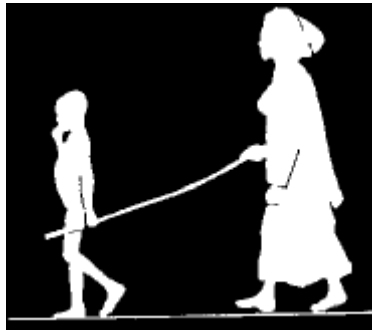


COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

**QUATRIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE
LE TRACHOME REALISES AVEC L'ASSITANCE DU CENTER CARTER**

Augmenter le nettoyage des visages!
Réduire les mouches!



**Le Centre Carter
24-25 février 2003**

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



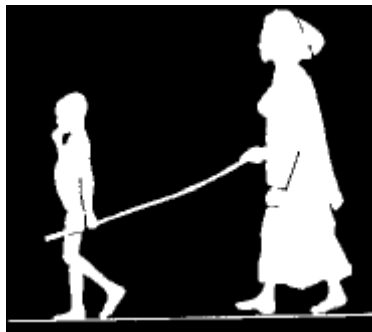
THE
CARTER CENTER



RECAPITULATIF DES COMPTES RENDUS

**QUATRIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE
LE TRACHOME REALISES AVEC L'ASSITANCE DU CENTER CARTER**

Augmenter le nettoyage des visages!
Réduire les mouches!



**Le Centre Carter
24-25 février 2003**

Augmenter le nettoyage des visages !

Réduire les mouches !

REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter est financé grâce à des dons généreux de la Fondation Conrad N. Hilton et de la Fondation Lions Clubs International (LCIF). La quatrième Revue annuelle de Programme, pour les programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter, a pu être réalisée grâce à la générosité de la Fondation Hilton, de LCIF et de Novartis Ophthalmics, Amérique du Nord.

Les personnes suivantes ont aidé à préparer ces comptes rendus. Il convient de faire une mention spéciale de leur contribution et de leur assistance.

Mme Misrak Makonnen	Le Centre Carter
Mme Robin Poovey	Le Centre Carter
Dr Mamadou O. Diallo	Le Centre Carter

Note :

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

RESUME ANALYTIQUE

La quatrième revue annuelle de Programme, pour les programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter, s'est tenue les 24 et 25 février 2003 au siège du Centre Carter, à Atlanta, USA. La réunion s'est déroulée sous le thème suivant : **Augmenter le nettoyage des visages, réduire les mouches !** A l'instar des années précédentes, la Revue de Programmes avait pour objet d'évaluer l'état d'avancement de chaque programme national de lutte contre le trachome, de mettre à jour les problèmes rencontrés au niveau de la mise sur pied des programmes nationaux de lutte contre le trachome, d'évaluer les obstacles entravant la mise en œuvre des programmes et de discuter des solutions, ainsi que de promouvoir le partage et la standardisation de l'information. A cet égard, lors de notre quatrième année ensemble, une attention spéciale a été accordée à la standardisation des indicateurs de suivi et d'évaluation et à la mise en place de **buts finals d'intervention** (BFI) pour les programmes de lutte contre le trachome. Des présentations spéciales ont été réalisées sur la santé dans les écoles, la promotion des latrines et la collecte de données.

Les coordinateurs nationaux et régionaux de programmes de lutte contre le trachome, représentant les Ministères de la Santé de l'Ethiopie, du Ghana, du Mali, du Niger et du Soudan, ont assisté à la revue annuelle. En outre, les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les représentants du Ghana, de l'Ethiopie, du Mali, du Niger, du Nigeria et du Soudan ont également participé à la réunion. Y participaient par ailleurs des représentants de la Fondation Conrad N. Hilton, de la Fondation Lions Clubs International (LCIF), de Pfizer Inc, de l'Université de Durham, de Helen Keller Worldwide (HKW), de l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), de World Vision International, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis et de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres.

Chaque équipe de pays a fait des présentations sur la situation actuelle de leur programme de lutte contre le trachome régional et national et les projets pour l'année suivante, suivies par des discussions ouvertes. Cette année, les présentations des programmes des divers pays étaient à nouveau réparties en deux groupes : les composantes nettoyage du visage et changement de l'environnement (**N&CE**) ont été discutées pendant le premier jour, la chirurgie et le traitement antibiotique (**CH&A**), le second jour. Cette structure s'est avérée efficace pour attirer l'attention des participants sur chacun des aspects particuliers de la stratégie CHANCE et encourageait un examen plus approfondi et plus équilibré de chaque programme national. Les présentations comportaient des données épidémiologiques et des études sociologiques sur le trachome dans chaque pays, ainsi qu'une mise à jour des interventions déployées dans le cadre des programmes. On a également présenté des plans de suivi et d'évaluation des programmes et les partenariats avec d'autres ministères et organisations de développement international. Les discussions portaient sur les réussites, les contraintes et les défis rencontrés par chaque programme.

Des améliorations tangibles ont été notées au niveau de la qualité et de la quantité des données présentées lors de la revue de programme de 2003, notamment en ce qui concerne les données se rapportant aux volets N&CE. Cela a encouragé des discussions enthousiastes et intéressantes sur les obstacles et réussites rencontrés au niveau de l'amélioration de l'hygiène pour lutter contre le trachome et la cécité qu'il entraîne. Il convient de noter que plusieurs programmes sont sur le point de pouvoir démontrer l'impact des activités N&CE. Deux faits saillants de la quatrième revue de programme : chaque directeur de programme a convenu de standardiser le compte rendu des activités en 2003 et d'estimer les BFI pour leur programme. Les produits de ce travail (rapports standardisés et BFI) seront présentés lors de revue de programme de 2004 qui se tiendra à Atlanta. Ainsi les programmes engagés dans la lutte contre le trachome pourront-ils créer de nouveaux outils pour la planification et l'exécution de la stratégie CHANCE, notamment pour mettre sur pied des campagnes pour opérer tous les cas de trichiasis en attente et démarrer un traitement de masse à base d'antibiotiques dans chaque région.

Les participants des différents pays ont fait des recommandations sur la manière d'améliorer leur programme de lutte contre le trachome et celles-ci ont fait l'objet de discussions animées de la part de tous. Les recommandations sont présentées ici pays par pays bien qu'il en existe une qui ait fait l'unanimité dans tous les rangs : Les participants ont souhaité la meilleure chance possible au Dr Joseph Cook de l'Initiative Internationale du Trachome qui vient de prendre sa retraite et l'ont vivement remercié pour toutes ces années de travail et de recherche en matière de maladies tropicales et surtout pour l'initiative de la création de la stratégie CHANCE et de l'ITI.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	iii
RESUME ANALYTIQUE.....	iv
SIGLES.....	vii
INTRODUCTION.....	viii
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU GHANA.....	1
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DE MALI.....	9
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGER.....	13
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU SOUDAN.....	17
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU L'ETHIOPIE.....	27
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGERIA.....	33
TABLEAUX ET GRAPHIQUES RECAPITULATIFS.....	38
TIME.....	44
EDUCATION SANITAIRE DANS LES ECOLES.....	46
INDICATEURS DU PROGRAMME.....	48
EVALUATION A MI-PARCOURS DE LIONS.....	51
PROJET DES LATRINES.....	53
ANNEXE I: LA MALADIE.....	55
ANNEXE II: ORDRE DU JOUR.....	56
ANNEXE III: LISTE DES PARTICIPANTS.....	58

SIGLES

ADRA	Adventist Development and Relief Agency
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis
CHANCE	CHirurgie, traitement Antibiotique, Nettoyage & Changement de l'Environnement
CMA	Christian Mission Aid
FGD	Groupe de discussion focalisée
GS	Gouvernement du Soudan
HKI	Helen Keller International
ICEH	International Centre for Eye Health
ITI	Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome
MS	Ministère de la Santé
MSF	Ministère Fédéral de la Santé
NR	Région du Nord (Ghana)
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PLT	Programme de Lutte contre le Trachome
PNPC	Programme National de Prévention de la Cécité
SF	SightFirst
SRC	Croix Rouge Suisse
SSI	SightSavers International
TF/TI	Inflammation trachomateuse-folliculaire/intense
TRA	Evaluation rapide du trachome
TT	Trichiasis Trachomateux
UWR	Région de l'Extrême Ouest (Ghana)
WVI	World Vision International

INTRODUCTION

Quatre années de revue de programme : progrès de 2000 à 2003

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter a démarré en 1998, grâce à un don généreux de la Fondation Conrad N. Hilton. Grâce à ce don, le Centre Carter travaille en collaboration avec des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome au Ghana, au Mali, au Niger, au Yémen et au Nigeria. En 1999, dans le cadre de l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter, le Centre a élargi ses activités de lutte contre le trachome et a également commencé à apporter une assistance à l'Éthiopie et au Soudan. Le Centre Carter travaille directement avec des gouvernements nationaux et régionaux, des Lions Clubs locaux et d'autres organisations partenaires, s'attaquant au trachome par le biais d'interventions à base communautaire, de recherche opérationnelle et de plaidoyer. Au Mali, au Niger, au Soudan et au Ghana, les programmes nationaux de lutte contre le trachome ont reçu, en 2002, des dons de Zithromax de Pfizer Inc, par le biais de l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome.

Le partenariat du Centre Carter avec le Gouvernement du Yémen a conduit le pays à effectuer les premières enquêtes de prévalence du trachome à base communautaire, réalisées dans quatre gouvernorats en 2000-2001. Malheureusement, des difficultés dans la communication et la coordination logistique ont mené à la suspension du soutien du Centre Carter pour le Programme de Lutte contre le Trachome au Yémen en 2002.

Un des principes directeurs du Centre Carter consiste à travailler **en partenariat** pour aider à mettre en œuvre les programmes de santé. En effet, le Centre travaille en relation étroite avec des Ministères de la Santé, surtout avec des coordinateurs régionaux et nationaux de programmes de lutte contre le trachome. Le Centre collabore également avec d'autres organisations internationales intervenant au niveau de la lutte contre le trachome, telles que West Africa Water Initiative (SSI), Christoffel Blindenmission (CBM), SightSavers International (SSI), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ORBIS, l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), Helen Keller Worldwide (HKW), Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres et World Vision International (WVI). La Fondation Conrad N. Hilton et la Fondation Lions Clubs International sont les principaux bailleurs de fonds qui soutiennent les activités de lutte contre le trachome du Centre Carter.

S'inspirant de l'expérience des Programmes d'Eradication de la Dracunculose et de la Lutte contre la Cécité des Rivières, le Centre Carter continue à insister sur l'éducation sanitaire et la mobilisation communautaire, aidant et encourageant les gens à s'aider eux-mêmes. Le Centre apporte une assistance au Ministère de la Santé pour la réalisation d'interventions de lutte contre le trachome en insistant sur les composantes « N » et « CE » de la stratégie CHANCE. Le Centre apporte également une assistance aux programmes nationaux de lutte contre le trachome pour réaliser des études épidémiologiques, sociologiques et de recherche opérationnelle. Il s'agit notamment d'études telles que les enquêtes sur la prévalence, les évaluations rapides et les études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) afin d'obtenir des informations de base sur le trachome et d'utiliser cette information pour la prise en charge.

Le Centre Carter a commencé à organiser des réunions de revue annuelle de programme dans le cadre du Programme d'Éradication de la Dracunculose. Les revues de programmes de lutte contre la dracunculose sont devenues une partie importante de l'effort d'éradication, réunissant des coordinateurs de programmes nationaux pour qu'ils puissent discuter de questions pertinentes avec leurs collègues, fixer des normes et résoudre les problèmes. Les principaux bailleurs de fonds et partenaires de l'exécution de programme assistent également aux réunions d'examen de programme, où ils peuvent s'informer davantage et où ils ont l'occasion de forger d'autres partenariats. Ce concept a été appliqué avec succès au Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières de Global 2000 et, depuis 2000, au Programme de Lutte contre le Trachome.

Les comptes rendus de réunions précédentes de revue de Programmes de Lutte contre le Trachome font état des progrès importants qu'ont réalisés les programmes participant à la lutte contre le trachome (PLT). Le résumé analytique des premiers comptes rendus s'achevait ainsi :

Puisqu'il s'agissait de la première revue annuelle de Programme tenue pour ces programmes de lutte contre le trachome, que nous sommes en train de mettre en route, les données disponibles étaient limitées, mais il s'agissait d'un solide point de départ. Ces comptes rendus nous aident à constater la maturation et les futurs accomplissements de ces programmes.

Comptes rendus récapitulatifs, première revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome bénéficiant d'une assistance du Centre Carter, 2000, page 3.

Lors de la première année (2000), seuls deux programmes de lutte contre le trachome comptaient des données initiales nationales et les interventions n'étaient guère quantifiées. Il n'existait pas de rapport des activités N&CE et les dénominateurs (cibles annuelles) étaient rares. Une comparaison des tableaux récapitulatifs de 2000 ci-après et des tableaux récapitulatifs du présent Examen de Programme (2003) fait ressortir le grand pas en avant des programmes participant à la lutte contre le trachome.

Lors du second Examen de Programme (2001), il existait davantage de données sur la prévalence et de meilleures données sur le traitement (chirurgie et antibiotiques) par rapport à l'année précédente. Toutefois, nous manquions toujours de données quantitatives N&CE. Lors du présent examen, des indicateurs standardisés pour le suivi des interventions étaient introduits et on a encouragé les programmes à mettre en place une notification régulière des données et des listes prioritaires. Lors de la réunion de 2001, aucun des programmes nationaux de lutte contre le trachome n'a présenté de dénominateurs – il n'existait pas de cibles. Par la suite, la formulation de *cibles annuelles* et l'utilisation de dénominateurs, pour les indicateurs de suivi et d'évaluation, est devenue un thème important pour les années à venir.

Lors de la troisième réunion d'Examen de Programme (2002), les directeurs de programme ont fixé des cibles annuelles. C'était un net progrès. A présent, les programmes nationaux ont des normes à l'aide desquelles est mesuré le progrès. Ces

dénominateurs confèrent une plus grande signification aux données sur les interventions, permettant aux programmes de mesurer les progrès par rapport à l'année dernière et montrent que les responsables de programme ont planifié attentivement la direction de leurs programmes pour l'année à venir. L'étape suivante consiste à planifier attentivement la direction des programmes dans les *années* à venir – c'est-à-dire se donner des *buts finals d'intervention*.

Lors de la revue de Programme de cette année, on a introduit la notion d' *objectif de traitement final (UIG)*. Les UIG estiment les besoins des programmes de lutte contre le trachome pour des zones entières où le trachome est endémique, qu'il s'agisse de nations ou d'états. Ils permettront aux directeurs des programmes de planifier les activités sur un grand nombre d'années et ensuite, de mesurer les progrès par rapport à une norme à long terme. La planification en vue d'éliminer le nombre de cas en attente de trichiasis non corrigé représente l'exemple le plus simple montrant combien sont nécessaires les UIG. Ces indicateurs revêtent un sens quand un programme national fait le compte rendu du nombre d'interventions chirurgicales réalisées sur une période d'une année et mesurées par rapport à *l'objectif annuel*. Il est encore plus significatif de mesurer le nombre d'interventions réalisées par rapport au *nombre final d'interventions chirurgicales nécessaires* pour éliminer le trichiasis non corrigé (à savoir, le UIG pour « C »). La première comparaison indique aux responsables de programme s'ils sont en train d'atteindre un objectif arbitraire pour une année, généralement, en fonction de la capacité estimée. La seconde comparaison indique aux responsables de programme les progrès qu'ils ont fait pour atteindre le but UIG 2020, à savoir éliminer le trichiasis trachomateux.

Ces quatre dernières années, les programmes nationaux et régionaux participant à la lutte contre le trachome ont nettement progressé, collectant et utilisant d'abord des données épidémiologiques et sociologiques et ensuite, formulant des outils de suivi et d'évaluation en fonction des cibles annuelles. Cette année, les directeurs de programme nationaux présents lors de l'Examen de Programme, se sont engagés à standardiser les comptes rendus de leurs programmes et à formuler des UIG. Le quatrième Examen annuel des Programmes de Lutte contre le Trachome recevant une assistance du Centre Carter est un autre jalon le long de la route de l'élimination de cette maladie.

**Tableaux récapitulatifs du premier Examen annuel des Programmes de Lutte
contre le Trachome recevant une assistance du Centre Carter, 10-11 février 2000,
Atlanta**

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

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

Antibiotiques	Ghana	Mali	Niger	Soudan	Ethiopie
Azithromycine					
Traitement (1999)	0	0	0	0	0
Population cible	-	800 000 ⁱ	-	-	-
Pourcentage couverture	-	-	-	-	-
Pommade de tétracycline					
Traitement (1999)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Population cible	-	-	-	-	-
Pourcentage couverture	-	-	-	-	-
Chirurgie					
Chirurgies en 1999	120 ¹	1,500 ²	704 ²	-	-
Population cible	-	85,700	68,299	-	-
Pourcentage couverture	-	-	-	-	-

¹ pour région de Koulikoro (année 2000)
550 000 <10% dans la région de Koulikoro

² Estimations du programme

Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana

Présenté par le Docteur Maria Hagan, Coordinatrice nationale des Soins oculaires et le Docteur Daniel Yayemain, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Ghana. L'assistance du Centre Carter au Ghana est financée par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

La cataracte et le glaucome sont les principales causes de cécité au Ghana, suivies par le trachome. Le trachome, source de cécité, est surtout présent dans les régions chaudes et sèches au Nord du pays, surtout dans les régions du Nord et de l'Extrême Ouest (NR et UWR) (voir cartes). Une évaluation rapide du trachome (TRA3) a été faite en juillet 1999, avec l'aide de l'Equipe spéciale nationale du Trachome, de CBM et du Centre Carter, en utilisant une méthodologie OMS modifiée. La TRA3 a établi l'existence du trachome, source de cécité, dans les régions NR et UWR et a aidé à classer par ordre prioritaire les villages où le trachome est endémique pour y déployer des activités de traitement et de prévention. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de Lutte contre le Trachome à réaliser la première enquête, auprès de la population, sur la prévalence du trachome, dans les régions de l'Extrême Ouest et du Nord. Par la suite, d'autres enquêtes de prévalence et des évaluations rapides ont été réalisées par le PLT pour faire une cartographie du trachome dans les régions NR et UWR.

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

Le PLT du Ghana est un programme régional intervenant dans deux districts dans le Nord et trois districts dans les régions de l'Extrême Ouest. Les districts ciblés comptent une population de 887 587 personnes dans 1 126 communautés. L'Equipe spéciale nationale de Lutte contre le Trachome supervise les activités PLT au niveau national. Cette équipe comprend des membres d'organisations gouvernementales et non gouvernementales participant à la lutte contre le trachome. Dans chaque région où le trachome est endémique, il existe une équipe spéciale régionale qui planifie, supervise et suit les activités de lutte contre le trachome. Elle rend compte à une équipe spéciale nationale de Lutte contre le trachome et fait le compte rendu aux districts et aux autres partenaires. Il existe une structure analogue au niveau du district qui travaille en étroite collaboration avec les agents de première ligne en vue de mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans 234 communautés cibles.

En 2001, le PLT du Ghana a démarré des campagnes d'amélioration de l'hygiène dans les communautés où le trachome est endémique, formant 880 agents de première ligne dont des enseignants, des responsables de l'hygiène environnementale, des agents de santé

communautaires et des volontaires villageois. Au titre des activités de mobilisation sociale : présentations et discussions d'éducation sanitaire en face-à-face et en groupe, émissions et programmes de discussion à la radio, présentations en vidéo mobile, théâtre communautaire et durbars. De plus, 304 chirurgies du trichiasis ont été réalisées et 71 438 personnes ont été traitées avec de l'azithromycine.

Réalisations du programme en 2002

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène environnementale (N&CE)

En 2002, le PLT du Ghana a mis en œuvre les volets « N » et « CE » de la stratégie CHANCE dans 234 villages (84% de la cible annuelle). ***Un total de 1 365 agents de première ligne, dont 623 résidents dans les communautés, ont reçu une formation pour exécuter les activités N&CE dans les communautés où le trachome est endémique.***

L'éducation sanitaire de ces agents de première ligne a été dispensée dans des communautés et écoles en utilisant des affiches, des images et le théâtre. De plus, grâce à l'aide de BBC World Service Trust, les stations radiophoniques locales ont mis au point et ont passé sur les ondes, pendant toute l'année, des ritournelles et annonces concernant le trachome. Plus de 2 500 ritournelles ont été diffusées, apportant des messages simples et percutants dans les principales langues vernaculaires. Ces diffusions ont permis d'intensifier les activités d'éducation sanitaire en sensibilisant des groupes de la population, au-delà de ceux que peuvent atteindre les agents de première ligne, ainsi que des communautés qui se situent à l'extérieur des régions ciblées par le programme. S'inspirant des campagnes de mass media pour la lutte contre le trachome, le Centre Carter a aidé le PLT à démarrer des ***groupes pilotes d'écoute radiophonique*** dans 20 communautés choisies des districts de Wa de la région de l'Extrême Ouest. Ces groupes ont reçu des radios du Centre Carter et ont organisé des discussions sur les questions d'hygiène et de santé après avoir écouté les émissions sanitaires. S'il est réussi, le projet sera étendu à plus grande échelle en 2003. La ***Semaine de Sensibilisation au Trachome***, qui s'est tenue au mois de mars dans les deux régions, comptait des mini-durbars dans 24 communautés et des diffusions radiophoniques de messages sur l'éducation sanitaire de la part de personnalités éminentes. Au cours de l'année, les activités de ***construction de latrines et l'installation de points d'eau*** ont été menées dans des villages où le trachome est très endémique, avec l'assistance de l'ITI et du Centre Carter. Au total, 54 latrines ont été construites et 36 points d'eau ont été installés en 2002.

Voici les leçons apprises en 2002 sur le plan de l'hygiène et de l'assainissement :

- Les régions où le trachome est endémique ne disposent pas d'un nombre suffisant de points d'eau potable et de latrines.
- Les écoles manquent de récipients d'eau pour le lavage des mains et du visage.
- Un grand nombre de membres communautaires savent que le fait de se laver le visage est une mesure préventive, mais il est difficile de traduire cette connaissance en changement de comportement.
- Le lavage du visage est généralement la première activité le matin, mais pas chaque fois que le visage est sale.

- Le rapprochement entre les activités d'amélioration environnementale et d'autres activités de santé, par exemple, traitement vermifuge, lutte contre le paludisme et la diarrhée et amélioration agricole facilitent l'adoption de la part des communautés.
- Il est difficile de séparer l'éleveur de son bétail et, par conséquent, les messages de santé devraient insister sur le nettoyage de l'environnement et non pas le fait d'éloigner le bétail.

Chirurgie (CH)

En 2002, une formation a été dispensée à trois infirmiers ophtalmologues pour qu'ils puissent réaliser la chirurgie du trichiasis (50% de la cible annuelle). Dans le cadre du programme, 426 patients du trichiasis en 2002 ont bénéficié d'une chirurgie des paupières (85% de la cible annuelle). Afin d'évaluer la qualité de la chirurgie du trichiasis, on a examiné à nouveau, en août 2002, 34 des 102 patients qui avaient reçu une chirurgie du trichiasis en 2000 ou 2001. Huit (24%) de ces patients avaient une récurrence du trichiasis pendant la période de suivi, montrant que la récurrence du trichiasis est un problème de taille pour le PLT du Ghana.

Etude de suivi de la chirurgie du trichiasis, Ghana, 2002

	Nb d'opérations	Nb de récurrences	Pourcentage de la récurrence
Hommes	7	2	29%
Femmes	27	6	22%
Hommes et femmes	34	8	24%

Autres leçons tirées du PLT du Ghana par l'exécution du volet « CH » en 2002 :

- Toutes les personnes qui subissent une intervention chirurgicale devraient comprendre les résultats de l'intervention (ce à quoi elles peuvent s'attendre).
- Pour les cas avancés d'opacité de la cornée, il faut leur expliquer que l'intervention chirurgicale non seulement, soulage la douleur, mais redonne la vue.
- Les patients sont déçus quand les interventions chirurgicales programmées sont annulées.
- Les clients satisfaits incitent d'autres à venir.
- Les camps oculaires sont un bon moyen d'accélérer la réduction des cas en attente de chirurgie du trichiasis, car un grand nombre de cas peuvent être opérés en même temps.

Antibiotiques (A)

En 2002, le PLT du Ghana a traité 104 370 personnes avec le Zithromax donné par Pfizer (104% de leur cible annuelle et une augmentation de 68% par rapport au nombre de personnes traitées en 2001). En plus, 6 624 personnes ont été traitées avec de la pommade ophtalmique à base de tétracycline. Aucune réaction adverse n'a été notée. Leçons apprises au niveau de l'exécution du volet A en 2002 :

- Il convient de respecter les décisions individuelles de prendre ou alors de refuser le médicament.

- Il faut planifier adéquatement le moment de l'inscription et de la distribution, en tenant compte d'événements importants comme la moisson, les festivals et les jours de marché.
- Une bonne coopération des volontaires de la communauté améliore la distribution de l'antibiotique.

Suivi et évaluation du programme

Le PLT du Ghana a été très actif en 2002, évaluant le programme en vue d'améliorer la gestion et de mettre à jour les problèmes. Grâce à l'assistance du Centre Carter, la première étude CAP de suivi du trachome a été réalisée en juin-juillet 2002. une évaluation de la campagne de mass media a également été réalisée en juin, avec l'aide de BBC World Service Trust. En novembre-décembre, l'Equipe du Suivi et de l'Evaluation de l'Initiative du Trachome de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres (TIME) a rendu visite aux régions du programme. La seconde réunion de l'examen annuel de programme du PLT au Ghana s'est tenue en décembre dans le district Wa de la région de l'Extrême Ouest, permettant ainsi au personnel et aux partenaires du programme de faire le point des activités de l'année et de procéder à la planification pour 2003.

Etude CAP

L'étude CAP de suivi a été exécutée pour évaluer les progrès faits par rapport à l'étude initiale réalisée dans les mêmes régions en 1999-2000. L'étude montre un net accroissement des connaissances sur la transmission et la prévention du trachome, mais elle met également à jour des lacunes qui existent encore au niveau des connaissances sur le trachome, surtout la relation entre le trachome et le trichiasis. Elle montre également que l'hygiène générale dans les familles, les concessions et les communautés doit encore être améliorée et que le programme doit renforcer l'inspection porte-à-porte, ainsi que le suivi et la supervision.

Evaluation de la campagne de mass media

Cette étude a évalué la couverture, la qualité et l'impact de la campagne par les mass media. L'étude a constaté que la plupart des répondants avaient entendu parler du trachome et avaient pris connaissance des annonces radiophoniques sur le trachome. En effet, presque 80% avaient entendu les ritournelles sur le trachome à la radio et 44% étaient en mesure de chanter l'une de ces ritournelles. Ces résultats nous montrent que la diffusion des messages de santé par le biais des mass media est efficace et acceptable.

Evaluation de TIME

Le PLT du Ghana, en collaboration avec l'équipe TIME, a évalué le programme national dans son intégralité afin de noter les réussites, ainsi que les problèmes, de cerner les futures priorités pour les parties concernées et de délimiter les domaines où des améliorations doivent être faites. L'équipe a recommandé que le PLT du Ghana évalue l'ampleur du trachome dans les régions de l'Extrême Ouest et du Nord, fasse une évaluation du trachome dans les communautés de traitement après trois séries de traitement annuel à base d'azithromycine afin de déterminer s'il

faut continuer ou arrêter les campagnes de traitement et pour renforcer le plaidoyer et la création de réseaux en vue de promouvoir et d'exécuter les interventions N&CE.

Plan d'expansion

Pour faciliter l'expansion du PLT et inclure d'autres communautés où le trachome est encore endémique, le PLT du Ghana a réalisé une enquête sur la prévalence du trachome dans 216 communautés des régions au Nord et à l'Extrême Ouest. L'étude a retenu 17 communautés où le TF chez les enfants âgés de un à neuf ans était de 20% ou plus, et 82 communautés où le TT chez les personnes de 40 ans et plus était au moins de 1%. Le programme décidera de son expansion en 2003 en fonction de ces résultats.

Cibles pour 2003

- Elargir le programme afin d'inclure 391 communautés (à partir de 234).
- Construire 700 latrines supplémentaires.
- Construire 50 nouveaux points d'eau.
- Renforcer l'éducation sanitaire.
- Renforcer le programme d'éducation scolaire.
- Former 60 infirmiers en matière de soins oculaires primaires.
- Former 12 nouveaux chirurgiens en matière de TT.
- Réaliser 1 100 chirurgies du TT.
- Traiter à nouveau 104 000 personnes et traiter 36 000 personnes avec l'azithromycine.

Recommandations

Le PLT du Ghana devrait:

- Standardiser les indicateurs pour le compte rendu des interventions du programme.
- Déterminer les buts finals d'intervention pour tous les volets de la stratégie CHANCE.
- Procéder à une évaluation et à un suivi régulier opératoire des patients du trichiasis et réaliser une étude à grande échelle des résultats des chirurgies du trichiasis.

Récapitulatif des interventions du Programme de Lutte contre le Trachome, janvier-décembre 2002)
Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana

DISTRICT	Wa	Sissala	Tamale	Savelugu	Toloni/Kumbugu	Autres districts	Récapitulatif
Intervention N&CE dans les villages	92	9	28	40	64		233
Nombre de volontaires formés	138	13	28	167	296		642
Nombre d'agents de santé formés	62	34	20	105	37		258
Nombre d'enseignants formés	122	18	36	108	106		390
Nombre d'agents de santé environnementale	32	14	6	15	8		75
Autres (accoucheuses traditionnelles)	0	0	0	0	90		90
Matériel d'éducation sanitaire disponible	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui
Nombre de villages recevant une éducation sanitaire	92	9	28	40	64		233
% couverture (Villages avec éducation sanitaire)	100	100	100	100	100		100
Latrines construites en 2002	35	2	1	2	0		40
Cible pour la construction de latrines en 2002	30	10	10	10	10		70
% couverture (nb de latrines construites)	117	20	10	20	0		57
Antibiotiques							
Intervention avec l'Azithromycine*** dans les villages	92	9	28	40	64		233
Traitement (2002)	41043	7458	10985	17744	27140		104370
Population cible	50328	9237	11255	20267	30390		121477
Nombre de personnes enregistrées	52262	9237	14490	24511	30390		130890
% couverture de personnes recevant du Zithromax	8,6	80,7	97,6	87,6	89,3		85,9
Pommade à base de tétracycline							0
Traitements (2001)	1934	1370	723	1412	1139		6578
Population cible	4181	926	1159	1961	2431		10658
% couverture	46	148	62	72	47		62
Chirurgie							
Chirurgies (2002)*	96	22	55	70	120	64	427
Population cible	100	100	100	100	100		500
Couverture (%)	96	22	55	70	120		85
Nombre de chirurgiens formés en trichiasis	3	0	0	0	0		3
Nombre ciblé de chirurgiens en trichiasis	6	0	0	0	0		6
Couverture (%)	-	-	-	-	-		-

* Intervention chirurgicale supplémentaire réalisée à

** Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques

*** Zithromax disponible uniquement pour

CARTE DU GHANA

INDICANT LES REGIONS DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME



Régions

Clé



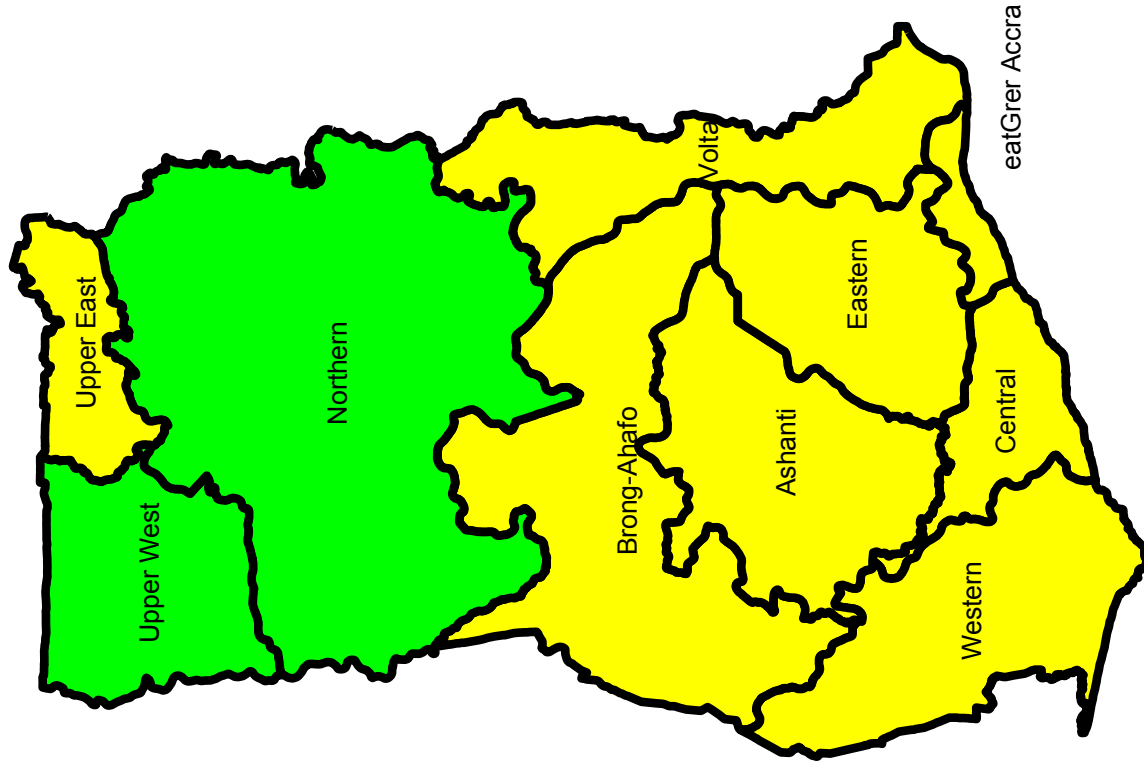
Pas d'intervention

Intervention

KM

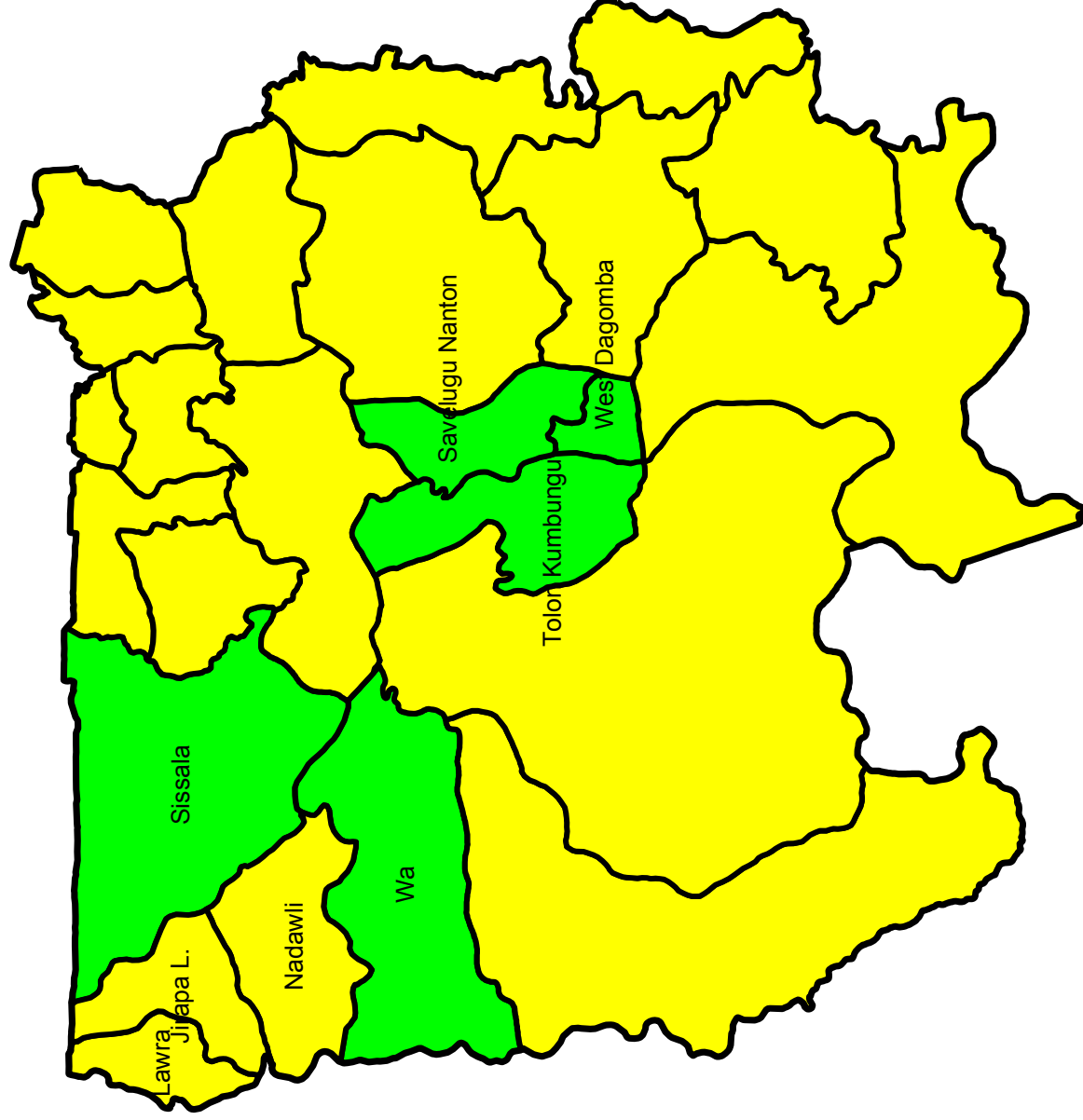


0 100 200



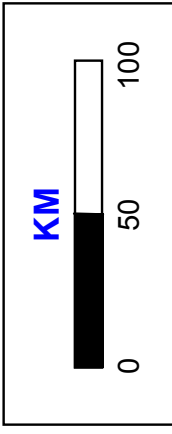
CARTE DU NORD DU GHANA

INDICANT LES DISTRICTS AVEC ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME



Clé

	Régions
	Districts - Niveau Admin. 2
	Pas d'intervention
	Districts d'interventions



Programme de Lutte contre le Trachome du Mali

Présenté par le Docteur Doulaye Sacko, Coordinateur national, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé du Mali. L'assistance du Centre Carter au Mali est financée par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

La cécité est un grave problème de santé publique au Mali. Les enquêtes faites sur la cécité en 1980 et 1990 indiquent que les principales causes de cécité sont la cataracte (45%), le trachome (25%) et le glaucome (9%). Le Programme national de Prévention de la Cécité a été mis sur pied en 1994 et une composante trachome a été ajoutée deux ans plus tard. En 1996-1997, la première enquête nationale sur la prévalence du trachome indiquait que le trachome était endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF/TT) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et le trichiasis (TT) chez les femmes de plus de 15 ans était de 2,5% (voir cartes). Le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali estime que 85 000 personnes ont besoin d'une intervention chirurgicale pour le trichiasis.

Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) ont été réalisées en 1996 et en 2000 dans la région de Koulikoro. Elles ont fourni au programme national des données sociologiques de base pour la formulation de stratégies et de matériel d'éducation sanitaire. En octobre 1999, le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali a démarré à Koulikoro, lors d'une cérémonie officielle avec l'ancien chef d'Etat, le Général Amadou Toumani Touré, actuellement Président du Mali, et l'ancien Président américain, Jimmy Carter, ainsi que Jim Ervin, alors Président des Lions International.

Réalisations du programme en 2002

Nettoyage du visage et changement de l'environnement (N&CE)

En 2002, le PLT du Mali a fait appel à **des campagnes de mass media (radio et télévision)** pour diffuser l'information générale sur le trachome à l'intention de personnes exposées au risque de contracter la maladie, dans des zones qui ne sont pas couvertes par des éducateurs sanitaires formés.

En septembre 2002, avec le soutien du Centre Carter, le programme **a fait le point des activités du PLT et a déterminé les interventions devant être déployées dans 380 villages de la région de Ségou**. L'enquête a constaté que les stations radiophoniques nationales et locales étaient la principale source d'information sur le trachome pour 37% de ces villages. Dans 85% des villages, la majorité des ménages avaient des latrines. Dans 97% des villages, le puits traditionnel constituait le principal point d'eau. Environ 25% des villages n'avaient pas accès à une eau salubre pendant toute l'année. Le PLT du Mali utilise cette enquête pour renforcer et élargir les activités N&CE dans les deux districts de la région de Ségou. Toujours en fonction de l'enquête, le PLT du Mali a également revu le nombre estimé de villages bénéficiant d'une éducation sanitaire sur le trachome, de 2 800 à 383.

En décembre 2002, l'Université Johns Hopkins a fait **une enquête CAP pour évaluer les activités N&CE** dans les régions de Kayes et de Koulikoro, grâce à un soutien financier de l'ITI. L'enquête a constaté que 66% à 98% des ménages de la région avaient des latrines et que les latrines étaient utilisées par 76% à 100% de tous les ménages. La proportion d'enfants se lavant le visage deux fois par jour se situe dans une fourchette allant de 24% à 56%. Les résultats et les recommandations de cette enquête revêtiront une grande importance lors de la formulation du plan national d'éducation sanitaire du PLT.

Chirurgie (CH)

Le PLT du Mali a constaté que 62% des patients du trichiasis ont été identifiés lors des campagnes de chirurgie (camps oculaires). Quinze camps du trichiasis ont été organisés au Mali, en 2002, pour atteindre un plus grand nombre de patients du trichiasis. **Environ 4 150 patients du trichiasis ont reçu une chirurgie des paupières en 2002.** Les données disponibles sur la chirurgie du trichiasis au Mali sont limitées du fait que les chirurgies réalisées dans les centres de santé sont rarement notifiées au PLT national.

En examinant le nombre d'interventions chirurgicales par patient du trichiasis en 2002, le programme a constaté que 20% à 30% ont refusé l'intervention. Le programme a fait une étude pour voir pourquoi certains patients hésitaient à se soumettre à la chirurgie. Les résultats préliminaires indiquent que les principales raisons de ce refus sont les suivantes :

- Manque de connaissance/compréhension de l'intervention chirurgicale corrective,
- Fait de penser que les méthodes traditionnelles de traitement sont suffisantes, et
- Manque de moyens financiers

Antibiotiques (A)

La distribution d'antibiotiques a été l'une des composantes les plus importantes du PLT du Mali en 2002. Le programme a formé 3 200 agents communautaires pour participer à la distribution communautaire d'azithromycine. Un total de **750 000 personnes (107,1% des 700 000 ciblées au départ) ont reçu du Zithromax, donné par Pfizer**, dans le cadre des campagnes de traitement de masse dans quatre cercles. Ces campagnes ciblaient des enfants de 1 à 15 ans et des femmes non-enceintes vivant dans des villages où le trachome est endémique. Parallèlement, 30 000 tubes de pommade ophtalmique à base de tétracycline à 1% ont été distribués à des personnes pour lesquelles le traitement d'azithromycine n'était pas recommandé. En plus, la pommade ophtalmique à base de tétracycline était disponible pour les patients du trachome pendant toute l'année dans les postes de soins de santé primaires. Le PLT du Mali prévoit de renforcer la distribution des traitements de Zithromax et d'inclure les enfants de 6 mois à un an et les femmes enceintes en fonction de la nouvelle information de l'ITI.

Plaidoyer

Le 10 octobre 2002, le Mali a célébré pour la troisième année consécutive la Journée mondiale de la Vue. En 2002, la célébration englobait également la **Semaine de la Prévention de la Cécité** (11 au 16 octobre). Cette semaine d'activités vise à sensibiliser davantage à la cécité et à montrer aux décideurs l'importance des programmes de

prévention de la cécité, notamment du trachome. *Le mal à perte de vue, à portée de soins* était le thème de cette année. Le slogan de la semaine était *Ne fermons pas les yeux à la cécité des autres*.

Cibles pour 2003

N & CE

- Démarrer les travaux de construction des latrines familiales dans la région de Ségou.
- Améliorer les volets supervision et suivi N&CE dans les zones d'intervention.
- Formuler un plan national d'éducation sanitaire des PLT.

Chirurgie

- Opérer 5 000 patients du trichiasis.
- Sensibiliser davantage le public au trichiasis et à son traitement.
- Augmenter le nombre de chirurgies du trichiasis dans les centres de santé.
- Chercher à augmenter le taux d'intervention chirurgicale

Antibiotiques

- Elargir la distribution de Zithromax pour couvrir 1 200 000 personnes.

Suivi et évaluation

- Suivre les activités du PLT dans les régions d'intervention.

Recommandations

Le programme PLT du Mali devrait :

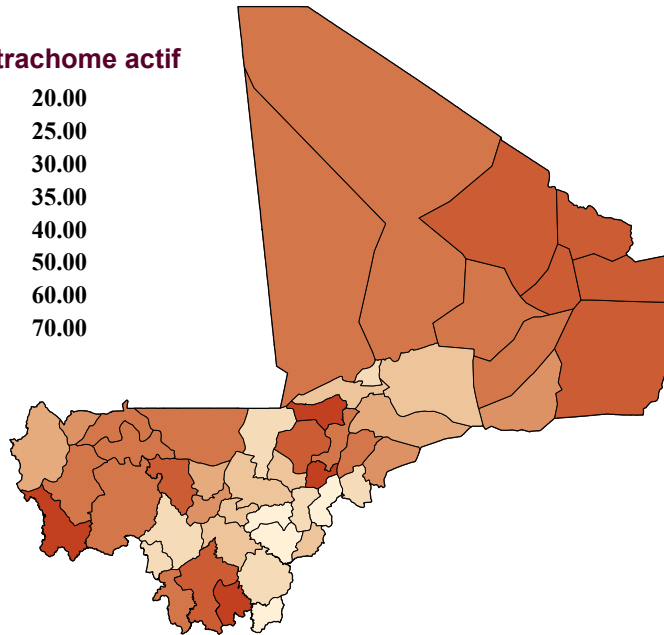
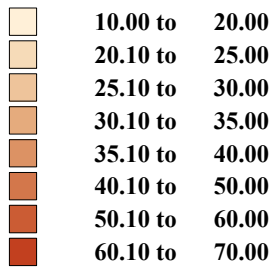
- Standardiser les indicateurs pour notifier les interventions du programme.
- Déterminer les buts finals d'intervention pour tous les volets de la stratégie CHANCE.
- Finaliser le plan d'action national quinquennal (2003-2007) pour les activités de lutte contre le trachome.
- Démarrer les travaux de construction des latrines familiales dans la région de Ségou.
- Etablir des listes prioritaires pour suivre les activités dans les villages couverts par le programme.
- Faire appel aux volontaires de la dracunculose pour les activités d'éducation sanitaire et de surveillance dans les villages où la dracunculose était endémique auparavant.
- Réaliser une étude sur la saisonnalité du trachome.
- Rénover 100 points d'eau dans les régions de Kayes et de Koulikoro.

TRACHOME ACTIF PAR CERCLE AU MALI

ENQUETE NATIONALE SUR LE TRACHOME (1996)

Enfants de moins de 10 ans

Prévalence trachome actif

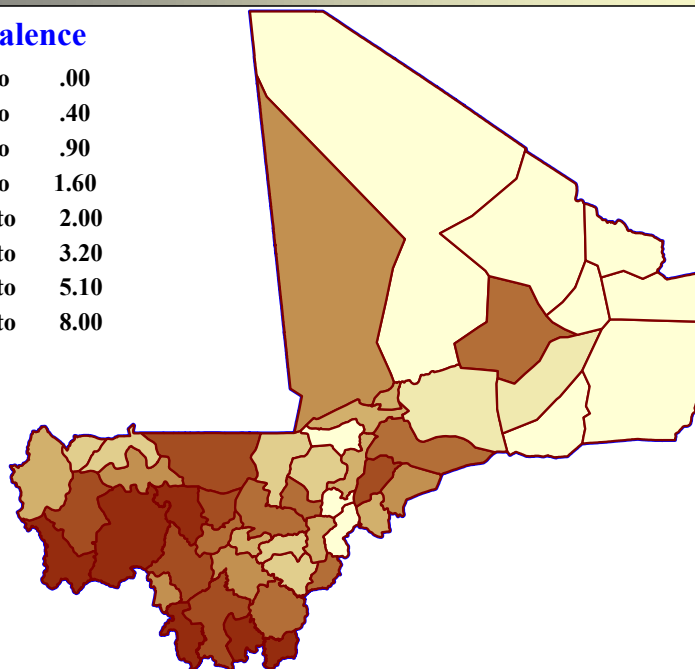
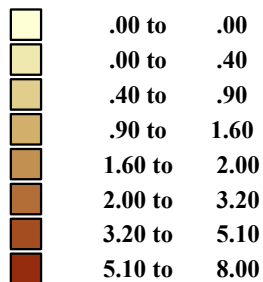


ENTROPION TRICHIASIS AU MALI

ENQUETE NATIONALE SUR LE TRACHOME (1996)

Femmes de plus de 14 ans

Prévalence



Programme de Lutte contre le Trachome du Niger

Présenté par le Docteur Boubacar Kadri, Directeur adjoint, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé du Niger. L'assistance du Centre Carter au Niger est financée par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

Le Programme national de Prévention de la Cécité du Niger a été mis en place en 1987. Une Equipe spéciale du Trachome a été créée en 1999 par les Ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Eau & Développement social. Des représentants d'organisations sanitaires partenaires, dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, Christoffel Blindenmission, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Agence musulmane africaine et l'Organisation mondiale de la Santé sont également des membres de l'Equipe spéciale.

Des enquêtes sur la prévalence du trachome faites en 1997-1999, avec une assistance financière de l'Union européenne et du Centre Carter, ont trouvé qu'en moyenne 44% des enfants de moins de 10 ans avaient un trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des femmes de plus de 15 ans avaient un trichiasis. A l'échelle nationale, selon les estimations, 68 300 hommes et femmes ont besoin d'une chirurgie pour le trichiasis. La prévalence la plus élevée du trachome a été notée dans les régions de Zinder, de Diffa et de Maradi (voir cartes).

Réalisations du programme en 2002

Tout au long de 2002, le PLT du Niger a appliqué la stratégie CHANCE dans les trois régions où le trachome est le plus endémique : Zinder, Diffa et Maradi.

Nettoyage du visage et amélioration de l'environnement (N&CE)

En 2002, **on a formé 1 240 volontaires** pour qu'ils puissent apporter une éducation sanitaire aux 276 villages ciblés, faisant appel aux agents de santé communautaires et aux enseignants des écoles publiques et coraniques. Le programme a mis au point et a distribué des boîtes à images, des jeux et des affiches. **Des messages d'éducation sanitaire sur le trachome ont été formulés et diffusés** par des stations radiophoniques publiques et privées afin de sensibiliser les personnes exposées au risque de contracter le trachome sur l'ensemble du pays. D'autres activités communautaires, telles que les sketches, ont été réalisées par les artistes des villages et sur les places du marché afin de d'atteindre ceux qui n'ont pas accès aux radios. La campagne des mass media a été déployée avec le soutien de BBC World Service Trust.

La région de Zinder a démarré un projet de promotion de latrines communautaires, en février, dans la région de Zinder, avec l'assistance technique et financière du Centre Carter et de l'Initiative Internationale pour le Trachome (ITI). Le projet a aidé les villageois à **construire 1 282 latrines familiales et 5 latrines scolaires** dans 50% des villages (99% de la cible annuelle). Cinquante charrettes ont été offertes aux villageois pour les aider à transporter l'eau et à améliorer l'accès à l'eau dans les villages. En outre,

400 femmes des villages ont été formées pour la préparation de savon traditionnelle afin d'encourager une meilleure hygiène familiale. Le savon traditionnel est fabriqué à partir de matériaux locaux : bicarbonate de soude (fait en filtrant les cendres par l'eau), huile animale ou végétale et eau. Ce type de savon est disponible dans le plus pauvre des villages et peut même être vendu pour générer des revenus. (Le projet de Zinder est discuté en détail dans la présentation de Monsieur Kane, « Projet de promotion des latrines à Zinder, Niger. »)

Chirurgie (CH)

En 2002, un total de **4 592 patients ont reçu une chirurgie du trichiasis** (92% de la cible annuelle). La plupart des opérations (78%) ont été effectuées lors des camps de chirurgie du trichiasis où les soins de santé sont dispensés gratuitement dans un endroit proche du domicile des patients. Pour le moment, ces camps semblent représenter la stratégie la plus efficace pour atteindre les patients du trichiasis dans les villages. Dix-huit camps de chirurgie ont été organisés en 2002. Des chirurgies du trichiasis ont également été réalisées dans des centres de santé intégrés mais les malades doivent payer les frais de chirurgie, dans le cadre de la politique nationale du recouvrement des coûts. Cette politique était un obstacle de taille pour augmenter le nombre d'interventions chirurgicales du trichiasis. De plus, les centres de santé n'ont pas notifié au PNPC le nombre de chirurgies du trichiasis réalisées.

Antibiotiques (A)

Soutenu par l'ITI, le PLT du Niger a réalisé, en 2002, sa première distribution de masse de Zithromax (don de Pfizer). Un total de **95 000 femmes et enfants dans des villages où le trachome est très endémique ont reçu du Zithromax** lors des campagnes de traitement de masse (95% de la cible annuelle). Des pommades ophtalmiques à base de tétracycline ont été distribuées aux patients pour lesquels le traitement de Zithromax est déconseillé.

Cibles pour 2003

- Former 840 nouveaux agents de santé communautaires, 490 enseignants de l'école publique, 455 enseignants des écoles coraniques pour qu'ils puissent dispenser une éducation sanitaire en PLT.
- Former 30 techniciens de l'hygiène et 30 animateurs de santé en matière de stratégie CHANCE.
- Etendre à plus grande échelle la campagne de mass media en formant 192 commentateurs de la radio rurale et en créant 180 clubs d'écoute radiophonique.
- Apprendre à 100 maçons à construire des latrines.
- Construire 3 100 latrines supplémentaires.
- Former 90 villageoises supplémentaires pour qu'elles sachent préparer le savon traditionnel.
- Former 60 chirurgiens supplémentaires en matière de trichiasis et 12 médecins en tant que superviseurs chirurgicaux.
- Continuer les camps de chirurgie et opérer 7 500 patients en plus dans 108 villages.
- Traiter 784 000 femmes et enfants avec de l'azithromycine.

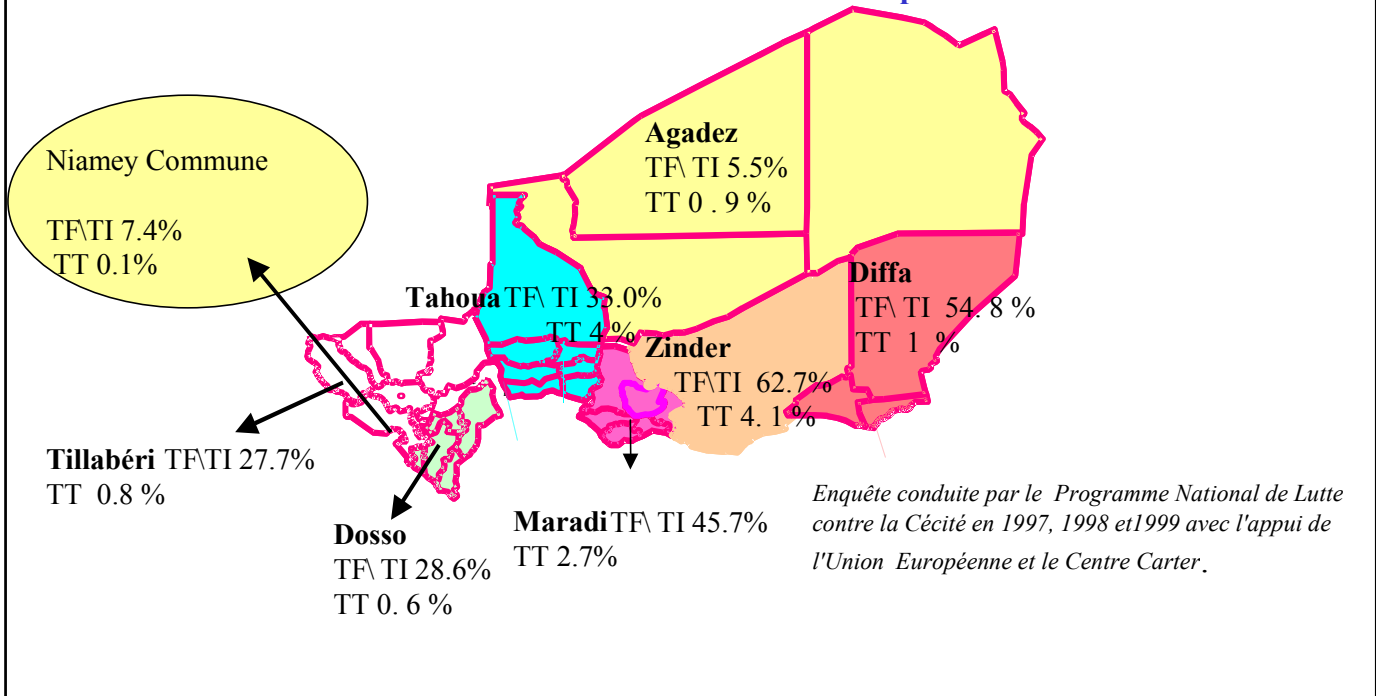
Recommandations

Le PLT du Niger devrait :

- Standardiser les indicateurs pour la notification des interventions du programme.
- Formuler des buts finals d'intervention pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE.
- Formuler un plan d'action pour les activités de lutte contre le trachome, dont une composante de suivi et d'évaluation avec des cibles et jalons spécifiques.
- Mettre en place un système de surveillance pour le programme à Zinder, Maradi et Diffa.
- Etudier la possibilité de collaborer avec les clubs locaux Lions dans le cadre de la lutte contre le trachome.
- Distribuer des trousse de chirurgie du trichiasis aux personnes qui viennent d'être formées et remplacer les trousse usées.
- Voir si les latrines familiales sont acceptables et si elles sont utilisées et entretenues à Zinder.

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

Prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans



Prévalence du trachome active chez les enfants de moins de 10 ans et prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans

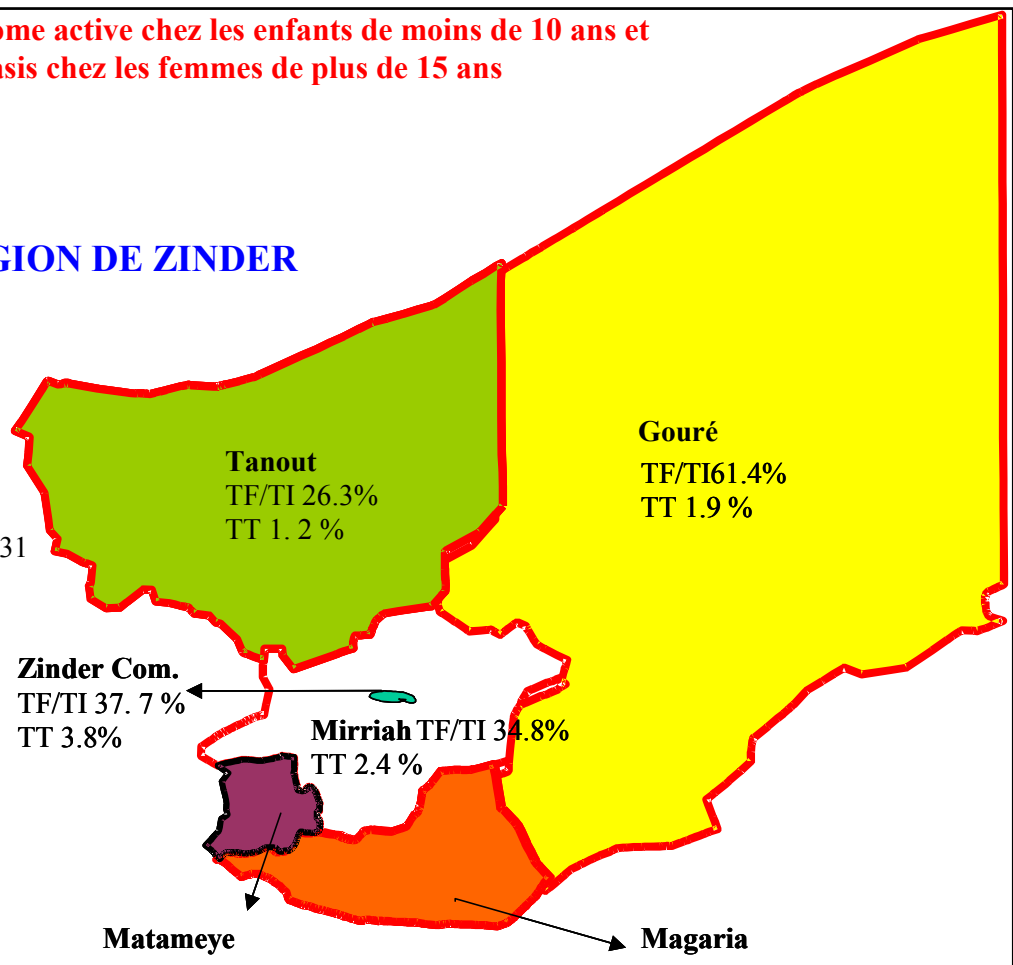
REGION DE ZINDER

Population:

- Région de Zinder 1.434.420
- Matamèye & Magaria 743.931

Ressources humaines

- 1 ophtalmologiste
- 3 infirmières oculaires
- 75 chirurgiens de trichiasis



Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan

Présenté par le professeur Mamoun Homeida, Coordinateur national, Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan ; le Docteur Magdi Ali, Coordinateur national adjoint, PLT Soudan ; Monsieur Mark Pelletier, Conseiller technique Résident, Centre Carter/Khartoum et Madame Kelly Callahan, Conseillère technique Résidente, Centre Carter/Nairobi, qui desservent les régions du Soudan recevant une aide du consortium Operation Lifeline Sudan. L'assistance du Centre Carter au Soudan est financée par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

Le trachome est depuis longtemps une grave maladie au Soudan, mais ce n'est que récemment qu'on dispose de données limitées autres que les dossiers des hôpitaux et des centres de santé. En mai 1999, une équipe du Ministère fédéral de la Santé du Soudan (MFSS) a réalisé les premières enquêtes de prévalence du trachome auprès de la population dans deux régions du pays, avec l'assistance technique et financière du Centre Carter. La Fondation Conrad N. Hilton a fourni un financement au Centre Carter pour ces enquêtes. Une enquête a été faite à Wadi Halfa, dans le Nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud (voir carte). Auparavant, on jugeait que le trachome était uniquement un grave problème au Nord du pays, mais les deux enquêtes ont confirmé que le trachome est une cause courante de maladie grave et de cécité, tant au Sud qu'au Nord du Soudan.

Ce sont notamment les résultats de l'enquête qui sont à l'origine de la signature, à la fin de l'année, d'un accord pour l'Initiative SightFirst Lions-Le Centre Carter, qui prévoit un financement pour une assistance continue au Soudan pour la lutte contre l'onchocercose et le trachome. Les trois principaux partenaires (MFSS, Lions International et le Centre Carter) ont ensuite commencé à travailler avec deux autres organisations non gouvernementales (Christian Mission Aid et MEDAIR) du consortium Operation Lifeline Soudan/Sud (OLS) pour planifier une vaste activité de lutte contre le trachome dans le pays en fonction de la stratégie CHANCE de l'OMS. Une demande a été faite auprès de Pfizer Inc. pour un don de Zithromax (azithromycine) car la pommade de tétracycline n'était guère acceptée par la population. Dans le cadre d'un geste extraordinaire, Pfizer a commencé à faire don de Zithromax au Soudan, dans le cadre de l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome, en août 2000.

Le Soudan est le plus vaste pays d'Afrique et c'est l'un des plus pauvres du point de vue revenu par habitant. Son vaste territoire, son infrastructure précaire et l'insécurité, surtout au Sud du pays, représentent des obstacles de taille pour toutes les activités de santé publique. Le Soudan compte une population d'environ 30 millions de personnes, dont 22 millions au moins vivent dans les états du Nord. Le Soudan a été dévasté par la guerre civile qui a sévi pendant 36 des 47 années depuis l'Indépendance en 1956. La dernière phase de la guerre civile continue, la guerre la plus longue qu'ait connue l'Afrique, sévit depuis 1983. Depuis 1989, une aide humanitaire est apportée au Sud du Soudan, sous l'égide d'Opération Lifeline Sudan, consortium d'organisations des Nations Unies et de plus de 40 d'organisations non gouvernementales. Le Gouvernement du Soudan contrôle

pratiquement tout le Nord du pays, ainsi que certaines poches de territoire au Sud, où se déroule l'essentiel des combats.

Le Centre Carter intervient au Soudan depuis 1986, quand le Centre a commencé un projet d'assistance agricole qui a duré jusqu'en 1992. L'ancien Président Jimmy Carter a convoqué une séance de négociations entre les protagonistes de la guerre civile en 1989 et a négocié un « cessez-le-feu de la dracunculose » qui a stoppé la guerre civile pendant au moins six mois en 1995. Le Président Carter a également négocié un accord, en 1999, entre les Gouvernements du Soudan et de l'Ouganda, à l'origine de la reprise des relations diplomatiques entre les deux pays en 2001. Depuis 1995, le Centre Carter est le chef de file de l'assistance à l'éradication de la dracunculose au Nord et au sud du Soudan. Le Centre Carter facilite également la coordination des activités de lutte contre l'onchocercose entre les deux côtés, à partir de ses bureaux à Khartoum et à Nairobi. Le modèle soudanais de Lutte contre le Trachome est calqué sur ses Programmes de Lutte contre l'Onchocercose et de l'Eradication de la Dracunculose, notamment le rôle que joue le Centre Carter au niveau de la coordination des efforts des deux côtés, malgré la guerre. Le fait que le Centre Carter soit un partenaire important de ces trois programmes de santé publique au Soudan facilite également son rôle pour chercher à apporter la paix au pays.

La direction du Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan (PLT Soudan) est confiée au Comité national consultatif technique du Trachome, qui a été créé en juin 1999, en tant qu'organe du Ministère fédéral de la Santé. Les activités dans les régions sous contrôle du Gouvernement du Soudan sont coordonnées et suivies à partir de Khartoum par le MFSS, avec l'assistance du Centre Carter. Les activités dans les régions recevant une assistance de l'OLS sont coordonnées et suivies à partir de Nairobi par le Centre Carter, avec l'assistance d'ONG partenaires et d'unités humanitaires des forces de l'opposition. Les comités locaux supervisent les activités dans chacune des régions opérationnelles. Des réunions de coordination avec les responsables de programmes du GS et de l'OLS sont organisées sur une base trimestrielle aux fins de renforcer au maximum la coordination du programme national. L'information sur le programme est collectée des deux côtés puis analysée et communiquée par le Coordinateur national, qui représente le programme national lors des réunions internationales. Le PLT du Soudan a démarré ses activités sur le terrain en 2000, avec la mise en place de la stratégie CHANCE dans la région de Malakal.

Réalisations du programme en 2002, zones desservies par le Gouvernement du Soudan (GS)

En 2002, le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan a participé au premier atelier national de prévention de la cécité et au lancement de Vision 2020/Soudan. La lutte contre le trachome au Soudan a été jugée hautement prioritaire dans le cadre de l'atelier et représentait un axe important des plans d'action régionaux. Christoffel Blindenmission a également participé à l'atelier et s'est engagé à participer activement à la prévention de la cécité au Soudan en soutenant le volet CH de CHANCE. Un comité national pour la prévention de la cécité a été mis sur pied avec des représentants du

gouvernement et des ONG. Le comité sera chargé de simplifier les activités de prévention de la cécité au Soudan.

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène de l'environnement (N&CE)

En 2002, **des séances d'éducation sanitaire** ont été organisées dans 73 villages des zones du Gouvernement soudanais (72% de la cible annuelle). **L'éducation scolaire en matière de trachome** a débuté par la formation des enseignants portant sur les messages de prévention du trachome. Les enfants des écoles lavaient leurs visages chaque jour à l'école et, on a utilisé l'approche enfant-à-enfant pour les encourager à partager avec leurs familles les messages sur le trachome.

Dans le cadre d'autres stratégies d'éducation sanitaire, on a utilisé des affiches et des messages radiophoniques diffusés dans les langues locales. La formule s'est avérée très efficace. Tout au long de l'année, Malakal Radio a passé sur les ondes des messages sur le trachome, avec la participation des responsables du programme et de dignitaires locaux. Le projet radiophonique a été mis sur pied par l'équipe du PLT de Khartoum et a été repris par les volontaires locaux.

Une enquête environnementale de base a été réalisée à Malakal montrant qu'à la fin de 2001, moins de 32% des ménages avaient des latrines et moins de 22% de la population avaient accès à des latrines. Au titre des améliorations d'hygiène en 2002 : construction de 128 latrines à Malakal avec l'aide de l'IRC et de l'UNICEF, installation de 23 points d'eau à Malakal et construction de 170 latrines à Renk, avec le soutien de FAR.

Alors que démarraient les activités du PLT à Renk, **des enquêtes initiales sur la prévalence du trachome et des enquêtes CAP** ont été réalisées. Plus de 38% des enfants avaient des écoulements des yeux ou du nez. Seuls 12% des répondants de l'enquête savaient ce qu'est le trachome et pourtant, plus de 50% des répondants ont associé le trachome à la saleté et aux mouches.

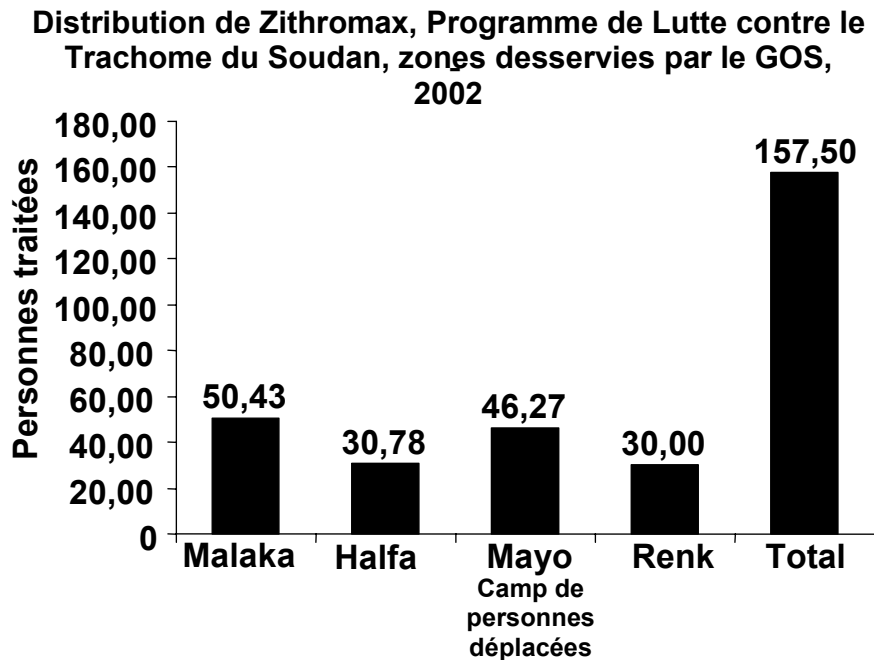
Chirurgie (CH)

En 2002, un total de 729 chirurgies du trichiasis ont été réalisées dans les régions soutenues par le Gouvernement du Soudan (12% de la cible annuelle). Quarante-trois assistants médicaux ont reçu une formation portant sur la rotation tarsienne et 18 assistants médicaux ont reçu une formation portant sur les soins oculaires en général. En 2002, la leçon la plus importante apprise est que le programme avait besoin d'assistants médicaux formés en chirurgie dans chaque communauté affectée plutôt qu'un chirurgien au niveau central.

Antibiotiques (A)

En 2002, le PLT soutenu par le Gouvernement du Soudan a traité 157 502 personnes avec du Zithromax donné par Pfizer (55% de la cible annuelle). Les traitements couvraient les groupes concernés dans quatre grandes régions (voir graphique et carte). Dans chaque région, des volontaires communautaires ont été formés pour la distribution du Zithromax. Au total, huit formateurs et 255 volontaires ont été formés, et 49 ont reçu un recyclage.

On s'est rendu compte que les distributeurs de médicaments à base communautaire étaient nettement plus efficaces que les distributeurs envoyés par le niveau central.



Suivi et évaluation et recherche opérationnelle

Le PLT du Soudan continue de réaliser l'évaluation et le suivi rigoureux des activités. Le programme a notifié mensuellement, à partir de tous les sites toutes les interventions de CHANCE et les listes prioritaires mensuelles de tous les villages ont été mis à jour et utilisées pour l'administration du programme.

Une étude spéciale a été réalisée pour mesurer l'impact de l'éducation sanitaire sur le taux de récurrence du trachome actif chez les enfants âgés de un à 10 ans après le traitement avec l'azithromycine. Deux groupes de 100 enfants dans deux villages ont été suivis de mai 2001 à août 2002. Ils ont tous été traités avec du Zithromax au début de l'étude. L'un des villages a reçu l'éducation sanitaire à domicile, de façon continue pendant six mois. Le village qui a reçu une éducation sanitaire comptait un taux de récurrence du trachome nettement plus faible après six mois et neuf mois.

Une enquête de suivi de la prévalence du trachome a été réalisée dans 10 villages autour de Malakal, qui avaient été enquêtés pour la première fois en 1999. Tous les 10 villages faisaient partie du PLT du Soudan depuis son démarrage en août 2000. L'enquête de suivi a été effectuée avant que ne soient administrés les traitements de Zithromax de 2002. On note une diminution statistiquement significative du trachome inflammatoire folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans sur la période de deux ans (ratio de probabilité = 0,17, $p < 0,0001$). La propreté du visage était liée à un TF plus faible chez les enfants (ratio de probabilité = 0,37, intervalle de confiance 95% = [0,24, 0,56]). Des

indicateurs séparés du «visage propre» ont été analysés et ont montré que le TF accru était associé à un écoulement des yeux ou du nez et deux mouches ou plus sur le visage, mais pas avec de la nourriture sur le visage.

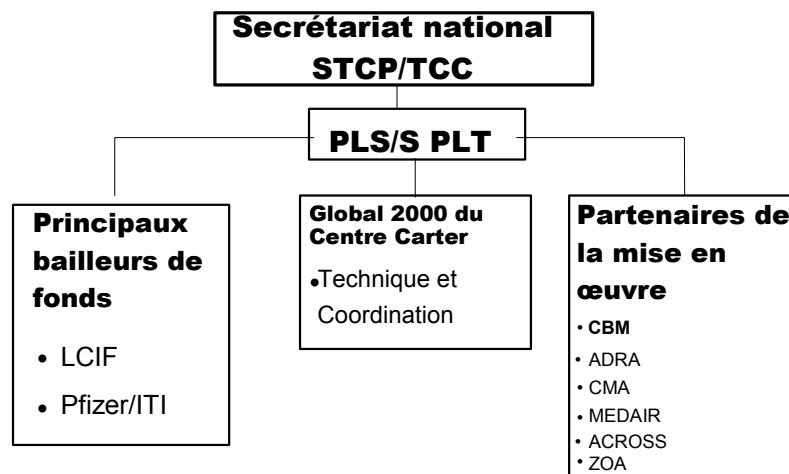
Cibles pour 2003

- Créer des clubs du trachome dans les écoles.
- Réaliser des films et des chansons en langues locales.
- Former un nombre plus important de volontaires de l'éducation sanitaire, surtout les femmes.
- Réaliser 3 000 chirurgies supplémentaires du trichiasis.
- Faciliter 500 000 traitements à base d'azithromycine.
- Décentraliser le PLT du Soudan, augmenter les interventions chirurgicales et la distribution de Zithromax dans les communautés.

Réalisations du programme en 2002, zones desservies par l'OLS

Le Programme de Lutte contre le Trachome, soutenu par l'OLS, intervient dans les régions où existe une prévalence élevée du trachome, source de cécité, et où le trichiasis est constaté chez des enfants dès l'âge de cinq ans. Il existe de solides croyances et coutumes culturelles qui exposent les gens au risque de contracter le trachome. De plus, il est difficile pour le programme d'avoir accès à ceux qui courent le plus de risques à cause de l'insécurité locale et de l'inaccessibilité de nombreuses régions. Cette situation est encore compliquée par une infrastructure sanitaire inadéquate et une infrastructure physique minimale. Il existe un grand nombre de groupes nomades et un nombre important de personnes déplacées à l'échelle interne.

Programme de Lutte contre le Trachome OLS/S Soudan Données générales Program



Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène de l'environnement (N&CE)

En 2002, le programme **a formé 218 volontaires qui dispensent l'éducation sanitaire dans 405 villages**. La notification des activités d'éducation sanitaire s'est faite régulièrement et a été notée dans les listes prioritaires pour chaque village ciblé.

Les femmes étaient impliquées dans l'éducation sanitaire pour le trachome en tant qu'agents d'hygiène et éducatrices de pairs pour encourager le nettoyage du visage des enfants. On encourage également, chaque fois que possible, les programmes d'éducation scolaire. D'après certaines informations informelles, des ONG partenaires, on note un accroissement du nettoyage du visage chez les enfants. Un consultant a été engagé pour revoir la boîte à images actuelle qui sert à l'éducation sanitaire pour le trachome.

Les obstacles rencontrés par le PLT du Soudan pour mettre en œuvre les composantes N&CE concernent notamment le manque d'accès à la population suite à la migration, aux inondations, à l'insécurité et au manque de transport. Les communautés ne semblent pas bien renseignées de l'importance du nettoyage du visage. Des croyances culturelles et des coutumes bien ancrées décourageant le nettoyage du visage dans certains groupes ethniques représentaient un défi de taille pour le programme, au même titre que le manque d'égalité entre les deux sexes, approuvé par la culture, et qui empêche les femmes de travailler dans le cadre du programme en tant qu'éducatrices de pairs.

AREA	VILLAGES CIBLES 2002	NOMBRE DE SEANCES D'EDUCATION SANITAIRE EN 2002	VILLAGES AVEC 1+ EDUCATION SANITAIRE	COMMENTAIRES SUR LA LISTE PRIORITAIRE VILLAGES CIBLES
KATIGIRI	101	480	101	EN TRAIN D'ETRE DEVELOPPE
KEEW	372	356	75	EN TRAIN D'ETRE DEVELOPPE DE LA LISTE GW EV
KIECH KUON	17	406	17	ACHEVE
LANKIEN	376	54	21	EN TRAIN D'ETRE DEVELOPPE DE LA LISTE GW EV
ORINY	44	1 003	20	ACHEVE (NOUVEAUX VILLAGES AJOUTES EN 2003)
PADAK	129	324	21	ACHEVE ((NOUVEAUX VILLAGES AJOUTES EN 2003)
PALUER	104	102	20	EN TRAIN D'ETRE DEVELOPPE
TALI	130	560	130	EN TRAIN D'ETRE DEVELOPPE
TOTAL	1 273	3 285	405	
Estimations en fonction du mois avec nombre le plus élevé de séances d'éducation sanitaire				

La couverture en latrines et l'utilisation de celles-ci sont très faibles au Sud du Soudan où de solides coutumes font qu'il est inacceptable d'utiliser les latrines. La défécation dans les broussailles représente la méthode principale. De plus, les latrines peuvent s'écouler pendant la saison des pluies dans un grand nombre de régions où le sol noir cotonneux n'est pas suffisamment solide pour la construction de latrines à fosse. En 2002, seules **220 latrines familiales ont été construites** dans les régions PLT OLS.

L'approvisionnement en eau est un autre problème dans les régions de l'OLS où 27% seulement des villages ciblés ont accès à une eau potable. Il existe peu de fonds pour financer le forage de puits et seules quelques ONG se concentrent sur l'approvisionnement en eau. Lorsqu'on veut creuser des latrines à fosse, on se heurte aux mêmes problèmes que pour la construction de latrines à savoir structure géologique complexe, insécurité et manque d'accessibilité.

Chirurgie (CH)

D'après les estimations, il existe 34 632 patients du trichiasis dans les zones PLT OLS. En 2002, le programme a réalisé 1 481 chirurgies correctives (87% de la cible annuelle). Le nombre d'interventions est en train d'augmenter grâce à un soutien accru de Christoffel Blindenmission, qui est l'ONG coordonnatrice des interventions du trichiasis. CBM organisera des camps de chirurgie du trichiasis et formera des chirurgiens pour les opérations des paupières. En 2002, huit nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés. En mai 2002, avec le soutien du Centre Carter, deux formateurs de CBM se sont rendu à Kongwa, en Tanzanie, pour recevoir une formation portant sur la technique chirurgicale de la rotation tarsienne. Le Centre Carter fournit également des produits chirurgicaux fongibles aux ONG partenaires qui réalisent les interventions chirurgicales de la paupière.

La forte prévalence de cas de trichiasis non corrigés représentent l'un des plus grands obstacles au niveau de la composante CH. Il existait très peu de chirurgiens formés et les trousse chirurgicales étaient en nombre insuffisant. Les longues distances que doivent parcourir les patients sur un terrain difficile et dangereux pour avoir une intervention chirurgicale représentent une barrière de taille.

Antibiotiques (A)

En 2002, le PLT OLS a traité 31 731 personnes avec du Zithromax donné par Pfizer (79% de la cible annuelle). Au vu des difficultés rencontrées pour distribuer l'antibiotique aux villages dans la région du programme, on s'est rendu compte que la distribution de masse du Zithromax ne pouvait se faire que lors de la saison sèche (novembre-mai). Il existe très peu de personnes éduquées que l'on peut recruter dans les équipes de traitement et, ces équipes doivent parcourir de longues distances à pied pendant de nombreux jours pour arriver à certains villages cibles. En 2002, les équipes de traitement manquaient de nourriture et de lieux d'hébergement. Certains distributeurs communautaires ont demandé des paiements. L'insécurité et l'inaccessibilité ont rendu difficile la distribution et des rumeurs circulent selon lesquelles le Zithromax est un contraceptif, ce qui complique encore la distribution en masse dans certaines communautés.

AREA	POPULATION ESTIMEE	POPULATION ELIGIBLE	PERSONNES TRAITEES			CYCLE TRAITEMENT ZITHROMAX	COMMENTAIRES
			ZITHROMAX 2001	ZITHROMAX 2002	POMMADE TETRACYCLINE 2002		
KATIGIRI	60 000	54 000		0	2 428		
KEEW	129 000	116,100	8 874	8 422	3 943	AVR - DEC*	DOSE 2 ACHEVEE
KIECH KUON	63 500	57 150		4 997	4 360	NOV -MAI	DOSE 1 EN NOV 2002
LANKIEN	100 000	90 000	16 024	6 962	3 094	MAI - DEC *	10 000 DOSES 2 PAS ACCESSIBLES EN
ORINY	35 000	31 500	5 263	11 350	1 994	NOV - MAI	DOSE 2 EN JAN 2003
PADAK	48 500	43 650		0	966		DOSE 1 EN 2003
PALUER	70 000	63 000		0	142		
TALI	55 000	49 500		0	2 452		DOSE 1 EN 2003
TOTAL	561 000	504 900	30 161	31 731	19 379		

	PREMIERE DOSE
	SECONDE DOSE

* LE TRAITEMENT DOIT CHANGER POUR EVITER LA DISTRIBUTION PENDANT LES PLUIES

Cibles pour 2003

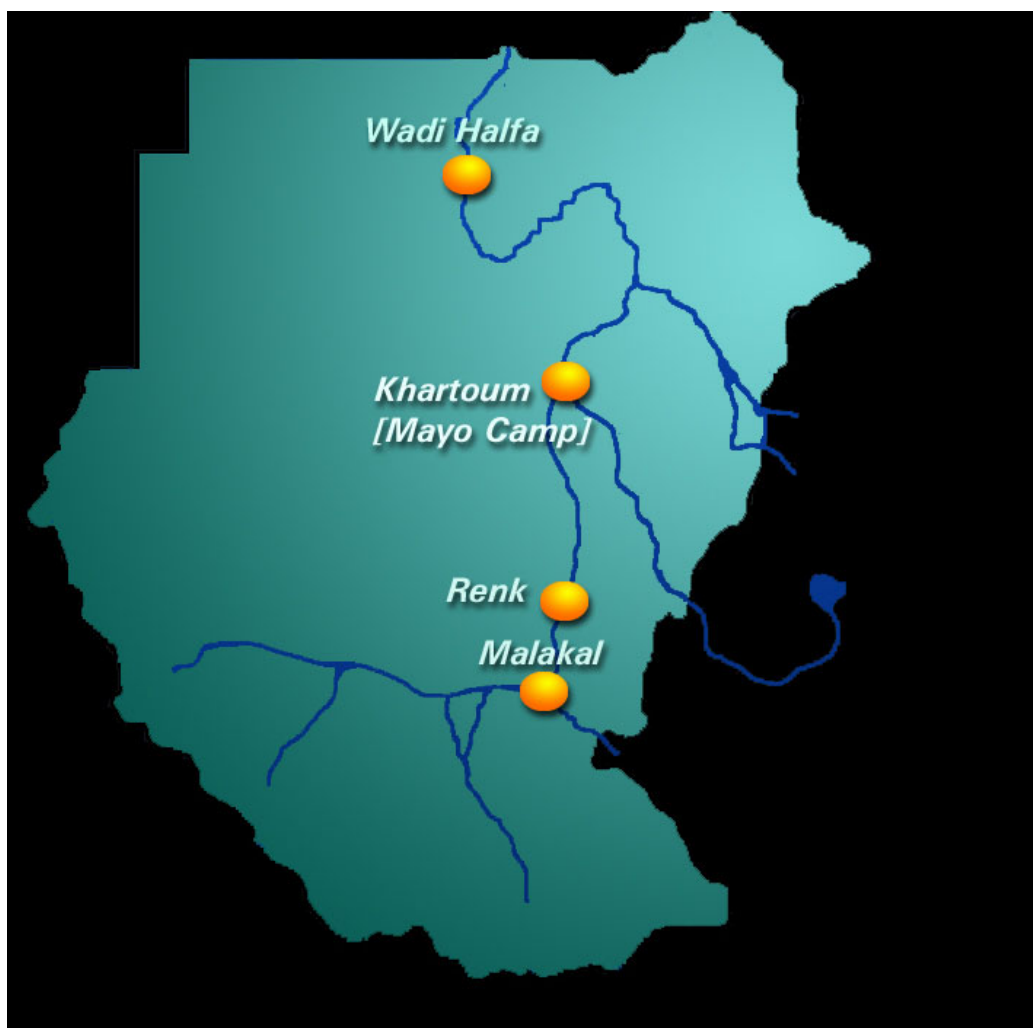
- Accorder la priorité à l'éducation sanitaire des mères.
- Dispenser une éducation sanitaire régulière dans 1 117 villages.
- Augmenter le nombre de programmes sanitaires dans les écoles.
- Augmenter les stratégies avancées de chirurgie des yeux dans les villages.
- Recruter et former les volontaires qui se déplacent avec les nomades.
- Augmenter le nombre d'éducatrices de pairs.
- Plaidoyer pour le soutien des dirigeants traditionnels pour la promotion de latrines.
- Construire 500 nouvelles latrines familiales.
- Construire 426 latrines de démonstration dans les marchés, églises, centres de soins de santé primaires, etc.
- Encourager la pratique consistant à enterrer les matières fécales quand les latrines ne sont pas utilisées.
- Sensibiliser davantage sur la chirurgie du trichiasis (augmenter l'acceptabilité/démystifier)
- Former un plus grand nombre de chirurgiens des paupières et fournir à chacun des troussees chirurgicales.

Recommandations

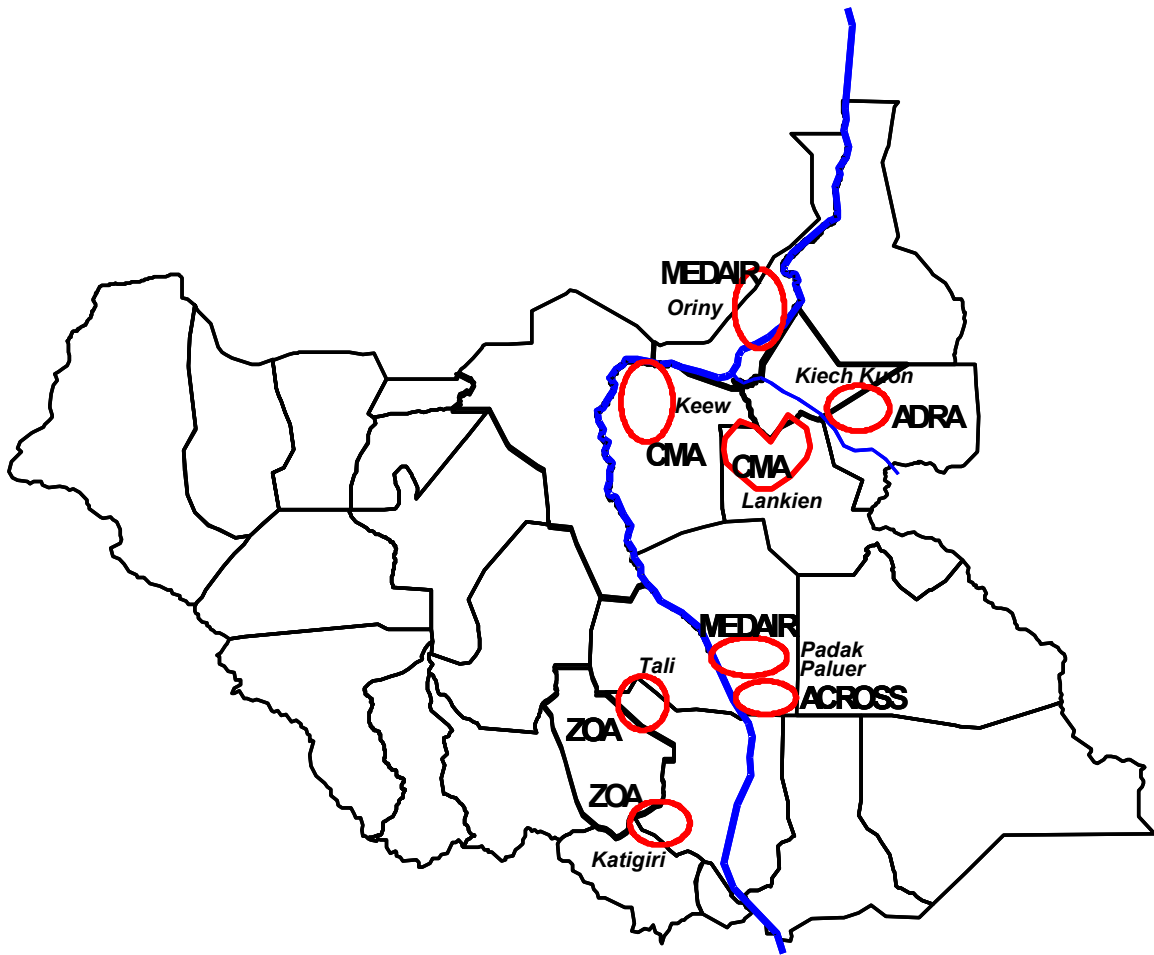
Le PLT du Soudan devrait :

- Standardiser les indicateurs pour la notification des interventions sur l'ensemble du Soudan.
- Définir les buts finals d'intervention du Soudan pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE.
- Terminer l'enquête nationale de prévalence du trachome dans les zones rurales.
- Continuer à mettre en œuvre la stratégie intégrale CHANCE dans tous les villages où le trachome est endémique.

Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan, zones d'intervention desservies par le Gouvernement du Soudan, 2002



Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan OLS/S
Emplacements du programme, 2002



Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie

Présenté par Monsieur Zelalem Abera, Coordinateur régional pour le Trachome de la région d’Amhara. L’assistance du Centre Carter en Ethiopie est soutenue par l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à environ 1,25%, serait la plus élevée du monde. En outre, on estime que six millions d’Ethiopiens souffrent d’une faible vision. On pense que les deux grandes causes de la cécité sont la cataracte (40%) et le trachome (30%). Même si une enquête nationale sur le trachome n’a pas encore été faite, le Comité national pour la Prévention de la Cécité (CNPC), du Ministère fédéral de la Santé, estime qu’environ un million d’Ethiopiens souffrent du trichiasis trachomateux et que 10 millions de plus souffrent de trachome actif.

En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, a convenu d’apporter une assistance au Bureau de Santé régional d’Amhara pour la lutte contre le trachome. Quatre districts dans la zone Sud Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été choisis pour démarrer les activités (voir carte). La zone d’intervention du programme comprend 155 sous-districts, avec une population totale de plus d’un million d’habitants.

En décembre 2000, le Bureau sanitaire régional d’Amhara, l’Equipe de Prévention de la Cécité du Ministère de la Santé et le Centre Carter ont réalisé une enquête à base communautaire sur la prévalence du trachome. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) a été faite en janvier 2001 dans les quatre districts pilotes. Ces enquêtes ont dégagé des données de base utilisées pour formuler un plan d’action visant à mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans la zone Sud Gondar.

Les données de l’enquête sur la prévalence concordent aux comptes rendus indiquant que l’Ethiopie compte un niveau extrêmement élevé de trachome cécitant. Après avoir extrapolé à partir des résultats de l’étude, le Bureau sanitaire régional d’Amhara a estimé qu’il existait 36 000 patients du trichiasis ayant besoin d’intervention chirurgicale et presque 300 000 enfants avec un trachome inflammatoire nécessitant un traitement antibiotique dans les quatre districts. L’enquête CAP était qualitative et quantitative, avec notamment des groupes de discussion focalisée, des interviews informelles et une enquête auprès des ménages. Les résultats ont été utilisés pour formuler un programme d’éducation sanitaire dans les écoles ainsi que du matériel d’éducation sanitaire, tel que les affiches, les boîtes à images, les brochures et un manuel de formation pour l’agent communautaire. On a formulé un plan d’action quinquennal (2001-2005) pour le PLT de la zone Sud Gondar dans le cadre d’un atelier de planification de programme qui a permis de réunir du personnel des bureaux de santé aux niveaux régional, zonal et de district, ainsi que des partenaires non gouvernementaux, dont les Lions Clubs de l’Ethiopie, le

Centre Carter, ORBIS International, World Vision International et Christoffel Blindenmission.

Réalisations du programme en 2002

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène de l'environnement (N&CE)

A ce début du PLT dans la zone, une grande importance a été accordée à la formation du personnel du programme. En 2002, **1 080 personnes ont été formées à la lutte contre le trachome** (88% de la cible annuelle). Parmi les personnes formées, on comptait 131 agents de santé, 238 enseignants des écoles publiques, 550 volontaires communautaires et 161 dirigeants communautaires. Lors de la formation, on a utilisé et distribué le matériel d'éducation sanitaire réalisé avec l'aide du Centre Carter et de BBC World Service Trust, tel que les boîtes à images, les affiches, les brochures, les livrets pour le programme d'éducation sanitaire en milieu scolaire, ainsi que les cassettes vidéo. Grâce à ce personnel formé, une éducation sanitaire a été dispensée régulièrement dans 138 villages (119% de la cible annuelle).

Un **programme pilote d'éducation sanitaire a été initié dans trois écoles** de Dera axé sur la composante N&CE de CHANCE (voir rapport du Programme d'Education sanitaire dans les Ecoles en Ethiopie). On a enseigné la prévention du trachome dans le cadre du programme régulier pour les quatre premières années de l'école primaire et par l'entremise des *clubs du trachome* et *clubs d'hygiène* pour les enfants des classes de CM2 à la 4^e. Des données initiales ont été collectées sur le nettoyage des visages, la défécation, le ramassage des ordures et les pratiques de nettoyage communautaire aux fins de futurs suivi et évaluation.

Grâce au soutien technique et financier de BBC World Service Trust et d'ITI, de brefs messages sur la prévention du trachome ont été diffusés à la radio nationale de l'Ethiopie. En outre, des interviews avec le personnel sanitaire clé sur le trachome et la mise sur pied du programme de lutte contre cette maladie sont venues renforcer ces messages.

En 2002, un total de **1 333 latrines ont été construites** (56% de la cible annuelle). Les projets d'hygiène financés par FINNIDA représentaient 884 de ces latrines. En plus, 400 latrines SanPlat ont été construites par le PLT du Sud Gondar, qui les a distribuées gratuitement aux familles qui ont creusé leurs propres fosses de latrines familiales. Dans le cadre de la lutte contre mouches, un technicien du Bureau sanitaire régional d'Amhara a commencé **une recherche entomologique** pour décrire et caractériser les mouches qui se posent sur les yeux, dans les villages où le trachome est endémique, ainsi que les milieux où ces mouches se reproduisent. Cette recherche est effectuée en collaboration avec l'Université d'Addis Ababa, le Centre Carter et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis.

Chirurgie (CH)

En 2002, 11 chirurgiens du trichiasis ont été formés (138% de l'objectif annuel). Depuis le début du programme, 19 chirurgiens du trichiasis ont été formés dans les quatre districts du programme, soit 48% du nombre de chirurgiens dont on aura besoin pour

atteindre l'objectif visant à corriger tous les trichiasis. Les Lions Clubs locaux en Ethiopie ont soutenu ces activités grâce à un don reçu en janvier 2002 du Comité consultatif de SightFirst des Lions Clubs International en vue de former 40 infirmiers du trichiasis et de distribuer le matériel nécessaire pour l'intervention chirurgicale. De plus, un autre projet bénéficiant d'une assistance du Centre Carter en Ethiopie, l'Initiative éthiopienne de Formation en Santé publique, a apporté un soutien à la formation de 10 chirurgiens du trichiasis, dans l'hôpital de Dilla, au Sud-Ouest de l'Ethiopie.

En 2001, 50 trousse de chirurgie du trichiasis ont été achetées pour le programme par le Centre Carter auprès d'un fournisseur recommandé par l'OMS. Les chirurgiens du trichiasis dans le programme du Sud Gondar n'étaient pas satisfaits de la qualité des instruments, jugés de mauvaise qualité. En 2002, avec le soutien de l'OMS, de Lions International et du Centre Carter, les 50 trousse chirurgicales défectueuses ont été remplacées. De plus, les Lions Clubs locaux ont acheté 50 trousse chirurgicales additionnelles par l'intermédiaire du don SightFirst. Des tables chirurgicales, des autoclaves et des produits fongibles ont été achetés et livrés dans les quatre districts.

Au total, **4 019 chirurgies du trichiasis ont été réalisées** en 2002 (67% de la cible annuelle). D'après l'enquête initiale sur la prévalence du trachome, il existe 36 000 personnes avec un trichiasis non corrigé dans les quatre districts du programme. Si l'on utilise ce chiffre pour estimer le but final d'intervention (BFI) pour la chirurgie (en 2002), le total des chirurgies du trichiasis réalisées par le programme en 2001-2002 représente 13% du BFI.

Nombre de chirurgies du trichiasis, par district, zone Sud Gondar

	Dera	Ebinat	Estie	Simada	DT*	Total
2001	193	415	0	0	51	659
2002	709	713	1 305	1 112	180	4 019
Total	902	1 128	1 305	1 112	231	4 678

* Hôpital de la zone de Debre Tabor

Antibiotiques (A)

Pommade ophtalmique à base de tétracycline

Le Centre Carter a fourni 50 000 tubes de pommade à base de tétracycline pour qu'ils soient distribués dans les quatre districts. La pommade ophtalmique à base de tétracycline est distribuée par les centres de santé et lors des campagnes chirurgicales du trichiasis (stratégie avancée). Chaque patient souffrant de trachome inflammatoire reçoit deux tubes de pommade. En 2002, **7 964 personnes ont été traitées avec de la pommade ophtalmique à base de tétracycline.**

Traitement à base d'azithromycine

En 2002, l'ITI et Pfizer Inc. ont approuvé un don extraordinaire de Zithromax au PLT de la zone Sud Gondar. L'objectif annuel consistait à traiter 100 000 personnes avec de l'azithromycine dans le district d'Ebinat. La distribution a été reportée à 2003 à cause des retards de livraison du Zithromax dans la région d'Amhara.

Cibles pour 2003

Chaque année, lors de la réunion d'examen annuel du PLT dans la zone Sud Gondar, chaque district fixe ses propres objectifs annuels du programme. Voici un récapitulatif des objectifs pour 2003.

Amélioration de l'hygiène

- Former 58 agents de santé, 132 enseignants, 55 dirigeants communautaires et 356 volontaires dans 155 villages où le trachome est endémique en matière de lutte et de prévention du trachome.
- Mettre en œuvre des stratégies d'éducation sanitaire dans 100% des 155 villages cibles.
- Construire 2 500 latrines familiales supplémentaires.
- Terminer le test pilote du programme d'éducation sanitaire dans les écoles portant sur la prévention du trachome et étendre le programme à d'autres écoles.

Chirurgie

- Former 11 chirurgiens du trichiasis supplémentaires et dispenser un recyclage à tous les 19 chirurgiens du trichiasis déjà formés.
- Réaliser 11 280 chirurgies du trichiasis supplémentaires.
- Réaliser deux campagnes chirurgicales de stratégie avancée, par an et par district.

Antibiotiques

- Dispenser un traitement de masse dans 18 villages avec prévalence élevée de TF.
- Traiter 77 000 personnes avec la pommade ophtalmique à base de tétracycline.
- Traiter 100 000 personnes avec de l'azithromycine.

Recommandations

Le programme PLT de l'Ethiopie devrait :

- Continuer à mettre en œuvre la stratégie intégrale CHANCE dans tous les villages ciblés où le trachome est endémique.
- Mettre sur pied un système durable de suivi et d'évaluation et commencer à collecter des données de surveillance routinières.
- Utiliser des indicateurs standards pour faire le compte rendu des interventions.
- Déterminer les buts finals d'intervention du pays pour tous les volets de la stratégie CHANCE.

**Resumé des interventions de controle du trachome en 2002 (Janvier- Decembre)
Assistance du Centre Carter au Programme de Gondar Sud, Ethiopie**

DISTRICTS	DERA	EBINAT	ESTIE	SIMADA	RECAPITULATIF
Population	248,652	234,650	335,450	241,163	1,059,915
Nombre de villages	29	34	55	37	155
Enquête de prévalence initiale (2000)					
% TF (enfants 1 à 9 ans)	49.6	78.8	67.4	52.8	62.4
% TFTI (enfants 1 à 10 ans)	81.2	94.7	90.2	84.7	87.9
% TT (femmes 40 et plus)	23.2	20	18.3	18.6	19.9
% enfants avec visages propres (enfants 1 à 10)	0	4	14.3	0	5.8
CAP initiale** (2001)					
N&CE-# de villages ciblés par intervention:	22	26	41	28	116
Nombre de villages avec éducation	25	33	50	30	138
% Couverture (villages avec éducation)	114%	127%	122%	107%	119%
Nombre de volontaires	119	101	218	112	550
Nombre d'agents de santé formés*	28	28	40	33	129
Nombre de dirigeants	29	68	30	34	161
Nombre d'enseignants formés	73	79	0	86	238
Matériel d'éducation sanitaire	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Latrines construites en 2002	1,053	115	100	65	1,333
Cible pour construction de latrines en 2002	600	600	600	600	2,400
% couverture (nb de latrines)	175.5%	19.2%	16.7%	10.8%	55.5%
% de villages avec approvisionnement en eau ****	0	0	0	0	0
Antibiotiques					
Azithromycine*** - nb de villages pour intervention:	N/A	18	N/A	N/A	18
Traitements (2002)		0			0
Population cible		100,000			100,000
% couverture de personnes recevant du Zithromax		0			0
Pom tétracycline- nb de villages pour intervention:	29	34	55	37	155
Treatments (2002)*	1,664	1,500	2,200	2,125	7,489
Target Population					
Coverage (%)					
Chirurgie-nb de villages pour intervention:	29	34	55	37	155
Chirurgies (2002)*	709	713	1,305	1,112	3,839
Population cible	1,500	1,500	1,500	1,500	6,000
Couverture(%)	47	48	87	74	64
Nombre de chirurgiens du trichiasis	2	3	4	2	11
Nombre ciblé de chirurgiens du trichiasis	2	2	2	2	8
Couverture(%)	100	150	200	100	138

** Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques (qualitative & quantitative)

*** Zithromax disponible que pour Ebinat

* Agents de santé en plus formés à l'hôpital Debre Tabor : 2

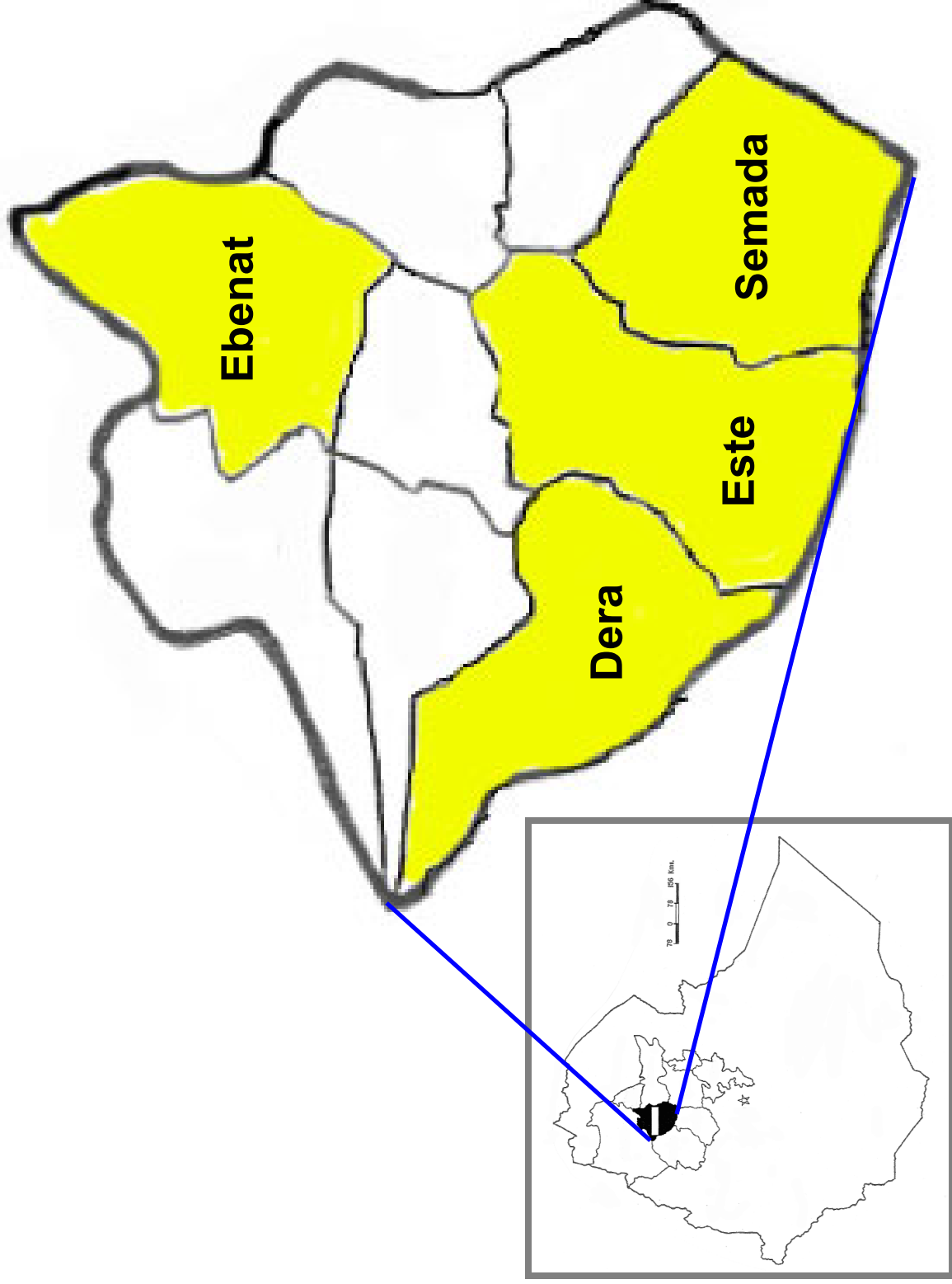
* Tubes de pom. Tétracycline utilisés à l'hôpital Debre Tabor : 475

* Chirurgies en plus à l'hôpital Debre Tabor : 180

**** % de villages où au moins 50% des ménages ont accès à un point d'eau dans un rayon de 1 km (30

Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie

Zone Sud Gondar, région d’Amhara



Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria

Présenté par le Docteur Nimzing Jip, Responsable du Bureau pour le Trachome, Centre Carter, Nigeria. L'assistance du Centre Carter au Nigeria pour le trachome est soutenue par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome, à base de population, n'a pas encore été faite au Nigeria. Un examen des données hospitalières, des thèses universitaires et rapports informels suggèrent que le trachome est une cause importante de cécité dans les zones du Nord-Est et du Nord-Ouest du Nigeria. Depuis octobre 2000, les partenaires de la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états, ainsi que des évaluations rapides sur le trachome dans cinq autres états. Ainsi, une cartographie a pu être faite de l'ampleur du problème du trachome au Nigeria. Le Nigeria n'a pas encore un programme national de lutte contre le trachome. La lutte contre le trachome relève du Comité national de la Prévention de la Cécité. Le Coordinateur national du Comité national de la Prévention de la Cécité est également le coordinateur des programmes de lutte contre le trachome. En 2000, le Centre Carter/Nigeria a commencé à collaborer avec des responsables sanitaires, aux niveaux local et de l'état, pour mettre sur pied des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa où le Centre Carter apporte déjà un soutien à l'éradication de la dracunculose et à la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique et la schistosomiase.

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter/Nigeria, travaillant en partenariat avec les ministères de la santé des divers états et des ONG partenaires, vise à réduire le trachome actif chez les enfants grâce à l'application de la stratégie CHANCE. Le programme aidera à appliquer une stratégie CHANCE équilibrée, mettant l'accent sur les composantes N&CE, surtout dans le cadre des campagnes d'éducation sanitaire et d'amélioration environnementale.

Réalisations du programme en 2002

Enquêtes sur la prévalence

Les ministères de la santé pour les états du Plateau et de Nasarawa, avec l'assistance du Centre Carter/Nigeria **ont réalisé les premières enquêtes de prévalence du trachome, auprès de la population, dans les états du Plateau et de Nasarawa**, dès avril 2002. Les résultats de l'enquête indiquent des niveaux modérés du trachome dans les deux états, en dessous des seuils fixés par l'OMS déclarant le trachome « un problème de santé publique » (voir cartes). Par ailleurs, les données indiquent également des poches de trachome intense dans les collectivités locales et il est évident qu'il faut déployer la stratégie CHANCE dans certaines parties des deux états. Le tableau suivant récapitule les indicateurs clés par état. Le tableau indique la proportion de visages propres en moyenne chez les enfants examinés par les équipes de l'enquête. Un visage propre est défini comme un visage sans écoulement des yeux ou du nez. En moyenne, les enfants dans la plupart des collectivités locales avaient des visages relativement propres pendant la période de l'étude. De même, l'existence de latrines familiales est notée par collectivité.

La couverture en latrines familiales varie grandement d'une collectivité à une autre, le pourcentage le plus faible étant noté dans l'état du Plateau, surtout la collectivité de Kanke.

Enquête sur la prévalence du trachome, états du Plateau et de Nasarawa, Nigeria, 2002

	Plateau (N = 6,243)	Nasarawa (N = 6,105)
TF/TI (1-9 ans)	7%	8%
TS (M&F 30 ans ou plus)	26%	9%
TT (F 40 ans ou plus)	3%	2%
Visages propres (1-9 ans)	64% - 92%	53% - 98%
Couverture en latrines familiales	2% - 43%	42% - 84%

Les données de l'enquête ont été analysées par collectivité locale. Une telle analyse a permis à l'équipe nigériane de cibler les deux collectivités dans chaque état où la prévalence est la plus élevée afin de pouvoir démarrer des activités pilotes. **Langtang du Nord** et **Langtang du Sud** dans le Plateau et **Doma** et **Kokona** à Nasarawa (voir carte). La population ciblée s'élève à 412 970 personnes dans 96 villages. Le responsable des données du PLT Centre Carter/Nigeria a utilisé ces données de l'enquête initiale pour compiler les premières listes prioritaires du Nigeria pour la gestion du programme de lutte contre le trachome.

Enquêtes CAP

Des groupes de discussions qualitatives et des enquêtes CAP quantitatives ont été organisés dans les états du Plateau et de Nasarawa pour collecter des données sociologiques initiales pour le PLT. Ces analyses de données ont fourni des informations importantes sur les comportements à risques exposant au trachome, les croyances sanitaires et les canaux de communication pour formuler des stratégies d'éducation sanitaire et du matériel à l'appui. Les résultats des deux états étaient analogues. La plupart des répondants connaissaient le trachome actif (TF/TI) et le trichiasis et ont pu citer les noms de ces affections dans les langues locales. Par contre, la plupart des répondants ne savaient pas que les deux conditions sont reliées entre elles. Seuls 1% à 3% des répondants connaissaient la cause du trachome, et très peu savaient comment la maladie se transmet. Entre 22% et 29% savaient comment prévenir le trachome. Dans l'état du Plateau, 45% des répondants n'avaient pas accès aux latrines et 61% ont indiqué que les ordures étaient jetées sans prêter attention aux conditions d'hygiène. Dans l'état de Nasarawa, 38% des répondants manquaient d'accès aux latrines et 65% ont indiqué que les ordures étaient jetées sans discrimination.

Les participants des discussions ont indiqué que les maladies oculaires représentaient un grave problème de santé dans les deux états. On jugeait que la saleté, la poussière, le fait de fixer une personne infectée, de ne pas se laver le visage et de partager ses affaires avec des personnes infectées étaient des causes du trachome actif. Pour les répondants, les mouches représentaient un problème, mais ils ne les associaient pas avec le trachome. Les canaux de communication sanitaire sont les chefs des villages, la radio et les agents de santé.

Recommandations de l'enquête :

1. Eduquer les personnes en matière de :

- Causes du trachome actif et du trichiasis
- Relation entre le trachome actif et le trichiasis
- Relation entre les facteurs de risques environnementaux et le trachome actif
- Non-relation entre le trachome et les croyances traditionnelles

2. Encourager la construction et l'utilisation de toilettes et veiller à ce que les enfants aient toujours des visages propres.

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène de l'environnement (N&CE)

En 2002, **des séances d'éducation sanitaire ont été organisées dans 20 villages** de la collectivité de Kanke, de l'état du Plateau. Les séances s'adressaient aux dirigeants traditionnels, aux dirigeantes féminines, aux dirigeants religieux (chrétiens et musulmans), aux enseignants et aux dirigeants des jeunes. Réaction immédiate à la campagne d'éducation sanitaire : le chef du village de Dari a promis que la prochaine fois que nous rendrons visite au village, chaque famille aura construit des latrines, y compris lui-même.

Chirurgie (CH)

L'enquête sur la prévalence a montré une prévalence élevée de trachome cicatriciel et de trichiasis. Le programme a ciblé la collectivité locale avec la prévalence la plus élevée de trichiasis pour y déployer des interventions. La chirurgie sera effectuée en partenariat avec d'autres ONG.

Antibiotiques (A)

Le PLT du Nigeria a formé huit infirmiers ophtalmologues pour faire le dépistage du trachome actif et 20 volontaires villageois ont été formés pour distribuer les pommades ophtalmiques à base de tétracycline. Ensuite, le programme a effectué un dépistage du trachome dans 66 villages en utilisant la méthodologie de l'évaluation rapide. Vingt-deux villages ont été choisis aux fins de traitement.

Cibles pour 2003

- Continuer la distribution ciblée de pommade ophtalmique à base de tétracycline.
- Continuer le dépistage pour déceler d'autres villages où le trachome est endémique.
- Concevoir et imprimer du matériel d'éducation sanitaire.
- Réaliser des sketches et formuler des messages radiophoniques pour l'éducation sanitaire.
- Commencer une supervision régulière à tous les niveaux du programme.

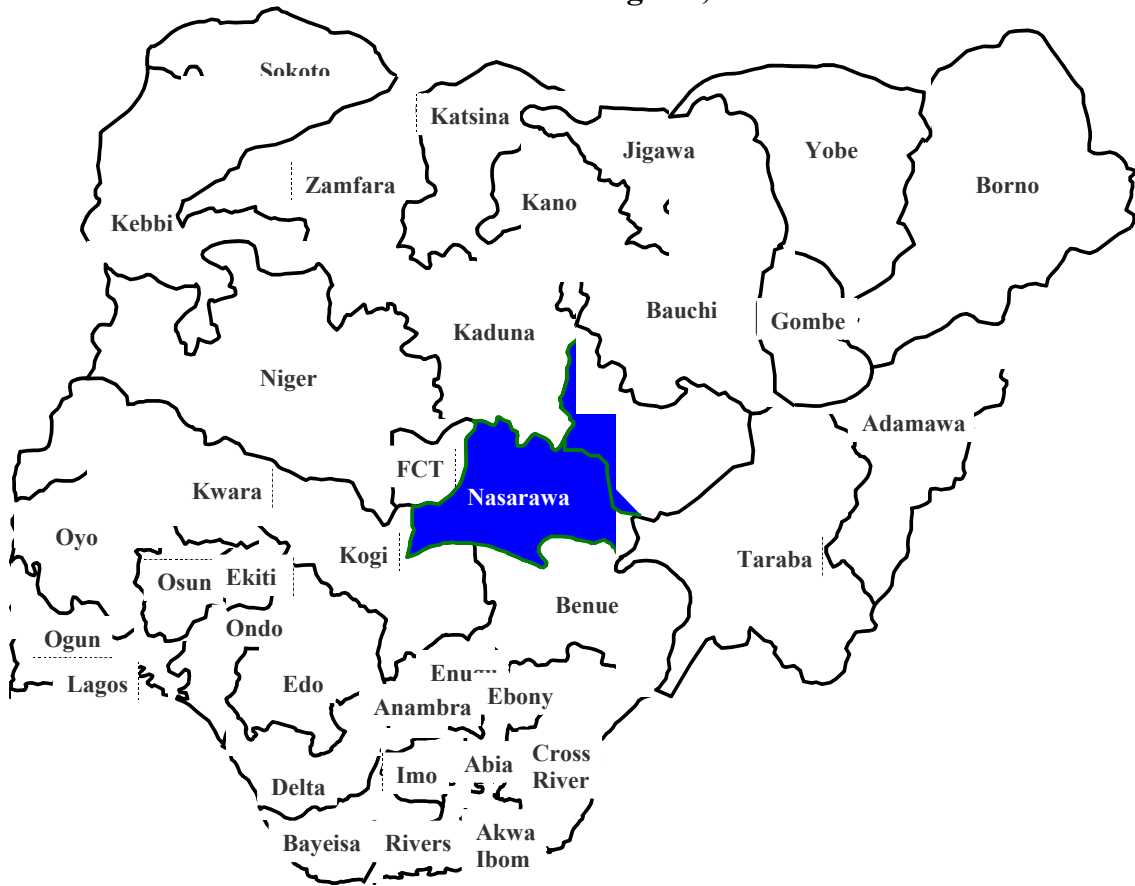
Recommandations

Le PLT devrait :

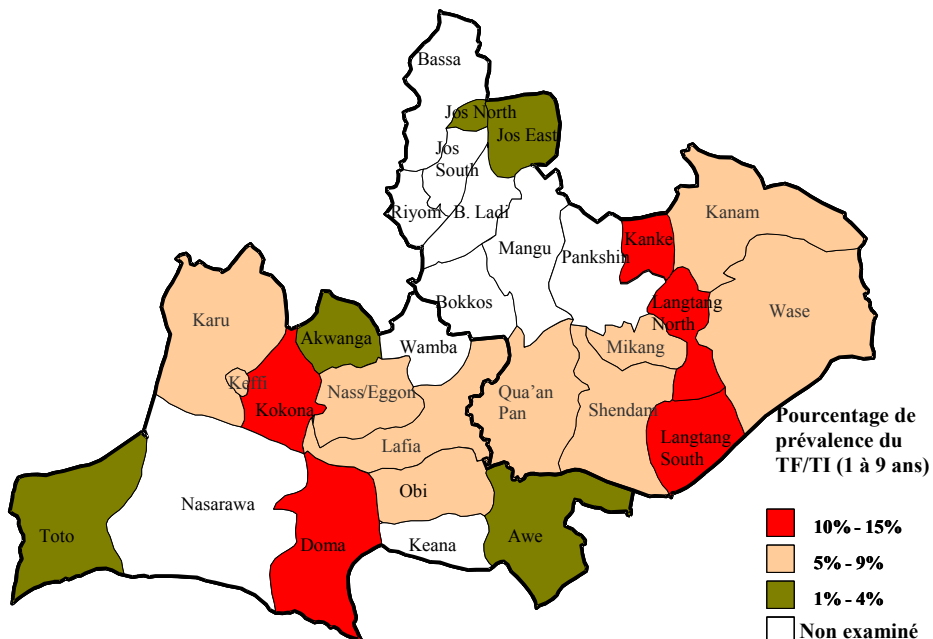
- Commencer à mettre en œuvre la stratégie intégrale CHANCE dans tous les villages ciblés où le trachome est endémique.

- Finaliser le matériel et les stratégies d'éducation sanitaire en fonction des données de l'enquête CAP.
- Mettre en place des programmes d'éducation sanitaire pour le trachome dans toutes les collectivités locales.
- Mettre sur pied un système durable de suivi et d'évaluation et commencer à collecter des données de surveillance routinières.
- Utiliser des indicateurs uniformisés pour faire le compte rendu des interventions.
- Déterminer les buts finals d'intervention de l'état ciblé pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE.

**Etats du programme de lutte contre le trachome
Centre Carter Nigeria, 2002**



**Prévalence du trachome actif chez les enfants (1 à 9 ans),
par collectivité locale
Etats du Plateau et de Nasarawa, 2002**



Tableaux et graphiques récapitulatifs
Situation des Programmes de Lutte contre le Trachome

Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachoma (janvier-décembre 2002)

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie S. Gondar ^a
				GOS	OLS/S	
N&CE						
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	235	383	276	73	1,479	138
Nombre de villages ciblés pour éducation en matière d'hygiène	280	2,800	276	102	1,617	116
Pourcentage couverture – Education en matière d'hygiène	84%	14%	100%	72%	91%	119%
Nombre de latrines construites	53	0	1,032	128	220	1,333
Nombre cibléd de latrines	300	N/A	1,050	N/A	N/A	2,400
Pourcentage couverture – latrines construites	18%	-	98%	-	-	-
Nombre de points d'eau fournis	4	0	0	0	0	0
Nombre de points d'eau ciblés	30	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pourcentage couverture – points d'eau	13%	-	-	-	-	-
Antibiotiques						
Azithromycine intervention dans villages:						
Traitements (2002)	280	433	72	73	N/A	18
Population ciblée	104,370	750,000	91,723	60,252	31,731	0
Couverture (%)	100,000	600,000	100,000	287,000	40,000	100,000
	104%	125%	92%	21%	79%	0%
Pom. Tetracycline intervention dans villages:						
Traitements (2002)	280	17 HC ^d	286	102 ^e	N/A	157
Population ciblée	10,000	30,000	1,815	Yes	17,192	7,964
Couverture (%)	10,000	700,000	N/A	N/A	-	-
	100%	4%	-	-	-	-
Chirurgie intervention dans villages:						
Chirurgies (2002)	280	17 HC ^d	286	N/A	N/A	157
Population ciblée	426	1,008	2,708	646	1,481	4,019
Couverture (%)	500	5,000	5,000	6,000	1,700	6,000
	85%	20%	54%	11%	87%	67.0%

a. La zone Sud Gondar est d'une des trios zones démarrant des interventions en Ethiopie

b. Les interventions n'ont pas encore démarré

c. Etats du Plateau et de Nasarawa

d. Activités de santé dans les centres offrant des services aux villages dans un rayon de 50 km

e. Zones nomades d'intervention, interventions non définies par "village"

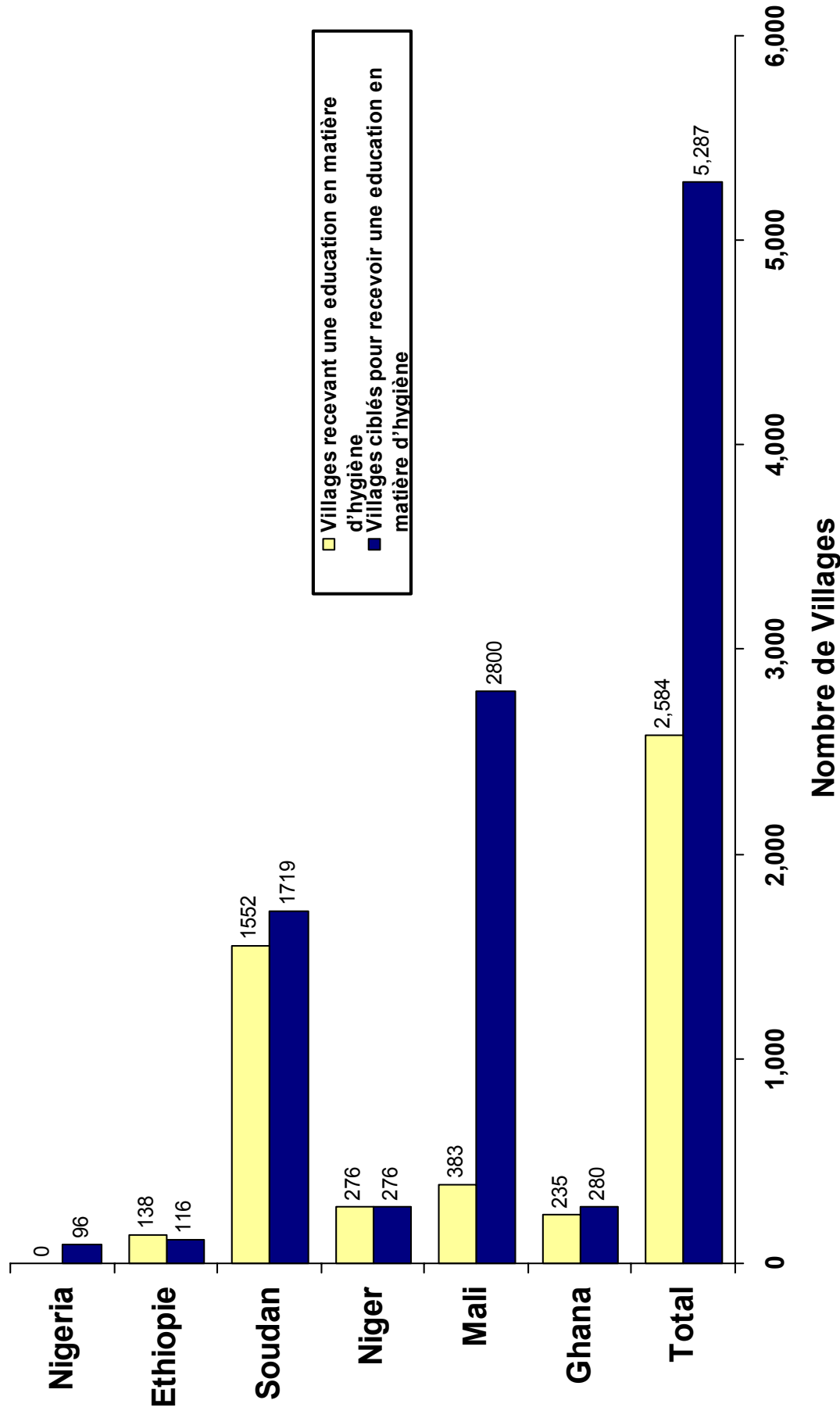
Objectifs Annuels du Programme de Lutte contre le Trachome 2003

Programmes de Lutte contre le Trachome recevant une assistance du Centre Carter

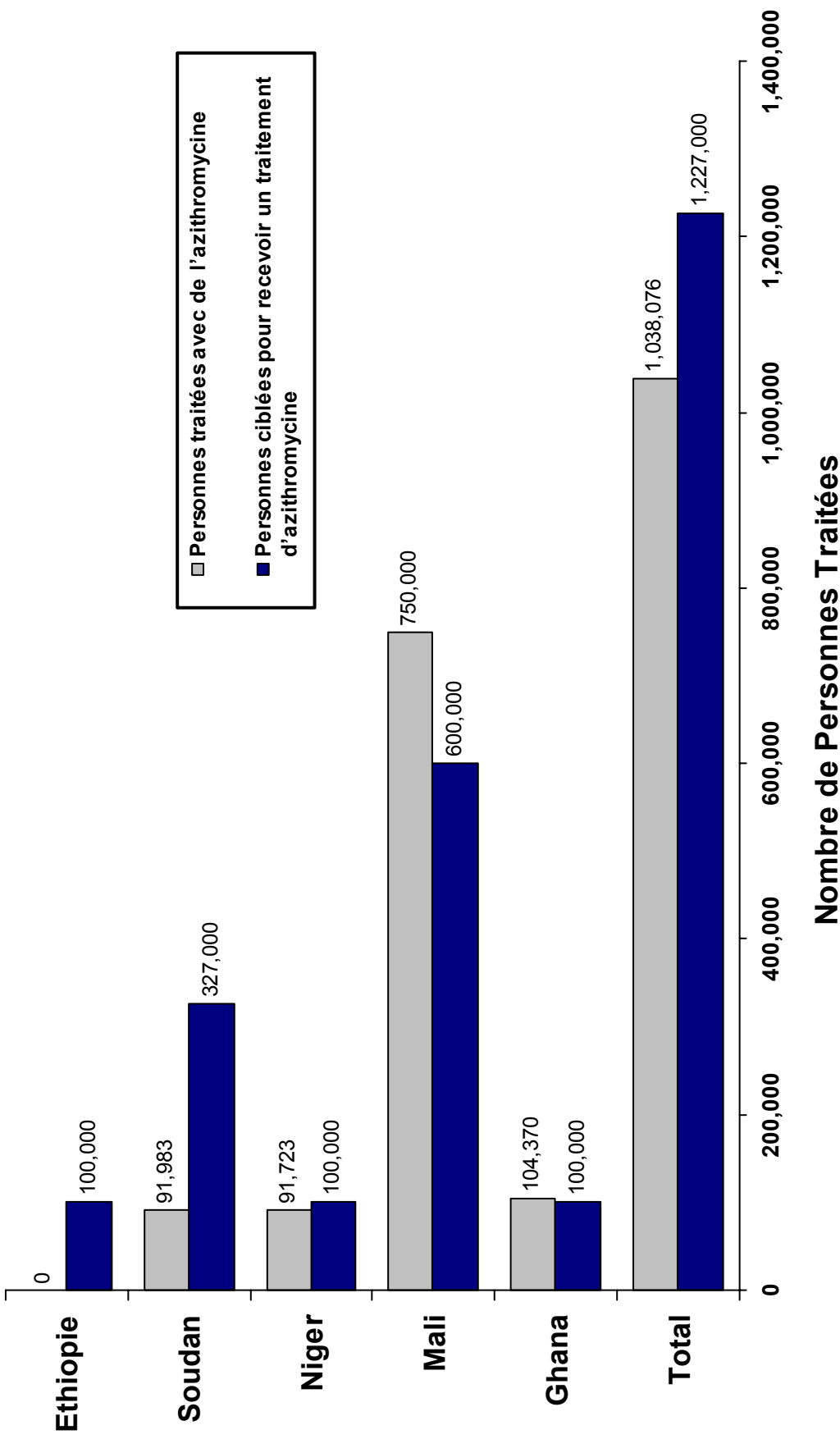
	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie S. Gondar	Nigeria 2 states
				GOS	OLS/S		
N&CE villages cibles:	391	581	976	108	1,479	155	180
Education sanitaire	391	581	976	1,296	1,117	155	180
Fourniture de latrines	700	450	3,100	1,200	926	2,500	200
Approvisionnement en eau	30	150	25	30	-	-	
Antibiotiques							
Azithromycine villages cibles:		670	800	108	1,068	18	N/A
Traitements de masse	140,000	1,200,000	784,000	500,000	100,000	100,000	
Pmde tetracycline villages cibles:			800	108	1,479	155	180
Traitements	14,000	-	16,000	5,000	20,000	77,000	240,000
Chirurgie villages cibles:				108	1,479	155	40
Routine (dans les centres de santé)		700	1,875	1,500	4,350		-
Camps oculaires	1,100	4,300	5,625	1,500	2,000		400
Total	1,100	5,000	7,500	3,000	6,350	11,280	
Suivi, Eval. & Surveillance							
Enquete de prevalence (régions)	2 régions	2 régions	2 régions	1 area	5 areas	3 districts	-
Enquete CAP (régions)	-	1 region	-	2 areas	1 area	3 districts	-
Etablir surveillance (régions)	2 régions	3 régions	3 régions	1 area	-	All 7 districts	4

"," indique que le programme ne s'est pas fixé de buts; **N/A** = Non applicable

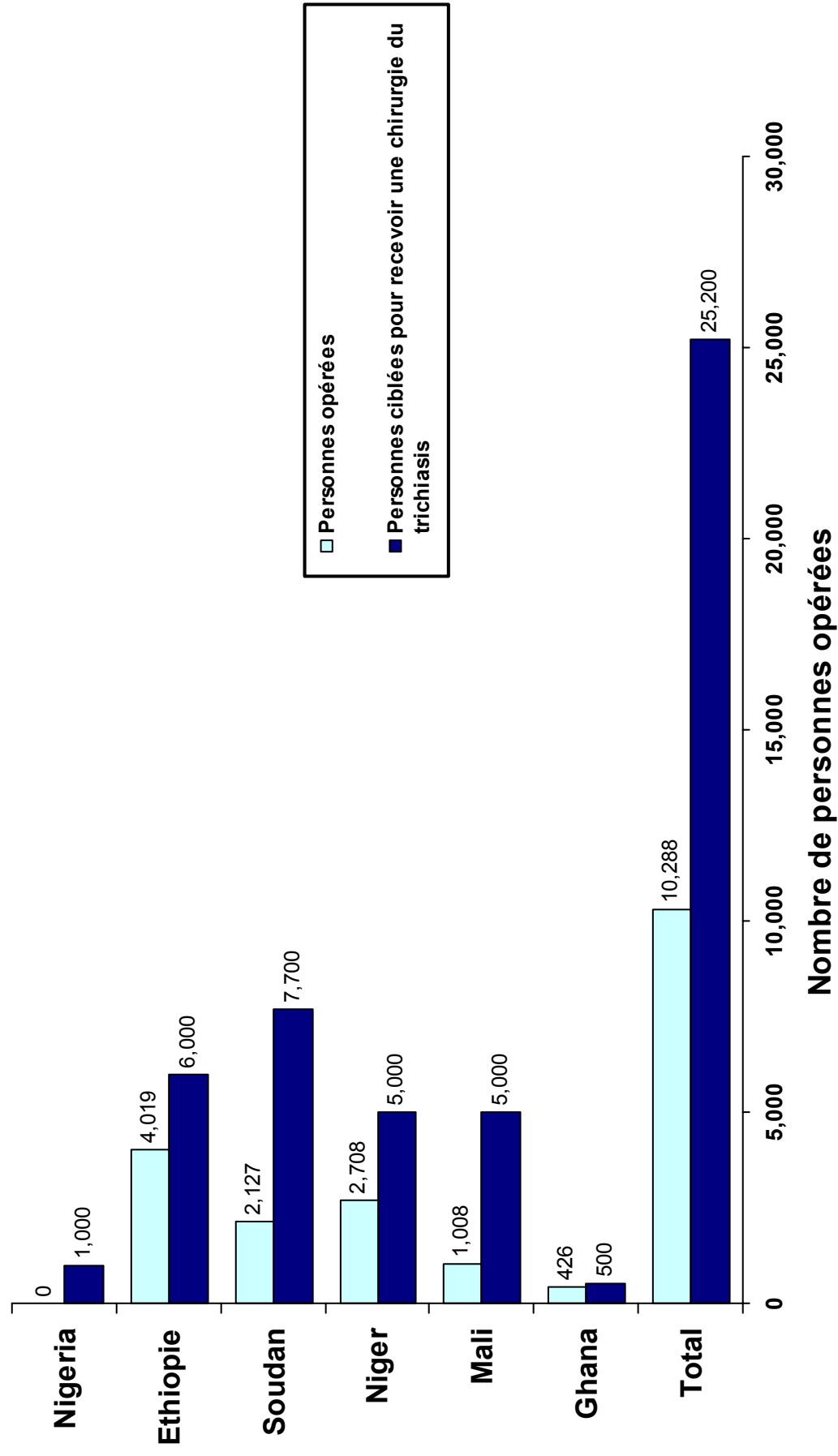
**Figure 1. Nombre de villages recevant une éducation en matière d'hygiène, par pays
Programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter
Janvier-Décembre 2002**



**Figure 2. Nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine, par pays
Programmes de lutte contre le trachoma recevant une assistance du Centre carter
Janvier-Décembre 2002**



**Figure 3. Nombre de personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays
Programmes de lutte contre le trachoma recevant une assistance du Centre Carter
Janvier – Décembre 2002**



Initiative Trachome pour le Suivi et l'Evaluation (TIME)

Présenté par le Docteur Anthony Solomon, Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres

L'Initiative-Trachome pour le Suivi et l'Evaluation, ou « TIME », est une initiative de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, financée par l'Initiative Internationale du Trachome (ITI). Dans sa communication, le Docteur Solomon a discuté des questions auxquelles est confrontée l'équipe TIME. Sa présentation était vivante et visuellement interactive et, partant, il est difficile de la traduire dans un bref récapitulatif écrit. Toutefois, ce rapport cherche à faire ressortir les points saillants.

Tous les programmes de lutte contre le trachome ont pour objectif d'améliorer la santé oculaire de leurs populations cibles, progressant du trichiasis cécitant, à des conjonctives saines grâce à l'application de la stratégie CHANCE. Les responsables des programmes doivent répondre à certaines questions importantes :

1. Comment savons-nous si nous nous dirigeons vers notre but ?
2. Comment pouvons-nous déterminer si nous y allons de la meilleure manière possible et quand nous sommes susceptibles d'arriver ?
3. Comment saurons-nous quand nous serons arrivés ?

Le *suivi* du programme permet de répondre à la première de ces questions. La seconde reçoit sa réponse grâce à l'*évaluation*. La troisième demande un consensus sur la signification « d'éliminer. »

En 2001, l'Initiative Internationale du Trachome a demandé que l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres adopte un cadre commun pour évaluer les activités de lutte contre le trachome *soutenues par l'ITI* et pour appliquer un mécanisme pour le suivi des futures activités. Le projet a démarré en mai 2002, collaborant avec les programmes de lutte contre le trachome, soutenus par l'ITI de l'Ethiopie, du Ghana, du Mali, du Maroc, du Niger, du Népal, de la Tanzanie et du

Vietnam. L'équipe TIME est composée du Professeur Allen Foster, du Professeur David Mabey, du Docteur Hannah Kuper, du Docteur John Buchan, de Madame Marcia Zondervan et du Docteur Anthony Solomon.

TIME a organisé un atelier à Londres, en août 2002, pour examiner les voies et moyens d'aider les programmes de lutte contre le trachome à améliorer et à uniformiser le suivi et l'évaluation. L'atelier a permis de formuler des protocoles pour les visites effectuées dans les pays par l'équipe TIME, ainsi que le calendrier des visites. De plus, l'équipe a proposé d'évaluer les PLT nationaux des divers partenaires.

(A ce moment de la communication, le Docteur Solomon a fait mention des efforts continus déployés par les participants des réunions d'examen des programmes de lutte contre le trachome soutenus par le Centre Carter et de L'Atelier Scientifique de l'OMS pour la formulation des directives visant à évaluer l'élimination du trachome cécitant (novembre 2001). Ces experts ont

réalisé un travail important pour définir les buts et les indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le trachome. TIME vise à compléter ce travail.)

Lors de la formulation des normes pour le suivi des activités CHANCE, l'équipe TIME a envisagé en premier lieu les indicateurs au niveau processus pour mesurer les activités CHANCE :

Indicateurs mensuels du processus :

CH – Nombre de personnes avec TT opérées par mois.

A – Nombre de personnes recevant des antibiotiques par mois.

N&CE – C'est plus difficile et devrait probablement être fait sur la base par pays.

Indicateurs annuels du processus :

CH – Réalisation annuelle du TT.

A – Réalisation annuelle antibiotique.

N&CE – Réalisation annuelle pour les indicateurs définis à l'échelle nationale pour N&CE.

L'équipe a envisagé les indicateurs suivants aux niveaux résultat et/ou impact qui nous montrent si nous sommes en train d'atteindre nos buts :

1. Prévalence de TF
2. Prévalence de TT
3. Cécité imputable au trachome

La méthode de recherche adoptée par l'équipe TIME consiste à faire des évaluations participatives des PLT soutenus par l'ITI, en utilisant des techniques tant quantitatives que qualitatives. Jusqu'à présent, les évaluations du Ghana et du Maroc ont été achevées. Les évaluations se penchent sur les questions suivantes :

- Dans quelle mesure a-t-on évalué entièrement la zone où le trachome est endémique ?
- Est-ce que les composantes CH, A, N et CE sont exécutées correctement ?
- Quel est le point de vue du bénéficiaire ?
- La gestion et l'organisation du programme sont-elles efficaces ?

Dernière question pour l'équipe TIME à l'heure actuelle : Comment définir « l'élimination du trachome, cause de cécité ? » Voici des réponses possibles :

- TF < 5% chez les enfants âgés de 1 à 10 ans
- TT < 1% chez les personnes âgées de 40 ans et plus, et < 0,5% chez les personnes âgées de 10 ans et plus
- Cécité imputable au trachome < 5% de l'ensemble de la cécité.

Programme d'éducation sanitaire dans les écoles en Ethiopie

Présenté par Madame Misrak Makonnen, Senior Program Officer, Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter

Données générales

En octobre 2000, le Programme de Lutte contre le Trachome de la zone de Gondar Sud région d'Amhara en Ethiopie, a démarré dans quatre districts de la zone. Les études sur la prévalence du trachome, ainsi que les études CAP, réalisées en décembre 2000 et en février 2001, respectivement, ont fourni des informations de base pour le programme. Des enseignants dans les districts d'intervention étaient interviewés dans le cadre de l'enquête CAP. Ces interviews ont montré que la majorité des enseignants n'avaient pas reçu de formation portant sur la lutte contre le trachome et ne connaissaient guère la maladie ou les moyens de la prévenir.

Il existe 176 écoles, 1 494 enseignants et 87 102 élèves dans les classes du CP à la 4^e dans les quatre districts PLT de la zone Sud Gondar. Les enseignants donnent des leçons sur le VIH/SIDA, le paludisme, la grippe et l'hygiène dans le cadre du cours de biologie. Certaines écoles comptent même des comités d'hygiène et propreté de l'école qui nettoient chaque semaine la cour et les salles de classe. En règle générale, les enseignants sont vivement intéressés et enthousiastes pour introduire l'éducation sanitaire sur le trachome dans leurs salles de classe. Ils ont demandé des affiches, des sketches, des plaisanteries/devinettes et jeux de rôle sur la prévention du trachome. Les enseignants ont également indiqué qu'il serait bon d'avoir un guide structuré pour enseigner la prévention du trachome.

Elaboration du plan scolaire

Suite aux discussions entre le Centre Carter et les Bureaux régionaux de Santé et d'Education d'Amhara, un groupe de travail a été créé, chargé de formuler un plan d'éducation sanitaire pour les écoles. Des recherches faites sur l'Internet ou dans diverses bibliothèques ont permis de trouver des plans de leçons très utiles sur le site Web d'Helen Keller International (HKI) mais, par contre, il n'existait pas de programme pour la lutte contre le trachome. Aussi, un plan de prévention a été formulé par le groupe de travail avec du matériel correspondant d'éducation sanitaire, notamment des plans de leçons choisies du site Web HKI. Ensuite, l'avant-projet de ce plan de formation a été revu lors d'un atelier d'éducation sanitaire réalisé en octobre 2001 à Bahir Dar.

Le plan compte les éléments suivants :

- Guide de l'enseignant
- Messages éducatifs clés
- Activités modèles
- Liste des aides pédagogiques
- Huit unités avec des objectifs spécifiques, et
- Unité finale (9^e) sur la manière d'organiser la *Journée de prévention du trachome*.

Le programme couvre toutes les composantes de la stratégie CHANCE en insistant sur les volets N&CE). De plus, il pousse les élèves à cerner d'autres problèmes concernant l'hygiène dans leurs propres communautés et à trouver leurs propres solutions. Il comprend également diverses

activités encourageant les élèves à collaborer avec d'autres membres de la communauté (dans le cadre des campagnes de nettoyage ou la *Journée de Prévention du Trachome*). Chaque unité peut être adaptée pour la faire correspondre au niveau des élèves. Une fiche d'évaluation à l'intention de l'enseignant est donnée à la fin de chaque unité pour obtenir un compte rendu des enseignants concernant la qualité. D'après le compte rendu initial reçu des enseignants, le programme pourrait être raccourci et traduit en amharique.

Mise en œuvre

Le nouveau programme fait l'objet d'un test pilote, depuis décembre 2002, dans trois écoles du district de Dera (zone Sud Gondar). Dans ces écoles, 71 enseignants ont reçu une formation portant sur la lutte et la prévention du trachome. Du matériel d'éducation sanitaire a été distribué, par exemple, des manuels de formation, des affiches, des boîtes à images et un livre d'histoire du trachome. Le trachome est enseigné dans le cadre du programme régulier du CP au CM1 (3 639 élèves) et dans les clubs du trachome et clubs d'hygiène du CM2 à la 4^e (3 634 élèves). Les clubs sanitaires comptent environ 50 élèves dans chaque groupe d'âge.

Des données initiales sur les indicateurs comportementaux clés ont été collectées auprès des participants des clubs. Le tableau ci-après récapitule plusieurs de ces résultats pour les élèves qui vivent dans des régions semi-urbaines et rurales.

Pratiques d'hygiène, élèves des zones semi-urbaines et rurales

Pratiques d'hygiène	Réponses positives	
	Semi-urbaines	Rurales
Existence de latrines à la maison	61%	5%
Défécation la plus récente dans des latrines ou une fosse	66%	8%
Evacuation des déchets avec bonnes mesures d'hygiène (enterrer, incinérer ou utiliser de petits récipients)	34%	8%
Participation aux nettoyages communautaires	61%	18%

A présent, 232 enseignants additionnels dans d'autres districts de l'intervention ont également reçu une formation portant sur la lutte et la prévention du trachome et ils ont reçu du matériel d'éducation sanitaire de la part du PLT, bien qu'ils ne fassent pas partie du projet pilote d'application du plan scolaire. Une fois obtenues les résultats des écoles pilotes, le programme pourrait être étendu à d'autres écoles. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Sud Gondar espère partager son expérience avec d'autres programmes d'éducation sanitaire dans les écoles, aussi bien en Ethiopie qu'à l'étranger, dans les années à venir.

Utilisation d'indicateurs pour mesurer la couverture du programme

Présenté par le Docteur Frank Richards, Médecin Epidémiologiste, Division des Maladies parasitaires, U.S. Centers for Disease Control and Prevention

Le traitement de masse réalisé périodiquement avec de l'ivermectine dans les communautés où la maladie est endémique prévient la maladie oculaire et cutanée imputable à l'onchocercose. Dans le cadre du partenariat global international en vue de lutter contre l'onchocercose, le Programme de la Cécité des Rivières de Global 2000 (PCRG), du Centre Carter, apporte une assistance aux ministères de la santé de 11 pays en vue de distribuer l'ivermectine (Mectizan®, donnée par Merck & Co.). Le PCRG a pour priorités d'étendre au maximum la couverture de traitement avec de l'ivermectine et d'intensifier les activités connexes d'éducation et de formation sanitaire, ainsi que de suivre les progrès, grâce à une notification régulière des traitements à base d'ivermectine. En 2002, le programme a aidé à fournir 8 964 429 traitements pour l'onchocercose. En 2003, le PCRG pense surpasser le total cumulatif de 50 millions de traitements d'ivermectine depuis le début du programme en 1996.

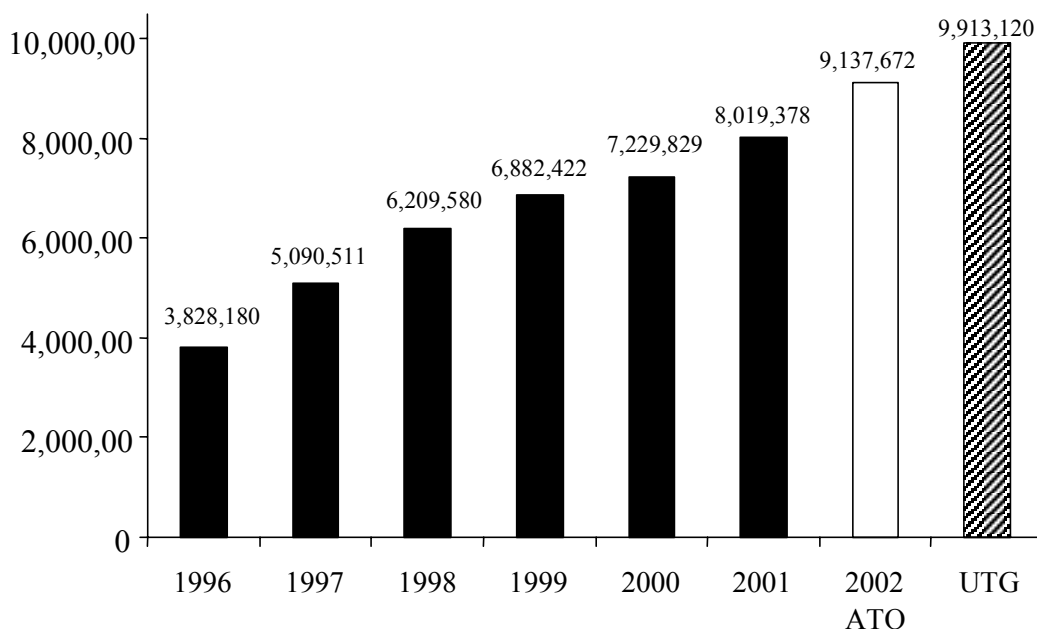
Le PCRG a formulé des indices pour mesurer la couverture du programme afin d'améliorer la notification et l'analyse de données. Ces indices ont fait l'objet d'un test sur le terrain pendant des années et ils sont acceptés à présent par le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC), le Programme de Don de Mectizan et les partenaires ONG de la lutte contre la cécité des rivières. L'Alliance GET 2020 doit à présent définir et uniformiser les indicateurs pour la couverture des interventions du programme. Vu que les interventions de la stratégie CHANCE couvrent une gamme plus large que celles utilisées pour la lutte contre l'onchocercose, il est fort possible que des termes comme *objectif de traitement annuel (ATO)* et *objectif de traitement final (UTG)* ne conviennent pas pour les programmes de lutte contre le trachome et devront être remplacés par *cible annuelle* et *objectif de traitement final*.

Le PCRG peut partager des leçons importantes avec les programmes de lutte contre le trachome.

Indices du traitement PCRG

Les traitements sont notifiés sous forme de nombre de personnes ou de villages traités par état ou province pour le mois. Les chiffres cumulatifs du traitement sont comparés aux ATO. Les ATO sont fixés en fonction des projections de la capacité du programme et sont contractuels - le contrat avec le Programme de Don de Mectizan se fonde sur ce chiffre. L'ATO devrait être le même chiffre utilisé dans les demandes annuelles pour les comprimés, présentés au Programme de Don du Mectizan. Les communautés ciblées pour les campagnes de distribution de masse reçoivent la quantité de Mectizan nécessaire pour traiter toutes les personnes concernées cette année. Dans les faits, l'ATO est défini dans des projections reposant sur les estimations d'âge et son exactitude devrait s'améliorer au fil du temps. Les directeurs des programmes PCRG devraient définir leurs ATO en utilisant l'information de cartographie épidémiologique la plus récente et les données de recensement des villages provenant des séries de traitement les plus récentes. Au fur et à mesure que progressent les programmes, les traitements avoisinent l'UTG. L'ATO est également la norme utilisée pendant l'année pour mesurer les progrès faits en vue d'atteindre l'objectif du programme. Si on atteint 50% de l'ATO les six premiers mois de l'année de traitement, cela représente un signe positif.

Programmes recevant une assistance du PCRG : traitements de Mectizan, 1996-2001, avec objectif annuel de traitement (ATO) 2002 et but final de traitement (UTG)



Au fur et à mesure que progressent les programmes, les ATO sont redéfinis et deviennent de meilleures approximations du nombre total de personnes à risques qui doivent recevoir un traitement, à savoir le traitement final. Mais quand ce processus de perfectionnement se termine-t-il ? Quand saurons-nous que les objectifs annuels doivent encore être perfectionnés ? Le processus se termine quand l'ATO est égal au nombre total de personnes vivant dans toute la région entière du programme qui ont besoin de traitement.

Couverture géographique complète et but final de traitement

La couverture géographique complète est réalisée quand le programme est en mesure d'étendre les services de traitement de masse à tous les villages à risques dans la zone recevant une assistance. Le but final de traitement est défini comme étant la somme des personnes concernées vivant dans tous les villages à risque dans la zone recevant une assistance. Cela veut dire que le BFT est le nombre de personnes qui devront recevoir en fin de compte un traitement de Mectizan une fois que le programme a la capacité d'assurer la couverture géographique intégrale. Lorsqu'un programme peut démontrer qu'il a traité au niveau du UTG, on dit qu'il a atteint *la couverture complète*. En d'autres termes, la couverture complète est le stade auquel le nombre de traitements annuels = ATO = UTG. La progression du programme PCRG est jugée par sa capacité de répondre aux objectifs ATO et d'augmenter ces objectifs sur une période raisonnable afin d'arriver à la couverture géographique complète et d'atteindre le but final de traitement.

Commentaires :

Leçons à en retirer pour les programmes de lutte contre le trachome

La riche expérience des programmes de lutte contre l'onchocercose a montré que les ATO, *la couverture géographique complète* et les *UIG* sont des outils pratiques et utiles pour la

planification et la gestion du programme. Il s'agit à présent d'adapter ces outils pour qu'ils soient utiles pour la gestion des programmes de lutte contre le trachome. A cette fin, nous devons reconnaître les différences significatives du point de vue terminologique, délai et espace entre les stratégies de lutte contre l'onchocercose et celles de lutte contre le trachome.

Terminologie

Pour couvrir la gamme entière des interventions CHANCE (par exemple, nous ne pensons pas aux latrines comme à des « traitements »), l'*ATO* peut être remplacé par *cible annuelle* et le *UIG* peut être remplacé par le *but final d'intervention (UIG)*.

Temps et espace

A ce stade précoce, les programmes de lutte contre le trachome évaluent l'état d'avancement une fois par an lorsqu'on fixe *les cibles annuelles*. Mais, si nous voulons atteindre les buts de l'Alliance GET 2020, nous devons planifier un calendrier 10-17 ans pour éliminer le trachome, cause de cécité, de tous les pays. En outre, le trachome étant endémique dans de vastes régions, de larges zones auront besoin d'être couvertes pendant cette période. Aucun des PLT recevant une assistance du Centre Carter n'a encore réussi à atteindre une couverture géographique complète. Les *UIG* sont un outil utile pour aider des responsables à planifier la manière d'atteindre les buts de GET 2020. Si les programmes d'onchocercose utilisent les *ATO* et les *UIG* pour planifier et évaluer une seule intervention (distribution de Mectizan) sur une période donnée, traitant de manière répétée la même population, par contre la lutte contre le trachome se situe le long de quatre axes au minimum (CH, A, N et CE) mis en œuvre à différents moments et à différents endroits. Une stratégie progressive continue est probablement celle qui convient le mieux au vu des ressources limitées disponibles pour les programmes. Une telle stratégie suppose un traitement de masse d'une zone géographique pendant trois à quatre ans afin de réduire la transmission de *chlamydia trachomatis* pendant que sont déployées les interventions N&CE à long terme. Quand ces améliorations aux niveaux de l'hygiène et de l'assainissement sont suffisamment avancées pour prévenir la transmission du trachome dans la zone ciblée, le traitement de masse à base d'azithromycine peut passer soit à une autre région où le trachome est endémique ou être discontinué. Dans ce modèle, la chirurgie du trichiasis sera réalisée dans toutes les régions jusqu'à ce qu'il n'existe plus de cas de trichiasis non corrigé. Les interventions N&CE doivent arriver à des améliorations permanentes et durables. Le problème à présent consiste à déterminer des délais raisonnables pour dispenser le traitement de masse avec les antibiotiques avant de passer à d'autres régions. Les *ATO* et les *UIG* seront des outils utiles pour trouver une solution à ce problème.

Une discussion plus complète des *ATO* et des *UIG* du PCRG est donnée dans l'article du Docteur Richards :

Richards FO, et al. The Carter Center's assistance to river blindness control programs : establishing treatment objectives and goals for monitoring ivermectin delivery systems on two continents. Am J Trop Med Hyg. Août 2001; 65(2):108-14.

Evaluation à mi-parcours de l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter

Présenté par Madame Rebecca Teel Daou, Responsable, Département des Programmes humanitaires, Fondation des Lions Clubs International.

En août 1999, Lions International a approuvé un don de SightFirst de cinq ans à hauteur de 16,2 millions \$ en vue de créer l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter. Cette initiative finance les programmes de lutte contre le trachome du Centre Carter en Ethiopie et au Soudan, ainsi que les programmes de lutte contre la cécité des rivières en Ethiopie, au Nigeria, en Ouganda, au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Guatemala, au Mexique et au Venezuela. Les activités de lutte contre le trachome en Ethiopie ciblent essentiellement la zone Sud Gondar, de la région d'Amhara. Quatre districts (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été choisis par le Bureau sanitaire d'Amhara pour recevoir le soutien de Lions-Centre Carter. En effet, ces districts comptent des taux très élevés de trachome inflammatoire et de trichiasis. Des enquêtes initiales sur la prévalence du trachome et des enquêtes CAP ont été utilisées pour formuler un plan quinquennal visant à mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les districts ciblés. Le plan prévoit une chirurgie corrective du trichiasis pour 36 000 patients, le traitement d'au moins 10 000 enfants souffrant de trachome inflammatoire actif chaque année et la réalisation d'une éducation sanitaire continue dans 157 villages cibles.

Du 12 au 14 décembre 2003, une équipe d'évaluation de Lions International a rendu visite au Programme de Lutte contre le Trachome de la zone du Sud Gondar. L'équipe comptait notamment le Docteur Gopal Prasad Pokharel, ophtalmologue consultant, Organisation mondiale de la Santé et consultant auprès du Comité consultatif SightFirst de Lions ; le Professeur Henry S. Adala, ophtalmologue consultant, Lions District 411 et Madame Rebecca Teel Daou, LCIF. L'équipe s'est rendue sur le terrain et a rencontré le personnel du programme. L'équipe de Lions a également évalué les programmes de lutte contre la cécité des rivières de Lions-Centre Carter en Ethiopie et en Ouganda.

Compte rendu du district de Dera

- 726 (48%) des 1 500 chirurgies prévues du trichiasis achevées en 2002
- Lent démarrage pour la distribution des antibiotiques
- Education sanitaire dispensée à 20 des 29 (69%) villages cibles
- Peu de latrines construites

Compte rendu du district d'Ebinat

- 1 014 des 1 500 (68%) cas de chirurgies planifiées ont été achevés
- Antibiotiques distribués à 1 563 des 10 000 personnes cibles (16%)
- Education sanitaire dispensée à 292 des 376 villages cibles (78%)
- 100 des 600 (17%) latrines à fosse planifiées ont été construites

Participation des Lions locaux

Les Clubs Lions locaux ont pris part à la lutte contre le trachome dans la région d'Amhara, apportant un soutien à l'Initiative Lions-Centre Carter et aux projets complémentaires. En 2002, SightFirst a octroyé un don aux Lions locaux pour une formation en matière de chirurgie du trichiasis, ainsi que pour l'achat de 50 trousseaux chirurgicaux du trichiasis pour faciliter 9 000

chirurgies du TT. Un autre don de SightFirst aux Lions locaux a permis d'apporter une formation aux infirmières ophtalmologues. Les Lions sont également d'ardents défenseurs du combat contre le trachome au niveau national, notamment pour la formulation du plan quinquennal national des soins oculaires pour l'Ethiopie.

Recommandations

L'équipe de l'évaluation a souligné avant tout que, si les cibles n'avaient pas été entièrement atteintes, elle n'en était pas moins impressionnée par le professionnalisme du PLT et les progrès réalisés dans des circonstances difficiles. L'équipe de l'évaluation a recommandé que LCIF prolonge son soutien des activités de terrain du PLT Lions-Centre Carter jusqu'en août 2005. L'équipe recommande notamment que :

- Le programme augmente le nombre de chirurgiens du trichiasis.
- Continue d'apporter une assistance aux chirurgiens du trichiasis portant également sur l'entretien et la stérilisation des instruments.
- On apporte un traitement de masse avec la pommade ophtalmique à base de tétracycline jusqu'à ce que le Zithromax devienne plus disponible.
- L'éducation sanitaire doit être renforcée et étendue aux enfants déscolarisés.
- Le Bureau sanitaire d'Amhara cherche à maintenir l'approvisionnement de produits fongibles pour la chirurgie du trichiasis.
- Les Lions et le PLT renforcent le plaidoyer national pour la lutte contre le trachome.
- Les activités d'approvisionnement en eau ciblent, chaque fois que possible, les régions où le trachome est endémique.

Projet de Promotion des Latrines de Zinder, Niger

Présenté par Monsieur Salissou Kane, Conseiller Technique Résident Centre Carter Niger

La transmission du trachome, cause de cécité, par des mouches attaquant les yeux, surtout *Musca Sorbens*, a été dûment établie grâce à la recherche du Docteur Paul Emerson et d'autres chercheurs. Quand il existe un grand nombre de mouches, le moyen le plus efficace pour les éliminer consiste à réduire les endroits où elles se reproduisent. Une des meilleures manières d'y arriver consiste à utiliser des latrines au lieu de déféquer sur le sol. Zinder est la région du Niger où le trachome est le plus endémique. C'est également une région avec très peu de latrines dans les zones rurales ; 0%-2% des familles dans les zones rurales ont des latrines (données informelles). Le PLT du Niger, conjointement avec le Centre Carter, a démarré un projet pilote de construction de latrines en février 2002 pour lutter contre les mouches et renforcer les activités de lutte contre le trachome dans la région.

Le *Projet de Promotion des Latrines de Zinder* s'inspire de la réussite du *Programme intégré d'Approvisionnement en Eau, d'Hygiène et d'Assainissement dans les Villages*, mis en œuvre par le Ministère des Eaux et le Ministère de la Santé du Niger, dans la région de Dosso, avec un soutien des Pays-Bas. Le directeur des composantes hygiène et assainissement du programme de Dosso, Monsieur Ali Amadou, est le consultant technique du Centre Carter pour le projet de promotion des latrines.

Le projet compte les objectifs suivants :

1. Améliorer les connaissances et les pratiques en matière d'hygiène environnementale dans 30 villages cibles.
2. Construire au moins 1 050 latrines SanPlat pendant la première année (2002).
3. Promouvoir l'utilisation durable des latrines dans les villages cibles dont le but à long terme est de rendre les latrines disponibles à au moins 50% des ménages des zones rurales.

Les critères de participation des villages au projet étaient les suivants : avoir un agent de santé communautaire, un enseignant (soit d'une école publique, soit coranique) et un point d'eau fiable. Au début de 2002, le technicien chef sanitaire régional et le personnel du projet se sont rendus dans les villages présentant les conditions requises pour discuter du projet avec les responsables locaux. Trente villages, comptant 56 957 habitants, ont été choisis pour participer au projet. Dans chaque village choisi, on a retenu environ 35 ménages bénéficiaires.

En février, 11 techniciens sanitaires ont reçu une formation portant sur la lutte contre le trachome et la construction de latrines. Soixante-dix maçons ont été formés en ce qui concerne la construction de latrines SanPlat (plate-forme sanitaire) et ils ont commencé à travailler en mars. Le coût moyen de la construction de latrine familiale s'élève à environ 40\$ (l'équivalent de 24000 FCFA) et ce prix était partagé entre la famille et le projet. Le Centre Carter fournit les outils, le ciment et les barres de fer pour les maçons (d'une valeur de 14\$US, équivalent à 8 400 FCFA), ainsi que le matériel d'éducation en hygiène et la formation pour les techniciens du Ministère de la Santé et les volontaires villageois. Chaque village et chaque famille bénéficiaire

ont fourni la main-d'œuvre et les matériaux pour creuser les latrines, payer le maçon et construire les murs des latrines (estimés à 26\$US, soit 15 600 FCFA).

Dans le cadre de l'éducation en matière d'hygiène, on encourage la prévention du trachome par l'entremise du nettoyage du visage et des campagnes d'assainissement de l'environnement. En plus, l'éducation en matière d'hygiène comporte des leçons d'hygiène personnelle, par exemple, se laver les mains avant chaque repas et après avoir utilisé les toilettes et laver davantage les vêtements et les serviettes. Les leçons importantes en hygiène environnementale comportent le compostage des déchets solides pour les engrais, la construction des fosses à égout pour collecter les eaux usées et l'amélioration du stockage des aliments. Le savon industriel commercialisé étant trop cher, de même que le coût des ingrédients du savon commercial, le projet aide également en formant des villageoises pour qu'elles fabriquent sur place du savon traditionnel en utilisant des matériaux locaux.

En fin 2002, le projet de promotion des latrines de Zinder avait construit 1 032 latrines familiales SanPlat. Cela indique que 13% des ménages dans les 30 villages cibles avaient des latrines, soit une augmentation de plus de six fois de la couverture initiale en latrines. De plus, dans de nombreux villages, le projet de promotion des latrines a apporté une assistance aux villageois pour rénover et améliorer les latrines traditionnelles. Dans certains cas, les villageois avaient construit des latrines SanPlat par eux-mêmes. Quand l'Initiative internationale du Trachome (ITI) a proposé de financer les latrines à Zinder, les techniciens sanitaires du projet ont formé de nouveaux maçons à la construction de latrines. Ils ont construit 232 latrines familiales supplémentaires et cinq latrines scolaires.

Au cours de cette phase initiale, nous avons appris certains éléments essentiels qui, à notre avis, seront la clé de la réussite du projet :

- Impliquer la communauté à toutes les étapes du processus.
- Former soigneusement tous les maçons et les techniciens.
- Effectuer une évaluation initiale de l'hygiène du village.
- Intégrer l'éducation sanitaire au processus.
- Enseigner l'entretien des latrines.
- Partager l'expérience et les leçons apprises avec les partenaires.

A la fin de l'année, le Projet de Promotion des Latrines à Zinder avait contribué à un accroissement significatif du nombre de ménages ruraux avec accès aux latrines dans les 30 villages cibles. Le projet espère continuer jusqu'à atteindre 50% des ménages.

A la mi-2003, le projet évaluera l'acceptabilité, l'utilisation et l'entretien des latrines, et explorera les questions de pérennisation.

ANNEXE I : 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 ont perdu la vue à cause du trachome et ces personnes sont essentiellement des femmes. En outre, 540 millions de personnes – presque 10% de la population mondiale- courent le risque de devenir aveugles ou de souffrir de graves problèmes de vue. Récemment, des économistes sanitaires de l'Université Johns Hopkins ont estimé de manière prudente que le coût économique annuel du trachome était de 2,9 milliards \$. Outre le coût macroéconomique, le trachome est la cause de tragédies personnelles – ses conséquences sont graves pour les familles et les communautés entières. Le trachome survient suite à des infections répétées des paupières causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. La cécité provenant du trachome ne peut pas être traitée, même dans les meilleures situations, et pourtant, elle peut être prévenue par une simple hygiène. La plupart des cas se présentent dans des zones rurales et arides de pays en développement, par exemple la région sahélienne d'Afrique, où l'accès à l'eau potable, aux latrines et aux services de soins de santé primaires est limité.

L'étape précoce et aiguë de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* (TF/TI) et cette forme est la plus courante chez les enfants. Les femmes sont exposées à maintes reprises au trachome inflammatoire car ce sont surtout elles qui s'occupent des enfants. Aussi, n'est-il guère surprenant de constater que les femmes contractent le trachome chronique deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le trachome est transmis par les écoulements des yeux et du nez des personnes infectées. Cette transmission se fait par le biais des mains, des serviettes et des habits ou par le biais des mouches, qui sont attirées par les écoulements des yeux et du nez. Quand les paupières des patients du trachome sont infectées à maintes reprises par le chlamydia, les lésions cicatricielles de la conjonctive que cela provoque déforment la face interne de la paupière et par la suite, les cils se tournent vers le dedans et irritent la cornée. Cette condition, appelée *trichiasis* (TT), abîme et cicatrise la cornée et peut entraîner la cécité.

Les progrès récents laissent espérer que nous pouvons combattre efficacement cette maladie. En 1987, des experts des soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point une échelle de classification du trachome qui a permis de standardiser le diagnostic et d'identifier toutes les étapes du trachome. En 1996, l'OMS a créé l'Alliance GET2020 qui regroupe des organisations internationales non gouvernementales, des bailleurs de fonds et des chercheurs travaillant ensemble pour lutter contre le trachome. De plus, avec le soutien de la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) et l'OMS, la *stratégie CHANCE* a été mise au point pour lutter contre le trachome par l'entremise d'interventions à base communautaire.

Autre avancée importante : l'*azithromycine*, antibiotique administré par voie buccale, une ou deux fois par an, est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement quotidien avec la pommade tétracycline, traitement recommandé auparavant. Afin d'aider les ministères de la santé à appliquer la composante « A » de la stratégie CHANCE, l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), mise sur pied, en 1998, grâce à la collaboration de l'EMCF et de Pfizer Inc, gère le don important de Zithromax, marque d'azithromycine déposée par Pfizer, pour le traitement du trachome dans des pays en développement choisis.

ANNEXE II : ORDRE DU JOUR
Quatrième revue annuelle de programme
Programmes de Lutte contre le Trachome recevant une assistance du Centre Carter
Le Centre Carter, Cecil B Day Chapel
24-25 février 2003

Lundi 24 février

7H15	La navette cherche les participants à l'hôtel	
7h30 – 8h00	<u>Petit déjeuner au Foyer Ivan Allen</u>	
8h00 - 8h30	Remarques de bienvenue et de présentation	Dr James Zingeser

N & CE

8h30 – 8h50	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
8h50 - 9h10	Présentation du Mali	Dr Doulaye Sacko
9h10 – 9h30	Présentation du Niger	Dr Kadri Boubacar
9h30 - 10h10	Présentation du Soudan	Prof M. Homeida Dr Jeremiah Ngondi
10h10 – 10h25	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
10h25 - 10h45	Présentation de l’Ethiopie	M. Zelalem Aberra
10h45 - 11h05	Présentation du Nigeria	Dr Nimzing Jip
11h05 - 12h30	Discussions/recommandations	
12h30 – 13h45	<u>Déjeuner au Foyer Ivan Allen (visite du musée facultative)</u>	
13h45 – 14h00	Photo de groupe	

Séances spéciales

14h00 – 15h00	Projet de latrines du Niger	M. Salissou Kane
15h00 – 15h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
15h15 – 15h25	Evaluation des Lions à mi-parcours	Mme Rebecca Daou
15h25 – 17h00	Initiative sanitaire des Ecoles de l’Ethiopie	M. Zelalem Aberra Mme Misrak Makonnen
17h30	Départ de la navette	

Mardi 25 février

7h15 La navette cherche les participants

7h30 – 8h00 Petit déjeuner au Foyer Ivan Allen

CH & A

8h00 - 8h20	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
8h20 - 8h40	Présentation du Mali	Dr Doulaye Sacko
8h40 – 9h00	Présentation du Niger	Dr Kadri Boubacar
9h00 - 9h40	Présentation du Soudan	Prof. M. Homeida Dr Jeremiah Ngondi
9h40 - 10h00	Présentation de l’Ethiopie	M. Zelalem Aberra

10h00 – 10h15 Pause café/Foyer Ivan Allen

10h15 - 10h35 Présentation du Nigeria Dr Nimzing Jip

10h35 - 12h00 Discussions/recommandations

12h00 – 13h00 Déjeuner au Foyer Ivan Allen

Séances spéciales

13h00 – 13h15	OAT et BFT – Fixer les cibles du programme	Dr Frank Richards
13h15 – 13h50	Collecte des données au niveau	Dr Daniel Yayemain
13h50 – 14h00	Mise à jour sur l’Etude TIME	Dr Anthony Solomon
14h00 – 15h00	Mises à jour sur l’utilisation des indicateurs PLT	Tous les pays Dr James Zingeser
15h00 – 15h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
15h15 - 17h00	Conclusions/réflexions générales	Dr Donald Hopkins
17h30	Départ de la navette	

ANNEXE III : Liste des participants

Ethiopie

Dr Asefa Worku
M. Teshome Gebre (Centre Carter)
M. Zelalem Abera

Ghana

Dr Maria Hagan
Dr Daniel Yayemain
Mme Nwando Diallo (Centre Carter)
M. Eric Dumakor (Centre Carter)

Mali

Dr Doulaye Sacko
Dr Mamadou Bathily (Centre Carter)
M. Yaya Kamissoko (Centre Carter)

Niger

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

Nigeria

Dr Emmanuel Miri (Centre Carter)
Dr Nimzing Jip (Centre Carter)

Soudan

Prof. Mamoun Homeida
Dr Magdi Ali
Ms Kelly Callahan (Centre Carter)
Dr Jeremiah Ngondi (Centre Carter)
M. Mark Pelletier (Centre Carter)

Le Centre Carter

Dr Donald Hopkins
Dr James Zingeser
Dr Frank Richards
M. Craig Withers
Mme Nicole Kruse
Dr Mamadou Diallo
Ms Misrak Makonnen
Mme Robin Vinson
Mme Jennifer Moore
Mme Shandal Sullivan
M. Stan Miano
Mme Dana Lee
Mme Laura Lester
Mme Emily Howard

Fondation Conrad N. Hilton

Mme Dyanne Hayes
Mme Rose Arnold

Fondation Lions Clubs International

Mme Rebecca Teel Daou

Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis

Dr Robert Wirtz
Dr Ellen Dotson
Dr Stephen Blount
M. Ross Cox

Helen Keller Worldwide

Mme Manisha Tharaney

Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome

M. Jeffrey Mecaskey

Université de Durham

Dr Paul Emerson
Mme Sophie Masson

Pfizer Inc

Mme Heather Lauver

World Vision USA

Dr Joseph Riverson
Dr Fe Garcia
M. Samuel Jackson

Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres

Dr Anthony Solomon