leur entourage.

ITI reconnaît l'importance d'investir, pour rendre disponible la chirurgie du trichiasis, car les patients qui ne sont pas traités devront vivre avec la douleur que cela leur inflige et plus, ils termineront aveugle. Aussi, ITI :

- S'engage dans des appels de fonds. Notamment pour obtenir et donner les trousseaux du trichiasis
- Travaille avec des homologues pour mettre en place des stratégies programmatiques durables, surtout dans les centres fixes, et
- Encourage une méthodologie de chirurgie des cas en attente, zone par zone, pour éviter que ne revienne l'infection dans les communautés où les gens n'ont pas été traités.

De plus, ITI

- Recommande vivement au gouvernement et aux organisations d'augmenter leur rôle dans la mise en œuvre des programmes N et CE, et
- De forger des partenariats qui encouragent le lavage du visage, l'accès à l'eau salubre et la construction de latrines.

Récemment, l'ITI participe de plus en plus au programme mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées. Au Mali, ITI réalise un projet de recherches financé par la Fondation Melinda et Bill Gates. Le but est d'évaluer la faisabilité et le coût/efficacité de la mise en œuvre d'une stratégie intégrée de lutte contre le trachome et la filariose lymphatique. L'ITI cherche également à vérifier que le trachome fait partie intégrante du programme de lutte contre les maladies tropicales négligées. Cela permettra d'étendre à plus grande échelle le programme de lutte contre le trachome et d'obtenir des ressources financières supplémentaires des bailleurs de fonds, des gouvernements et des ONG, que l'on pourra consacrer au combat contre le trachome.

Enfin, ITI cherche à mettre en place un nouveau modèle de fonctionnement qui est plus efficace par rapport au coût et qui a une meilleure chance d'éliminer le trachome dans les 55 pays d'endémicité d'ici la fin 2020.

## Lions Club de l'Ethiopie

Présenté par Tebebe Y. Berhan, Lions Club District 411A, Ethiopie



Les Lions Clubs de l'Ethiopie ont réussi à obtenir plusieurs dons de SightFirst, tel que décrit ci-après :

### SightFirst 1297

Ce projet a été approuvé pour la réalisation de 15 000 chirurgies de la cataracte pour l'année 2007 – 2008.

<b>Administrateurs du don</b>	Lion Himat Dodhia, IPDG
	Lion Surinder Sihra, Council Chairperson
<b>Président du Projet</b>	The Hon. Dr. Med. World Laureate Tebebe Y Berhan, Past District Governor
	Lion Getachew Desta
<b>Montant du don</b>	\$1,090,000

### SightFirst 1176

Ce don a été approuvé pour le programme de formation des infirmières spécialisées en ophtalmologie pour 5 ans, continuation du programme de Sight First 844. Le premier groupe de 24 infirmières a été diplômé en janvier 2008.

<b>Administrateurs du don</b>	Lion Surinder Sihra, IPDG
	Lion Safderali Jaffer, MCC
<b>Président du Projet</b>	The Hon. Dr. Med. World Laureate Tebebe Y Berhan, Past District Governor
	Lion Ramendra H. Shah
<b>Montant du don</b>	\$285,765

### SightFirst 1259

Ce don a été approuvé le 10 janvier 2007 pour étendre le programme de lutte contre le trachome dans la région d'Amhara et pour sa mise en oeuvre réussie

<b>Administrateurs du don</b>	Lion Himat Dodhia, IPDG
	Lion Surinder Sihra, Council Chairperson
<b>Président du Projet</b>	The Hon. Dr. Med. World Laureate Tebebe Y Berhan, Past District Governor
	Lion Getachew Desta
<b>Montant du don</b>	\$1,850,568

### Sight First 1369

Le don approuvé le plus récemment pour la continuation des programmes de lutte contre le trachome et de l'onchocercose pour le montant de \$3 125 822.

## Formation des Groupements Féminins au Mali

*Présenté par Yaya Kamissoko, Centre Carter Mali*

Après dix années d'interventions du programme de lutte contre le trachome, la prévalence du TF a diminué et elle est passée à moins de 10% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans dans certaines régions du Mali. Pour maintenir cette avancée, le Centre Carter du Mali a formé des groupements féminins, les chargeant de réaliser les composantes N & CE de la stratégie chance dans la lutte contre le trachome. Les femmes et les enfants sont généralement les groupes primaires ciblés dans la lutte contre le trachome. Mais souvent ils ne sont pas atteints par les canaux d'éducation sanitaires à cause du manque de formation des agents de santé communautaires.

Fin 2007, le Centre Carter du Mali, en collaboration et avec l'aide du Programme National de Prévention de la Cécité (PNLC), a utilisé les groupements féminins dans neuf districts sanitaires de la région de Segou et de Mopti et leur a apporté une formation portant sur la lutte contre le trachome. Cinq femmes ont été retenues par groupe, en fonction du critère d'alphabétisation, soit en français, soit en langue locale. La formation s'est déroulée au niveau district avec le soutien technique du Centre Carter et du PNLC. Trois formations séparées d'une journée ont été réalisées pour un total de 846 participantes. Le programme de formation portait sur les caractéristiques fondamentales du changement de comportement pour l'hygiène et pour l'amélioration de l'assainissement, pour la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, et pour un soutien pour l'intégration des activités du trachome à d'autres interventions à base communautaire. A l'achèvement de la formation, chaque groupe a reçu une boîte à images sur le trachome, un magnétophone à cassettes et une cassette sur le trachome.

Le projet de formation des groupements féminins cherche à vérifier que les pratiques améliorées en matière d'hygiène et d'assainissement sont effectivement intégrées aux activités régulières des femmes rurales et de leur famille. De plus, la participation de femmes formées dirigeant les activités de lutte contre le trachome, vient renforcer les activités continues des agents de santé communautaires. Les groupements féminins créent également des clubs d'écoutes radiophoniques pour vérifier que les messages sur le trachome arrivent effectivement aux autres femmes.



Le financement pour les activités de formation des groupements féminins a été fourni par les Lions Clubs du Mali.

## **Associations entre le Trachome Actif et les Interventions Communautaires à base d'Antibiotiques, Nettoyage du visage, et Changement Environnemental (A, N et CE)**

*Présenté par Jeremiah Ngondi, Centre Carter*

La Chirurgie, les Antibiotiques, le Nettoyage du visage, le Changement Environnemental (CHANCE) est la stratégie recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte contre le trachome. Les essais aléatoires cas – témoins nous montrent que les volets individuels A, N et CE de la stratégie CHANCE ont un impact sur le trachome actif lorsqu'ils sont appliqués par eux-mêmes. Dans le contexte biologique et épidémiologique, on pourrait penser que c'est l'effet cumulé des composantes (A, N et CE) de la stratégie CHANCE. L'administration en masse de l'azithromycine plus une augmentation dans le nombre de visages propres chez les enfants, plus l'accès élargi à l'eau, et la réduction des populations du vecteur, auront probablement plus d'efficacité qu'un volet à lui seul. Par ailleurs, peu d'études ont évalué la stratégie CHANCE complète et aucune d'entre-elle ne s'est penchée sur les associations des volets Antibiotiques, le Nettoyage du visage, et le Changement Environnemental (A, N et CE). Nous avons cherché à étudier les associations entre le trachome actif et les interventions A, N et CE dans les communautés dans le Soudan du Sud.

Des enquêtes ont été faites dans quatre districts après trois années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE. On a examiné des enfants âgés de 1 à 9 ans pour dépister le trachome et la mise en œuvre de la stratégie CHANCE a été évaluée par le biais d'entretiens et d'observations. En utilisant une régression logistique ordinale, on s'est penché sur les associations entre les signes de trachome actif et les interventions A, N et CE. Le trachome inflammatoire intense (TI) était jugé plus grave que le trachome folliculaire/inflammatoire (TF).

L'analyse portait sur 1 712 enfants de 25 grappes (villages). La mise en œuvre des interventions A, N et CE était la suivante : 53,0% des enfants concernés ont obtenu au moins un traitement à base d'azithromycine ; 62,4% des enfants avaient un visage propre à l'examen ; 72,5% des ménages ont indiqué qu'ils lavaient le visage des enfants deux fois ou plus par jour ; 73,1% des ménages avaient reçu une éducation sanitaire ; 44,4% des ménages avaient accès à l'eau dans un rayon de 30 minutes et 6,3% des ménages avaient des latrines à fosse. L'analyse de régression logistique, à une variable ou à de multiples variables, faite des associations entre la gravité du trachome actif et des interventions, A, N et CE sont indiqués sur le Tableau 1 et 2 respectivement. Si l'on ajoute, pour tenir compte de l'âge, du sexe et de la prévalence initiale du trachome actif, les facteurs, associés indépendamment à la gravité du trachome actif, étaient les suivants : Trois traitements à base d'azithromycine [ratio de probabilité (RP) = 0,1 ; intervalle de confiance 95% (IC) 0,0-0,4] ; visage propre (RP=0,3 ; IC 95% 0,2-0,4) ; lavage des visages chez les enfants trois fois par jour ou plus (RP=0,4 ; IC 95% 0,3-0,7) ; et présente utilisation d'une latrine familiale dans le ménage (RP=0,4 ; IC 95% ,2-0,9).

L'analyse de l'association entre les volets A, N et CE de la stratégie CHANCE et du trachome actif, nous montre des effets protecteurs indépendants contre le trachome actif liés au traitement à base d'azithromycine, nettoyage du visage, lavage du visage et utilisation de latrines à fosse dans le ménage. Aussi, cela vient-il justifier l'utilisation continue de tous les volets pris ensemble de la stratégie CHANCE. Le cumul des interventions de lutte contre le trachome, dans une approche communautaire à quatre axes, est un programme intégral d'élimination du trachome qui est adaptable à un grand nombre de situations différentes et qui peut être réalisé au niveau communautaire. Chaque volet de la stratégie CHANCE utilise des technologies adéquates et facilement adaptables et, par conséquent, la lutte contre le trachome peut être intégrée à d'autres efforts de santé et de développement, d'ordre plus général, ciblant les pauvres et les groupes marginalisés.

Tableau 1 : Analyse de régression logistique ordinaire à une variable de l'association entre la gravité du trachome actif (pas de TF, pas de TI ; TF seulement ; tout TI) et les interventions A, N et CE.

Facteurs	Nombre d'enfants (n=1,7,12)	Prévalence (%)			Ratios de probabilité	IC 95%	Valeur p
		Pas du TF, TI	Seulement TF	Avec TI			
<b>Groupe d'âge (années)</b>							
1-4	818	56%	27%	17%	1.0		
5-9	894	71%	19%	9%	0.3	0.2-0.4	<0.001
<b>Sexe</b>							
Masculin	873	62%	24%	14%	1.0		
Féminin	839	67%	22%	11%	0.7	0.5-0.9	0.007
<b>Antibiotiques</b>							
Traitements d'azithromycine							
Aucun	804	49%	29%	22%	1.0		
1 fois	527	76%	18%	5%	0.8	0.5-1.0	p-trend
2 fois	342	78%	18%	4%	0.5	0.3-0.8	<0.001
3 fois	39	90%	8%	3%	0.1	0.0-0.4	
<b>Nettoyage du visage</b>							
Visage Propre							
Non	643	36%	40%	24%	1.0		
Oui	1069	81%	13%	6%	0.2	0.1-0.2	<0.001
Lavage du visage par jour							
1 fois ou plus	470	62%	20%	17%	1.0		
2 fois	784	62%	24%	14%	0.7	0.4-1.0	p-trend
3 fois ou	458	69%	24%	6%	0.5	0.3-0.7	=0.001
Education sanitaire							
Non	460	56%	25%	19%	1.0		
Oui	1252	67%	22%	10%	1.2	0.8-1.8	0.348
<b>Changement Environnemental</b>							
Accès à l'eau							
≤30 minutes	760	62%	20%	18%	1.0		
> 30 minutes	952	66%	26%	9%	1.1	0.9-1.4	0.178
Latrine à fosse							
Non	1605	63%	24%	13%	1.0		
Oui	107	82%	15%	3%	0.4	0.2-0.9	0.038
Possession de bétail							
Non	999	79%	16%	5%	1.0		
Oui	713	44%	33%	24%	1.4	1.0-2.1	0.066

A, N, CE = Antibiotiques, Nettoyage du visage, Changement environnemental  
 TF = Trachome folliculaire/inflammatoire ; TI = trachome inflammatoire/intense

Tableau 2 : Analyse de régression logistique ordinal à plusieurs variables entre la gravité du trachome actif (pas de TF, pas de TI ; TF seulement ; tout TI) et les interventions A, N et CE (n=17,12)

Facteur	Ratios de probabilité*	de	p-value
<b>Antibiotiques(traitement à base d'azithromycin)</b>			
1 fois	0.8	0.5-1.1	
2 fois	0.8	0.5-1.4	p-trend
3 fois	0.1	0.0-0.7	=0.036
<b>Nettoyage du visage</b>			
Visage propre	0.3	0.2-0.4	<0.001
Lavage du visage par jour (deux fois)	0.7	0.4-1.0	p-trend
Lavage du visage par jour (trois fois ou plus)	0.4	0.3-0.7	=0.001
<b>Changement environnemental</b>			
Latrine à fosse	0.4	0.2-0.9	0.031

\*Ajustés pour tenir compte des effets de l'âge, du sexe et de la prévalence initiale

## ANNEXE 1 : La maladie

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

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

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

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

**"Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale"**  
 Neuvième Revue Annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome  
 11 au 13 février 2008

**Lundi 11 février**

8H00	<b>*Départ de la navette de l'hôtel*</b>	
8H30 – 9H00	<u>Petit déjeuner</u>	
9H00 – 9H30	Bienvenue et remarques d'ouverture	Dr Paul Emerson
	Présentation des participants	
9H30 – 10H00	Mise à jour de l'Initiative Internationale du Trachome	Dr Adam Zayan
10H00 – 10H30	<u>Photo de groupe et pause café</u>	
10H30 – 11H30	Présentation et discussion du Mali	Dr Sanoussi Bamani
11H30 – 12H30	Présentation et discussion de l'Ethiopie	Dr Zerihun Tadesse
12H30 – 13H45	<u>Déjeuner</u>	
14H00 – 14H30	Evaluation triennale en Ethiopie	M. Teshome Gebre
14H30 – 15H00	Etudes sur les sutures en Ethiopie	M. Mulat Zerihun
15H00 – 15H30	Que se passera-t-il si nous ne faisons rien pour lutter contre le trachome ?	Dr Jeremiah Ngondi
	Attentes de santé pour le trichiasis dans le Sud du Soudan	
15H30 – 16H00	<u>Pause café</u>	
16H00 – 16H30	Essai STAR : Utilisation pour les Planificateurs du Programme	Dr Sheila West
16H30 – 17H00	Habitudes médiatiques, mobilisation sociale et éducation sanitaire : méthodes appliquées et leçons retenues chez les Nuer et les Taposá dans le Soudan du Sud	Mme Anne Heggen
17H30	<b>*Départ de la navette pour l'hôtel*</b>	

**"Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale"**  
Neuvième Revue Annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome  
11 au 13 février 2008

**Mardi 12 février**

8H00	<b>*Départ de la navette de l'hôtel*</b>	
8H30 – 9H00	<u>Petit déjeuner</u>	
9H00 – 10H00	Présentation et discussion du Ghana	Dr Oscar Debrah
10H00 – 11H00	Présentation et discussion du Gouvernement du Soudan du Sud	Dr Lucia Kur
11H00 – 11H30	<u>Pause café</u>	
11H30 – 12H30	Présentation et discussion du Niger	Dr Boubacar Kadri
12H30 – 13H45	<u>Déjeuner</u>	
14H00 – 14H30	Conception des latrines VIP	M. James Dumpert
14H30 – 15H00	Expérience des interventions synchronisées contre la dracunculose, le trachome et le paludisme dans le Soudan du Sud	M. Gideon Gatpan
15H00 – 15H30	Lions Clubs de l'Ethiopie	Dr Tebebe Y. Berhan
15H30 – 16H00	<u>Pause café</u>	
16H00 – 16H30	Expérience du programme national du Mali avec l'intégration des MTN	Dr Sanoussi Bamani
16H30 – 17H00	Evaluation à mi-parcours du plan de cinq ans du programme du Niger	Dr Boubacar Kadri
17H30 – 19H00	<b>*Réception au musée du Centre Carter</b> <b>Départ de la navette pour l'hôtel*</b>	

**"Vérifier la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE Intégrale"**  
Neuvième Revue Annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome  
11 au 13 février 2008

**Mercredi 13 février**

8H00	<b>*Départ de la navette de l'hôtel*</b>	
8H30 – 9H00	<u>Petit déjeuner</u>	
9H00 – 10H00	Présentation et discussion du Gouvernement du Soudan	Dr Kamal Hashim
10H00 – 11H00	Présentation et discussion du Nigeria	Dr Uwaezuoke Onyebuchi
11H00 – 11H30	<u>Pause café</u>	
11H30 – 12H00	Présentation de la Tanzanie	Dr Grace Saguti
12H00 – 12H30	Présentation de l'Ouganda	Dr Stanley Bubikire
12H30 – 13H45	<u>Déjeuner</u>	
14H00 – 14H30	Formation des groupements féminins au Mali	M. Yaya Kamissoko
14H30 – 15H00	Evaluation communauté par communauté du trachome et de la schistosomiase au Nigeria	M. Jonathan King
15H00 – 15H30	Mise à jour de RTI	Dr Dieudonné Sankara
15H30 – 16H00	<u>Pause café</u>	
16H00 – 16H30	Association entre le trachome actif et l'intervention communautaire à l'aide des antibiotiques, nettoyage du visage, changement environnemental (A, N et CE)	Dr Jeremiah Ngondi
16H30 – 17H00	Conclusions	
17H30	<b>*Départ de la navette pour l'hôtel*</b>	

### Annexe III : Liste des participants

#### **Ethiopie**

M. Ali Assen  
Dr Estifanos Biru (Centre Carter)  
M. Teshome Gebre (Centre Carter)  
Dr Zerihun Tadesse  
M. Tesfaye Teferi (Centre Carter)  
M. Mulat Zerihun (Centre Carter)

#### **Ghana**

Dr Oscar Debrah  
M. Jim Niquette (Centre Carter)  
M. Ibrahim Yussif (Centre Carter)

#### **Gouvernement du Soudan**

Dr Kamal Hashim

#### **Gouvernement du Soudan du Sud**

M. Steven Becknell (Centre Carter)  
M. Gideon Gatpan (Centre Carter)  
Dr Lucia Kur

#### **Mali**

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

#### **Niger**

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

#### **Nigeria**

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

#### **Tanzanie**

Dr Grace Saguti

#### **Ouganda**

Dr Stanley Bubikire

#### **Fondation Arthur M. Blank**

Mme Barbara Saunders

#### **Fondation Bill & Melinda Gates**

Mme Erin Shutes

#### **Université de Cambridge**

Dr Jeremiah Ngondi

#### **The Centers for Disease Control and Prevention**

Dr Michael Deming  
Dr Patrick Lammie  
Dr Els Mathieu

#### **Fondation Conrad N. Hilton**

Mme Shaheen Kassim-Lakha  
Mme Jennifer Lieberstein

#### **Research Triangle International**

Dr Dieudonné Sankara

#### **Helen Keller International**

Mme Maki Suzuki

#### **L'Initiative Internationale du Trachome**

Dr Amos Sam-Abbenyi  
Dr Adam Zayan

#### **Johns Hopkins University**

Dr Sheila West

#### **Fondation du Lions Clubs International**

M. Philip Albano

#### **Lions Clubs-Ethiopia**

Dr Tebebe Yemane Berhan

#### **Michigan Technical University**

M. James Dumpert

#### **Taskforce for Child Survival**

Dr Mark Rosenberg

#### **University of Michigan**

Mme Anne Heggen

#### **World Vision**

Dr Joseph de Graft Riverson

#### **Le Centre Carter**

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