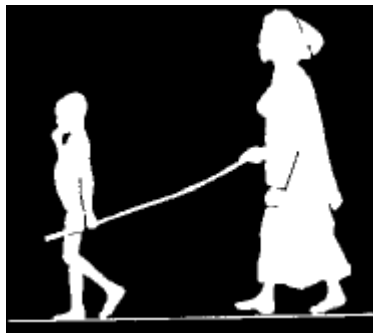


**COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS**

**CINQUIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME  
APPUYES PAR LE CENTRE CARTER**

***Etape suivante :***  
**Extension des volets N & CE**



**Centre Carter  
4-5 mars 2004**

**Financé par :  
La Fondation Conrad N. Hilton  
Fondation internationale des Lions Clubs**



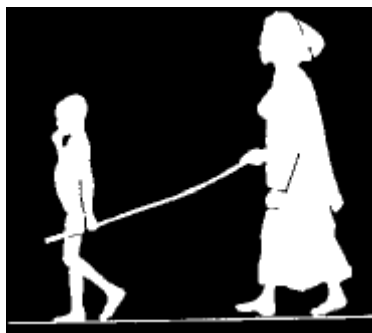
THE  
CARTER CENTER



## COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

CINQUIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE  
LE TRACHOME APPUYES PAR LE CENTRE CARTER

*Etape suivante :*  
*Extension des volets N & CE*



Centre Carter  
4-5 mars 2004

## REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter est financé par des dons généreux de la Fondation Conrad N. Hilton et de la Fondation internationale des Lions Clubs (LCIF). La cinquième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome appuyés par le Centre Carter à été rendue possible grâce à la générosité de la Fondation Hilton, LCIF et Novartis Ophthalmics, Amérique du Nord.

Les personnes ci-après ont concouru à la préparation de ces comptes rendus. Nous tenons à faire mention de leur aide.

Dr Mamadou Diallo	Centre Carter
Mme Robin Vinson	Centre Carter
Mme Misrak Makonnen	Centre Carter

**Note :**

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

## RESUME ANALYTIQUE

La cinquième Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter s'est déroulée les 4 et 5 mars 2004, au siège du Centre Carter, à Atlanta. La réunion avait pour thème ***Etape suivante pour N&CE : extension***. Comme pour les années précédentes, la Revue de Programme a pour objet de faire le point de chaque programme national de lutte contre le trachome, de cerner les obstacles rencontrés au niveau de la mise sur pied des programmes nationaux de lutte contre le trachome, d'évaluer les entraves et problèmes au niveau de la mise en œuvre du programme et de discuter des solutions, ainsi que d'encourager le partage et la standardisation de l'information. Lors de cette cinquième année, nous avons accordé une attention spéciale aux interventions communautaires visant à améliorer le nettoyage du visage et l'hygiène environnementale. Les participants ont discuté des progrès réalisés en ce qui concerne la standardisation des indicateurs pour la planification, le suivi et l'évaluation en créant et en faisant le test ***des buts d'intervention finals*** (BIF). Des présentations spéciales ont été réalisées sur les groupes de formation radiophonique au Ghana, l'expérience de l'Ethiopie au niveau des BIF, le programme de lutte contre le trachome à base scolaire au Népal et l'étude *Mouches et Yeux* dans la région d'Amhara en Ethiopie. Des mises à jour du projet TIME et d'ITI, des évaluations des projets d'hygiène au Niger et au Mali et l'extension des volets N & CE étaient au titre des autres présentations spéciales.

Des coordinateurs de programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome (PLT) représentant les Ministères de la Santé de l'Ethiopie, du Ghana, du Niger et du Soudan ont assisté à la réunion. Assistaient également les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les représentants du Ghana, de l'Ethiopie, du Mali, du Niger, du Nigeria et du Soudan. Autres participants importants : des représentants de la Fondation Conrad N. Hilton, la Fondation internationale des Lions Clubs (LCIF), l'Université de Durham, Helen Keller Worldwide (HKW), l'Initiative internationale du Trachome, World Vision International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres.

Chaque équipe a fait le point de ses programmes régionaux ou nationaux de lutte contre le trachome et des plans pour 2004, et des discussions ouvertes ont suivi. Cette année, les présentations étaient à nouveau divisées en deux parties : les volets Nettoyage du visage et Changement Environnemental (***N&CE***) ont été discutés le premier jour, Chirurgie et Antibiotiques (***CH&A***) le second jour. Ce format a permis d'attirer l'attention des participants sur chaque aspect de la stratégie CHANCE, encourageant ainsi un examen approfondi et équilibré de chaque programme national. Les présentations portaient sur des données épidémiologiques et études sociologiques sur le trachome dans chaque pays, faisant le bilan des interventions réalisées dans le cadre de chaque programme. Les plans de suivi et d'évaluation des programmes et des partenariats avec d'autres ministres et organisations de développement international ont également été présentés. Les discussions traitaient des réussites, des contraintes et des obstacles des PLT. Tous les participants ont proposé et discuté de recommandations sur la manière d'améliorer la lutte contre le trachome.

Les excellentes présentations et discussions constructives sur N&CE de la stratégie CHANCE ont permis de montrer les progrès réalisés par chaque programme en 2003. Le PLT appuyé par le Centre Carter de la région d'Amhara, en Ethiopie, a étendu sa zone d'intervention, partant d'un million de personnes dans une zone pour arriver à couvrir trois zones supplémentaires pour un total de quatre millions de personnes. Le PLT d'Amhara a également apporté une assistance pour la construction de 2 151 latrines familiales et pour la réalisation d'une chirurgie corrective des paupières à 6 840 patients du trichiasis. Une importante étude entomologique dans la région d'Amhara a permis de constater que *Muscas sorbens* est la mouche prédominante dans cette région qui attaque les yeux. Le PLT du Niger a réalisé la première évaluation de l'utilisation, de l'entretien et de l'acceptabilité des latrines familiales, dégageant ainsi une information importante pour les futurs projets de latrines. Le PLT du Mali a fait une évaluation de l'accès à l'éducation sanitaire en matière de trachome. Ce programme a également aidé les propriétaires à construire 1 577 latrines familiales SanPlat et à distribuer le zithromax donné par Pfizer à environ 1 150 000 personnes. Le PLT du Ghana a fait une évaluation de l'impact dans cinq districts pour examiner l'état d'avancement du programme ces deux dernières années et a lancé des groupes de formation radiophonique dans 20 villages de la région Upper West. En 2004, le programme du Ghana étendra à plus grande échelle les groupes de formation radiophonique afin de couvrir 41 villages dans la région du Nord. Lors de la réunion de deux jours, les participants ont discuté avec un vif intérêt du suivi et de l'évaluation, surtout la formulation et l'utilisation des BIF et des défis à relever pour étendre à plus grande échelle les volets N&CE. Les premières estimations des BIF ont été présentés par les PLT d'Amhara, du Niger et du Soudan, première étape revêtant une très grande importance pour formuler ces nouveaux indicateurs.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	ii
RESUME ANALYTIQUE.....	iii
SIGLES.....	vi
INTRODUCTION.....	vii
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGERIA .....	1
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DE L'ETHIOPIE...5	
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGER.....	14
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU SOUDAN .....	20
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU MALI .....	31
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU GHANA .....	37
RECAPITULATIF DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES.....	42
EVALUATION DES LATRINES AU NIGER .....	52
EVALUATION DE L'EDUCATION SANITAIRE AU MALI.....	55
GROUPES D'EDUCATION RADIOPHONIQUE.....	57
ETENDRE LES VOLETS N&CE.....	59
MISE A JOUR DE TIME.....	62
EVALUATION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE.....	65
MOUCHES ET YEUX – REGION D'AMHARA.....	68
BUTS D'INTERVENTION FINALS.....	71
ANNEXE I : LA MALADIE.....	74
ANNEXE II : ORDRE DU JOUR DE L'EXAMEN DE PROGRAMME.....	75
ANNEXE III : LISTE DES PARTICIPANTS.....	77

## 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, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement environnemental
CMA	Christian Mission Aid
ERT	Evaluation rapide du Trachome
FAR	Fellowship for African Relief
GDF	Groupe de discussion focalisée
GS	Gouvernement du Soudan
GRBP	Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières de Global 2000
HKI	Helen Keller International
ITI	Initiative internationale de Lutte contre le Trachome
MS	Ministère de la Santé
MFS	Ministère fédéral de la Santé
OAT	Objectif annuel de traitement
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PLT	Programme de Lutte contre le Trachome
PNPC	Programme national pour la Prévention de la Cécité
SF	SightFirst
TF/TI	Trachome inflammatoire - folliculaire/intense
TT	Trichiasis trachomateux
BTF/BIF	But de traitement/intervention final
WVI	World Vision International

## INTRODUCTION

### Etape suivante : Extension des volets N & CE

Ces comptes rendus regroupent les idées, discussions et propositions lors de la cinquième Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter. Ces comptes rendus sont un forum unique pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome (PLT) et les conseillers techniques résidents du Centre Carter qui peuvent ainsi travailler en contact direct avec leurs collègues pour revoir les progrès de l'année précédente et planifier les interventions des années à venir. Ce groupe, représentant six programmes nationaux et régionaux, est la première et unique assemblée de coordinateurs et d'experts des PLT nationaux et régionaux qui se rencontrent régulièrement pour discuter de l'application pratique de la stratégie CHANCE, insistant sur les volets N&CE. Les discussions, lors des Revues de programmes, concernent spécifiquement chaque pays, mais l'impact est global. Les réalisations, obstacles, solutions et leçons tirées ont aidé à guider l'évolution de l'Alliance GET 2020, surtout en ce qui concerne N&CE. ***Les premières discussions concernant l'extension de N&CE ont eu lieu lors de la Revue de Programmes de cette année*** – jalon dans la lutte contre le trachome.

*Pourquoi* pouvons-nous discuter à présent de cette extension possible ? Parce que nous disposons actuellement du soutien, des outils et de l'expertise nécessaires pour le faire. Armés de cinq années d'expérience pratique au niveau de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale, nous sommes forts d'un soutien important politique, technique et des bailleurs de fonds. Nous avons mis au point des outils de planification et de mise en œuvre et nous avons renforcé les équipes locales des programmes de lutte contre le trachome. Les réseaux de soutien pour l'application de N&CE sont renforcés à présent par Vision 2020 et West Africa Water Initiative (WAWI), créée par la Fondation Conrad N. Hilton pour inclure la lutte contre le trachome et l'éradication de la dracunculose en tant que résultats mesurables. WAWI, avec ses partenaires World Vision International, Lions International, USAID et UNICEF, apporte des ressources aux PLT du Mali, du Niger et du Ghana. Les représentants de la Fondation Hilton, de la Fondation internationale des Lions Clubs (LCIF) et de World Vision sont des participants actifs aux Revues de Programmes depuis leur création.

Pourquoi *devrions-nous* discuter maintenant de l'expansion ? Parce que le trachome et la cécité qu'il entraîne ne disparaîtront pas tout seul dans les années à venir. Les causes sous-jacentes dont les problèmes environnementaux et la pauvreté économique accableront la plupart des pays où le trachome est endémique pour de nombreuses années à venir. Mais nous pouvons briser le cycle de la pauvreté et de la maladie, du moins dans un cas, en luttant contre le trachome et la cécité. Nous avons de bonnes preuves qui nous montrent que la stratégie CHANCE est efficace, et chaque retard pris pour la mettre en œuvre à la plus grande échelle possible s'accompagne de plus de cécité et de souffrance. En novembre 2003, un grand pas en avant a été pris pour étendre le « A » de CHANCE quand Pfizer Inc a annoncé qu'il augmenterait les dons de zithromax à 135 millions de doses de traitement dans les cinq années à venir. Le « A » de CHANCE ne pouvant pas survivre tout seul, notre but à présent est d'évaluer ce qu'il faut pour étendre N&CE.

En partant d'estimations fort prudentes, nous savons pourtant que l'extension de N&CE à tous les pays où le trachome est endémique exigera d'importants engagements personnels et



financiers, à tous les niveaux. Sous l'angle politique, financier et administratif, la stratégie CHANCE s'étend au-delà de frontières bien gardées au sein des ministères et entre ces derniers – et même entre les organisations partenaires. L'amélioration du nettoyage du visage demande un changement dans le comportement d'hygiène personnel et cela est difficile. Procéder à des améliorations importantes au niveau de l'hygiène environnementale dans les communautés où le trachome est endémique demande d'importantes ressources humaines et financières. Les obstacles sont réels, les coûts seront élevés, mais si nous voulons vraiment lutter contre le trachome, nous ne pouvons pas perdre l'élan et l'enthousiasme qui nous animent actuellement. ***Si nous n'agissons pas et si nous ne relevons pas le défi maintenant, les coûts seront encore plus élevés.***

Voici quelques défis à relever :

- *Définir clairement nos besoins*
- *Instiller un sentiment d'urgence*
- *Rassembler et utiliser efficacement les ressources*
- *Planifier et agir efficacement*
- *Maintenir le courage*
- *Diriger en donnant l'exemple* – L'Alliance GET 2020 s'enrichit de l'expérience des six pays participant à la Revue de Programmes.

Un grand nombre de participants aux réunions des Revues annuelles de Programmes sont déjà des chefs de file de la recherche opérationnelle et de la réalisation de programmes de santé scolaire, groupes de formation radiophonique, promotion des latrines, lutte contre les mouches et éducation en matière d'hygiène en Afrique. A présent, nous avons l'occasion de participer à la création d'outils permettant d'étendre à plus grande échelle N&CE en commençant avec les *buts d'intervention finals* (BIF) et en terminant avec les visages propres. La formulation et l'utilisation des BIF seront une première étape importante pour planifier et suivre la mise en œuvre de N&CE. Et, en dernière analyse, c'est à l'aune des visages propres des enfants qu'on notera la réussite de l'extension de N&CE et, par la suite, dans une lutte durable contre les maladies au sein de certaines populations parmi les plus nécessiteuses dans notre monde.

## **Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria**

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

### **Données générales**

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome, à base communautaire, n'a pas encore été réalisée au Nigeria. Un examen des données hospitalières, thèses universitaires et autres rapports indique que le trachome est une des grandes causes de la cécité dans les zones du Nord-Est et du Nord-Ouest. Depuis octobre 2000, les partenaires pour la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états, ainsi que des évaluations rapides du trachome dans cinq autres états. Ainsi, une cartographie du trachome est faite progressivement au Nigeria. Le Nigeria n'a pas encore de programme national de lutte contre le trachome. La lutte contre le trachome est réalisée sous les auspices du Comité National de Prévention de la Cécité (NBPC). Le coordinateur national du NBPC est le coordinateur des activités de lutte contre le trachome. En 2000, le Centre Carter/Nigeria a commencé à collaborer avec les autorités sanitaires aux niveaux central et local pour mettre sur pied des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa, où TCC soutient déjà l'éradication de la dracunculose et de l'onchocercose, ainsi que la lutte contre la filariose lymphatique et la schistosomiase.

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, à base communautaire, du Plateau et de Nasarawa, dès avril 2002. Les résultats de l'enquête indiquent des niveaux modérés du trachome dans les deux états, avec des foyers de trachome intense dans certaines collectivités locales (LGA). L'enquête a également indiqué que l'accès aux latrines familiales variait de 21% dans le Plateau à 69% dans l'état de Nasarawa. La première enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de trachome a également été réalisée en 2002.

### **Réalisations du programme en 2003**

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

Les résultats de l'enquête CAP de 2002 ont été utilisés pour formuler des stratégies d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale dans le cadre d'un atelier qui s'est tenu en 2003. Ensuite, les interventions N&CE ont été lancées dans les états du Plateau et de Nasarawa. Du matériel d'éducation sanitaire, dont des boîtes à images, des affiches et des brochures d'information, a été imprimé et distribué à 108 volontaires de village formés et 45 agents de santé publique dans les deux états. ***L'éducation sanitaire pour la prévention du trachome a été conduite régulièrement dans 108 villages.***

Un ***projet de promotion des latrines a démarré*** en 2003 dans les états du Plateau et de Nasarawa. Le PLT a formé 108 maçons villageois pour la construction de latrines SanPlat peu chères pour les ménages ruraux. En novembre-décembre, 420 latrines ont été

construites (210% de l'objectif annuel). Le coût moyen d'une latrine familiale est de 57\$. Le projet contribue à raison de 29\$ par latrine. Le propriétaire contribue à raison de 28\$ sous forme de main-d'œuvre, paiement des maçons et clôture des latrines.

En 2003, les responsables du programme ont été formés pour le suivi et la supervision. Une supervision régulière est assurée à tous les niveaux du programme pendant l'année. Des données de surveillance mensuelles ont été collectées en utilisant les indicateurs standards pour le suivi et l'évaluation du programme.

#### *Chirurgie (CH)*

Seuls 75 patients atteints de trichiasis ont reçu une chirurgie corrective des paupières au Plateau et à Nasarawa en 2003. Les PLT des divers états doivent renforcer la collaboration pour la lutte contre le trachome et travailler en partenariat avec Helen Keller International (HKI) en 2004. HKI compte l'expertise nécessaire pour encourager la chirurgie ophtalmique pour la cataracte et le trichiasis au Nigeria, ainsi que pour l'éducation en santé oculaire. Avec l'assistance du Centre Carter, le PLT du Plateau a estimé que le BIF pour la chirurgie du trichiasis était de 16 088 patients avec un trichiasis non corrigé. Le PLT de Nasarawa estime à 9 711 le BIF pour la chirurgie.

#### *Antibiotiques (A)*

Le traitement à base d'antibiotique dans les états du Plateau et de Nasarawa est réalisé avec la pommade oculaire de tétracycline, généralement dans les centres de santé pour les patients avec des conjonctivites. Lors des visites de dépistage communautaire, la pommade de tétracycline est également utilisée pour traiter les personnes souffrant de trachome inflammatoire. En 2003, un total de 5 971 patients ont reçu un traitement oculaire à base de tétracycline dans les centres de santé ou lors du dépistage du trachome.

### **Objectifs pour 2004**

#### *N & CE*

- Continuer l'éducation sanitaire dans 108 villages d'endémicité
- Construire 2 160 latrines familiales SanPlat supplémentaires, plus 50 latrines scolaires et 50 latrines publiques
- Former 216 volontaires et maçons villageois supplémentaires pour construire les latrines familiales et promouvoir l'utilisation correcte des latrines
- Utiliser les stations radiophoniques locales pour promouvoir la prévention du trachome et améliorer le comportement de recherche de soins de santé pour les patients avec trachome actif et trichiasis

#### *Antibiotiques*

- Continuer à fournir la pommade oculaire tétracycline aux centres de santé
- Former les agents de santé en matière de diagnostic et de prévention du trachome

#### *Chirurgie*

- Réaliser 1 102 chirurgies du trichiasis dans les états du Plateau et de Nasarawa

*Suivi et évaluation*

- Faire un suivi régulier des activités du PLT dans les zones d'intervention

**Recommandations**

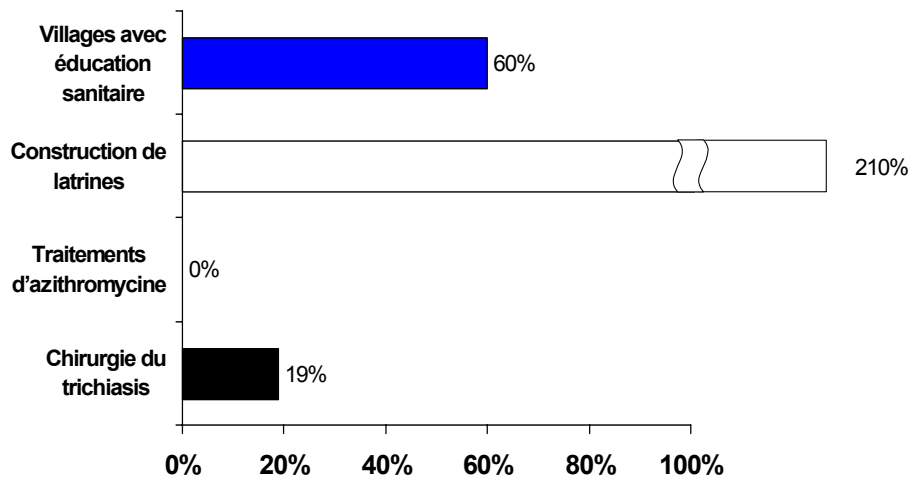
*Le PLT du Nigeria devrait :*

- Définir les buts d'intervention finals pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE
- Etendre d'ici la fin de 2004 le programme à un plus grand nombre de villages où le trachome est endémique
- En collaboration avec d'autres partenaires, mettre en œuvre la stratégie CHANCE intégrale dans les états du Plateau et de Nasarawa, dont CH et A.

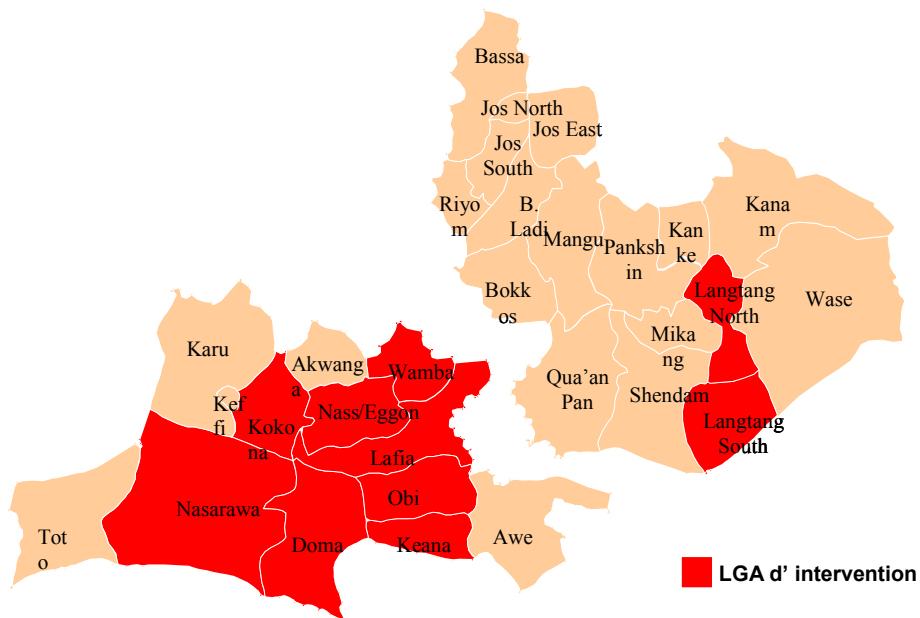
**Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels**

Interventions CHANCE, 2003

**Nigeria**



**Etats d'intervention\* contre le trachome au Nigeria 2003**



**Etats de Nasarawa et du Plateau, avec les LGA d'intervention**

**\*soutenu par le Centre Carter**

## **Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie**

*Présenté par Monsieur Mulat Zerihun, Point focal pour la Prévention de la Cécité et Monsieur Zelalem Abera, Coordinateur régional du Trachome de la région d’Amhara. L’assistance du Centre Carter à l’Ethiopie est appuyée par l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.*

### **Données générales**

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,25%, serait la plus élevée au monde. De plus, six millions d’Ethiopiens souffriraient de problèmes de vue (faible vision). La cataracte (40%) et le trachome (30%) sont les deux grandes causes de la cécité. Une enquête nationale du trachome, à base communautaire, n’a pas encore été réalisée, mais le Comité national pour la Prévention de la Cécité (NCPB) et le Ministère fédéral de la Santé estiment qu’un million d’Ethiopiens souffrent de trichiasis trachomateux et que 10 millions en plus souffrent de trachome actif (TF/TI).

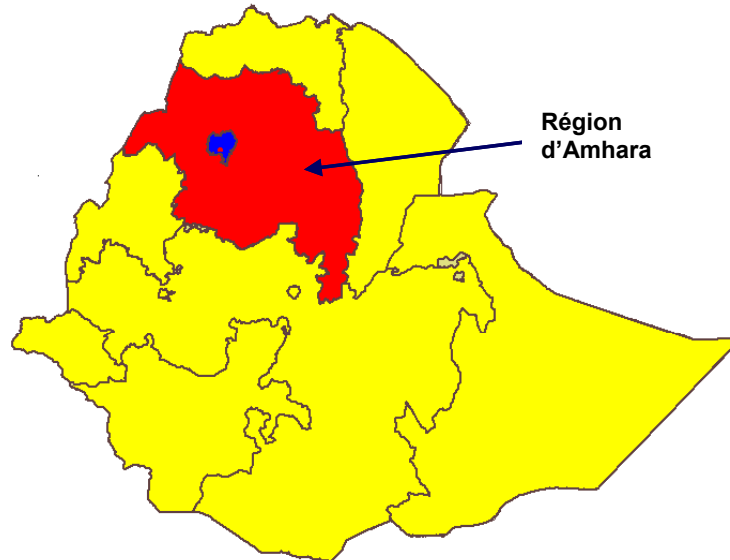
En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, a commencé à apporter une assistance au Bureau sanitaire régional d’Amhara (RHB) pour lutter contre le trachome. Quatre districts dans la zone South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été retenus pour le lancement des activités (voir carte). La zone initiale du programme recoupe 155 villages avec une population totale de plus d’un million de personnes.

En décembre 2000, le RHB d’Amhara, l’Equipe de Prévention de la Cécité du Ministère fédéral de la Santé et le Centre Carter ont réalisé une enquête communautaire sur la prévalence du trachome dans quatre districts pilotes. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) a été réalisée dans les mêmes quatre districts un mois plus tard. Ces enquêtes dégagent les données de base pour formuler un plan d’action servant à mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans la zone South Gondar.

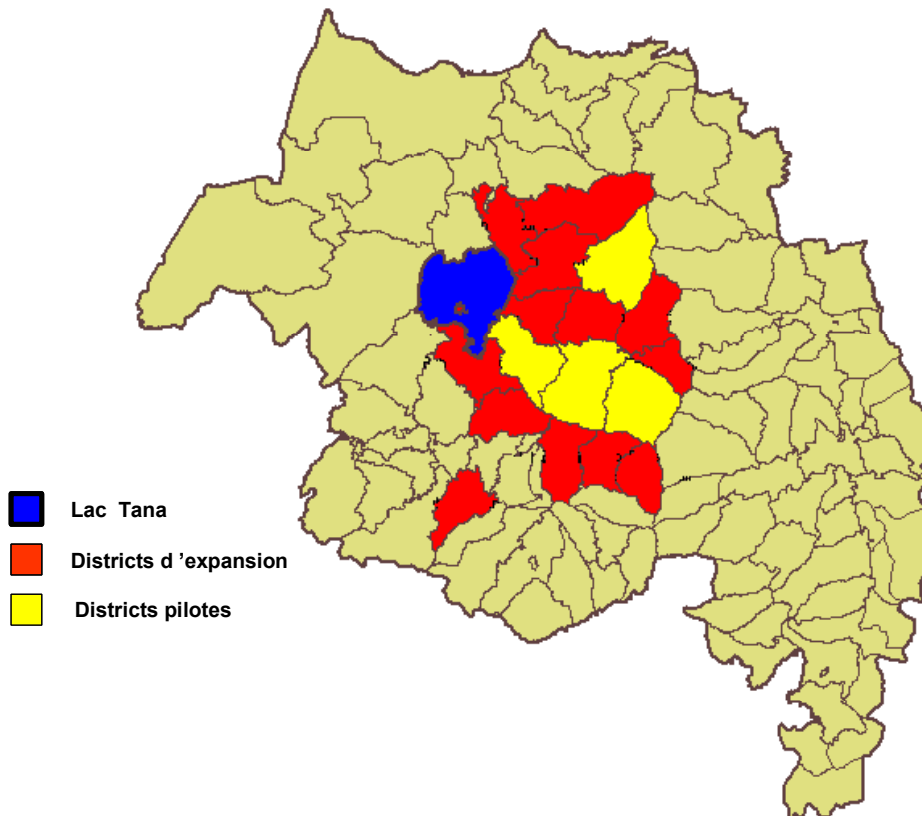
Les données de l’enquête concordent avec des rapports indiquant que l’Ethiopie connaît une prévalence extrêmement élevée du trachome cécitant. En extrapolant les résultats de l’étude, le RHB d’Amhara a estimé que 36 000 patients du trichiasis avaient besoin d’intervention chirurgicale et que presque 300 000 enfants avec trachome inflammatoire avaient besoin de traitement antibiotique dans les quatre districts. L’enquête CAP était qualitative et quantitative, avec des groupes de discussion focalisée, des interviews informelles et une enquête auprès des ménages. Les résultats ont été utilisés pour élaborer un programme de santé scolaire et du matériel d’éducation sanitaire, tel que des affiches, des boîtes à images, des dépliants et un manuel de formation pour les agents communautaires. On a formulé un plan d’action quinquennal (2001-2005) pour le PLT zonal de South Gondar dans le cadre d’un atelier de planification de programme qui a permis de réunir le personnel des bureaux sanitaires 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.

Invoquant les trois premières années réussies du PLT de South Gondar, le RHB d’Amhara a demandé que le Centre Carter aide à étendre le PLT à 15 districts supplémentaires où le trachome est endémique (voir carte). Ces nouveaux districts comptent 497 villages, avec une

population totale de 3 millions de personnes. Grâce au soutien de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, le Centre a convenu d'augmenter son soutien. *Des enquêtes initiales de la prévalence du trachome et des études CAP ont été réalisées en 2003-2004 et un plan d'action a été mis au point pour 2004-2005.* Avec l'expansion, *les activités de lutte contre le trachome du RHB d'Amhara, avec l'assistance de Lions-Centre Carter, regrouperont 19 districts dans les quatre zones et une population totale d'environ 4 millions de personnes.*



Carte de l'Ethiopie



Carte de la région d'Amhara avec les districts du PLT, 2003

### Réalisations du programme en 2003

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

Tous les 155 villages cibles du PLT dans la zone South Gondar ont reçu une éducation sanitaire. Le suivi et la surveillance du programme se sont très bien déroulés puisque 71% des villages ont notifié mensuellement des données et que **100% des villages ont fait des notifications trimestrielles**. Les comptes rendus sont rédigés et transmis par un réseau de volontaires et d'agents de santé villageois. Les formulaires de notification des données ont été revus et imprimés aux fins d'utilisation en 2004.

En 2003, 82 enseignants et 56 responsables communautaires ont reçu une formation dans le district d'Estie. Un manuel de formation a été préparé pour les agents communautaires, ainsi qu'un programme de santé scolaire. Les boîtes à images, les affiches, les dépliants et les livrets pour le programme de santé scolaire, ainsi que les vidéos réalisées par le Centre Carter et la BBC ont également été utilisés et distribués pendant la formation. Du matériel supplémentaire pour l'éducation sanitaire a été revu et imprimé pour les activités de 2004.

Le **programme pilote de santé scolaire**, démarré dans trois écoles en 2002, insistant sur N&CE de CHANCE, continue à aller de l'avant. Dans les niveaux 1-4, la prévention du trachome est enseignée dans le cadre du programme normal. Dans les niveaux 5-8, elle est enseignée dans les *clubs du trachome* et les *clubs d'assainissement*. Les trois écoles ont célébré leurs premières **Journées annuelles de Prévention du Trachome** en juin et juillet 2003 pour sensibiliser davantage à la lutte contre cette maladie. Elèves, enseignants, parents et représentants du Centre Carter/Ethiopie, ainsi que le personnel local de l'administration de district, des bureaux de santé et bureaux d'éducation ont tous participé à ces journées de prévention. Les enseignants et les animateurs en matière d'hygiène ont lu des poèmes et les clubs de trachome ont réalisé des sketches et ont chanté des chansons sur le trachome, l'hygiène et la santé. Les élèves ont participé à des concours de questions et réponses au trachome. Plus de 200 personnes ont assisté aux événements. Les Journées de Prévention du Trachome constituent une part importante des activités de mobilisation dans ces communautés où le trachome est très endémique. En 2004, le programme pilote de santé scolaire sera évalué et revu. Ensuite, il sera étendu et regroupera la moitié des écoles dans les quatre districts pilotes. En 2003, le programme a utilisé le matériel imprimé en anglais. A présent, il faut finaliser le programme de formation du PLT et le traduire en amharique. Après s'être rendu dans les écoles pilotes de Dera, l'ancien Gouverneur de District des Lions, Tebebe Y. Berhan, prenant la parole au nom des Lions de l'Ethiopie, a assuré que le programme serait traduit en amharique en 2004.

La lutte contre les mouches et le changement environnemental sont des aspects très importants du PLT d'Amhara. En 2003, un total de **2 151 latrines ont été construites** (85% de l'objectif annuel) avec le soutien du Centre Carter et d'autres organisations partenaires. Des latrines communautaires ont été construites dans trois écoles et trois centres de santé. Le RHB d'Amhara, les Centers for Disease Control and Prevention et le Centre Carter ont joint leurs forces dans une collaboration unique pour accroître la capacité technique de la région. On a demandé à un technicien sanitaire de RHB d'Amhara qui étudie l'entomologie à l'université d'Addis Ababa de rechercher les mouches qui attaquent les yeux dans les villages où le trachome est endémique. Il a identifié et caractérisé les modes d'alimentation et de reproduction de ces mouches. Ses études ont bien confirmé que *Musca sorbens* est l'espèce prédominante de mouches attaquant les yeux



en Ethiopie. C'est dans les matières fécales canines et humaines que se reproduisent ces mouches. Les *Musca sorbens* ont un mode d'activité diurne avec des heures pic d'alimentation de 9h00 à 11h00 et de 15h00 à 18h00 (voir rapport, page 63). Les stratégies de lutte contre la mouche représentent la prochaine étape de la recherche entomologique.

#### *Chirurgie (CH)*

En 2003, huit chirurgiens du trichiasis ont reçu une formation dans les zones d'extension et 11 chirurgiens du trichiasis ont été formés dans les districts pilotes (100% de l'objectif annuel). Les Lions Clubs locaux ont appuyé ces activités grâce au don de SightFirst Lions accordé en janvier 2002 pour former et fournir du matériel à l'intention des chirurgiens du trichiasis. **Neuf campagnes chirurgicales de stratégie avancée** ont été réalisées en 2003, couvrant 5 589 patients du trichiasis (50% de l'objectif annuel). Et, 1 251 patients en plus ont reçu une chirurgie corrective à Libokemkem, district d'extension, d'où un total de **6 840 chirurgies du trichiasis en 2003**. La recherche opérationnelle sur le taux de récurrence du trichiasis post-opératoire à Libokemkem indique un taux de récurrence de 3,5%, six mois après la chirurgie corrective.

Depuis que le programme a commencé à fournir des services chirurgicaux dans les quatre districts pilotes, 10 267 chirurgies du trichiasis ont été réalisées dans ces endroits. Cela représente une réduction de 29% de cas de trichiasis non corrigés, selon les estimations du but d'intervention final pour la chirurgie. Avec l'extension du programme, le BIF pour la chirurgie a été recalculé et s'élève environ à 125 000 patients du trichiasis.

#### **Nombre de chirurgies du trichiasis, par district et par an, zone South Gondar**

	<b>Dera</b>	<b>Ebinat</b>	<b>Estie</b>	<b>Simada</b>	<b>DTH*</b>	<b>Libokemkem</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2001</b>	193	415	0	0	51	0	659
<b>2002</b>	709	713	1,305	1,112	180	0	4,019
<b>2003</b>	1,344	1,523	1,642	870	210	1,251	6,840
<b>TOTAL</b>	<b>2,246</b>	<b>2,651</b>	<b>2,947</b>	<b>1,982</b>	<b>441</b>	<b>1,251</b>	<b>11,518</b>

\* Hôpital de la zone Debre Tabor

#### *Antibiotiques (A)*

##### Pommade ophtalmique de tétracycline

Le PLT de South Gondar a traité 35 106 personnes pour trachome actif en 2003 avec la pommade ophtalmique de tétracycline achetées par le Centre Carter. Les patients ont été traités lors des visites dans les centres de santé, des campagnes chirurgicales et campagnes de vaccinations de stratégie avancée.

##### Azithromycine

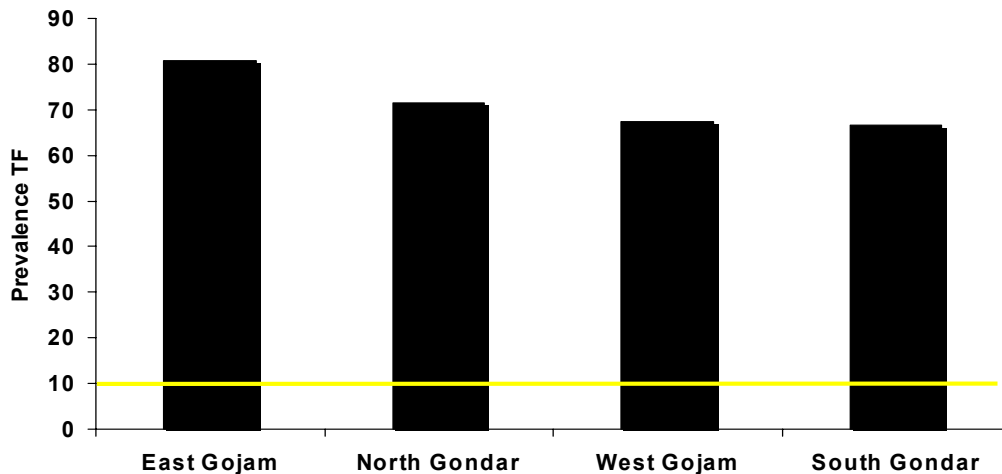
En novembre, **100 256 personnes ont été traitées avec du zithromax** dans le district d'Ebinat (100% de l'objectif annuel). C'était **la première année où le zithromax donné par Pfizer était disponible pour le PLT de South Gondar TCP dans le cadre de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI)**. La distribution s'est bien déroulée et permettra très probablement d'étendre les traitements de masse avec du zithromax sur l'ensemble de la zone du

programme. Les données de tous les districts enquêtés dans la zone de programme soutenue par Lions-Centre Carter indiquent que la prévalence de TF chez les personnes âgées de 1 à 9 ans est supérieure à 60% dans tous les 19 districts d'intervention. Une couverture de 80% de cette population signifierait un traitement annuel d'environ quatre millions de personnes avec de l'azithromycine.

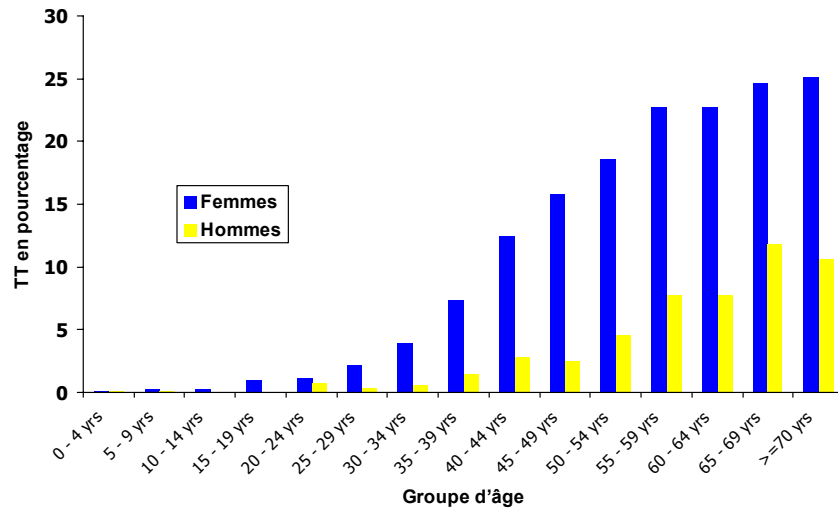
#### *Enquête sur la prévalence du trachome*

En novembre 2003, une enquête sur la prévalence du trachome a été réalisée dans les 15 districts d'extension de la région d'Amhara pour obtenir des données de base. Les équipes de l'enquête ont examiné les yeux de 19 179 personnes de tous les âges dans 4 500 ménages. Un examen des yeux et du visage a été fait chez plus de 6 500 enfants âgés de 1 à 9 ans et des questionnaires approfondis pour les ménages ont été remplis pour 1 497 ménages dans les quatre zones. Tel qu'on l'avait pensé, on a constaté une prévalence élevée du trachome dans toutes les zones enquêtées (voir graphiques). Les taux de TF chez les enfants de 1 à 9 ans se situaient dans une fourchette allant de 66,6% dans South Gondar à 80,8% dans la zone East Gojam. Le trichiasis chez les personnes de 15 ans et au-delà allait de 4,3% dans la zone South Gondar à 7,5% dans la zone North Gondar. Le trichiasis était nettement plus élevé chez les femmes que les hommes. On a également constaté la présence de trichiasis chez les enfants garçons et filles de moins de 4 ans.

**Prévalence du trachome folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans par district, zones d'expansion de la région d'Amhara, 2003**



## Prévalence du trichiasis par groupe d'âge et sexe Zone d'expansion de la région d'Amhara, 2003



L'étude de prévalence s'est également penchée sur les facteurs-risques du trachome.

Résultats intéressants :

- Seuls 28% des enfants de 1 à 9 ans avaient des visages propres (pas d'écoulement oculaire ou nasal)
- Seuls 5% des ménages enquêtés avaient des latrines
- Seuls 1% des ménages avaient des fosses pour l'élimination des déchets
- Dans 45% des ménages, le bétail partageait le même espace que les humains
- 74% des ménages avaient accès à un point d'eau à 30 minutes de marche

### Objectifs pour 2004

La revue annuelle de 2003 pour le PLT zonal de South Gondar était également l'atelier de planification pour le PLT plus étendu de la région d'Amhara. Chaque district fixe ses propres objectifs annuels.

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

- Former les agents de santé, les enseignants et les volontaires dans tous les villages où le trachome est endémique, en matière de lutte et de prévention du trachome, total estimé de 6 500 personnes. Le programme cherchera essentiellement à former un pourcentage plus élevé des femmes en 2004.
- Mettre en œuvre des stratégies d'éducation sanitaire dans 652 villages cibles
- Construire 10 000 latrines

- Etendre l'utilisation du programme de santé scolaire PLT à 50% des écoles dans les quatre districts initiaux du programme

#### *Chirurgie*

- Former 67 nouveaux chirurgiens du trichiasis
- Réaliser 48 881 chirurgies du trichiasis dans les formations sanitaires et les campagnes chirurgicales de stratégie avancée

#### *Antibiotiques*

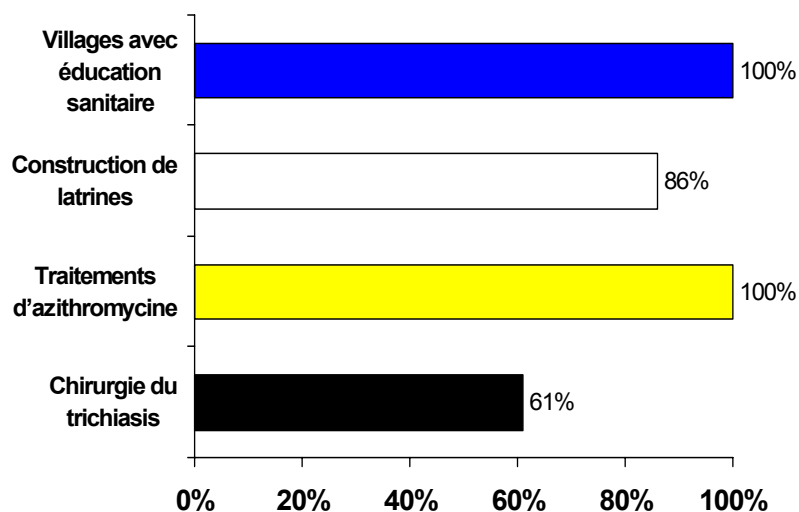
- Traiter 266 000 patients du trachome avec la pommade de tétracycline
- Traiter 550 000 personnes avec l'azithromycine

#### **Recommandations**

Le PLT d'Amhara devrait :

- Travailler avec les Lions Clubs locaux pour intégrer les services de prévention de la cécité, surtout les campagnes combinées de cataracte et de trichiasis et documenter les résultats.
- Présenter les activités PLT réalisées sur l'ensemble de la région d'Amhara lors des futures revues de programmes, y compris le travail fait avec l'assistance de World Vision/Ethiopie.

### **Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels** Interventions CHANCE, 2003 **Ethiopie**



**Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome en 2003 (janvier-décembre)**  
**Programme de Lutte contre le Trachome appuyé par le Centre Carter – zone South Gondar**

Districts	Dera	Ebinat	Estie	Simada	Récapitulatif
<b>Population</b>	<b>248,652</b>	<b>234,650</b>	<b>335,450</b>	<b>241,163</b>	<b>1,059,915</b>
<b>Nombre de villages</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>155</b>
<b>Prévalence initiale (2000)</b>					
% TF (enfants de 1 à 9 ans)	49.6	78.8	67.4	52.8	62.4
% TFTI (enfants de 1 à 10 ans)	81.2	94.7	90.2	84.7	87.9
% TT (femmes de 40 ans et plus)	23.2	20	18.3	18.6	19.9
% d'enfants avec des visages propres (enfants de 1 à 9 ans)	0	4.1	10.8	0.3	4.5
<b>CAP<sup>1</sup> Initiale</b>	2001	2001	2001	2001	2001
<b>N &amp; CE Villages ciblés par l'intervention</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>155</b>
Nombre de villages avec éducation sanitaire	29	34	55	37	155
Couverture en % (villages avec éducation sanitaire)	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre de volontaires formés	0	0	0	0	0
Nombre d'agents de santé formés	0	0	0	0	0
Nombre de dirigeants communautaires formés	0	0	56	0	56
Nombre d'enseignants formés	0	0	82	0	82
Matériel d'éducation sanitaire disponible	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Latrines construites en 2003	304	285	1,261	201	2,151
Nombre ciblé pour la construction de latrines en 2003	600	500	830	600	2,530
Couverture en % (nb de latrines construites)	51%	57%	152%	34%	85%
<b>Antibiotiques</b>					
<b>Azithromycine<sup>2</sup> Villages ciblés par l'intervention:</b>	<b>N/A</b>	<b>18</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>18</b>
Traitements (2003)		100,256			100,256
Population ciblée		100,000			100,000
Couverture en % des personnes recevant du zithromax		1			100%
<b>Pommade de tétracycline Villages ciblés par l'intervention :</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>155</b>
Traitements (2003) <sup>3</sup>	6,423	6,963	15,641	5,735	35,106
Population ciblée	16,416	20,000	23,100	18,000	77,516
Couverture en %	39%	35%	68%	32%	45%
<b>Chirurgie Villages ciblés par l'intervention:</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>155</b>
Chirurgies (2003) <sup>4</sup>	1,344	1,523	1,642	870	5,589
Population ciblée	3,200	2,000	3,200	2,880	11,280
Couverture (%)	42.0%	76.2%	51.3%	30.2%	49.5%
Nombre de chirurgiens formés en matière de trichiasis <sup>5</sup>	2	3	4	2	11
Nombre ciblé de chirurgiens du trichiasis	2	3	4	2	11
Couverture (%)	100%	100%	100%	100%	100%

1. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques- qualitative & quantitative

2. Zithromax disponible uniquement pour Ebinat

3. Personnes supplémentaires traitées avec de la pommade TTC à l'hôpital Debretabor:

344

4. Chirurgies supplémentaires réalisées à l'hôpital Debretabor:

210

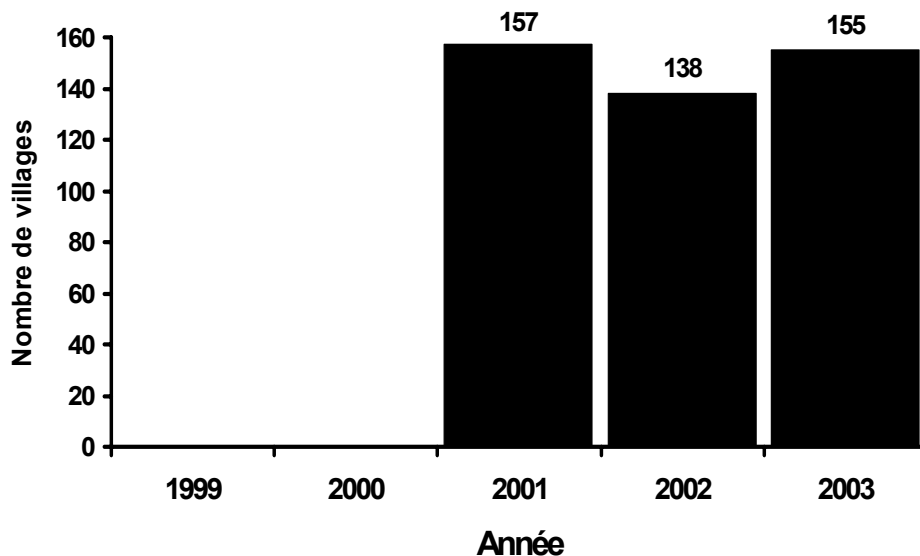
4. Chirurgies supplémentaires réalisées dans les districts d'expansion:

1,251

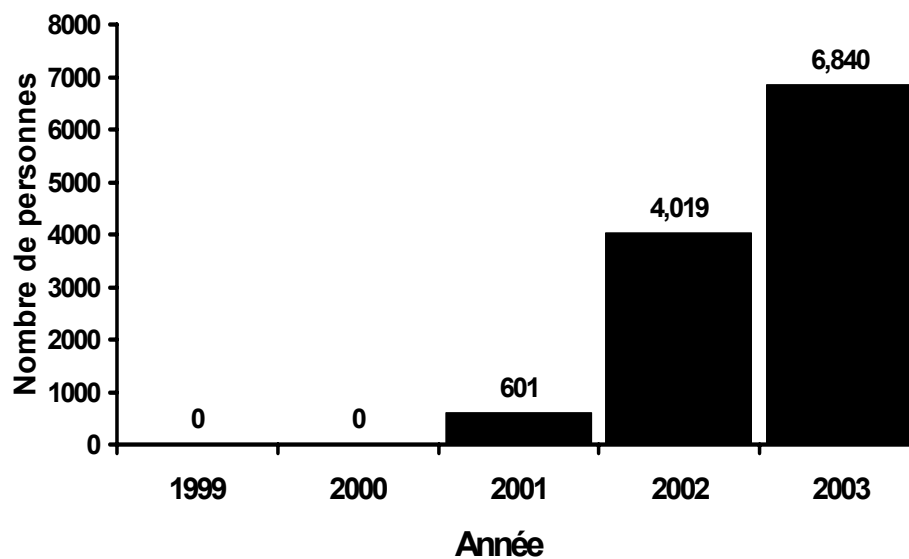
5. Chirurgiens supplémentaires formés en TT dans les districts d'expansion:

8

**Nombre de villages recevant l'éducation sanitaire continue, par année, South Gondar, Ethiopie, 1999-2003**



**Nombre de personnes opérées pour trichiasis par année, South Gondar, Ethiopie, 1999-2003\***



\* Retards du trichiasis = 36 000 patients (estimation de 2001)  
Total personnes opérées 1999-2003 = 11 460 (32% du retard)

## 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 (PNPC) a été créé en 1987. Les Ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Approvisionnement en Eau & du Développement social ont mis sur pied, en 1999, une Équipe spéciale de Lutte contre le Trachome. Les représentants des partenaires, dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, Christoffel Blindenmission, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Association africaine musulmane et l'Organisation mondiale de la Santé, sont également membres de l'Équipe spéciale.

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

### Réalisations du programme en 2003

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

Un total de **1 122 villages dans les trois régions cibles** (Zinder, Maradi et Diffa) **ont bénéficié, en 2003, de séances systématiques d'éducation sanitaire** pour la prévention du trachome. Afin d'arriver à ce niveau élevé d'éducation sanitaire dans la communauté, on a formé, en matière de prévention du trachome, 1 274 volontaires, dont des agents de santé communautaires et des enseignants d'écoles publiques et coraniques. Le programme a réalisé et distribué des boîtes à images, des affiches, des tee-shirts et des calendriers.

Des messages d'éducation sanitaire ont été réalisés et diffusés sur les stations radiophoniques publiques et privées pour étendre la portée de la campagne d'éducation du PLT. Comme au Ghana, les superviseurs du PLT du Niger craignaient que les personnes qui écoutent les annonces radiophoniques et les ritournelles ne comprennent pas toujours les messages de santé visés ou alors, ne s'en rappellent pas. Aussi, le PLT du Niger a-t-il **démarré 24 clubs d'écoute radiophonique** (groupes de formation radiophonique) dans les communautés rurales comme stratégie pour mettre au clair et renforcer les messages de santé et d'hygiène pour les personnes dans les villages où le trachome est endémique. Outre l'assistance technique, le Centre Carter a fait don de

radios Freeplay aux clubs d'écoute. Pour les personnes qui risquent de ne pas avoir accès à une radio, les artistes et éducateurs sanitaires ont travaillé ensemble pour mettre sur pied des sketches joués dans les grands villages et marchés hebdomadaires.

Le projet de promotion à Zinder était le fer de lance de la campagne N&CE au Niger. Ce projet a démarré en 2002 avec, pour objet, de réduire les populations de *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et d'améliorer l'hygiène en général. Le Centre Carter et la l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI) ont fourni une assistance technique et financière au programme pour promouvoir la construction de latrines et l'utilisation correcte dans les villages ciblés. **Le projet a aidé les villageois à construire 1 645 latrines familiales** (53% de l'objectif annuel) en 2003. L'année précédente, le projet avait aidé 1 282 ménages à construire des latrines. De plus, on a formé un total de 90 femmes dans les zones rurales pour préparer des savons traditionnels et améliorer ainsi l'hygiène familiale. En 2003, après un an de promotion des latrines, le programme a évalué l'utilisation, l'entretien et l'acceptabilité des latrines (voir rapport, page 50). L'effet général du programme N&CE au Niger est très encourageant, s'accompagnant d'une forte demande pour des latrines familiales.

#### *Chirurgie (CH)*

En 2003, le programme a formé 44 nouveaux chirurgiens du trichiasis intervenant dans des structures sanitaires intégrées. Tous les nouveaux chirurgiens du trichiasis et 75 qui avaient été formés auparavant ont été équipés de troussees chirurgicales pour le trichiasis. Les nouveaux ciseaux et les nouvelles pinces étaient particulièrement demandés. Douze médecins ont été formés pour pouvoir superviser les opérations du trichiasis et suivre les activités du PLT. Dans l'ensemble, **4 858 patients du trichiasis ont bénéficié d'une chirurgie corrective** en 2003 (65% de l'objectif annuel). De 1999 à 2003, on note une augmentation régulière du nombre de patients couverts par le programme pour la chirurgie du trichiasis (voir graphique, page 17). Difficultés rencontrées en 2003 dans le courant des interventions chirurgicales : nécessité de former un bien plus grand nombre de chirurgiens du trichiasis, demandes de recouvrement des coûts pour les activités dans les centres de santé et autres facteurs non reliés au trachome exigeant sa part d'attention, tels que les journées nationales de vaccination pour la poliomyélite et épidémie de méningite en février-juin.

#### *Antibiotiques (A)*

Grâce au soutien de l'ITI, le PLT du Niger a réalisé, en 2003, sa seconde distribution annuelle de zithromax donné par Pfizer. **Un total de 710 230 personnes dans les villages où le trachome est très endémique avaient reçu de l'azithromycine** au cours de campagnes de traitement de masse (91% de l'objectif annuel). La distribution d'azithromycine en 2003 était sept fois plus importante que celle de la campagne de 2002. La campagne a fait reculer la prévalence du trachome actif, de 63% à 23% six mois après le traitement de masse. De plus, 68 606 patients ont été traités avec la pommade ophtalmique tétracycline en 2003 (429% de l'objectif annuel).



## **Objectifs pour 2004**

### *N & CE*

- Atteindre 4 000 villages où le trachome est endémique [avec éducation régulière en matière d'hygiène et mobilisation communautaire]
- Construire 3 000 latrines familiales SanPlat
- Continuer la formation des femmes villageoises sur la préparation du savon traditionnel
- Installer 25 points d'eau dans les villages où le trachome est endémique

### *Antibiotiques*

- Traiter 2 363 252 personnes avec de l'azithromycine lors des campagnes de traitement de masse

### *Chirurgie*

- Former 80 chirurgiens du trichiasis et 15 médecins-superviseurs en plus
- Réaliser une chirurgie corrective des paupières sur 10 400 patients du trichiasis

### *Suivi et évaluation*

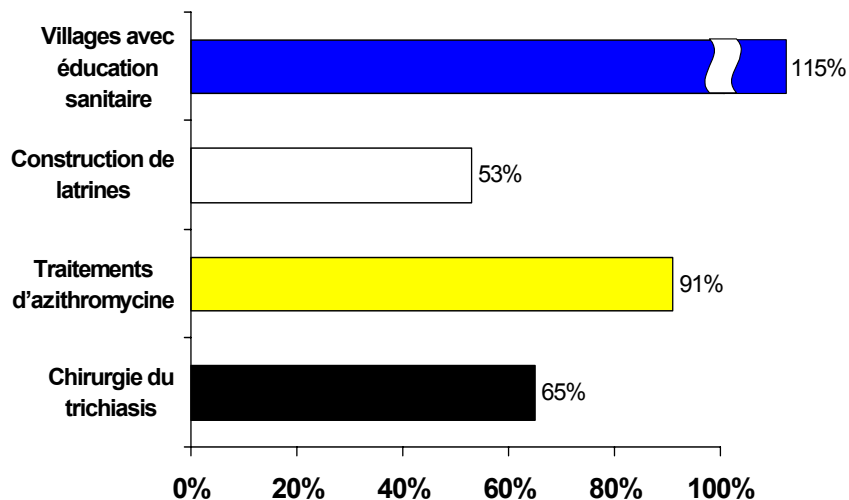
- Améliorer le suivi des activités du PLT dans les régions de l'intervention

## **Recommandations**

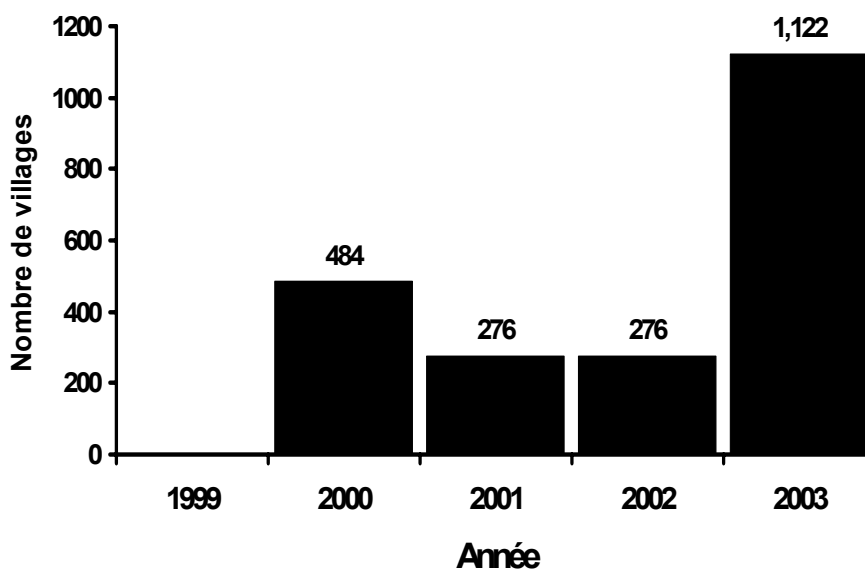
Le PLT du Niger devrait :

- Organiser un atelier pour élaborer un plan stratégique de cinq ans en avril 2004
- Déterminer les buts d'intervention finals pour tous les volets de la stratégie CHANCE
- Mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie CHANCE afin de couvrir six régions endémiques
- Standardiser les indicateurs pour faire le compte rendu des interventions des programmes
- Mettre en place un système de surveillance pour le programme à Zinder, Maradi et Diffa
- Cibler les femmes dans le cadre de la formation en éducation sanitaire
- Continuer à promouvoir les clubs d'écoute radiophonique dans les communautés rurales
- Renforcer la collaboration avec toutes les ONG
- Recommander un accès élargi à l'eau dans les communautés où le trachome est endémique

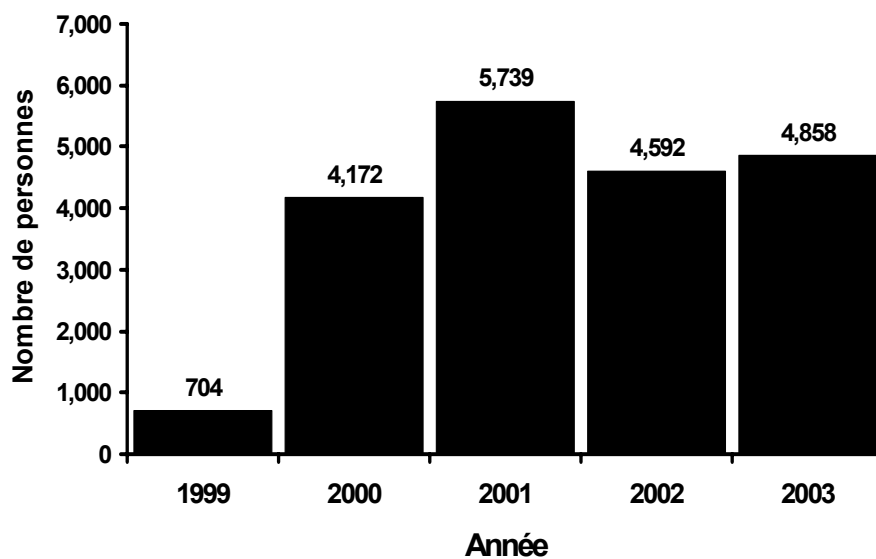
## Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels Interventions CHANCE, 2003 Niger



## Nombre de villages recevant l'éducation sanitaire continue, par année, Niger, 1999-2003

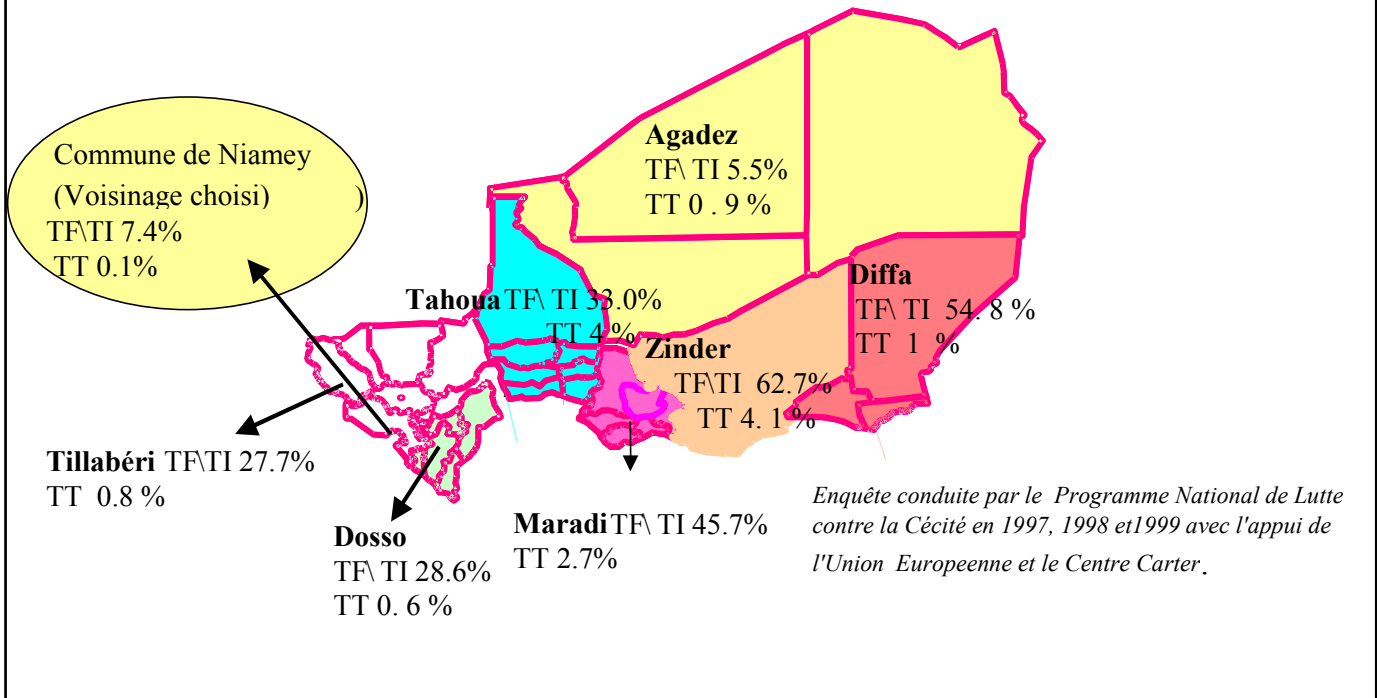


### Nombre de personnes opérées pour trichiasis par année, Niger, 1999-2003\*

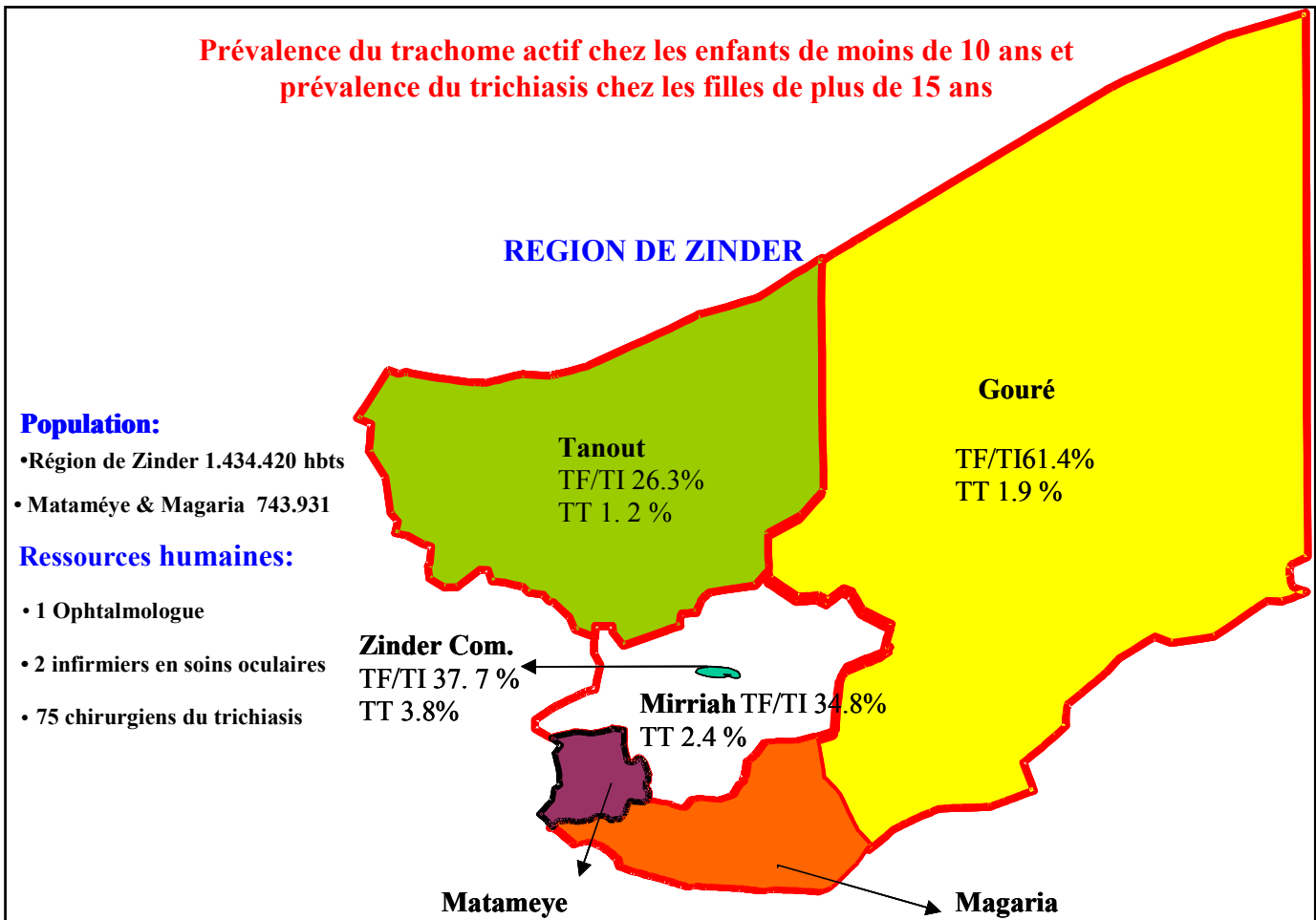


\* Cas de trichiasis = 68 300 patients (estimation de 1999)  
Total personnes opérées 1999-2003 = 20 065 (29% du retard)

**Prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et  
prévalence du trichiasis chez les filles de plus de 15 ans**



**Prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et  
prévalence du trichiasis chez les filles de plus de 15 ans**



## **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 du Soudan et Madame Alice Onsarigo, Responsable du Programme du Trachome, le Centre Carter/Nairobi, qui sert les zones du Soudan appuyées par le consortium Operation Lifeline Sudan. L'assistance du Centre Carter au Soudan est financée par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.*

### **Données générales**

On sait depuis longtemps que le trachome est une grave maladie au Soudan, mais très peu de données autres que celles des dossiers des hôpitaux et centres cliniques étaient disponibles avant mai 1999, lorsqu'une équipe du Ministère fédéral de la Santé du Soudan (MFS) a réalisé la première enquête sur la prévalence du trachome, à base communautaire, dans deux régions du pays, avec l'assistance financière de la Fondation Conrad N. Hilton et le soutien technique du Centre Carter. Une enquête a été faite à Wadi Halfa, dans le Nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud (voir Carte 1). Auparavant, on pensait que le trachome était un grave problème uniquement dans le Nord du pays, mais les deux enquêtes ont confirmé que le trachome était la cause de graves maladies et d'une prévalence importante de la cécité, aussi bien au Sud qu'au Nord du Soudan.

Les résultats de l'enquête ont poussé à la signature, plus tard cette année, d'un accord pour l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, qui apporte un financement au Soudan pour la lutte contre l'onchocercose et le trachome. Ensuite, les trois premiers partenaires (MFS, Lions International et le Centre Carter) ont commencé à collaborer avec deux organisations non gouvernementales (Christian Mission Aid et MEDAIR) du consortium Operation Lifeline Soudan/South (OLS) pour planifier la lutte contre le trachome à grande échelle dans le pays en fonction de la stratégie CHANCE de l'OMS. On a constaté que la pommade de tétracycline n'était pas très bien acceptée par la population et on a donc demandé à Pfizer Inc de faire don de zithromax (azithromycine). Extrêmement généraux, Pfizer a fait don de zithromax au Soudan dans le cadre de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome en août 2000. L'adjonction de zithromax au PLT du Soudan a renforcé la participation communautaire et le programme a été mieux accepté dans un grand nombre de communautés ciblées.

Le Soudan est le plus grand pays d'Afrique et c'est l'un des plus pauvres d'après son revenu par habitant. Son vaste territoire, son infrastructure précaire et l'insécurité, surtout dans la partie Sud du pays, rendent bien difficiles les initiatives de santé publique. Le Soudan compte une population de 30 millions de personnes, dont 22 millions au moins vivent dans les états au Nord. Le Soudan a été dévasté par la guerre civile pendant 37 des 48 années depuis que le pays a accédé à l'indépendance en 1956. La dernière phase de la guerre civile, la plus longue qu'ait connue l'Afrique, sévit depuis 1983. Depuis 1989, l'aide humanitaire au Sud du Soudan relève des hospices d'Operation Lifeline Sudan, consortium d'organismes des Nations Unies et plus de 40 organisations non gouvernementales. Le Gouvernement du Soudan contrôle pratiquement toute la partie au

Nord du pays et certaines enclaves du territoire au Sud, où se déroulent essentiellement les combats.

Le Centre Carter intervient au Soudan depuis 1986, date à laquelle le Centre a commencé un projet d'assistance agricole qui a duré jusqu'en 1992. L'ancien Président Jimmy Carter a organisé une réunion entre les factions de la guerre civile en 1989 et a négocié un « Cessez-le-feu du Ver de Guinée » qui a permis de mettre fin aux hostilités pendant presque six mois en 1995. Le Président Carter a également négocié un accord entre les gouvernements du Soudan et de l'Ouganda en 1999, restaurant ainsi les relations diplomatiques entre les deux pays en 2001. Le Centre Carter est le chef de file, depuis 1995, de l'éradication de la dracunculose, des deux côtés du Soudan, et facilite également la coordination des efforts de lutte contre l'onchocercose entre les deux côtés, à partir de ses bureaux à Khartoum et à Nairobi. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan est calqué sur les Programmes d'Eradication de la Dracunculose et de Lutte contre l'Onchocercose et le Centre Carter aide à coordonner les activités des deux côtés malgré la guerre. La position du Centre Carter, partenaire important de ces trois programmes de santé publique au Soudan, facilite à son tour son rôle pour essayer d'apporter la paix au pays.

C'est le Comité consultatif technique du Trachome, créé en juin 1999 comme organe du Ministère fédéral de la Santé, qui encadre le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan (PLT Soudan). Les activités du Gouvernement du Soudan (GS) sont coordonnées et suivies de Khartoum par le MFS avec l'assistance du Centre Carter. Les activités dans les zones où intervient l'OLS sont coordonnées et suivies à partir de Nairobi, par le Centre Carter avec l'assistance des ONG partenaires et unités humanitaires des forces de l'opposition. Les comités locaux supervisent les activités dans chacune des régions opérationnelles. Des réunions des responsables des programmes GS et OLS se tiennent trimestriellement pour renforcer au maximum la coordination du programme national. Des données des deux côtés sont collectées, analysées et notifiées par le coordinateur national qui représente le programme national dans les réunions internationales. Le PLT du Soudan a lancé ses activités de terrain en 2000 avec la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la région de Malakal.

Dans les régions du Soudan où les soins de santé sont fournis par l'OLS, le Centre Carter a commencé à collaborer avec trois ONG, Medair, CMA et ADRA, en 2000, pour réaliser les volets A, N & CE de CHANCE. Les enquêtes sur la prévalence du trachome ont été exécutées dans quatre endroits en 2001 et dans trois en plus en 2002. En 2003, le Centre Carter coordonnait les activités de six ONG situées dans 12 endroits au Sud du Soudan. La population totale dans toutes les zones où intervient l'OLS, desservies par le PLT du Soudan, s'élève à 600 000 personnes.

## **Réalisations du programme en 2003 dans les régions desservies par le Gouvernement du Soudan (GS)**

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

En 2003, dans les régions du Gouvernement du Soudan, des séances systématiques d'éducation sanitaire, ont été réalisées dans 664 villages (51% de l'objectif annuel) dans le but d'augmenter le nombre de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. L'éducation en matière de trachome en milieu scolaire a continué en 2003 et des **enseignants du trachome** ont été affectés dans les écoles de chaque région ciblée par le programme. A Wadi Halfa, des **Clubs du Trachome** se sont créés à l'Université Dongola. A Malakal, des clubs analogues du trachome ont été mis sur pied à l'Université Upper Nile et dans les lycées afin de promouvoir l'éducation en matière d'hygiène. Les écoles de sages-femmes, les clubs de sport et les groupes d'activistes de jeunes participent également à l'éducation en matière de trachome. Des messages de lutte contre le trachome ont été diffusés à la radio et à la télévision chaque semaine dans les régions du programme.

Des latrines ont été construites par des organisations partenaires, dont le programme W.E.S et FAR de l'UNICEF (Fellowship for African Relief). Au total, 1 933 latrines ont été construites dans les régions où le trachome est endémique (162% de l'objectif annuel). Le problème pour mettre en œuvre N & CE en 2003, c'est que les latrines ne sont pas encore très acceptées dans certaines régions et les services ont été interrompus dans les régions d'insécurité des états de Darfur et Upper Nile.

### *Chirurgie (CH)*

En 2003, seules 338 chirurgies du trichiasis ont été réalisées dans les régions soutenues par le GS (11% de l'objectif annuel). Par ailleurs, si l'on inclut les chirurgies réalisées dans les hôpitaux d'état et à Elmaghrabi Eye Hospital, 2 658 patients du trichiasis ont été opérés. En septembre, Christoffel Blindenmission (CBM) a aidé à ouvrir le nouveau centre de soins oculaires à Academy Charity Hospital, à Khartoum. Toutes les chirurgies faites à Charity Hospital ont été subventionnées et des chirurgies correctives des paupières ont été faites gratuitement pour les patients du camp de personnes déplacées de Mayo, près de Khartoum. CBM a également fait don d'équipement pour un nouveau centre de soins oculaires à Juba, au Sud du Soudan. Nor Al Eion Hospital, de l'Egypte, fournira du personnel pour les opérations du service des soins oculaires. La paix rétablie au Soudan, cela pourrait devenir le centre de lutte contre le trachome au Sud.

### *Antibiotiques (A)*

En 2003, **le PLT, soutenu par le GS, a traité 186 246 personnes avec du zithromax donné par Pfizer Inc** (87% de l'objectif annuel). Les traitements couvraient les populations concernées dans cinq grandes régions (voir Carte 1). Dans chaque région, on a formé des volontaires communautaires pour la distribution de zithromax. Une formation a été dispensée à 290 nouveaux distributeurs communautaires de médicaments. La pommade ophtalmique de tétracycline a également été distribuée pour le traitement du trachome actif, mais l'observance du protocole de traitement était faible. Souvent, les patients n'appliquaient la pommade qu'une ou deux fois puis arrêtaient de l'utiliser. Un

grand nombre de patients pensent que la pommade oculaire se destine uniquement aux enfants.

#### *Suivi et évaluation et recherche opérationnelle*

Le PLT du Soudan maintient un système de notification mensuelle pour la surveillance routinière des villages cibles. Les superviseurs font des visites ponctuelles dans les régions du programme pour suivre les activités du PLT.

En 2003, le PLT du Soudan a commencé une enquête nationale sur la prévalence du trachome, à base de population, dans les régions rurales en utilisant la méthodologie OMS du sondage par grappes intersectionnelles. L'enquête avait pour objectif de :

- déterminer la prévalence de TF et TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans
- déterminer la prévalence de TS, TT et CO chez les personnes âgées de plus de 15 ans
- évaluer la propreté des visages chez les enfants âgés de 1 à 9 ans
- évaluer l'hygiène environnementale (présence et utilisation de latrines, évacuation des déchets)

Plus de 80% des données de l'enquête ont été collectées en mars 2004. Les analyses préliminaires mettent à jour une prévalence élevée du trachome au sein des populations sondées. Les résultats de l'enquête seront fort utiles pour planifier l'expansion nationale du PLT du Soudan.

#### **Objectifs pour 2004**

- Fournir une éducation sanitaire systématique en matière de trachome à plus de 1 000 000 personnes
- Etendre le programme à 220 nouveaux villages, en fonction des données de l'enquête
- Réaliser une chirurgie corrective pour 2 000 patients du trichiasis
- Distribuer de l'azithromycine à 500 000 personnes dans le cadre de la campagne de traitement de masse
- Distribuer 50 000 tubes de pommade ophtalmique de tétracycline
- Former 26 nouveaux dirigeants communautaires en matière de promotion du PLT
- Former 220 agents de santé communautaires
- Recommander la construction de 2 000 latrines familiales et de 200 latrines de démonstration sur les marchés, dans les églises, etc.
- Distribuer du savon à 500 000 personnes dans l'état Upper Nile

#### **Réalisations du programme en 2003 dans les régions desservies par l'OLS**

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan soutenu par l'OLS intervient dans des régions à prévalence élevée de trachome cécitant, où le trichiasis est noté chez des enfants de 5 ans. Il existe de solides croyances et pratiques culturelles qui exposent les gens au risque de contracter le trachome. En outre, le programme a du mal à accéder à ceux qui sont le plus à risque à cause de l'insécurité et de l'inaccessibilité d'un grand nombre de régions. Une infrastructure sanitaire précaire et une infrastructure physique



minimale viennent encore compliquer la situation. Il existe un grand nombre de populations nomades mobiles et un grand nombre de personnes déplacées à l'échelle interne.

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

En 2003, le programme a formé 396 volontaires fournissant une éducation sanitaire du PLT à 424 villages. La formation a été réalisée à trois niveaux : volontaires des villages, dirigeants communautaires et enseignants. ***Un compte rendu a été fait régulièrement des activités d'éducation sanitaire, notifié dans les listes prioritaires pour chaque village.*** L'examen de ces listes est en train d'être fait actuellement pour évaluer l'exactitude et l'utilité des données collectées, notamment vérifier et améliorer les données démographiques initiales.

Les stratégies d'éducation en santé et hygiène varient selon la région ciblée et les partenaires ONG concernés. Des groupes de jeunes à Padak apportent des messages sur la lutte contre le trachome dans les églises, les écoles et les marchés. Des groupes de théâtre apportent des messages dans les réunions communautaires, par exemple, les matches de lutte corps à corps traditionnels. Dans les écoles de Padak, des parades d'inspection ont été utilisées tous les matins pour encourager la propreté des visages. Des concours entre les écoles ont été organisés avec des questions contenant des messages clés d'éducation sanitaire. Théâtre inspiré par le PLT et concours de dessin et de musique, où des stylos ont été remis aux écoles et élèves gagnants étaient au titre des autres événements.

La couverture et l'utilisation de latrines restent très faibles au Sud du Soudan où l'emploi de latrines est souvent inacceptable à cause de solides croyances et pratiques traditionnelles. Autre problème : les latrines peuvent s'effondrer pendant la saison des pluies dans un grand nombre de régions où les sols noirs du coton ne sont pas suffisamment solides pour soutenir les latrines à fosse. Le coffrage en ciment de ces latrines est très cher dans cette région, où les matériaux de construction doivent être importés dans des conditions difficiles. En 2003, seules 303 latrines familiales ont été construites dans les régions du programme soutenues par l'OLS (33% de l'objectif annuel). Par ailleurs, les ONG partenaires changent progressivement d'attitude face aux latrines.

L'approvisionnement en eau dans les régions soutenues par l'OLS s'avère encore plus problématique que les latrines, à cause de l'immense difficulté rencontrée pour déplacer de l'équipement lourd dans le Sud du Soudan. Seuls 27% des villages du programme ont accès à une eau salubre et un grand nombre de communautés évitent d'utiliser les rivières à cause de l'insécurité. De plus, la profondeur à laquelle il faut creuser le puits dépasse souvent la capacité de l'équipement de forage qui peut être utilisé au Sud du Soudan. Par exemple, Medair peut forer à une profondeur de 60 mètres, mais la plupart des villages dans cette région ont besoin de puits de 90 mètres ou plus.

Leçons retirées de la mise en œuvre de N & CE dans les régions soutenues par l'OLS en 2003 : le programme devrait cibler, chaque fois que possible, les écoles, et utiliser l'approche enfant à enfant pour encourager la propreté du visage dans les écoles et à domicile. Aussi, le programme devrait-il préparer du nouveau matériel facile à lire pour les enfants de l'école. Au niveau local, le programme cherchera à faire participer les dirigeants communautaires à la prise de décisions concernant la lutte contre le trachome et à former un plus grand nombre de volontaires dans chaque village. Le programme du Soudan fournira des bicyclettes aux superviseurs du PLT pour faciliter une meilleure supervision et collecte de données. Cherchant à promouvoir les latrines, le programme examinera les technologies permettant la construction de meilleures latrines. Des latrines modèles pourront être construites dans des marchés, des centres de soins de santé primaires, des églises, des écoles et des cours de justice.

#### *Chirurgie (CH)*

En 2003, le bureau de Nairobi du Centre Carter a calculé le but d'intervention final (BIF) pour le trichiasis et a estimé qu'il existait 35 952 patients souffrant de trichiasis non corrigé dans les régions PLT OLS. En 2003, le programme a facilité 1 072 chirurgies correctives (17% de l'objectif annuel). Christoffel Blindenmission, qui est l'ONG chargée de la coordination de la chirurgie du trichiasis, a formé 14 chirurgiens du trichiasis en 2003.

L'énorme retard pris sur les cas de trichiasis non corrigé et le manque de chirurgiens formés et de trousseaux chirurgicales représentent les grands obstacles au niveau de CH. Le personnel chirurgical a souvent été évacué en 2003 et les longues distances que doivent parcourir les gens dans un territoire sur un chemin difficile où guette le danger restent également une barrière de taille à l'expansion de la chirurgie.

#### *Antibiotiques (A)*

En 2003, **le PLT OLS a traité 117 317 personnes avec du zithromax donné par Pfizer Inc** (117% de l'objectif annuel). Par ailleurs, **40 197 personnes en plus ont reçu des pommades ophtalmiques de tétracycline** (201% de l'objectif annuel). Les accomplissements des campagnes de traitement de masse à base d'antibiotiques ont été particulièrement impressionnantes au vu des conditions difficiles. Les communautés ciblées par le PLT au Sud sont d'un accès très difficile. Un grand nombre de communautés migrent vers les points d'eau pendant la saison sèche et sont réticentes à se déplacer sur de longues distances pour arriver aux centres de distribution. Dans certaines régions, une rumeur s'était répandue selon laquelle l'azithromycine était un contraceptif. Enfin, à cause du conflit civil, les ONG partenaires ont été souvent évacuées, parfois pendant plusieurs mois. En 2004, le programme planifie des campagnes de distribution pour la saison sèche et intensifiera la mobilisation sociale pour sensibiliser les communautés des dates de distribution et des centres où les médicaments sont distribués. Il vise également à contrecarrer les rumeurs à propos de la mauvaise intention de la campagne de médicaments. Enfin, le programme cherchera à décentraliser la distribution et à augmenter le nombre de traitements.

### **Objectifs pour 2004**

- Accorder la priorité à l'éducation sanitaire pour les mères
- Dispenser une éducation sanitaire systématique dans 1 117 villages
- Augmenter les programmes de santé scolaire
- Augmenter les stratégies avancées de chirurgie des yeux dans les villages reculés
- Recruter et former des volontaires qui vivent avec les populations nomades
- Augmenter le nombre d'éducatrices-pairs
- Chercher à obtenir l'appui des dirigeants traditionnels pour les latrines
- Construire 500 nouvelles latrines familiales
- Construire 426 latrines de démonstration sur les marchés, dans les églises, les centres de soins de santé primaires, etc.
- Encourager la pratique consistant à enterrer les matières fécales lorsque les latrines ne sont pas utilisées
- Sensibiliser davantage à la chirurgie du trichiasis
- Former un plus grand nombre de chirurgiens et remettre à chacun des trousseaux chirurgicales

### **Recommandations**

*Le PLT du Soudan devrait :*

- Recommander aux organisations partenaires (UNICEF, ADRA, MEDAIR) d'augmenter la couverture en eau
- Formuler une liste de vérification de la supervision pour les activités HE
- Inclure un plus grand nombre de femmes aux activités du programme
- Encourager les partenaires de l'exécution à étendre à plus grande échelle les activités chirurgicales afin de combler les retards en matière de trichiasis et de renforcer la collaboration avec CBM
- Continuer à tenir des réunions d'examen annuel pour suivre l'impact du programme et aider à fixer des objectifs
- Renforcer l'éducation sanitaire en milieu scolaire en collaboration avec les Ministères de l'Éducation aux niveaux fédéral et des états
- Réaliser l'enquête triennale pour mesurer l'impact du programme dans certaines régions choisies
- Renforcer la capacité du personnel MFS en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et la prévention du trachome

**Buts d'intervention finals (BIF<sub>NCE</sub>) et objectifs annuels pour les interventions N&CE, régions du Sud du Soudan soutenues par l'OLS, 2004**

Région	Population	TFTI (1-9)	Nombre de villages	BIF (Nombre villages)	Objectif annuel pour 2004
KATIGIRI	60,000	50%	101	101	101
KEEW	129,000	54%	270	270	145
KIECH KUON	63,500	80%	17	17	17
LANKIEN	100,000	54%	300	300	300
ORINY	35,000	59%	188	188	50
PADAK	48,500	76%	146	146	146
PALUER	70,000	77%	104	104	104
TALI	55,000	73%	120	120	120
BOMA	20,000	60%	100	100	50
<b>TOTAL</b>	<b>581,000</b>		<b>1,346</b>	<b>1,346</b>	<b>1,033</b>

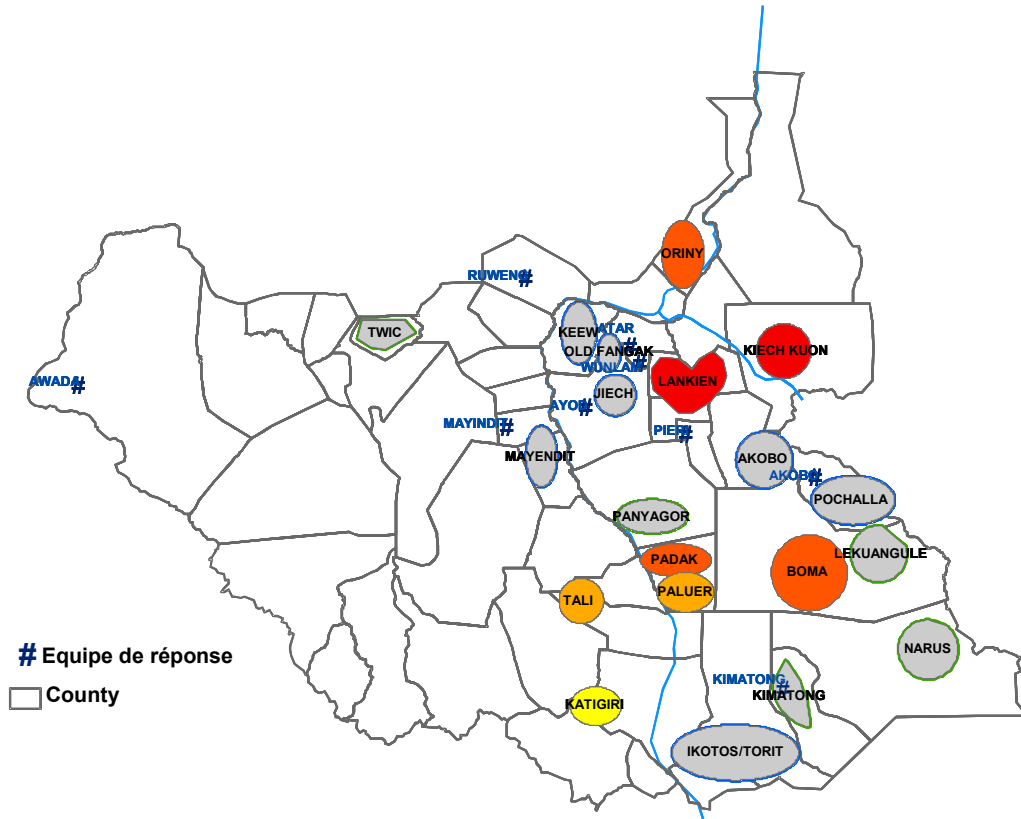
**Buts d'intervention finals (BIF) et cibles annuelles pour la chirurgie du trichiasis, régions du Sud du Soudan soutenues par l'OLS, 2004**

Région	Population	Population âgée 15 ans+	Prévalence TT (15+)	BIF	Objectif annuel "idéal"	Objectif annuel de program
KATIGIRI	60,000	33,000	1.3%	429	86	60
KEEW	129,000	70,950	15.1%	10,740	2,148	2,400
KIECH KUON	63,500	34,925	14.7%	5,144	1,029	100
LANKIEN	100,000	55,000	15.1%	8,326	1,665	2,100
ORINY	35,000	19,250	11.6%	2,225	445	300
PADAK	48,500	26,675	10.1%	2,705	541	250
PALUER	70,000	38,500	10.0%	3,835	767	200
TALI	55,000	30,250	4.1%	1,228	246	100
BOMA	20,000	11,000	12.0%	1,320	264	100
<b>TOTAL</b>	<b>581,000</b>	<b>319,550</b>	<b>11.3%</b>	<b>35,952</b>	<b>7,190</b>	<b>5,610</b>

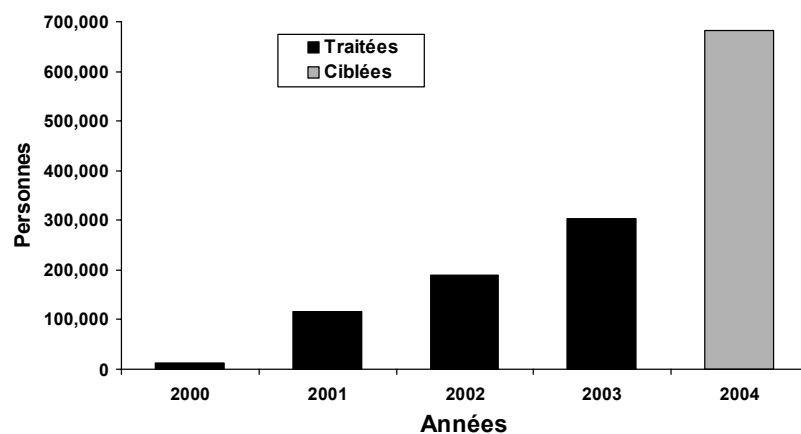
Carte 1. Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan, régions d'intervention appuyées par le Gouvernement du Soudan, 2003



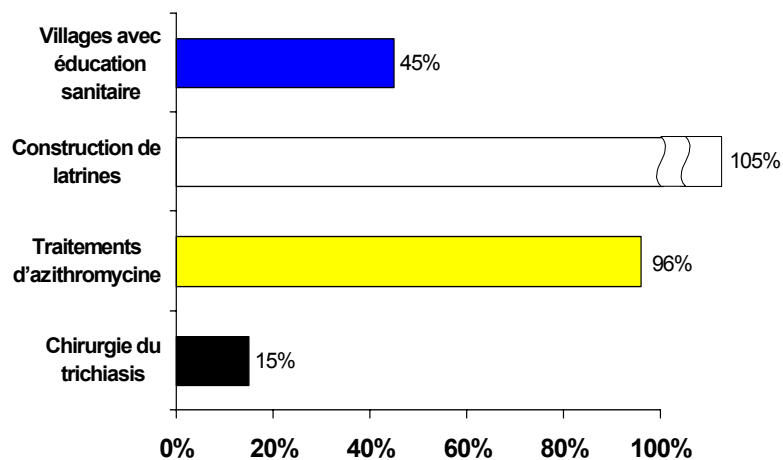
Carte 2. Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan, régions d'intervention appuyées par Operation Lifeline Sudan South, 2003



**Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan**  
**Personnes traitées avec du Zithromax, par an, 2000-2003**  
**Traitements ciblés, 2004**  
**Soudan\***



**Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels**  
**Interventions CHANCE, 2003**  
**Soudan\***



\* Zones GOS et OLS combinées

## Programme de Lutte contre le Trachome du Mali

*Présenté par le Docteur Mamadou Bathily, Conseiller technique résident, Global 2000/Mali, au nom du 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. Des enquêtes sur la cécité réalisées entre 1980 et 1990 indiquent que la cataracte (45%), le trachome (25%) et le glaucome (9%) sont les principales causes de la cécité. Le Programme national de Prévention de la Cécité a été créé en 1994 et un volet trachome a été ajouté deux ans plus tard. La première enquête nationale sur la prévalence du trachome réalisée en 1996-1997 constatait que le trachome revêt un caractère endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et le trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans était de 2,5%.

En octobre 1999, le Programme de Lutte contre le Trachome (PLT) du Mali a démarré à Koulikoro, lors d'une cérémonie officielle avec l'ancien Président américain Jimmy Carter, l'ancien Chef d'état, le Général Amadou Toumani Touré (actuel Président du Mali) et le Président à cette époque, de Lions International, Jim Ervin. Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant le trachome ont été réalisées en 1996 et en 2000 dans la région de Koulikoro. Elles ont apporté au programme national des données sociologiques de base pour la formulation de stratégies et de matériel d'éducation sanitaire. Les évaluations sur le terrain PLT réalisées en 2000 ont aidé à renforcer les activités N&CE à Ségou. Actuellement, le programme intervient dans quatre régions du pays : Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti (voir carte).

### Réalisations du programme en 2003

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

En 2003, de nouvelles stratégies et de nouveaux matériels d'éducation sanitaire PLT ont été mis au point avec le soutien de l'Université Johns Hopkins, notamment un logo et un slogan pour la campagne d'éducation ainsi qu'un manuel de formation. Un documentaire, une vidéo et des cassettes radiophoniques, ainsi qu'un livret de bandes dessinées ont été réalisés. Pour atteindre le plus grand nombre possible de personnes exposées au risque de contracter le trachome, le PLT du Mali a également mis sur pied des campagnes radiophoniques et télévisées pour diffuser l'information sur le trachome et sa prévention.

En 2003, la Division nationale de l'Hygiène et le PLT du Mali, aidés par l'ITI et le Centre Carter, ont formé 254 maçons villageois et **ont construit 1 577 latrines familiales SanPlat à Kayes et à Ségou** (350% de l'objectif annuel). D'autres partenaires, notamment World Vision International et l'UNICEF, se sont joints au PLT du Mali pour promouvoir l'utilisation des latrines dans les communautés rurales. **En collaboration avec la Direction nationale de l'Eau, 50 puits traditionnels ont été aménagés** (33% de



l'objectif annuel). Avec le soutien du Centre Carter, le programme a également fait le point des activités PLT dans 520 villages dans la région de Ségou (voir rapport, page 52).

#### *Chirurgie (CH)*

**Environ 4 500 patients du trichiasis ont bénéficié d'une chirurgie des paupières** (90% de l'objectif annuel) lors des campagnes de stratégie avancée (*camps des soins oculaires*) ou dans les centres de santé. Le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté et moins de 20% des patients atteints de trichiasis ont refusé la chirurgie corrective en 2003.

#### *Antibiotiques (A)*

Depuis 2000, le programme malien a distribué du zithromax donné par Pfizer dans le cadre de campagnes annuelles de traitement de masse ciblant les enfants de six mois à 15 ans et les femmes de 15 ans et plus vivant dans des villages. En 2003, **environ 1 150 000 personnes ont reçu du zithromax** dans les régions de Koulikoro et de Kayes, distribué par 7 000 agents communautaires formés. De plus, la pommade ophtalmique de tétracycline était disponible pour les patients atteints de trachome toute l'année dans les centres de soins de santé primaires. En 2004, le PLT du Mali a l'intention d'étendre la distribution de traitements d'azithromycine à l'ensemble des régions de Koulikoro et de Kayes ainsi que dans un district de la région de Mopti.

#### *Plaidoyer*

La *Journée mondiale de la Vue* a été célébrée le 9 octobre 2003. Comme lors d'années passées, le Mali a utilisé cette date pour démarrer la **Semaine de Prévention de la Cécité** (9-15 octobre), qui cible le grand public et les principaux décideurs, leur apportant des messages à propos de la prévention de la cécité, notamment le combat contre le trachome. En 2003, le slogan était le suivant : « Votre vision vous appartient ! »

#### **Objectifs pour 2004**

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

- Construire 3 500 latrines familiales dans les régions de Ségou et de Kayes
- Remettre en état 100 points d'eau dans les régions de Kayes et de Koulikoro

#### *Antibiotiques*

- Traiter 2 500 000 personnes dans 3 700 villages où le trachome est endémique
- Etendre la distribution de zithromax à tous les districts où le trachome est endémique des régions de Koulikoro et de Kayes et atteindre un district dans la région de Mopti.

#### *Chirurgie*

- Réaliser 5 000 chirurgies du trichiasis
- Sensibiliser davantage le public au trichiasis et à son traitement
- Augmenter le nombre d'interventions chirurgicales du trichiasis réalisées dans les centres de santé
- Continuer à augmenter le taux des interventions chirurgicales

### *Suivi et évaluation*

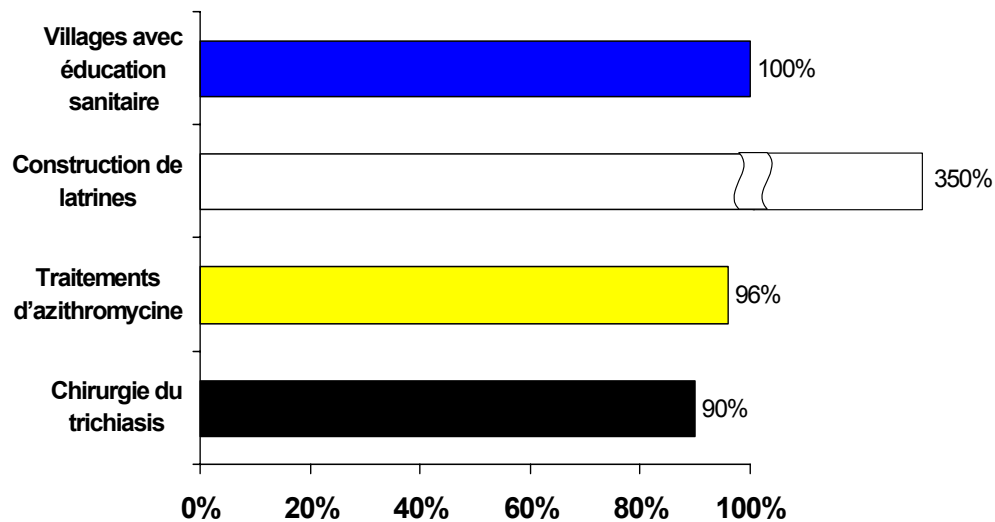
- Suivre les activités du PLT dans les régions d'intervention.

### **Recommandations**

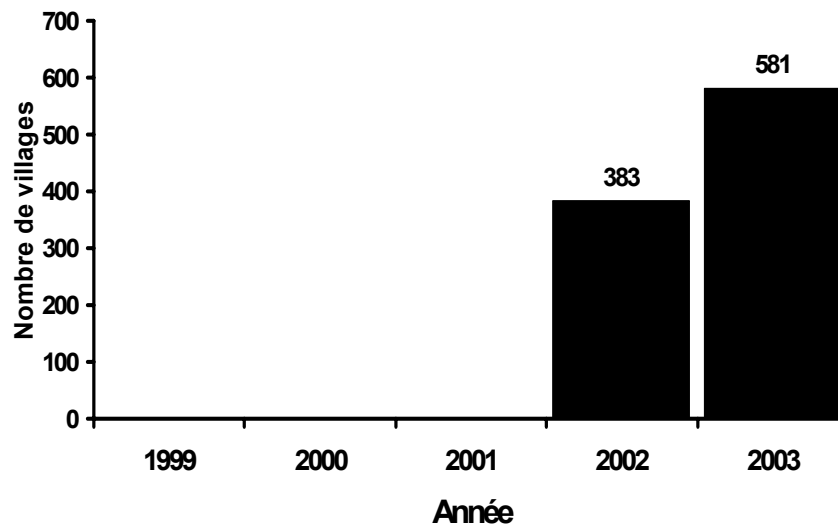
Le PLT du Mali devrait :

- Calculer les buts d'intervention finals pour tous les volets de la stratégie CHANCE et se donner des objectifs annuels
- Formuler des indicateurs simples et clairs pour améliorer le suivi et l'évaluation
- Etendre la construction de latrines familiales dans les régions de Ségou et de Kayes
- Améliorer le partage d'information avec WAWI
- Renforcer la collaboration avec d'autres partenaires dans les zones d'intervention

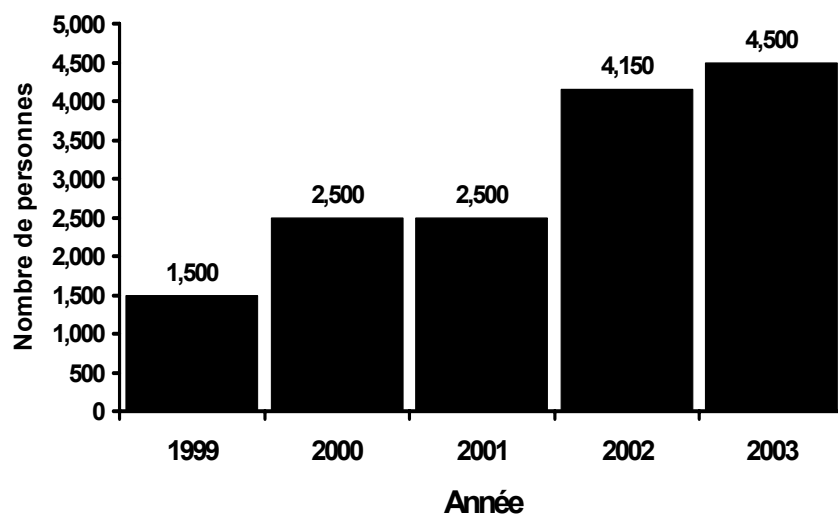
### **Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels** Interventions CHANCE, 2003 **Mali**



### Nombre de villages recevant l'éducation sanitaire continue, par année, Mali, 1999-2003

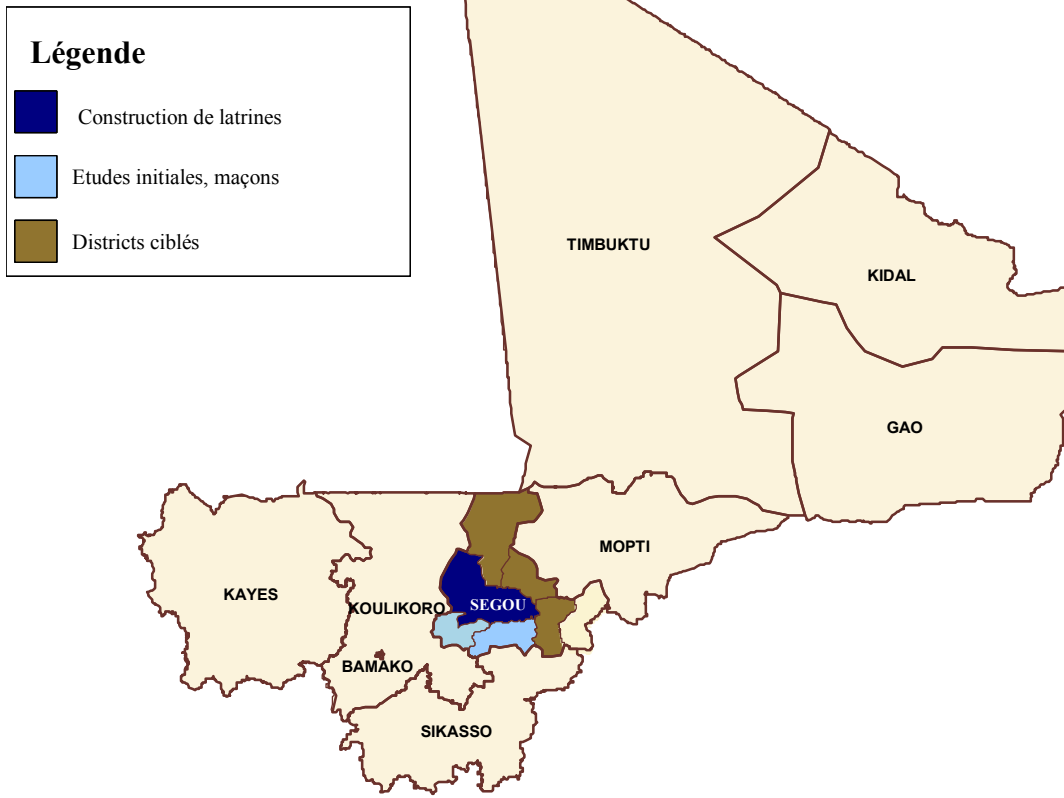


### Nombre de personnes opérées pour trichiasis par année, Mali, 1999-2003 \*

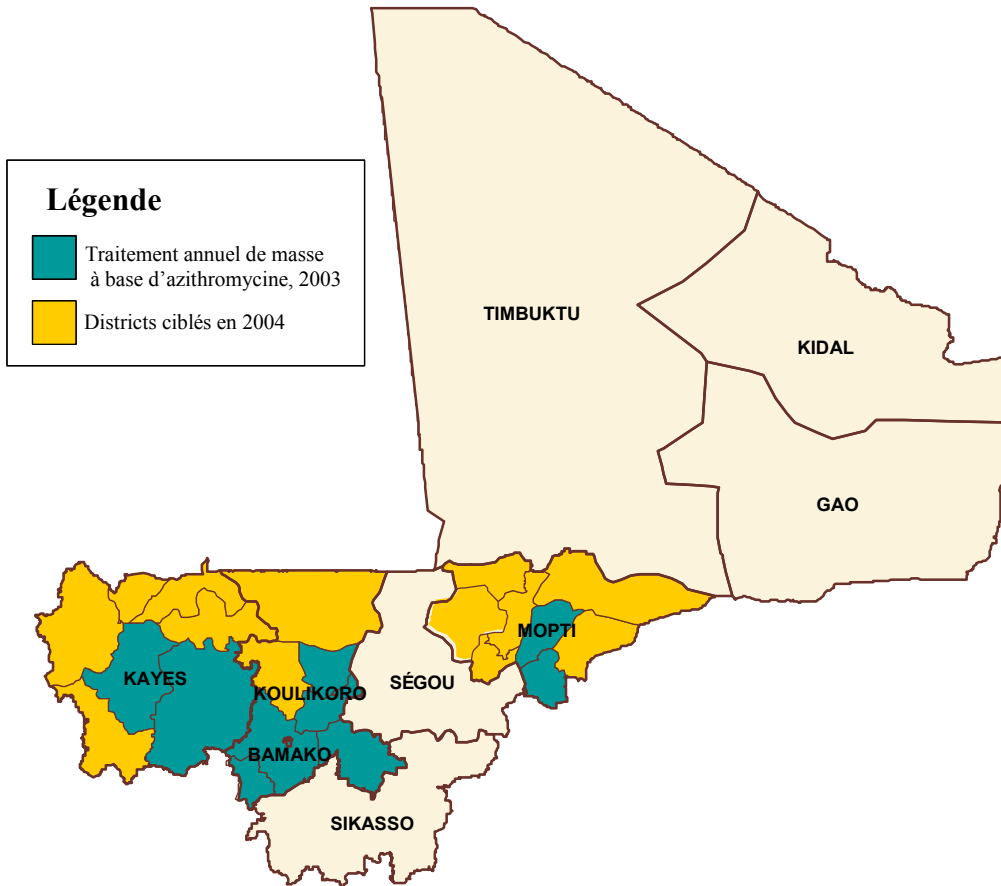


\* Cas de trichiasis restants = 87 500 patients (estimation de 1997)  
Total personnes opérées 1999-2003 = 15 150 (18% du retard)

## Promotion des latrines dans la Région de Ségou, Mali, 2003-2004



## Campagnes de traitement de masse avec de l'azithromycine, Mali, 2003-2004



## **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**

Le trachome se situe au troisième rang des causes de cécité au Ghana, après la cataracte et le glaucome. C'est dans les parties chaudes et sèches au Nord du pays, surtout dans les régions Northern et Upper West (NR et UWR) (voir cartes) que l'on trouve la prévalence la plus élevée du trachome et de la cécité qu'il provoque. Une évaluation rapide du trachome (TRA3) a été réalisée en juillet 1999 avec le soutien de l'Equipe spéciale nationale du Trachome, CBM et le Centre Carter, sur la base d'une méthodologie modifiée de l'OMS. La TRA3 a indiqué que le trachome existe dans les régions NR et UWR et a permis de classer par ordre prioritaire les villages où le trachome est endémique pour les activités de traitement et de prévention. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de Lutte contre le Trachome (PLT) à réaliser la première enquête sur la prévalence du trachome, à base de population, dans les régions Upper West et Northern. Par la suite, d'autres enquêtes sur la prévalence et des évaluations rapides ont été réalisées par le PLT du Ghana pour cartographier le trachome dans les régions NR et UWR.

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

En 2003, le PLT du Ghana était un programme régional intervenant dans quatre districts de la région NR et deux districts dans UWR. Ensemble, les districts ciblés comptent une population de 1 079 095 personnes réparties dans 1 453 communautés. L'équipe spéciale nationale de la Lutte contre le Trachome supervise les activités du PLT au niveau national. Cette équipe compte dans ses rangs des organisations gouvernementales et non gouvernementales intervenant dans la lutte contre le trachome. Dans chaque région où le trachome est endémique, une équipe régionale planifie et suit les activités de lutte contre cette maladie. Elle fait le compte rendu à l'équipe spéciale nationale de Lutte contre le Trachome et fournit un feed-back aux districts et autres partenaires. Une structure analogue existe au niveau des districts qui travaillent en étroite collaboration avec des agents de première ligne pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans 267 communautés ciblées.

En 2001 et en 2002, le PLT du Ghana a mis sur pied des campagnes d'amélioration de l'hygiène dans les communautés où le trachome est endémique, formant 2 245 agents de première ligne, dont des enseignants, des responsables de l'hygiène environnementale, des agents de santé communautaires et des volontaires villageois. Dans le cadre des activités de mobilisation sociale, on a organisé des présentations et discussions pour l'éducation sanitaire, à titre individuel et

collectif, des annonces radiophoniques, des présentations mobiles de vidéo, du théâtre communautaire et des durbars. On a également organisé des Semaines annuelles de Sensibilisation au trachome pour éduquer et préconiser les mesures de lutte contre le trachome.

En 2002, le Centre Carter a mis sur pied des groupes d'éducation radiophoniques dans 20 communautés pilotes du district de Wa, UWR. De plus, 730 chirurgies du trichiasis ont été réalisées et 175 808 personnes ont été traitées avec de l'azithromycine en 2001-2002.

### **Réalisation du programme en 2003**

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

En 2003, le PLT du Ghana a mis en œuvre les volets N&CE de la stratégie CHANCE dans 338 villages (86% de l'objectif annuel). Quatre cent onze agents de première ligne ont été formés pour conduire les activités N&CE dans les communautés où le trachome est endémique. Du matériel d'éducation sanitaire, boîtes à images, livrets à images pour les groupes d'éducation radiophonique, ainsi que des affiches, a été mis au point avec l'assistance du Centre Carter. Une Semaine de sensibilisation au Trachome s'est tenue en décembre dans la région UWR dans le cadre des activités d'expansion du sous-district de Jirapa. Les **groupes d'éducation radiophoniques** sont bien acceptés dans les communautés ciblées du district de Wa dans la région Upper West. Des radios Freeplay ont été distribuées aux groupes et on a organisé des discussions sur les questions d'hygiène et de santé après l'écoute des messages sanitaires. Il est prévu de renforcer les activités dans la région du Nord en 2004 (voir rapport, page 54). Des latrines ont été construites et des points d'eau ont été installés cette année dans certains villages où le trachome est endémique, avec l'aide de l'ITI, du Centre Carter et d'autres ONG partenaires. Au total, **735 latrines ont été construites** (105% de l'objectif annuel) et **141 points d'eau ont été installés** (470% de l'objectif annuel) en 2003.

Leçons retenues sur le plan de l'hygiène et de l'assainissement :

- Les visites régulières que font les responsables de l'hygiène environnementale dans la communauté ont permis d'améliorer nettement l'assainissement et l'hygiène dans certains villages.
- Les membres communautaires souhaitent vivement des latrines personnelles.
- Les latrines doivent être construites avec un coffrage pour éviter qu'elles ne s'écroulent pendant la saison des pluies.

### *Chirurgie (CH)*

En vue d'augmenter la couverture de la chirurgie du trichiasis, des agents de première ligne ont été formés pour dépister et orienter les patients du trichiasis vers les services chirurgicaux du trichiasis. L'éducation sanitaire a été dispensée dans les communautés où la maladie est endémique et des messages radiophoniques diffusés pour sensibiliser davantage à la chirurgie du trichiasis. Les centres de santé offrent gratuitement une chirurgie du trichiasis. En 2003, six infirmiers spécialisés en ophtalmologie ont été formés pour réaliser la chirurgie du trichiasis. Le programme vise à opérer (chirurgie corrective des paupières) 383 patients du trichiasis en 2003 (35% de l'objectif annuel).

Leçons retenues sur le plan de la chirurgie :

- Les infirmiers spécialisés en ophtalmologie devraient rester dans les centres de santé pour réaliser les interventions chirurgicales et traiter les patients au lieu de participer aux enquêtes sur la prévalence. Leur absence dans les centres de santé lors des visites des membres communautaires s'est répercutée négativement sur le nombre de chirurgies du trichiasis.
- Tant qu'il n'existe pas un nombre suffisant de chirurgiens du trichiasis pour assurer une couverture effective des communautés où le trachome est endémique, les camps des soins oculaires représentent la stratégie préférée pour la mise en œuvre de « CH » de CHANCE.

#### *Antibiotiques (A)*

En 2003, le **PLT du Ghana a traité 163 931 personnes avec du zithromax donné par Pfizer** (117% de l'objectif annuel). En plus, 9 785 personnes ont été traitées avec la pommade ophtalmique de tétracycline (70% de l'objectif annuel). Aucune réaction adverse n'a été notée.

Leçons retenues au niveau de la distribution des antibiotiques :

- Le premier trimestre de l'année, pendant la saison sèche, représente le meilleur moment pour la distribution de l'azithromycine puisque toutes les communautés sont accessibles et les exploitants ne travaillent pas pendant cette saison.
- Il est important de coordonner la livraison de l'azithromycine qui a été donné pour assurer une distribution à temps pendant la saison sèche.

#### *Suivi et évaluation du programme*

Le PLT du Ghana a réalisé une **évaluation de l'impact dans cinq districts** pour faire le point du programme et constater l'état d'avancement ces deux dernières années. L'évaluation de l'impact a été réalisée dans des districts recevant déjà du zithromax donné par Pfizer. Plus de 95% des enfants âgés de 1 à 10 ans dans l'échantillon ont indiqué qu'ils avaient reçu au moins une dose d'azithromycine. On note un recul du trachome actif par district, dans une fourchette de 41% à 72%. Toutefois, dans les mêmes communautés, aucun véritable changement n'est noté dans la disponibilité des latrines.

Districts	Pourcentage TF/TI		Réduction en pourcentage
	2000/2001	2003	
<b>Savelugu</b>	9.7	2.0	72.0
<b>Tamale</b>	4.7	1.8	62.0
<b>Tolon</b>	12.4	7.3	41.0
<b>Sissala</b>	11.5	4.4	62.0
<b>Wa</b>	16.1	6.6	59.0

#### *Extension du programme*



Dans le but d'étendre, en 2004, le PLT à tous les sous-districts où le trachome est endémique, le PLT du Ghana a réalisé une enquête sur la prévalence du trachome dans 551 communautés dans les régions Northern et Upper West. On a noté que 57% de ces communautés comptaient certains signes du trachome. La prévalence de TF chez les enfants âgés de 1 à 5 ans allait de 0% dans le sous-district de Nawdoli à 8,2% dans le sous-district de Bole. Par contre, il existait une prévalence de TF allant jusqu'à 53,3% dans certaines communautés. La prévalence du trichiasis la plus élevée chez les femmes de 40 ans et plus était de 1,3% dans le sous-district de Nawdoli. Le programme s'inspirera de ces résultats pour planifier son expansion à 681 communautés, en 2004, couvrant tous les districts où le trachome est endémique du pays.

### **Autres activités**

- La troisième revue nationale de programme s'est tenue en novembre 2003.
- Une réunion de planification pour l'extension du PLT du Ghana s'est tenue en décembre 2003.

### **Objectifs pour 2004**

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

- Etendre le programme pour inclure 680 communautés (tous les 18 districts d'endémicité)
- Construire 1 500 latrines supplémentaires
- Installer 250 nouveaux points d'eau
- Mettre sur pied 41 groupes supplémentaires d'éducation radiophoniques
- Renforcer le programme de santé scolaire et construire des latrines communautaires dans 10 écoles
- Célébrer la Semaine du Trachome dans les 18 districts où le trachome est endémique
- Former 1 800 agents de première ligne en matière de prévention et de lutte contre le trachome
- Former 90 infirmiers en soins oculaires primaires

#### *Chirurgie*

- Recycler 15 chirurgiens du trichiasis et former 36 nouveaux chirurgiens du trichiasis
- Réaliser des chirurgies correctives chez 2 100 patients du trichiasis
- Continuer l'évaluation des résultats de la chirurgie du trichiasis (résultats visuels, récurrence, complications)

#### *Antibiotiques*

- Traiter 315 000 personnes avec de l'azithromycine.

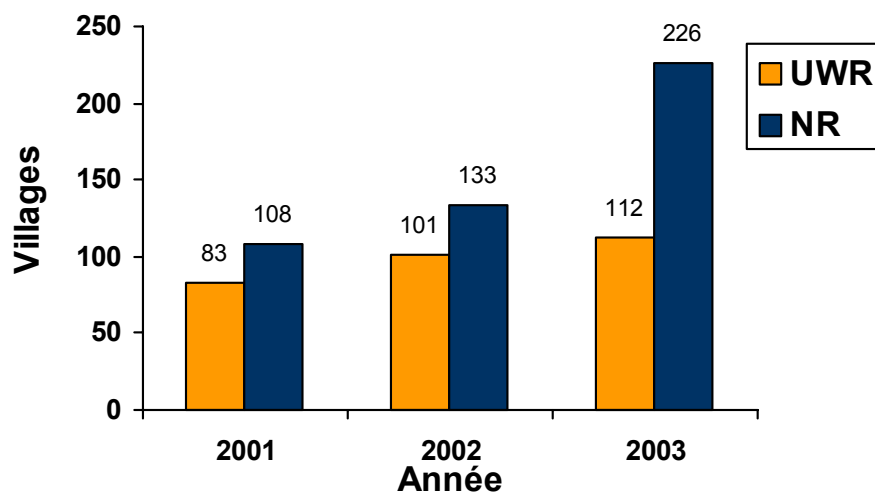
### **Recommandations**

Le PLT du Ghana devrait :

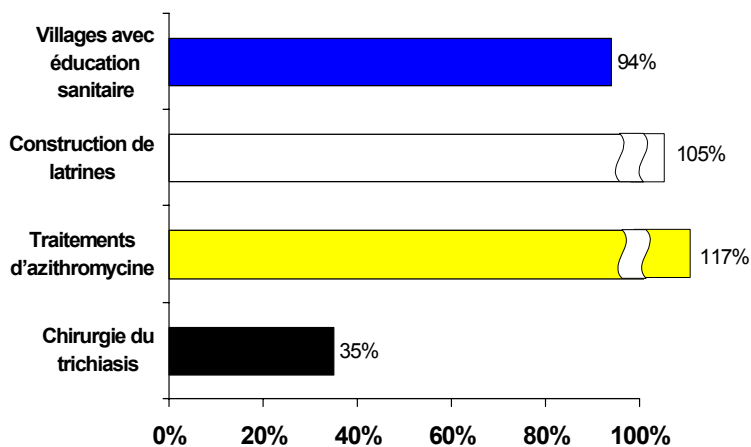
- Mettre en œuvre les interventions CH, N&CE dans les communautés ciblées pour la distribution d'azithromycine.
- Standardiser les indicateurs pour la notification des interventions du programme
- Estimer et tester les buts d'intervention finals pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE

- Mettre en place un suivi et une évaluation continus des patients opérés de trichiasis et réaliser une étude à grande échelle des résultats de la chirurgie du trichiasis.

### Villages recevant une éducation sanitaire continue du PLT, par région et par année, Ghana



### Réalisations, en pourcentage, des objectifs annuels Interventions CHANCE, 2003 Ghana



**Tableaux et graphiques récapitulatifs**  
**Le point des Programmes de Lutte contre le Trachome**

### Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome (janvier-décembre 2003)

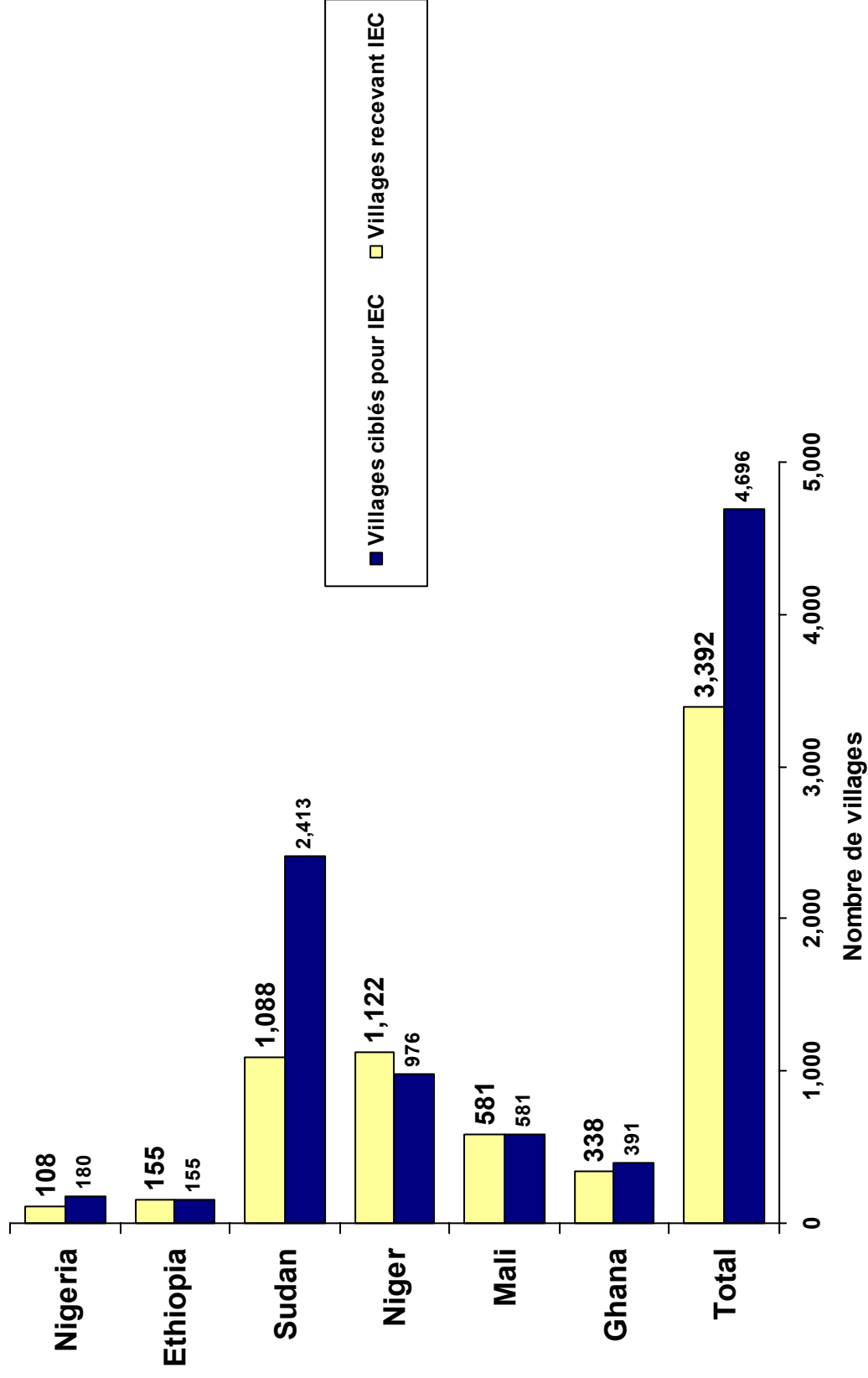
	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie S. Gondar	Nigeria 2 Etats
				GOS	OLS/S		
<b>N &amp; CE</b>							
Nombre de villages avec éducation sanitaire	338	581	1,122	664	424	155	108
Villages ciblés	391	581	976	1,296	1,117	155	180
Couverture (pourcentage)	86%	100%	115%	51%	38%	100%	60%
Nombre de latrines construites	735	1,577	1,645	1,933	303	2,151	420
Nombre de latrines a construire	700	450	3,100	1,200	926	2,500	200
Couverture (pourcentage)	105%	350%	53%	161%	33%	86%	210%
Nombre de points d'eau installés	141	50	0	91	22	-	-
Nombre de points d'eau a installer	30	150	25	30	-	-	-
Couverture (pourcentage)	470%	33%	0%	303%	-	-	-
<b>Antibiotiques</b>							
<b>Azithromycine</b> Villages d'intervention:	-	<b>670</b>	<b>800</b>	<b>108</b>	<b>1,142</b>	<b>18</b>	<b>N/A</b>
Traitements (2003)	163,931	1,150,000	710,230	186,246	117,317	100,256	-
Population ciblée	140,000	1,200,000	784,000	215,000	100,000	100,000	-
Couverture (pourcentage)	117%	96%	91%	87%	117%	100%	-
<b>Pommade de tétracycline</b> Villages d'intervention:					<b>1,142</b>		<b>108</b>
Traitements (2003)	9,785	-	68,606	37,155	40,197	35,106	5,971
Population ciblée	14,000	-	16,000	5,000	20,000	77,000	240,000
Couverture (pourcentage)	70%	-	429%	743%	201%	46%	2%
<b>Chirurgie</b> Villages d'Intervention:				<b>108</b>	<b>1,142</b>	<b>155</b>	<b>40</b>
Chirurgies (2003)	383	4,500	4,858	338	1,072	6,840	75
Population ciblée	1,100	5,000	7,500	3,000	6,350	11,280	400
Couverture (pourcentage)	35%	90%	65%	11%	17%	61%	19%

**Cibles Annuelles des Programmes de Lutte contre le Trachome, 2004**  
Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter

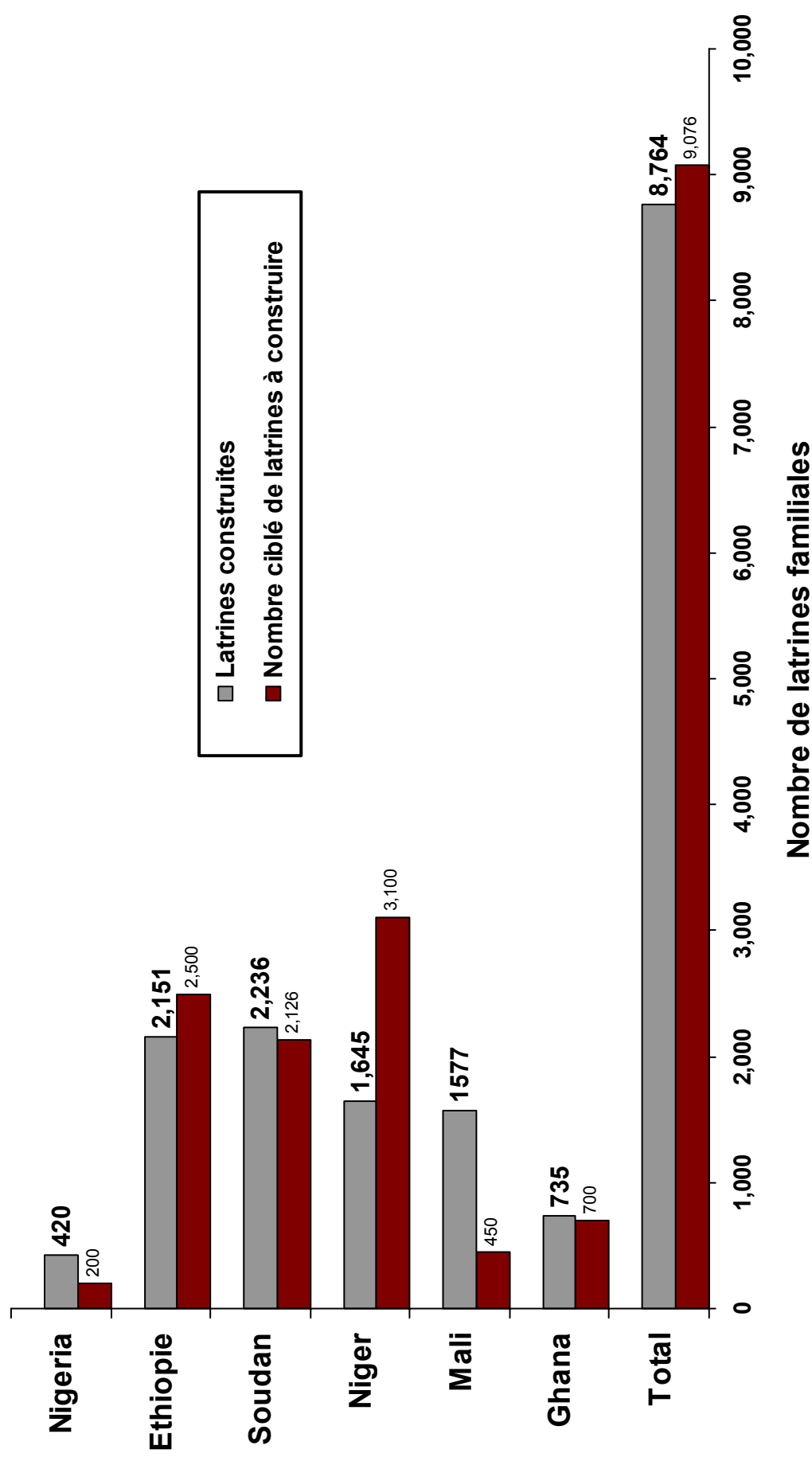
	Ghana	Mali	Niger	Soudan	Ethiopie	Nigeria
				GOS	Région d'Amhara	2 états
				OLS/S		
<b>N &amp; CE</b> Villages Cibles:			<b>4,000</b>	<b>220</b>	<b>652</b>	<b>108</b>
Education Sanitaire (Villages)	680	4,500	4,000	1,500	10,130	2,260
Construction de Latrines (latrines)	1,500	3,500	3,000	2,000	10,000	15
Approvisionnement en eau (points d'eau)	250	100	25	650		
<b>Antibiotiques</b>						
<b>Azithromycine</b> Villages Cibles:		<b>3,700</b>	<b>4,000</b>	<b>932</b>		NA
Traitement de masse (personnes)	315,000	2,500,000	2,363,252	500,000	550,000	NA
<b>Pommade de tétracycline</b> Villages Cibles:			<b>4,000</b>	<b>1,255</b>		
Traitements (personnes)	30,000	100,000	44,054	50,000	266,000	
<b>Chirurgie</b> Villages Cibles:					<b>652</b>	<b>72</b>
Dans les centres de santé (personnes)		1,500	3,500	1,500		0
Campagnes de stratégie avancée (personnes)		3,500	7,000	500		500
Total	2,100	5,000	10,500	2,000	48,881	
<b>Suivi, évaluation et surveillance</b>				<b>11 States</b>		
Enquête de prévalence (régions)	2 régions	3 régions	Zinder	N/A		
Enquête CAP (régions)			N/A	3		
Surveillance établie (régions)	Yes	Yes	3	3		2

"-" indique que le programme n'a pas de buts fixés ; N/A = données non applicables

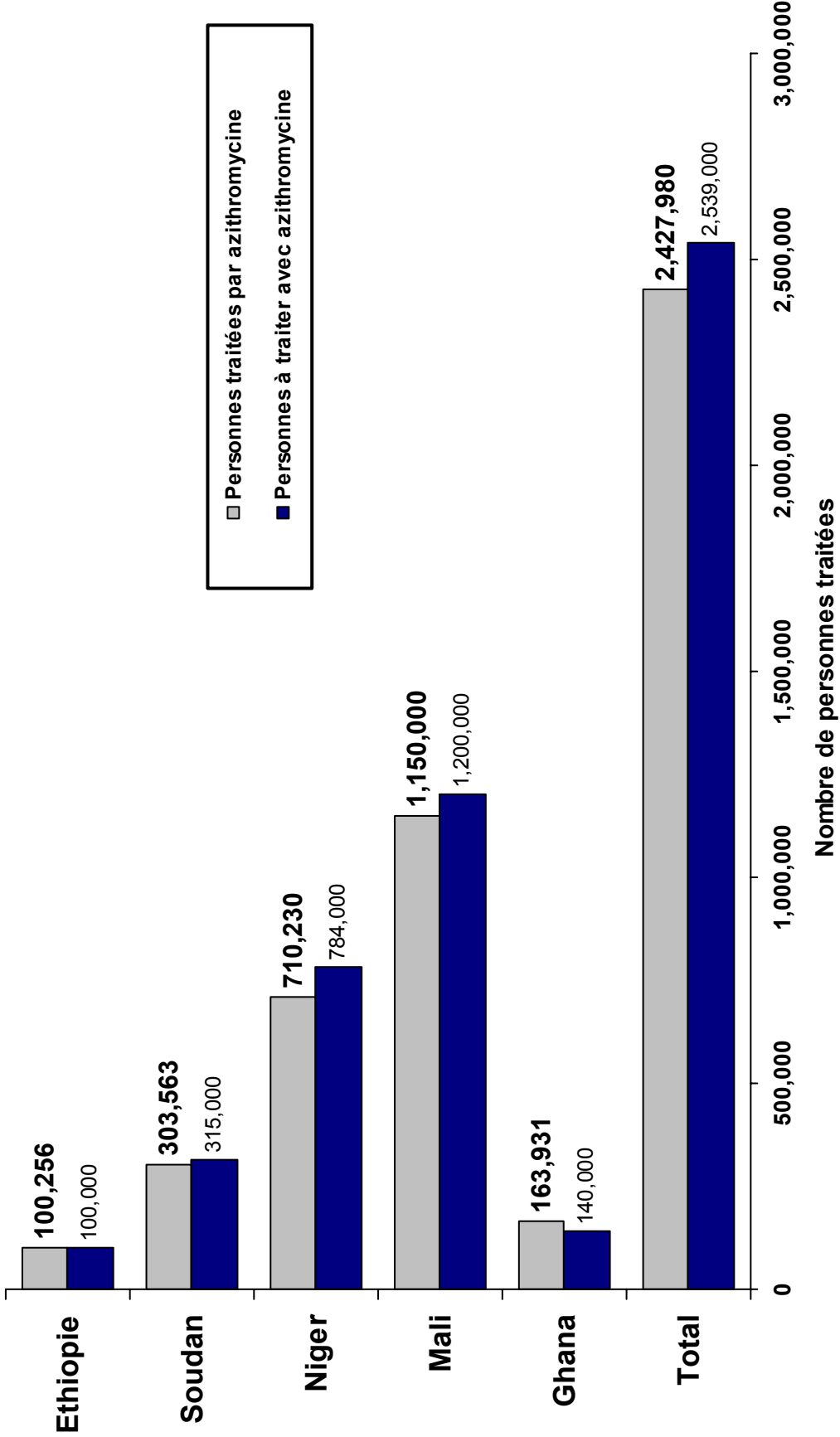
**Figure 1. Nombre de villages recevant l'IEC pour la promotion de l'hygiène, par pays  
Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter  
Janvier – Décembre 2003**



**Figure 2. Nombre de latrines familiales construites, par pays  
Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter  
Janvier – Décembre 2003**

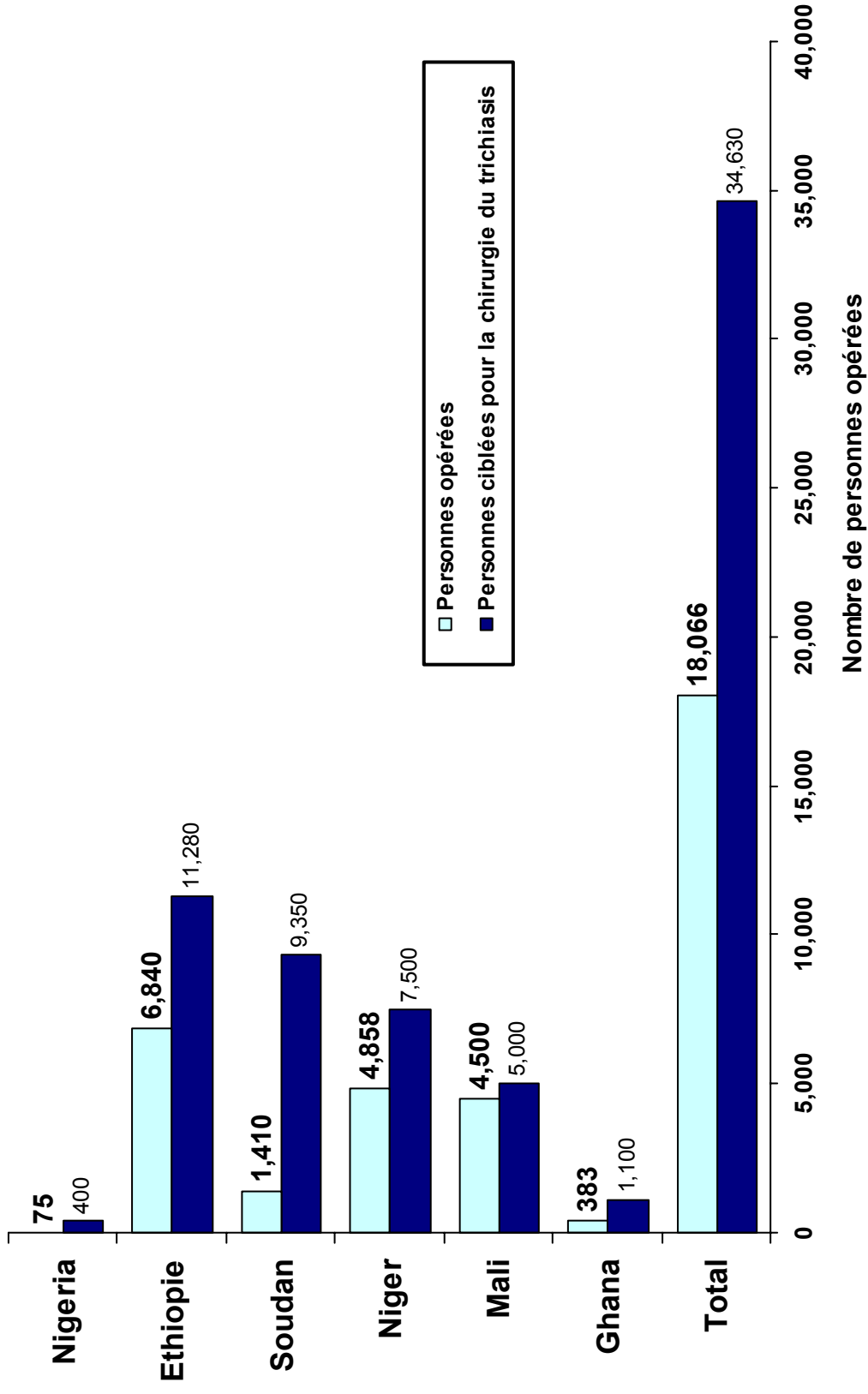


**Figure 3. Nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine, par pays  
Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter  
Janvier – Décembre 2003**





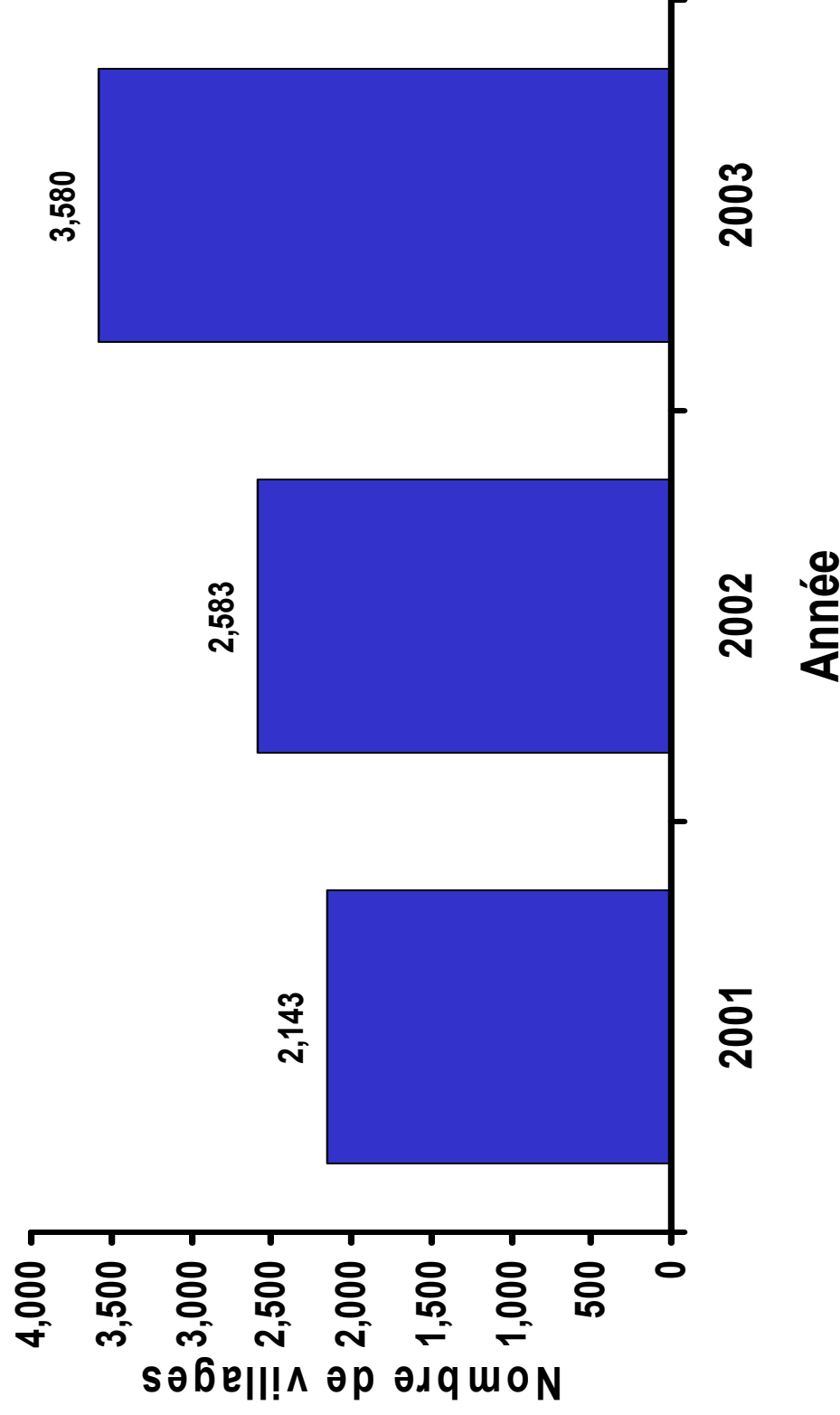
**Figure 4. Nombre de personnes opérées pour trichiasis, par pays  
Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter  
Janvier – Décembre 2003**



Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter

## Nombre de villages recevant l'éducation en matière d'hygiène, 2001-2003

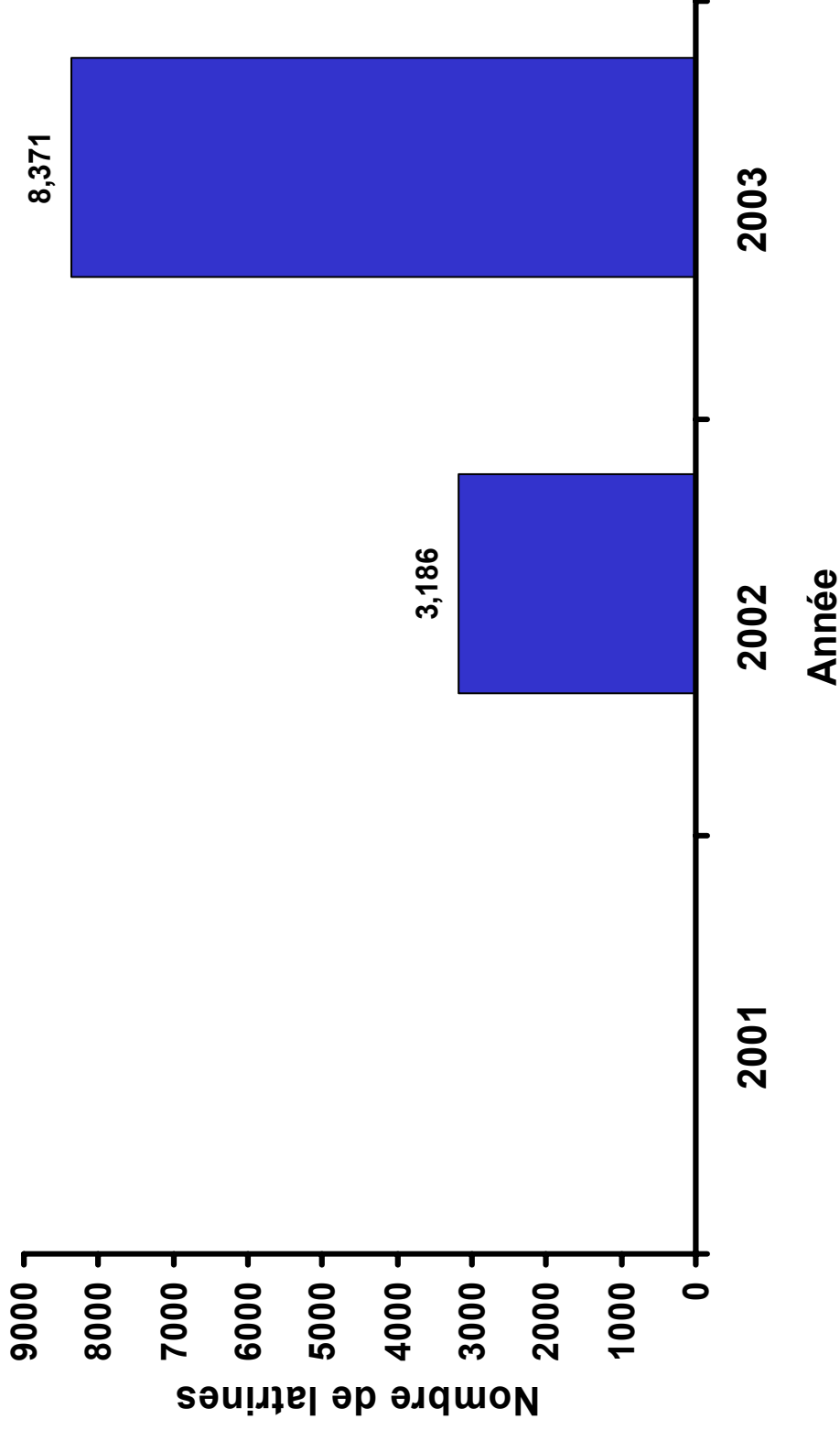
Ghana, Mali, Niger, Soudan, Ethiopie (région d'Amhara), Nigeria (Plateau & Nasarawa)



Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter

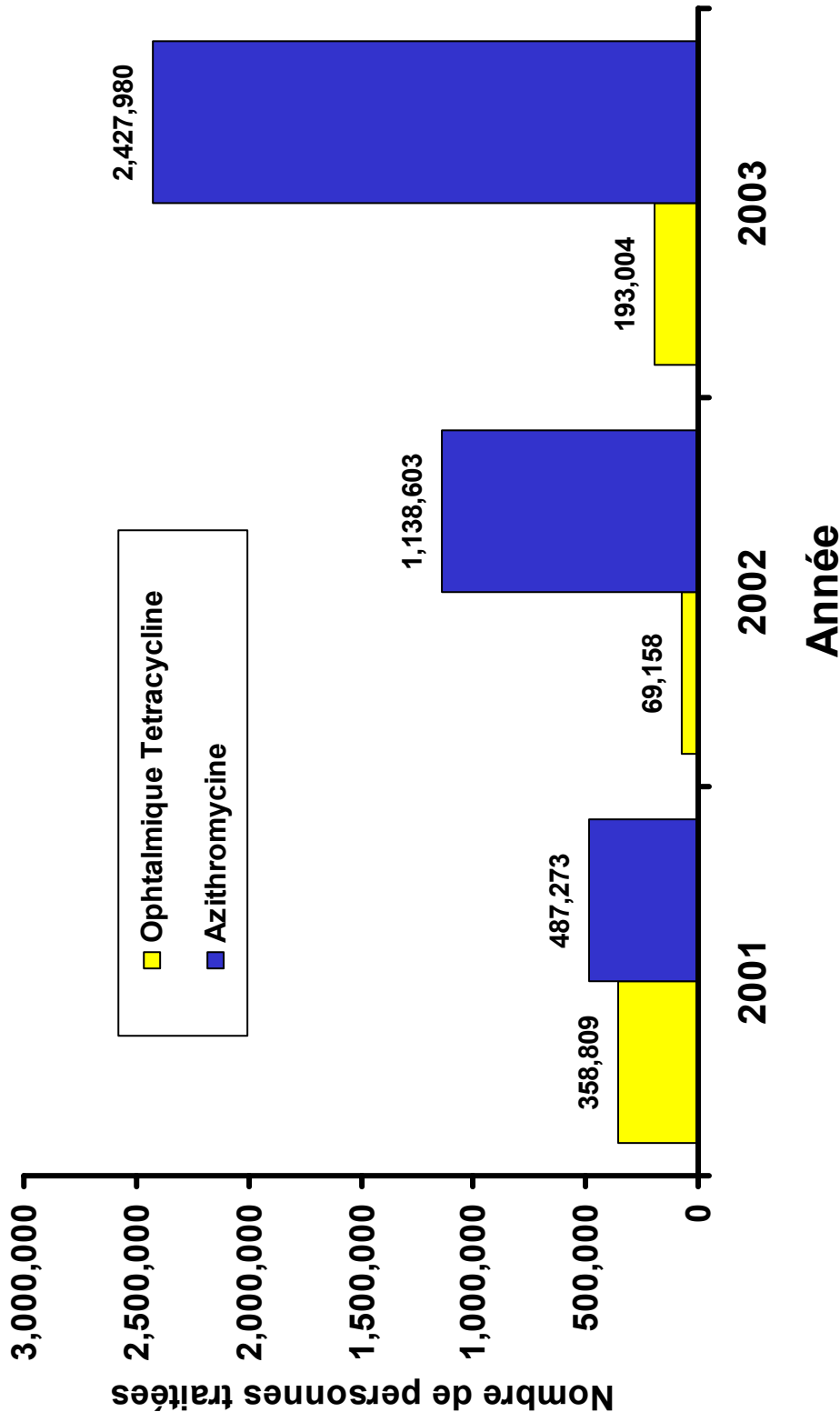
## Nombre de latrines construites, 2001-2003

Ghana, Mali, Niger, Soudan, Ethiopie (région d'Amhara), Nigeria (Plateau & Nasarawa)



Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter

## Nombre de personnes traitées avec des antibiotiques, 2001-2003 Ghana, Mali, Niger, Soudan, Ethiopie (région d'Amhara), Nigeria (Plateau & Nasarawa)



## **Evaluation de l'utilisation, de l'entretien et de l'acceptabilité des latrines familiales dans la région de Zinder, Niger 2003**

*Présenté par Monsieur Mohamed Salissou Kane, Conseiller technique Résident, Centre Carter/Niger.*

La stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome a suscité un vif intérêt pour la promotion de latrines au sein des populations rurales. En effet, l'utilisation répandue de latrines dans les communautés où le trachome est endémique devrait inhiber la reproduction de *M. sorbens*, et enrayer ainsi la transmission du trachome par les mouches, d'où un très net gain sur le plan de la santé. Les latrines doivent être utilisées régulièrement et rester propres si l'on veut avoir un impact positif sur la santé. On ne sait pas dans quelle mesure les projets de promotion des latrines sont efficaces car peu d'évaluations ont été faites sur l'acceptabilité, l'entretien ou l'utilisation durable des latrines. Nombreux sont les facteurs socioéconomiques et culturels qui influencent l'acceptabilité et l'entretien des latrines familiales. La connaissance de ces facteurs aidera les programmes de lutte contre le trachome à répondre aux besoins des communautés où le trachome est endémique et à améliorer les stratégies de promotion des latrines.

Au début de 2002, le Programme national du Niger pour la Prévention de la Cécité (PNPC), avec le soutien du Centre Carter et de l'Initiative internationale pour la Lutte contre le Trachome, a démarré un projet de promotion des latrines dans la région de Zinder et 1 282 latrines familiales ont été construites pendant la première année. Au début, les agents du programme ont signalé que les bénéficiaires du projet appréciaient grandement les latrines. Par contre, il n'existe aucune donnée objective pour étayer ces comptes rendus et aucune indication nous montrant si cet enthousiasme est susceptible de persister. Après une année de promotion des latrines rurales, le PNPC et le Centre Carter ont évalué l'acceptabilité, l'utilisation et l'entretien des latrines familiales dans la région du projet. Cette évaluation a pour objet de se pencher sur les diverses manières de renforcer l'utilisation durable des latrines et leur installation à un coût abordable.

En juin 2003, une équipe d'évaluation s'est rendue dans 50 villages et a rendu visite à 200 ménages dans la région du Projet des Latrines de Zinder. L'équipe a organisé des groupes de discussion focalisée avec les dirigeants villageois et les maçons et a interviewé les chefs de ménage pour recueillir des données sur l'utilisation, l'entretien et l'acceptabilité générale des latrines.

La majorité (73%) des personnes interviewées étaient des agriculteurs et chaque ménage comptait en moyenne 10 personnes. Dans 199 ménages (99,5%), c'est le chef de ménage qui a pris la décision de construire la latrine. Pour 78% des bénéficiaires interviewés, c'est le projet de Zinder qui leurs a aider à construire leurs premières latrines familiales. Quarante-trois ménages (22%) disposaient déjà de latrines familiales. Sur ces 43 ménages, 56% avaient construit de nouvelles latrines après avoir rempli les premières.

L'étude montre que les latrines sont utilisées par 63% des membres du ménage, à n'importe quel moment de la journée, et 23% préfèrent utiliser les latrines le soir et 15%

pendant la journée. Selon les adultes, la fréquentation de latrines par les enfants est plus faible puisque, 55% seulement indiquent qu'ils « utilisent toujours les latrines » et 19% qu'ils « utilisent souvent les latrines. »

Le projet de latrines du Niger vise également à améliorer l'hygiène en général, notamment le lavage des mains. Dans le cadre de l'évaluation, 197 utilisateurs de latrines (99%) ont indiqué qu'ils se lavaient les mains après la défécation. Il est important de garder les latrines propres et de les fermer (avec les couvercles en ciment donnés par le projet) pour réduire le nombre de mouches et les odeurs autour des latrines. Pendant des visites imprévues faites dans les ménages dans le cadre de l'évaluation, on a constaté des signes subjectifs d'utilisation récente de 172 latrines (86%) et la plupart des latrines (70%) étaient propres. Au moment de la visite, 74% des latrines étaient fermées. Très peu (6%) de latrines avaient des matières fécales exposées et les mouches n'étaient présentes que dans 11% des latrines. On a indiqué que les latrines étaient nettoyées en moyenne trois fois par semaine. Les latrines sont nettoyées avec de l'eau et du savon (24,5%), juste de l'eau (57%) ou simplement balayées (13,5%). Dans 75% des ménages, ce sont les femmes qui sont chargées de nettoyer les latrines.

La plupart des ménages ont indiqué qu'ils appréciaient les latrines à cause de la proximité et de l'accès facile (59%) et du caractère privé (22%). Un nombre plus petit appréciait les latrines parce qu'elles permettent d'améliorer l'hygiène environnementale (12%) ou de prévenir les maladies (5%). Très peu d'inconvénients ont été indiqués pour les latrines familiales, le plus courant étant l'odeur (17%). Les opinions des utilisateurs de latrines familiales sont récapitulées sur le Tableau 1.

En conclusion, cette première évaluation du Projet de promotion des latrines de Zinder dégage des données très encourageantes montrant qu'après un an, les latrines sont très acceptées, très utilisées et bien entretenues. Cette information devrait aider le PLT du Niger à améliorer le « CE » de la stratégie CHANCE.

**Tableau 1.** Avantages et inconvénients signalés des latrines par les propriétaires, Zinder, Niger, 2003

<b>Propriétaire de latrines Avis</b>	<b>Homme n=135</b>	<b>Femme n=65</b>	<b>Total n/N (%)</b>
<b>Avantages</b>			
Proximité et accès facile	74 (55%)	45 (69%)	119/200 (60%)
Caractère privé	31 (30%)	14 (22%)	45/200 (23%)
Hygiène environnementale	22 (16%)	3 ( 5%)	25/200 (13%)
Prévention des maladies	8 ( 6%)	3 ( 5%)	11/200 ( 6%)
<b>Inconvénients</b>			
Aucun	106 (79%)	57 (88%)	163/200 (82%)
Odeur	26 (19%)	7 (11%)	33/200 (17%)
Mouches	0 -	1 ( 2%)	1/200 ( 0,5%)

## Evaluation de l'accès à l'éducation sanitaire pour le trachome dans 520 villages de la région de Ségou, Mali, 2003

*Présenté par le Docteur Mamadou Bathily, Conseiller technique Résident, Centre Carter/Mali et Monsieur Yaya Kamissoko, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter/Mali.*

En 2001-2002, le Programme national du Mali pour la Lutte contre la Cécité (PNLC), avec le soutien du Centre Carter, a commencé à mettre en œuvre activement les volets « N&CE » de la stratégie CHANCE pour améliorer l'hygiène personnelle et environnementale dans la région de Ségou. En 2003, le programme a évalué les activités de lutte contre le trachome à Ségou. Cette évaluation avait pour objet : (1) d'évaluer les activités N&CE déployées dans les communautés rurales et (2) d'évaluer la disponibilité de l'eau, de l'assainissement, des communications et des ressources humaines aux niveaux district et village. Les résultats de l'évaluation ont étayé la planification de la seconde phase du programme, cherchant essentiellement à intensifier les activités N&CE.

Deux districts ont été retenus pour l'évaluation, Ségou et Tominian. Vingt-quatre agents de santé du Ministère de la Santé ont reçu une formation pour réaliser l'évaluation de terrain sous la supervision du personnel du PNLC et du Centre Carter. On a rendu visite à un total de 515 villages pour l'évaluation. Dans chaque village, les équipes ont rencontré les dirigeants villageois pour discuter de la prévention du trachome et évaluer les ressources disponibles pour promouvoir la lutte contre le trachome (voir Tableau 1).

L'évaluation, nous a permis de constater que la radio était un important moyen de communication pour diffuser les messages de santé à Ségou. Dans tous les villages visités, les gens écoutaient fréquemment la radio et tous les villages avaient accès à au moins une station radiophonique, soit publique, ou privée. Quarante-huit pour cent des villages avaient accès à au moins deux stations radiophoniques et 79% avaient accès à trois stations radiophoniques ou plus. Les messages d'éducation sanitaire passés sur les ondes avaient été écoutés dans 480 villages sur les 12 mois précédents. Les messages d'éducation sanitaire se concentrant sur le trachome avaient été écoutés dans 150 villages pendant la même période. L'éducation en matière d'hygiène en milieu scolaire est une autre stratégie importante pour promouvoir la prévention du trachome. Sur les villages visités, 254 comptaient au moins une école primaire.

L'accès à l'eau est un déterminant essentiel de la santé, y compris du risque de contracter le trachome et la cécité qu'il provoque. Au Mali, il existe divers puits utilisés par les communautés. Un *puits traditionnel* est généralement un trou ouvert creusé à la main et parfois protégé par une barrière en bois. Un *puits moderne* est un puits avec des murs en ciment et une barrière autour de l'ouverture. Un *puits foré* est un puits creusé avec une pompe pour tirer l'eau et avec une margelle en ciment. Pour 64% des villages évalués à Ségou, c'est le puits traditionnel qui est le principal point d'eau. Trente-cinq pour cent des villages utilisent des points d'eau modernes (puits forés ou puits modernes). Un total de 91 villages (18%) n'avaient pas accès à un point d'eau permanent pendant toute l'année. Dans 378 villages, il existe des latrines et celles-ci ont été inspectées, 92% étant des latrines traditionnelles. Les *latrines traditionnelles* sont de simples



trous en terre creusés à la main, avec parfois des briques en banco. Les *latrines améliorées* sont des latrines traditionnelles avec une surface protégée et, généralement, un tablier en ciment. Les *latrines modernes* ont un trou avec des murs en ciment et avec une dalle couvrant le trou. Un total de 441 des 515 villages (86%) avaient des maçons, main-d'œuvre utile pour la promotion des latrines.

En bref, en 2003, le PLT du Mali a évalué les activités et ressources disponibles dans 515 villages de la région de Ségou. La plupart des villages ont accès à l'eau et aux latrines, mais un grand nombre d'entre eux n'avaient pas accès à des points d'eau ou latrines modernes. La radio est un moyen d'information très utilisé, diffusant déjà des messages sur la lutte contre le trachome. Cette évaluation a montré qu'il existait toute une panoplie de ressources utiles pour le PLT du Mali permettant de promouvoir une meilleure hygiène personnelle et environnementale.

**Tableau 1.** Caractéristiques des villages du Programme de Lutte contre le Trachome, districts de Ségou et Tominian, Région de Ségou, Mali, 2003

Ressource	Nombre	Total	%
<b>Personnel formé</b>			
Ecole	254	509	50%
Agent de santé ou volontaire communautaire	193	514	38%
Maçon	441	515	86%
<b>Communications</b>			
accès à $\geq 1$ station radio	515	515	100%
accès à $\geq 2$ stations radio	504	515	98%
accès à $\geq 3$ stations radio	409	515	79%
<b>Accès à l'eau</b>			
$\geq 1$ point d'eau permanent	422	513	82%
$\geq 1$ puits foré opérationnel	173	512	34%
$\geq 1$ puits moderne	187	515	36%
<b>Point d'eau principal</b>			
puits traditionnel	327	512	64%
point d'eau moderne	178	512	35%
eaux de surface	7	512	1%
<b>Accès aux latrines</b>			
traditionnelles	349	378	92%
améliorées	20	378	5%
modernes	9	378	2%

## **Groupes d'éducation radiophonique : une initiative du Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana**

*Présenté par le Docteur Daniel Yayemain, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Ghana.*

Des activités visant à améliorer l'hygiène sont réalisées actuellement dans 338 villages des régions Northern et Upper West du Ghana, avec des discussions communautaires régulières, des durbars, des sketches et des présentations de vidéo. Ces activités sont exécutées par les communautés locales avec le soutien des bureaux sanitaires régionaux et nationaux, des collectivités locales et d'organisations non gouvernementales (ONG), telles que le Centre Carter et ITI. BBC-World Service Trust a aidé la Société de Radio-télé diffusion du Ghana et des stations radiophoniques locales à réaliser et à diffuser des ritournelles et des messages d'éducation sanitaire. En 2002, une évaluation BBC-WST de cette campagne de mass media constatait que presque 80% des répondants avaient entendu les ritournelles sur la lutte contre le trachome et que presque 70% des répondants avaient entendu les annonces radiophoniques du PLT. Par contre, les superviseurs du programme signalent que, souvent, les gens qui avaient écouté les ritournelles et les messages radiophoniques ne comprenaient pas ou ne rappelaient pas des messages sanitaires visés. Aussi, a-t-on créé des groupes d'éducation radiophonique comme stratégie visant à clarifier et à renforcer les messages de santé et d'hygiène pour les personnes dans les villages où le trachome est endémique

En janvier 2003, les premiers groupes d'éducation radiophonique du trachome ont été mis sur pied dans 20 communautés où le trachome est très endémique dans la région Upper West, avec l'assistance technique et financière du Centre Carter. Ont été formés, les réalisateurs de la radio, les agents de santé de première ligne et les volontaires de la santé communautaire, puis chaque communauté a créé un groupe d'éducation radiophonique avec, en moyenne, 25 personnes par groupe. Les volontaires communautaires ont été formés pour faciliter les activités des groupes. Le Centre Carter a remis une radio Freeplay (coût : 42\$ chacune) à chaque communauté. Deux stations radiophoniques régionales ont commencé à diffuser des programmes de 15 minutes deux fois par semaine à Dagaare et Sissali, dans les langues parlées le plus couramment dans la région de l'Upper West. Les membres du groupe se sont réunis pour écouter chaque transmission avec leur facilitateur. Après la diffusion, ils ont discuté des messages clés de la diffusion, aidés en cela par du matériel imprimé du PLT. Le facilitateur a pour rôle de diriger le groupe, chantant les ritournelles et discutant avec les membres communautaires de ce qu'ils peuvent faire effectivement pour lutter contre le trachome dans leur propre environnement. L'activité est très importante puisqu'elle permet aux membres communautaires de traduire leurs connaissances du trachome en changements communautaires concrets.

Dans l'ensemble, 144 programmes radiophoniques ont été réalisés et diffusés sur une période de six mois. D'après les premières indications du PLT du Ghana, il semblerait que les groupes d'éducation radiophonique aient été couronnés de succès dans les 20 villages pilotes. Suite aux messages diffusés par la radio sur l'importance de l'eau potable, la communauté de Dariyiri a réuni l'argent nécessaire pour un nouveau puits foré. Ils ont réussi avec l'assistance de l'assemblée du district. D'autres communautés ont organisé systématiquement des journées de nettoyage communautaire. En général, les divers indices montrent une plus grande propreté

environnementale et une demande accrue pour des latrines familiales dans les communautés où existent des groupes d'éducation radiophonique. Et l'idée est en train de se répandre : certaines communautés du programme pilote des villages voisins sont en train de demander leurs propres groupes d'éducation radiophonique et envoient les membres pour qu'ils suivent une formation.

Le PLT du Ghana pense que la stratégie des groupes d'écoute radiophonique dans le cadre de la campagne d'éducation sanitaire permet effectivement de diffuser les grands messages de santé sur la lutte et la prévention du trachome. S'inspirant de la réussite de ce projet pilote dans le district de Wa, le Centre Carter a convenu de fournir d'autres radios Freeplay et d'apporter un soutien technique en 2004 pour étendre les groupes d'éducation radiophonique à 41 villages dans la région Northern, en plus des 20 groupes d'éducation radiophonique qui existent dans l'Upper West.



Séance du groupe d'écoute radiophonique, district de Wa, Ghana

## **Etendre les volets N&CE à l'échelle nationale**

*Présenté par le Docteur Mamadou Otto Diallo, Epidémiologiste, Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter, Atlanta.*

### **Données générales**

La stratégie CHANCE a été introduite à la fin de 1996 et la première réunion de l'Alliance GET 2020 s'est tenue en juin 1997. L'année suivante, un grand nombre de programmes nationaux de lutte contre le trachome ont été lancés, au même titre que le PLT du Centre Carter. C'est le don généreux de zithromax par Pfizer, ainsi que la création, en 1998, de l'Initiative internationale du Trachome, qui ont stimulé la croissance d'un grand nombre de programmes de lutte contre le trachome. En 2003, les programmes de traitement de masse à base d'azithromycine s'étaient nettement étendus et le PLT du Niger a traité plus de 700.000 personnes avec du zithromax. Le programme du Mali a traité 1.150.000 personnes. Les volets N&CE de la stratégie CHANCE suscitent de plus en plus d'intérêt, bien qu'à une cadence moindre, que le volet 'A'. Les PLT du Niger, du Mali et de l'Ethiopie ont mis sur pied des projets pilotes N&CE réussis. A présent, armés de notre expérience collective, nous pouvons parler en connaissance de cause de l'extension de N&CE au niveau national.

Pour étendre les volets N&CE aux niveaux régional et national, les programmes devraient :

- créer une équipe nationale du trachome pour aider à planifier et à suivre les activités de lutte contre le trachome,
- réaliser une enquête nationale de la prévalence du trachome pour cartographier la prévalence du trachome dans le pays et cerner les domaines d'intervention prioritaires
- fixer des buts d'intervention finals (BIF) au niveau national et des objectifs annuels, et
- cultiver la bonne volonté politique nécessaire pour un programme national pour l'amélioration de l'hygiène et assainissement. Sans engagement politique solide pour promouvoir une meilleure éducation en santé communautaire et une meilleure hygiène, il ne sera pas possible, même si l'on dispose des ressources suffisantes, d'étendre à grande échelle N&CE.

### **Où en sommes-nous maintenant ?**

Actuellement, les activités N&CE sont réalisées dans des zones géographiques relativement limitées dans la plupart des pays. Ces projets sont mis en œuvre généralement par les Ministères de la Santé et/ou de l'Education. Un grand nombre des interventions N&CE sont financées par des ONG internationales avec très peu de capacité pour s'étendre aux niveaux régionale ou nationale, sauf pour les campagnes de mass media.

### **Comment rendre acceptable N&CE et promouvoir la mise en œuvre à grande échelle dans le pays ?**

La mobilisation sociale, notamment des décideurs à tous les niveaux (communautaire, district, région et nation), s'avère très importante pour rendre les interventions acceptables. Celles-ci doivent reposer sur des approches solides et faisables. Des moyens locaux et acceptables doivent être utilisés pour renforcer la mise en œuvre de N&CE. Il est également important de démontrer l'efficacité et la pérennisation des approches proposées en donnant des exemples de projets pilotes réussis dans le pays.

### **Estimer le coût**

Le programme devra faire une évaluation initiale des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour mettre en œuvre N&CE à l'échelle régionale et nationale. L'évaluation devra également identifier les sources disponibles ou sources potentielles de ressources. Ces sources pourraient comprendre, mais non limitées au : gouvernement, organisations internationales, bailleurs du secteur privé, ONG internationales ou locales et communautés bénéficiaires, etc.

### **Qui sera chargé des interventions ?**

Pour étendre le N&CE, les projets ne devraient pas s'arrêter au seul Ministère de la Santé. En effet, différents Ministère doivent être concernés. Il convient par ailleurs de renforcer la collaboration avec de multiples partenaires locaux et internationaux. Les responsables nationaux doivent être profondément engagés à tous les niveaux du processus pour que ces interventions puissent durer dans le temps.

### **Plan quinquennal pour la mise en œuvre de N&CE**

Les trois phases suivantes aident à définir des objectifs clairs, à court et à long terme, pour que les activités N&CE puissent être intégrées dans les habitudes d'hygiène des communautés rurales. La durée indiquée de chaque phase est donnée à titre d'exemple et variera d'un pays à l'autre.

#### **I. Première-deuxième années : projet de démonstration**

Le but de la phase initiale est d'introduire de nouvelles normes pour l'hygiène personnelle et environnementale dans les communautés rurales. Pendant cette période, le programme devrait :

- démarrer des projets à petite échelle qui sont faisables et pratiques
- former le personnel local qui sera chargé des activités quotidiennes N&CE
- apporter une assistance technique et un soutien financier aux communautés rurales
- suivre régulièrement les progrès.

A la fin de cette étape, évaluer l'accomplissement général et faire des recommandations pour la phase suivante.

#### **II. Troisième année : renforcer l'expertise locale**

Pendant cette phase, le programme devrait :

- insister sur la formation par les pairs dans les communautés où le trachome est endémique
- commencer l'extension locale des activités N&CE
- fournir un soutien technique et un soutien financier limité
- continuer le plaidoyer aux niveaux local, district, national et international.

Le bureau de santé de district continuera à fournir une assistance technique et suivra les activités du programme.

#### **III. Quatrième et cinquième années : extension de N&CE**

A ce stade, la communauté est entièrement en charge de toutes les activités N&CE. Dans l'idéal, l'assistance financière externe directe pour les activités N&CE ne devrait plus être nécessaire. A

présent, les activités N&CE devraient constituer une partie normale des pratiques sanitaires locales.

A la fin de cette phase, le programme devra évaluer l'accomplissement général et l'effet de ces phases pilotes et devrait être prêt à fixer un BIF national réaliste et un OAT pour étendre à plus grande échelle les volets N&CE.

## **Mise à jour de TIME : Résultats des évaluations participatives des programmes de lutte contre le trachome dans huit pays**

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

*TIME* signifie en anglais 'Trachoma Initiative in Monitoring and Evaluation,' ('Initiative du Trachome pour le Suivi et l'Évaluation'), projet de l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres (LSHTM), financé par l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI). TIME a démarré le 1<sup>er</sup> mai 2002 et se terminera le 30 avril 2004. Les buts et objectifs du projet, l'équipe LSHTM et la procédure suivie pour formuler la méthodologie d'évaluation ont été expliqués dans la présentation du Docteur Solomon lors du quatrième Examen annuel des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter, en 2003.

L'exécution des évaluations représentait l'étape finale du projet TIME. On a collecté et analysé, pour chaque pays, des données générales sur la prévalence et la distribution du trachome, la recherche publiée dans le pays et les rapports des évaluations précédentes. Ensuite, une évaluation à caractère participatif a été réalisée dans chaque pays, pendant de trois à quatre semaines. L'équipe d'évaluation dans chaque pays regroupé le personnel du programme national, des membres du personnel du Ministère de la Santé, le personnel LSHTM et un expert international. De nouvelles données ont été collectées pour l'évaluation, en utilisant les techniques suivantes :

- (1) interviews semi-structurées des informants clés provenant de toute une gamme d'organisations concernées aux niveaux national, régional, zonal, district et local ;
- (2) questionnaires auto-administrés des agents de première ligne participant à chaque volet de la mise en œuvre de CHANCE ;
- (3) accord inter-observateur sur la notation du trachome entre le personnel du programme national et comparaison des évaluations à cet « étalon or ; »
- (4) interviews semi-structurées, études de cas et groupes de discussion focalisée des bénéficiaires du programme dans des communautés où le trachome est endémique et qui ont été choisis aléatoirement ; et
- (5) observation directe de la chirurgie du trichiasis, distribution d'antibiotiques et promotion sanitaire quand c'est possible et inspection des latrines et points d'eau installés dans les régions où le trachome est endémique.

L'équipe de l'évaluation s'est rencontrée en plénière pour rédiger les conclusions et les recommandations. Celles-ci ont été communiquées au Ministère de la Santé et à d'autres partenaires lors de la séance de synthèse après l'évaluation. Le personnel de LSHTM a ensuite rédigé un rapport, qui a été annoté et édité par tous les membres de l'équipe de l'évaluation avant sa distribution.

### **Résultats clés en général pour les évaluations des huit pays :**

- (1) Exception faite du Maroc, on note un manque de bonnes données récentes sur la distribution et l'ampleur du problème de santé publique posé par le trachome.
- (2) Le nombre d'interventions chirurgicales est insuffisant. La couverture « CH » est inférieure à 20% dans tous les pays sauf au Maroc. Les raisons en sont les suivantes :
  - a) promotion sanitaire insuffisante à propos de TT et « CH » et données insuffisantes sur les résultats des divers cas,
  - b) recouvrement de coûts auprès de patients dans certains pays,

- c) manque de chirurgiens formés dans certains districts où le trachome est endémique,
  - d) manque de moyens de transport, d'où un faible nombre de cas par chirurgien.
- (3) Manque de suivi de la qualité de l'intervention chirurgicale :
- a) supervision inadéquate des chirurgiens
  - b) suivi insuffisant des personnes opérées
- (4) Une distribution d'antibiotiques de haute qualité est possible, même dans des contextes aux ressources limitées.
- (5) Il n'existe pas de stratégie constante pour la distribution d'antibiotiques sous les angles suivants :
- faut-il utiliser un traitement de masse ou un traitement ciblé ou quand l'approche convient-elle?
  - seuil d'âge le plus faible pour le traitement à base d'azithromycine
  - critères d'exclusion et contre-indications à l'utilisation de l'azithromycine
  - objectifs de couverture
  - intervalle de posologie
- (6) La couverture antibiotique est généralement considérée 'élevée,' grâce à la bonne acceptation et participation de la communauté. Une couverture élevée à l'échelle nationale peut avoir un effet très important sur la prévalence de l'infection et les signes ponctuels de la maladie active.
- (7) Diverses méthodes sont utilisées pour la promotion sanitaire. La radio semble bien sensibiliser au problème, mais ne transmet pas une connaissance plus profonde.
- (8) Le personnel de la promotion sanitaire n'est pas très motivé et cela limite l'efficacité de l'éducation aux niveaux communautaire et individuel.
- (9) La communauté ne connaît pas bien le lien entre le trachome et le trichiasis.
- (10) L'insuffisance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement représente un obstacle de taille dans presque toutes les zones de programme.
- (11) Une collaboration intersectorielle s'avère nécessaire pour améliorer l'approvisionnement en eau.
- (12) La promotion sanitaire est vitale pour encourager la construction et l'utilisation correcte des latrines.
- (13) Les indicateurs et les procédures de suivi ne sont pas uniformisés. Dans certains endroits, les indicateurs ne sont guère logiques.
- (14) Le suivi des activités du programme pourrait être nettement amélioré à l'aide de quelques indicateurs bien définis et de bonnes procédures de notification.
- (15) Le niveau d'intégration de la lutte contre le trachome à d'autres activités de prévention de la cécité (VISION 2020) et dans le système sanitaire en général est variable aux niveaux national et local. On ne comprend pas toujours de la même manière 'l'intégration.'
- (16) De solides partenariats sont nécessaires avec les Ministères et ONG participant aux soins oculaires et au développement communautaire. Cela demande une bonne direction de la part du coordinateur national ou du comité directeur. Des Comités de Partenariat



sont créés dans la plupart des pays, mais il convient de renforcer le sentiment d'appartenance chez les parties concernées.

- (17) Les programmes nationaux de lutte contre le trachome couvrent actuellement moins de 50% des zones d'endémicité dans leurs pays. L'extension de la couverture relève d'une priorité.

Activités actuelles de TIME :

- a) réalisation d'un CD-ROM avec tous les résultats de projet et rapports d'évaluation ;
- b) rédaction d'un manuel du responsable du programme national ;
- c) uniformisation des indicateurs de suivi ; et
- d) participation aux ateliers nationaux de planification stratégique des programmes.

Le Docteur Solomon a saisi l'occasion de sa présentation pour remercier, au nom de l'équipe TIME, tous les pays participant au projet, pour leurs contributions professionnelles, leurs efforts ardues et leur excellente hospitalité, ainsi que l'ITI pour son soutien financier.

## **Evaluation du Programme du Trachome en milieu scolaire de Helen Keller International Données du Népal**

*Présenté par le Docteur Paul Emerson, Université de Durham, Royaume-Uni*

En 1999, avec l'aide de la Fondation Gates, Helen Keller International (HKI) a démarré un programme du trachome en milieu scolaire dans six pays : Maroc, Mali, Niger, Burkina Faso, Tanzanie et Népal. On a fait appel à une équipe de l'Université de Durham pour réaliser une évaluation externe du programme qui est sur le point de s'achever. Le Népal est le premier pays qui a terminé son évaluation.

### ***Description du programme***

Le programme scolaire HKI intervient depuis 2000 dans deux districts, Kailali et Kanchanpur, dans la région à l'Extrême-Ouest du Népal. Les études d'évaluation ont été réalisées entre avril et octobre 2003. Un traitement de masse annuel pour le trachome actif à l'aide du zithromax donné par Pfizer est dispensé avec le soutien de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome, à Kailali et à Kanchanpur, pour tous les enfants âgés de 1 à 10 ans et pour tous les patients plus âgés détectés par le dépistage communautaire. L'azithromycine est distribué dans les camps (au niveau de l'unité administrative la plus petite) et s'accompagne d'éducation sanitaire dans les camps et d'une campagne médiatique générale.

Mis en œuvre en octobre 2000 avec la formation de 100 enseignants de 50 écoles, le programme scolaire s'est étendu à 101 écoles avec environ 30 000 élèves en juin 2001. Grâce au partage de coûts sur la base école par école, il visait aux résultats suivants :

- 1) Fournir à chaque école participant l'infrastructure physique (eau sur place et accès aux latrines) nécessaire pour une véritable promotion de l'hygiène.
- 2) Eduquer les élèves à propos du trachome : un ensemble de quatre livrets par âge – 'programme du trachome.' Les leçons des livrets peuvent être aisément utilisées pour que les enseignants n'aient pas à faire de préparation supplémentaire.
- 3) Encourager des comportements d'hygiène positifs chez les enfants de l'école, facilités par l'accès à l'eau et aux latrines.
- 4) Promouvoir des comportements d'hygiène positifs dans la communauté plus élargie. Les autres activités utilisent l'infrastructure existante – les garderies, les groupes d'éducation non formelle et le système des volontaires féminines de la santé communautaire.

Les membres du personnel de terrain d'une ONG locale sont employés comme facilitateurs du programme. Chaque facilitateur supervise un maximum de 10 écoles, faisant des visites régulières pour motiver les élèves et les enseignants et pour aider à organiser des activités extra-scolaires, telles que les « Equipes contre le Trachome, » les concours inter-écoles et les rassemblements.

### ***Une évaluation en deux parties***

*Première Partie* : Les responsables de l'évaluation de Durham ont effectué deux visites sur place pour l'évaluation, en mai et en octobre 2003. La première visite concernait une évaluation à caractère participatif visant à réunir des indicateurs au niveau du processus sur la portée et l'ampleur du programme et pour préparer la seconde visite sur place. La seconde partie de l'évaluation concernait une évaluation de l'impact plus formelle, utilisant des enquêtes de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP) et des enquêtes de prévalence dans chacun des pays où HKI réalise un programme de lutte contre le trachome en milieu scolaire.

*Deuxième Partie* : En utilisant un plan d'étude aléatoire avec l'école comme unité d'échantillonnage, on a choisi aléatoirement trois écoles avec programme et trois écoles sans programme dans chaque district pour disposer d'un total de 12 écoles (six écoles d'intervention et six écoles de comparaison) pour l'étude de l'évaluation de l'impact. On a choisi un échantillon aléatoire de 30 enfants (stratifié par année scolaire) pour les interviews de chaque registre d'école. On a interviewé ces enfants, ainsi que leurs mères. Chaque paire mère et enfant a été interviewée au même moment, mais séparément. Le jour après les interviews, le personnel de Geeta Eye Hospital, utilisant le système simplifié de l'OMS, a fait un dépistage du trachome de tous les enfants présents à l'école.

Les interviews ont été réalisées en népalais en utilisant un questionnaire structuré mis au point en anglais, traduit en népalais et traduit à nouveau en anglais. Les questionnaires ont fait l'objet d'un test de terrain lors de la première visite et toutes les réponses possibles aux questions ont été codées. Une double saisie a été faite des données par les différents responsables de la saisie avant l'analyse. L'école a été utilisée comme unité d'analyse pour les interviews et les enquêtes sur la prévalence.

### **Résultats**

Toutes les 12 écoles choisies aléatoirement ont accepté de participer. Nous avons interviewé les 720 élèves et mères choisis des écoles et nous avons fait un dépistage de 2 886 enfants. Aucune différence n'a été constatée entre les écoles-programme et hors-programme du point de vue nombre d'élèves inscrits ; proportion d'élèves avec dépistage ; distribution par âge ou sexe des élèves ; proportion d'élèves indiquant un accès aux latrines à domicile ; ou délai depuis la dernière distribution d'azithromycine.

**Enquêtes sur la prévalence et interviews CAP** : La prévalence moyenne du trachome actif s'élevait à 0,90% dans les écoles du programme et à 3,49% dans les écoles hors-programme. La prévalence moyenne du trachome actif était inférieure de 74,3% dans les écoles-programme que dans celles hors-programme. Les enfants des écoles, aussi bien du programme que celles hors-programme, étaient généralement très propres et aucune différence n'a été constatée dans la proportion ayant de la nourriture ou de la poussière sur leur visage (2,3% pour les écoles du programme et 2,8% pour les écoles hors-programme). Les enfants des écoles-programme étaient moins susceptibles d'avoir un écoulement oculaire ou nasal que ceux des écoles hors-programme (3,6% comparé à 8,4%).

Presque tous les élèves (97%) des écoles-programme ont indiqué qu'ils avaient participé à des activités de lutte contre le trachome (notamment distribution d'azithromycine) comparé à 26% seulement dans les écoles hors-programme. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des élèves dans les écoles-programme ont pu identifier correctement une photographie du trichiasis, alors que cette proportion n'était que de 30% dans les écoles hors-programme. De même, 73% comparé à 22% savaient que le trachome est la cause du trichiasis et 98% comparé à 47% savaient que le trachome peut provoquer la cécité. Les enfants dans les écoles-programme connaissaient davantage de choses à propos du trachome que ceux dans les écoles hors-programme : 89% comparé à 17% ont pu indiquer trois symptômes ou plus du trachome ; 63% comparé à 14% ont pu signaler trois voies de transmission ou plus du trachome ; et 43% comparé à 8% ont pu mentionner trois manières ou plus d'éviter le trachome.

Les résultats étaient très analogues pour les mères puisque 42% indiquaient qu'elles avaient pris part à une activité du trachome si leur enfant fréquentait une école-programme comparé à 2% seulement de celles dont l'enfant fréquentait une école hors-programme. Soixante-quinze pour cent des mères avec des enfants dans les écoles-programme ont su identifier correctement une photographie du trichiasis comparé à 18% dans les écoles hors-programme et 90% comparé à 45%

savaient que le trachome peut provoquer la cécité. Les mères avec des enfants dans les écoles-programme avaient une bien meilleure connaissance du trachome que celles des enfants dans les écoles hors-programme : 73% comparé à 17% ont pu mentionner trois symptômes ou plus du trachome, 52% comparé à 7% ont pu mentionner trois voies de transmission ou plus du trachome ; et 31% comparé à 3% ont pu signaler trois manières ou plus d'éviter le trachome.

Les élèves et les mères des élèves dans les écoles-programme ont également indiqué des comportements différents. En effet, les enfants dans les écoles-programme étaient moins susceptibles de partager une serviette que ceux dans les écoles hors-programme (40,2% comparé à 69,8%) et plus susceptibles de toujours utiliser des latrines si elles étaient disponibles (86,8% comparé à 65,9%). Les mères avec des enfants dans les écoles-programme étaient moins susceptibles d'utiliser la même serviette pour sécher tous leurs enfants que celles avec des enfants dans les écoles hors-programme (49,6% comparé à 76,2%).

### ***Récapitulatif***

- Le programme de trachome en milieu scolaire HKI au Népal a atteint tous ses objectifs et compte un grand nombre de caractéristiques modèles.
- Il existe une nette différence dans la connaissance du trachome entre les écoles-programme et les écoles hors-programme, *tant* pour les élèves *que* pour les mères.
- Le programme est associé à une prévalence du trachome inférieure de 74% dans les écoles-programme comparé aux écoles hors-programme.

### ***Conclusions***

- Les données du programme du Népal indiquent que les programmes du trachome en milieu scolaire mis en œuvre conjointement avec la stratégie CHANCE peuvent :
  - améliorer très nettement la connaissance des élèves et des mères
  - arriver à des niveaux plus faibles de trachome actif
- Les programmes du trachome en milieu scolaire peuvent renforcer une distribution durable et viable d'antibiotiques.
- Avec le soutien politique, il serait possible d'étendre rapidement à plus grande échelle de tels programmes.

**Mouches et yeux dans la région d'Amhara : Evaluation de la composition et de l'écologie des espèces de mouches attaquant les yeux et relation avec la transmission du trachome en Ethiopie**

**Résultats de la thèse de maîtrise de Monsieur Gashu Fentie, Université d'Addis Ababa**

*Présenté par le Docteur Ellen Dotson, Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis*

A présent, il est connu que les mouches qui attaquent les yeux sont des vecteurs mécaniques du trachome et de la cécité qu'ils provoquent. La recherche du Docteur Paul Emerson en Gambie indique que c'est *Musca sorbens* qui est le vecteur le plus courant du trachome. Les mouches muscoïdes se trouvent souvent sur les yeux et les nez sales des enfants dans les régions où le trachome est endémique. Les essais en laboratoire ont indiqué que ces mouches peuvent transmettre le *Chlamydia trachomatis* des cochons d'Inde infectés à des cochons d'Inde non infectés. Les yeux des enfants avec trachome actif sont en théorie le réservoir principal de *Chlamydia trachomatis* dans les régions où le trachome est endémique.

La zone South Gondar de la région d'Amhara, en Ethiopie, connaît une hyper-endémicité de trachome et de cécité qu'il provoque et compte également une densité très élevée de mouches qui attaquent les yeux. En 2002, Monsieur Gashu Fentie a commencé à étudier les mouches qui attaquent les yeux et leur relation à la transmission du trachome dans South Gondar pour réunir des données entomologiques de base sur les espèces et l'écologie des mouches s'agglutinant sur les visages des enfants. L'étude avait pour objet de :

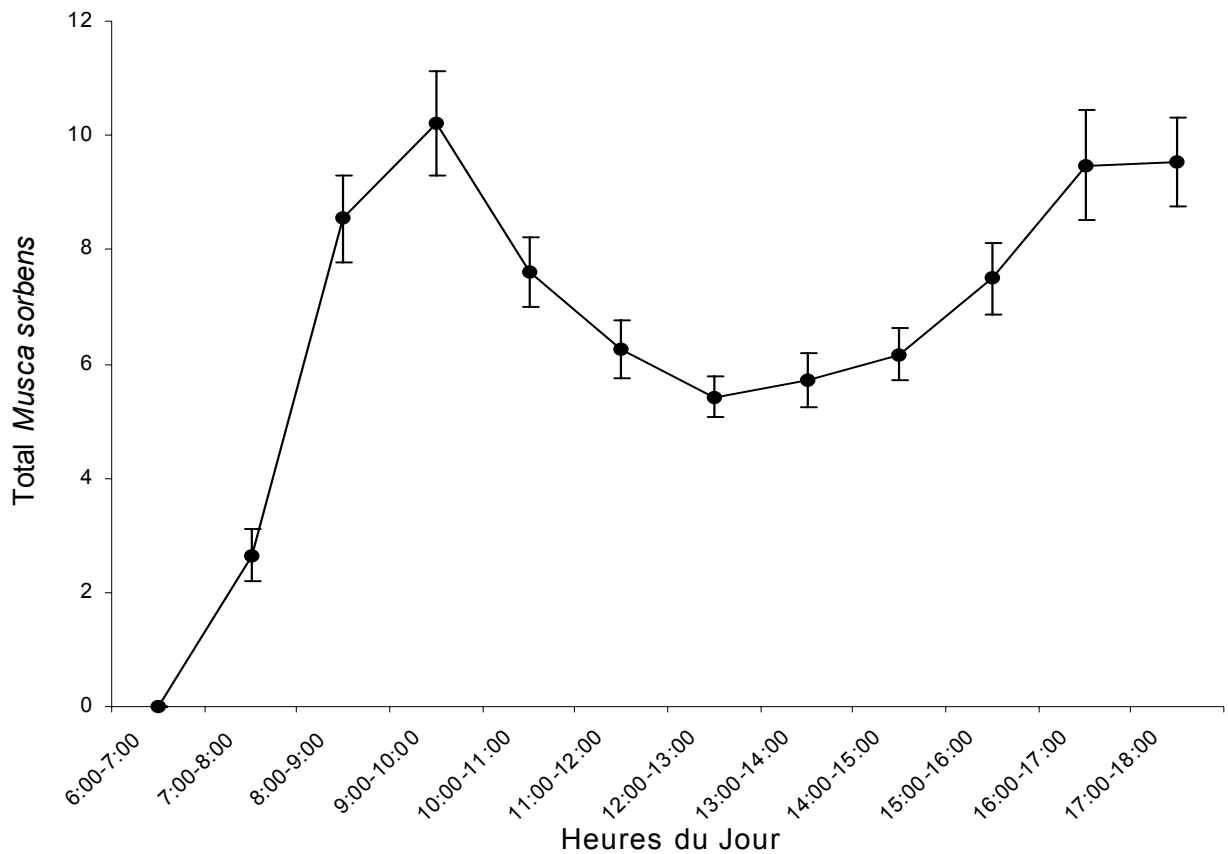
- étudier la composition des espèces des mouches qui s'attaquent aux yeux
- déterminer la densité et l'activité diurne des mouches qui s'attaquent aux yeux
- étudier les modes de reproduction des mouches qui s'attaquent aux yeux

L'étude a été réalisée dans un village du district de Dera de décembre 2002 à mars 2003. Quarante ménages ont été choisis au hasard dans ce village et un enfant âgé de 2 à 10 ans a été recruté pour l'étude de chaque ménage. Le nombre de mouches sur les visages des enfants a été quantifié en comptant et en collectant simplement les mouches en utilisant un aspirateur avec filtre. Pour déterminer la tendance générale de l'activité diurne des mouches, on a fait la moyenne de la somme du nombre de mouches comptées/collectées de chaque enfant pendant chaque heure du jour et on a porté cette moyenne sur une courbe avec le moment de l'observation. Des données ont également été obtenues des chefs de ménage pour l'analyse des facteurs-risques de trachome en utilisant un questionnaire standard. On a examiné différents excréments d'animaux, matières fécales humaines et ordures ménagères pour déterminer les sites de reproduction des mouches dans des conditions naturelles du terrain en utilisant des pièges en forme d'entonnoir. Enfin, un infirmier en soins ophtalmologiques a examiné les yeux des enfants de l'étude pour détecter les signes cliniques du trachome. Tous les enfants positifs-trachome ont reçu une pommade oculaire à base de tétracycline et une éducation portant sur la prévention du trachome a été donnée à la communauté.

La plupart des mouches (94,5 %) collectées sur les visages des enfants étaient *Musca sorbens*. *Musca domestica* représentait 2,2% et les mouches restantes étaient des mouches des espèces *Musca* non identifiées. Il y avait 2 fois et demie plus de femelles que de mâles car les femelles ont besoin des protéines des écoulements oculaires ou nasaux pour la production d'œufs. La

densité de mouches augmentait entre 9h00 et 11h00 et 16h00 et 18h00. Le pic a été noté lors des heures du matin. On a constaté que la température et l'humidité relative étaient les deux facteurs environnementaux les plus importants qui régissent l'activité diurne des mouches. Les matières fécales humaines et de chien étaient le principal milieu de reproduction de *M. sorbens*. Les mouches sortant des matières fécales canines étaient plus petites que celles des matières fécales humaines. Les mouches émergeant des matières fécales humaines étaient de taille analogue à celles capturées sur les visages des enfants.

### Activité Diurne de *Musca sorbens*



Chaque point représente le nombre moyen de mouches (n=160) collectés sur le visage de chaque enfant pendant cinq minutes par heure et par jour. Les traits verticaux représentent les intervalles de confiance.

Les résultats de l'étude suggèrent les éléments suivants :

- améliorer l'hygiène environnementale en nettoyant les matières fécales humaines et animales
- encourager le lavage des visages au début du matin et au début de l'après-midi

- les organisations gouvernementales et non gouvernementales devraient aider à améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les villages où le trachome est endémique
- attacher les chiens et nettoyer leurs matières fécales
- l'éducation en matière de santé et d'hygiène devrait souligner l'importance des mouches en tant qu'agents étiologiques.

On espère que cette recherche renforcera la réussite des activités de prévention et de lutte contre le trachome en Ethiopie et renforcera également la mise en œuvre des volets N&CE de la stratégie CHANCE.

## **Buts d'intervention finals**

*Ce rapport récapitule les présentations faites par le Docteur Silvio Mariotti, Ophthalmologue, Organisation mondiale de la Santé ; Monsieur Teshome Gebre, Conseiller technique résident, Centre Carter/Ethiopie ; et le Docteur James Zingesser, Directeur technique, Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter.*

Le processus qui a mené aux premiers *butts d'intervention finals* (BIF) proposés pour les programmes de lutte contre le trachome a démarré lors de la septième Réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination globale du Trachome, qui s'est tenue à Genève, en janvier 2003. Les discussions sur les BIF ont continué sept semaines plus tard, lors du quatrième Revue annuelle de Programmes de Lutte contre le Trachome soutenus par le Centre Carter. Les BIF ont été calqués sur les buts de traitement final (BTF) créés par le Programme de Cécité des Rivières de Global 2000. La présentation du Docteur Frank Richard, lors de la Revue de Programme de 2003, *Utiliser des indicateurs pour mesurer la couverture du programme*, a décrit l'évolution et l'utilisation des BTF dans les programmes de lutte contre l'onchocercose. Lors de présentations et discussions ultérieures à la Revue de Programme de 2003, on a perfectionné les BIF pour la lutte contre le trachome et les responsables présents ont prévu de calculer des BIF pour la Revue de Programme de 2004. L'OMS a organisé la seconde Réunion scientifique sur le Trachome à Genève, du 25 au 27 août 2003, pour perfectionner la définition des BIF et la méthodologie pour les calculer. [Quatre semaines après la Revue de Programme 2004, l'évolution des BIF a continué lors de la huitième Réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination globale du Trachome cécitant.]

La mise au point des BIF a continué lors des deux jours de la Revue de Programme de 2004. Les PLT du Niger, du Soudan et de la région d'Amhara de l'Éthiopie ont chacun présenté les premières estimations des BIF. Dans des présentations spéciales, Monsieur Teshome Gebre a décrit la méthodologie utilisée pour calculer les BIF dans la région d'Amhara et le Docteur Silvio Mariotti a présenté des recommandations concernant les BIF, faites lors de la seconde Réunion scientifique de l'OMS. A la fin de la journée, on s'est rendu compte qu'il existait encore pas mal de confusion et de controverse entourant les BIF et leur calcul. Aussi, à la fin de la seconde journée, le Docteur Zingesser a-t-il fait une présentation pour traiter ces questions. Voici un récapitulatif de la présentation du Docteur Zingesser.

Ce qui est mesuré sera réalisé. Aussi, le choix de *ce qu'il faut mesurer* revêt-il une grande importance. Pour faire ce choix, nous devons d'abord demander : *Quelle est la ou les décisions(s) et la ou les action(s) ultérieure(s) qui se fonderont sur cette mesure ?* Il est valide de mesurer les progrès de l'intervention par rapport à des buts à court terme lorsqu'on évalue des projets pilotes, mais ce n'est pas valide pour les programmes à long terme. La mesure en fonction de buts à long terme nous offre une perspective précieuse car elle nous permet d'évaluer le chemin que nous avons déjà parcouru et le chemin qu'il nous reste à faire – et ce que nous souhaitons des BIF : se concentrer sur le long terme.



Une grande partie de la confusion et de la controverse qui entoure la définition et le calcul des BIF est due au fait que nous ne nous sommes pas encore mis d'accord sur ce que nous voulons mesurer. Pour arriver à ce consensus, il sera utile de définir chaque BIF sur le plan *action, besoin, unité* et *seuil*. [Certains des éléments suivants ont été revus pour tenir compte des discussions lors de la huitième Réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination globale du Trachome.]

---

### **Chirurgie**

Action : chirurgie corrective du trichiasis

Besoin : estimer le nombre de personnes qui ont besoin de cette chirurgie

Unité : personnes

Seuil : une personne avec trichiasis non corrigé

### **Antibiotiques**

Action : traitement de masse avec l'azithromycine

Besoin : estimer le nombre de personnes qui ont besoin de traitement

Unité : personnes

Seuil :  $TF_{1-9} > 10\%$

### **Propreté du visage**

Action : éducation en matière d'hygiène

Besoin : estimer le nombre de villages qui ont besoin d'une éducation en matière d'hygiène

Unité : villages

Seuil :  $TF_{1-9} > 10\%$

### **Changement environnemental : latrines**

Action : promouvoir la construction, l'entretien et l'utilisation de latrines

Besoin : estimer le nombre de villages qui ont besoin de programmes de latrines<sup>1</sup>

Unité : villages

Seuil :  $TF_{1-9} > 10\%$  & moins de 50% des ménages ont accès aux latrines

### **Changement environnemental : eau**

Action : approvisionner en eau salubre

Besoin : estimer le nombre de villages qui ont besoin d'une eau salubre

Unité : village

Seuil :  $TF_{1-9} > 10\%$ ,  $CF_{1-9} < 80\%$ <sup>2</sup> & moins de 50% des ménages ont accès à un point d'eau salubre dans un rayon de 1 km

---

Le consensus sur l'action, le besoin, l'unité et le seuil pour chaque BIF facilitera les discussions à venir alors que nous définissons davantage les BIF et que nous créons des outils plus utiles pour la planification, le plaidoyer, le suivi et l'évaluation des PLT. Le consensus sur ce cadre fournira une solide fondation pour l'élaboration future des BIF.

---

<sup>1</sup> Alors que le programme évolue et que de meilleures données sont disponibles, on pourra le changer et estimer le nombre de latrines qui devront être construites.

<sup>2</sup>  $CF_{1-9}$  signifie *propreté du visage chez les enfants âgés de 1 à 9 ans*.

Des tableaux Excel ont été présentés pour le calcul de chaque BIF. Ces tableaux ont été revus et améliorés lors de la huitième Réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination globale du Trachome et sont disponibles pour des évaluations sur le terrain.

## ANNEXE I : La maladie

Le trachome est la principale cause de cécité évitable dans le monde. D'après l'Organisation mondiale de la Santé, 6 millions de personnes sont aveugles à cause du trachome, dont la majeure partie sont des femmes, et 540 millions en plus – presque 10% de la population mondiale – courent le risque de perdre la vue ou d'avoir de graves problèmes de vision. Le trachome est causé par des infections répétées de la paupière imputables à la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et peut être évité grâce à de simples mesures d'hygiène. La plupart des cas se présentent dans les régions arides et rurales de pays en développement, telles que la région sahélienne de l'Afrique où l'accès à l'eau potable est limité.

L'étape précoce et aiguë de la maladie est appelée *trachome inflammatoire*. Elle est surtout courante chez les enfants. Les femmes sont exposées à maintes reprises au trachome inflammatoire puisque ce sont elles qui s'occupent essentiellement des enfants. Aussi, n'est-il guère surprenant que les femmes contractent un trachome chronique deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le trachome est transmis par l'écoulement des yeux et du nez des personnes infectées qui peut être transmis à d'autres par les mains, les serviettes et les habits ou par les mouches qui sont attirées par les écoulements oculaires et nasaux. Lorsque les paupières du patient sont infectées à maintes reprises par chlamydia, les lésions cicatricielles de la conjonctive qui en découlent déforment la marge de la paupière et les cils se tournent vers l'intérieur et exercent une friction abrasive sur la cornée. Cet état, appelé *trichiasis*, est douloureux et il abîme la cornée, d'où le risque de cécité.

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

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

## ANNEXE II

### ORDRE DU JOUR Cinquième Revue annuelle de Programmes Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter Centre Carter, Cecil B Day Chapel 4 – 5 mars, 2004

#### Jeudi 4 mars

7h30 – 8h00 Petit-déjeuner au foyer Ivan Allen

8h00 – 8h30 Bienvenue et remarques de présentation Dr James Zingesser

#### N & CE

8h30 – 9h00 Présentation du Nigeria Dr Nimzing Jip

9h00 - 9h30 Présentation de l’Ethiopie M. Mulat Zerihun

9h30 - 10h00 Présentation du Niger Dr Kadri Boubacar

10h00 - 10h30 Pause café/foyer Ivan Allen

10h30 - 11h30 Présentation du Soudan Prof. Mamoun Homeida  
Ms Alice Onsarigo

11h30 - 12h00 Présentation du Mali Dr Mamadou Bathily

12h00 - 12h30 Présentation du Ghana Dr Maria Hagan

12h30 - 13h30 Déjeuner dans le foyer Ivan Allen

13h30 - 14h00 Photo de groupe

#### Séances spéciales

14h00 - 14h20 Mise à jour de l’OMS Dr Silvio Mariotti

14h20 - 14h50 Evaluation N&CE du Niger M. Mohamed Salissou Kane

14h50 - 15h10 Pause café/foyer Ivan Allen

15h10 - 15h30 Evaluation N&CE du Mali Dr Mamadou Bathily

15h30 - 16h00 Groupes d’éducation radiophonique du Ghana Dr Daniel Yayemain

16h00 - 16h30 Fixer les BIF, l’expérience éthiopienne M. Teshome Gebre

16h30 - 17h00 Etendre les volets N&CE Dr Mamadou Diallo

## Vendredi 5 mars

7h30 - 8h00	<u>Petit-déjeuner au foyer Ivan Allen</u>	
	<b>CH &amp; A</b>	
8h00 - 8h30	Présentation du Nigeria	Dr Nimzing Jip
8h30 - 9h00	Présentation de l’Ethiopie	M. Zelalem Abera
9h00 - 9h30	Présentation du Niger	Dr Kadri Boubacar
9h30 - 10h30	Présentation du Soudan	Prof. Mamoun Homeida Mme Alice Onsarigo
10h30 - 11h00	<u>Pause café/foyer Ivan Allen</u>	
11h00 - 11h30	Présentation du Mali	Dr Mamadou Bathily
11h30 - 12h00	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
12h00 - 13h00	<u>Déjeuner au foyer Ivan Allen</u>	
	<b>Séances spéciales</b>	
13h00 - 13h20	Mise à jour de TIME : Résultats des évaluations participatives des programmes de lutte contre le trachome dans huit pays	Dr Anthony Solomon
13h20 - 13h50	Mise à jour de l’ITI	Dr Amos Sam-Abbenyi
13h50 - 14h10	Evaluation sanitaire en milieu scolaire	Dr Paul Emerson
14h10 - 14h30	Mouches et yeux dans la région d’Amhara	Dr Ellen Dotson
14h30 - 14h50	Comptes rendus standardisés	Dr James Zingesser
14h50 - 15h10	<u>Pause café/foyer Ivan Allen</u>	
15h10 - 16h00	Recommandations et cibles pour 2004	Dr James Zingesser
16h00 - 17h00	Conclusions et réflexions	Dr Donald Hopkins

### ANNEXE III : Liste des participants

#### **Ethiopie**

M. Zelalem Abera  
M. Mulat Zerihun  
M. Teshome Gebre (Centre Carter)  
Dr Anteneh Woldentensay (Centre Carter)

#### **Ghana**

Dr Maria Hagan  
Dr Daniel Yayemain  
Mme Nwando Diallo (Centre Carter)  
Mme Lydia Ajono (Centre Carter)

#### **Mali**

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  
Dr Samson Paul Baba  
M. Raymond Stewart (Centre Carter)  
M. Mark Pelletier (Centre Carter)  
Mme Alice Bosibori-Onsarigo (Centre Carter)

#### **Centre Carter**

Dr Donald Hopkins  
Dr James Zingesser  
Dr Frank Richards  
M. Craig Withers  
Mme Nicole Kruse  
Dr Mamadou Diallo  
Mme Misrak Makonnen  
Mme Robin Vinson  
M. Basil Safi  
Mme Shandal Sullivan  
M. Don Denard  
M. Marc Tewari  
Mme Kelly Callahan  
Mme Emily Howard  
Mme Sarah Hodgson  
Mme Stacy Taylor

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

Mme Dyanne Hayes

#### **Fondation internationale des Lions Clubs**

Mme Sonia Pelletreau

#### **Centers for Disease Control and Prévention des Etats-Unis**

Dr Robert Wirtz  
Dr Ellen Dotson  
Dr Josef Amann

#### **Helen Keller Worldwide**

Mme Manisha Tharaney

#### **Initiative Internationale du Trachome**

Dr Amos Sam-Abbenyi  
M. Jonathon Struthers

#### **Université de Durham**

Dr Paul Emerson

#### **World Vision USA**

Dr Joseph Riverson  
M. Samuel Jackson

#### **Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres**

Dr Anthony Solomon

#### **Organisation mondiale de la Santé**

Dr Silvio Mariotti

#### **Fondation Freeplay**

Mme Michelle Riley

#### **Université Emory**

M. Ayman Elsheikh  
M. Sadi Moussa  
Dr Martin Swaka