

Procédure Abrégée

Quinzième revue annuelle du programme sur le trachome

Focalisation sur l'Impact

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

25-27 février 2014

Avec le soutien de :

La Fondation Conrad N. Hilton

La Fondation de Lions Club International

Pfizer Inc.

Conrad N. Hilton
FOUNDATION



Lions Clubs International
FOUNDATION



THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

« Focalisation sur l'Impact »

La Quinzième revue annuelle du
programme de lutte contre le trachome



Le Centre Carter

Atlanta, Géorgie

Remerciements

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter tient à remercier pour leur soutien les nombreux donateurs qui nous ont permis de réaliser les activités de 2013 présentées dans ce document :

Fondation A.G. Leventis	James Larrick
Abbott	La Fondation du Lions Clubs
Anonymes (5)	International
Charles W. Austin	L'Ecole de Londres pour l'Hygiène et la
Fondation Anne Cox de la Famille Blum	Médecine Tropicale
Chambers	La Fondation Manaaki
Fondation Conrad N. Hilton	Aldo and Robyn Manzini
Ann G. Davis	Van and Wilma McConnon
Autorité Sanitaire de Dubai/ Fondation	Pfizer Inc et l'Initiative Internationale
Noor Dubai	pour le Trachome
Ministère Fédéral de la Santé,	La Fondation Ring
Gouvernement de la République du	RTI International
Soudan	Sightsavers International
La Fondation Francis I. Proctor de	Charles Smith-Dewey
l'Université de Californie à San Francisco	David Stutzman and Wendy Blank
Le Programme GlaxoSmithKline Pulse	La Fondation Sylvan and Ann
Paula Guibault	Oestreicher, Inc
La Fondation Harris myCFO	Allan Taylor
Merrit Hemingway	L'Agence des Etats-Unis pour le
Ronald Herrmann	Développement International
Peter and Susan Holm	Ruth Wagoner
La Fondation John C. and Karyl Kay	Anne Waller
Hughes	John Wermuth
La Fondation John P. Hussman, Inc	La Fondation William H. Donner
Todd and Laurie Jorgensen	

Et à toutes les autres personnes non mentionnées, notre sincère gratitude

Table des Matières

Acronymes	1
Résumé de Synthèse	2
Sommaires du Programme de Lutte contre le Trachome par Pays	
Programme de Lutte contre le Trachome pour l'Amhara	3
Programme de Lutte contre le Trachome pour l'Ethiopie	9
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Mali	13
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Niger	19
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Nigéria	24
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Soudan du Sud	31
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Soudan	36
Programme de Lutte contre le Trachome pour l'Ouganda	42
Sommaire des Tableaux et des Chiffres	
Tableau 1: Sommaire des Données Nationales des Programmes de Lutte contre le Trachome (Pays soutenus par le Centre Carter)	47
Tableau 2: Objectifs Annuels 2014 du Programme National de Lutte contre le Trachome (Pays soutenus par le Centre Carter)	48
Tableau 3: Mise en place de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (Résultats obtenus avec le soutien du Centre Carter)	49
Tableau 4: Mise en place de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (1999-2013)	50
Figure 1: Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter	51
Figure 2: Distribution d'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter	52
Figure 3: Education sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter	53
Figure 4: Latrines ménagères construites, pays soutenus par le Centre Carter	54
Sessions Spéciales	
Surveillance après traitement et vérification de l'élimination	55
Ethiopie: Amélioration de la couverture au cours des Semaines Malaria et Trachome et Evaluation post MDA	57
La chirurgie est-elle la seule option ?	59
Mali: Sondages au niveau des sous-districts (coût et surveillance)	60
Nigeria: Cartographie intégrée du Trachome et autres Maladies Tropicales Négligées au Sud-est du Nigéria	64
Mise à jour du projet de Cartographie Globale du Trachome	66
Semaine de la chirurgie du trichiasis au Niger et autres stratégies pour améliorer l'utilisation des services chirurgicales	67
Leçons apprises des études sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques	69
Education sur le Trachome en Amhara: Faire marcher le système pour les enseignants et les étudiants	72
Annexes	
Annexe I: Recommandations de revue pour le programme de 2014	75
Annexe II: Trachome: La maladie	77
Annexe III: Agenda du programme de revue	78
Annexe IV: Liste des participants	81
Annexe V: Définitions de l'objectif d'intervention ultime	83
Annexe VI: Liste des documents publiés par le personnel du programme de lutte contre le trachome du Centre Carter en 2013	84

Acronymes

CBM	Christoffel Blindenmission
DfID	Departement du Développement International
FGD	Discussion de Groupe
FMoH	Ministère Fédéral de la Santé
GET 2020	Alliance pour l'Élimination Mondiale du Trachome Cécitant à l'horizon 2020
GTMP	Projet de Cartographie Globale du Trachome
HEW	Agent de Vulgarisation Sanitaire
HKI	Helen Keller International
IECW	Agent de Soins Oculaires Intégrés
ITI	Initiative Internationale pour le Trachome
JHU-CCP	Université John Hopkins – Centre des Programmes de Communications
KAP	Connaissance, Attitudes, et Pratiques
LCIF	Fondation du Lions Club International
LF	Filariasis Lymphatique
LGA	Région de Gouvernement Local (spécifique au Nigéria)
MalTra	Semaine de la Malaria et du Trachome
MDA	Distribution Massive de Médicaments
MoH	Ministère de la Santé
NEI	Institut National Ophthalmologique
NIH	Institut National Sanitaire
NGO	Organisation Non Gouvernementale
NPPB	Programme National pour la Prévention de la Cécité
MTN	Maladie Tropicale Négligée
OCO	Agent Clinique Ophthalmique
PCR	Réaction en Chaîne de la Polymérase
PNLC(C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
RAP	Procédure d'Évaluation Rapide
RHB	Bureau Sanitaire Régional (spécifique à l'Éthiopie)
SAFE (CHANCE)	CH irurgie, A ntibiothérapie, N ettoyage du visage, C hangements E nvironnementaux
SCH	Schistosomiase
SMoH	Ministère de la Santé de l'État
STH	Helminthiase Transmise par le Sol
TANA	Amélioration du Trachome dans le Nord Amhara
TAP	Plan d'Action pour le Trachome
TCC	Le Centre Carter
TEO	Pommade Oculaire Tétracycline
TF	Inflammation Trachomateuse Folliculaire
TF₁₋₉	Inflammation Trachomateuse Folliculaire (pour les enfants entre 1 et 9 ans)
TI	Inflammation Trachomateuse Intense
TIRET	Recherche Internationale Tripartite pour l'Élimination du Trachome
TS	Cicatrices Trachomateuses
TT	Trichiasis Trachomateux
UCSF	Université de Californie San Francisco
UIG/UTG	Objectif Ultime d'Intervention/ de Traitement
UNESCO	Organisme des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour les Enfants
UNMHCP	Service Minimum de Soins Sanitaires en Ouganda
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
WASH	Eau, Assainissement et Santé
WHA	Assemblée Mondiale pour la Santé
WHO	Organisation Mondiale pour la Santé
WoHO	Bureau Sanitaire Woreda (Spécifique à l'Éthiopie)

Résumé de Synthèse

Focalisation sur l'Impact

La quinzième revue annuelle du programme de lutte contre le trachome s'est tenue du 25 au 27 février 2014 au Centre Carter d'Atlanta en Géorgie. Les représentants des Ministères de la Santé et du Centre Carter de tous les pays soutenus par le Centre Carter étaient présents (Ethiopie, mali, Niger, Nigéria, Sud Soudan et Soudan), ainsi que les représentants de l'Ouganda à qui le Centre Carter a proposé son soutien au début 2014. Les partenaires de coordination et les donateurs étaient également présents. Parmi eux se trouvaient Cristofel Blindenmission, La Fondation Conrad N. Hilton, L'Université Emory, Helen Keller International, l'Initiative Internationale pour le Trachome, le Centre Kilimandjaro pour l'Ophtalmologie Communautaire, la Fondation du Lions Club International, l'Ecole de Londres pour l'Hygiène et la Médecine Tropicale, Pfizer, Inc, Abbott, la Fondation AbbVie, RTI International, Sightsavers, le Groupe de Travail pour la Santé Mondiale, les Centres des Etats-Unis pour le Contrôle et la Prévention des Maladies, l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, la Fondation Noor Dubaï, la Fondation Fred Hollows et la Fondation Francis I. Proctor de l'Université de Californie San Francisco.

L'objectif de la revue du programme 2014 était d'établir une évaluation du statut du programme de lutte contre le trachome, de favoriser le partage et l'uniformisation des interventions et des approches et de discuter des problèmes et des solutions. Ces revues nous permettent d'identifier les difficultés que pose la mise en œuvre de la planification, de discuter des stratégies de recherche et d'évaluation et d'améliorer la qualité globale des services proposés. Notre participation à ces revues nous permet de *Focaliser sur l'Impact*.

Au cours de l'année 2013 notre collaboration et coordination avec nos partenaires mondiaux nous a permis de constater des améliorations et des résultats continus relatifs à notre travail visant à éliminer le trachome cécitant. En novembre 2013 la distribution par le Centre Carter de la cent-millionième dose de Zithromax® données par Pfizer Inc a marqué une étape importante. Cet événement a été célébré au siège Social de Pfizer à New York par le Président Carter et le PDG de Pfizer Ian Read ainsi qu'en Ethiopie au cours du lancement de MaiTra XI. Dans le cadre du thème *Focalisation sur l'impact*, les présentations ont été centrées sur l'impact actuel des interventions CHANCE, sur les stratégies concernant l'amélioration de l'impact et sur les plans futurs d'évaluation de l'impact du programme. Les présentations sur la surveillance post-traitement et la vérification de l'élimination, ainsi que sur le coût des enquêtes au niveau des sous-districts ont constitué un temps fort de la revue du programme. L'impact des interventions actuelles et les stratégies visant à intensifier l'impact ont fait l'objet de discussions lorsque les intervenants ont exposé de quelle façon on pourrait améliorer la couverture lors des campagnes de distribution massive de médicaments, comment on pourrait faciliter l'accès à la chirurgie, les leçons apprises sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques, comment on pourrait promouvoir l'éducation sur le trachome dans les écoles afin de mieux sensibiliser les élèves, et quelles stratégies d'utiliser lorsque la chirurgie n'est pas possible. Une présentation du Projet de Cartographie Mondiale du Trachome qui a couvert 77% de l'objectif original de 1238 districts dans 30 pays, étendu à 512 districts supplémentaires et 3 pays, a montré qu'il reste beaucoup à faire.

Alors que nous examinons les progrès de la lutte contre le trachome cécitant et sa prévention grâce à la stratégie CHANCE (**CH**irurgie, **Ant**ibiothérapie, **Net**toyage du visage, **Ch**angements **E**nvironnementaux), nous devons affiner nos façons de mesurer nos progrès visant à atteindre l'objectif de l'élimination du trachome cécitant à l'horizon 2020. Nous ne devons pas nous concentrer seulement sur les performances quantifiables du nombre d'interventions chirurgicales (S) ou sur les doses d'Azithromycine distribuées, mais plutôt sur l'impact des interventions. Le Vice-président du Centre Carter et le Président par Intérim de TCP, le Dr Donald Hopkins a insisté, lors de son introduction, sur le fait que le décompte des services offerts n'est pas suffisant et que mesurer la proportion de la population touchée est plus importante, mais qu'il est plus important encore d'évaluer l'impact des services offerts. C'est sur cet aspect que les programmes doivent se focaliser. Sommes-nous proches de l'objectif ultime d'obtenir une prévalence du TT inférieure à 0.1% et d'une prévalence du TF inférieure à 5% ? Avec pour objectif ultime d'éliminer le trachome cécitant à l'horizon 2020, c'est-à-dire dans à peine six ans, nous devons continuer à œuvrer dans le but d'améliorer l'offre des services afin qu'ils soient efficaces, collaboratifs et enfin focalisés sur l'impact.

CHANCE dans la région d'Amhara en Ethiopie

Présenté par M. Tesfaye Teferi, Responsable des Programmes du Centre Carter d'Ethiopie

Historique

L'enquête nationale sur la cécité et la diminution de la vision achevée en 2006 a fait état d'une prévalence nationale de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) de 26,2% chez les enfants de un à neuf ans et une prévalence du trichiasis trachomateux (TI) de 3,1 % chez les adultes de 15 ans et plus. Ces résultats ont mis en lumière le fait que l'Ethiopie est le pays du monde le plus touché par le trachome, et la région d'Amhara la plus endémique (62,2 %) des 10 états régionaux. En dépit de ces chiffres, le trachome n'est pas l'une des plus hautes priorités sanitaires de la région. Le programme régional pour le trachome fait partie du Comité national pour la Prévention de la Cécité et une personne responsable du trachome a été nommée au Bureau sanitaire régional d'Ahmara. Aucune réunion de coordination n'est organisée entre le gouvernement et les partenaires, à l'exception du Groupe de travail MalTra-RHB et du Centre Carter (TCC). Toutes les composantes de CHANCE sont à la charge de l'Initiative SightFirst du Centre Carter-Lions et du RHB et sont menées dans toutes les régions où une action est justifiée. Dans le cadre du programme, des enquêtes sur l'impact du trachome ont été menées dans 41 districts au cours de l'année 2013 et dans 33 districts supplémentaires au début 2014. En outre, en novembre 2013 la cent-millionième dose de Zithromax® distribuées par le Centre Carter et données par Pfizer Inc a été célébrée au cours de MalTra XI. Des représentants de Pfizer Inc, du Gouvernement Ethiopien de l'Initiative Internationale pour le Trachome (ITI), de la Fondation du Lions Club International (LCIF), du Lions d'Ethiopie et du Centre Carter ont assisté au lancement de MalTra XI pour célébrer cette étape. Le généreux soutien pour les activités de 2013 est venu de la Fondation du Lions Club International, du projet ENVISION de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International mené par RTI International, de la Fondation Noor Dubaï et d'autres donateurs.

Calendrier des événements

2001 : Accord de la phase I (4 districts)

2001 : Premier plan d'action quinquennal pour le trachome (TAP) mis à jour tous les cinq ans

2001 : Début des implantations S,F et E

2003 : Début de l'implantation CHANCE complète.

2004 : Signature de l'accord de la phase II (19 districts supplémentaires)

2005 : Enquête nationale de référence

2006 : Accord de la phase III (augmentation/MalTra)

2006/2007 : Enquête de référence au niveau de la région d'Amhara

2008 : Approche de la campagne de la semaine MalTra pour l'administration massive de médicaments (MDA)

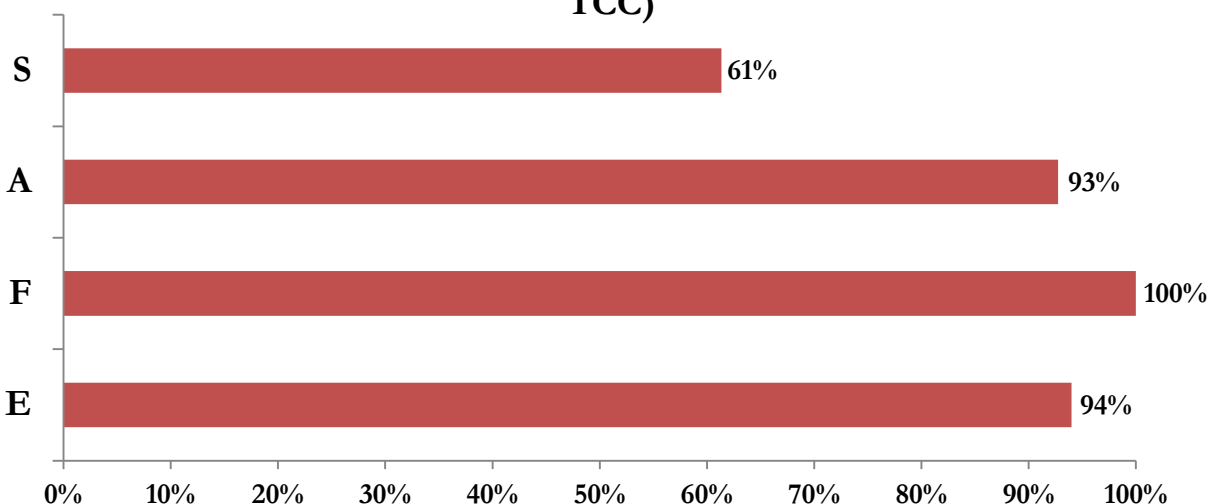
2019 : Objectif pour l'élimination

Tableau 1. Résultats du programme pour 2013

Indicateur	Objectifs d'Intervention Ultime (UIG)	Programme régional d'Amhara (Soutien Total TCC)	
		Objectif	Atteint
Personnes opérées	560,278	110,754	44,867 (40%)
Chirurgiens formés	N/A	110	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	16,361,459 (Objectif 2014)	16,518,561	15,318,259 (92%)
Doses de tetracycline distribuées pendant la MDA		337,113	359,374 (106%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	3,459	3,459	3,459 (100%)
Latrines domestiques construites	4,469,438	551,172	141,970 (26%)

Figure 1¹

Résultats cumulatifs pour 2013 par rapport aux Objectifs d'Intervention Ultime dans la région d'Amhara (soutien total TCC)



¹ Voir Annexe V pour les définitions UIG

Chirurgie (CH)

Sur 167 districts cartographiés, 156 ont une prévalence de TT supérieure à 1% chez les adultes de 15 ans et plus. Dans le cadre du programme 44 867 opérations ont été pratiquées en 2013, ce qui représente 40% de l'objectif de 110 754 opérations. Toutes ces opérations ont été pratiquées grâce au soutien de TCC. Au rythme actuel annuel d'opérations, il faudra six ans pour rattraper le retard de 280 881 patients. En 2013 le programme a effectué un inventaire de toutes les trousse chirurgicales pour le TT afin d'identifier et de remplacer les pièces manquantes.

Antibiothérapie (A)

Sur les 167 districts cartographiés, 147 présentent un TF $\geq 10\%$ chez les enfants de un à neuf ans ; 12 ont une prévalence entre 5 et 9% et huit sont non endémiques (TF < 5%). En 2013 Amhara a atteint 92% de son objectif, à savoir 15 318 259 doses d'azithromycine distribuées au cours de la campagne de MDA, toutes avec le soutien du Centre Carter. Sur les 159 districts ayant mené une MDA en 2013, tous sauf deux ont obtenu un taux de couverture supérieur à 80% ; aucun district n'a obtenu un taux de couverture inférieur à 60%. Ces résultats ont été vérifiés par une enquête de couverture menée dans toutes les zones.

Nettoyage du visage (N)

La totalité des 3 459 *kebeles* ciblés ont reçu une éducation sanitaire avec le soutien du Centre Carter. Une évaluation d'impact menée dans le Nord Gondar, le Sud Gondar, le Gojam Occidental et le Gojam Oriental a établi que la proportion d'enfants de un à neuf ans ayant le visage propre avait augmenté de 75% par rapport aux résultats de référence historiques de 28% de 2003.

Changement Environnementaux (CE)

Dans le cadre du programme, 141 970 latrines ont été construites en 2013, ce qui représente 26% de l'objectif de 551 172 latrines. Il reste donc 269 093 latrines à construire pour que la région atteigne son Objectif Ultime d'Intervention fixé (UIG). Une évaluation d'impact effectuée dans les districts du Nord Gondar, Sud Gondar, Gojam Occidental et Gojam Oriental a établi que la proportion de foyers ayant une latrine a augmenté de 40% par rapport aux résultats de 4% en 2003.

Obstacles au développement du programme

La plupart des obstacles que doit surmonter le programme concernent la chirurgie du TT et les changements environnementaux. On peut citer la mobilisation sociale inadéquate pour la chirurgie du TT, le faible accès aux services de chirurgie et une faible attention portée à la chirurgie fixe des Agents de Soins Oculaires Intégrés (IECW). Bien que de nombreuses latrines aient été construites, le niveau d'utilisation des latrines domestiques reste trop bas.

Statut des Recommandations de la Réunion de la Revue du Programme de 2013

Recommandation 1 : Le Programme national de l'Ethiopie doit effectuer une revue annuelle du programme, tel que suggéré en octobre 2013.

Non fait.

Objectifs pour 2014 et Plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 61 537 patients du trichiasis, tous avec le soutien du Centre Carter.
- Former 41 chirurgiens, tous avec le soutien du Centre Carter

Les *Woredas* les plus en retard seront prioritaires pour ce qui concerne la chirurgie en 2014. Des efforts seront fournis pour sensibiliser les chefs des centres de santé afin qu'ils apportent leur soutien aux services de chirurgie fixe. Le programme améliorera/normalisera la formation des IECW en se concentrant sur les compétences pratiques. On se focalisera davantage sur l'amélioration de l'aspect qualitatif et quantitatif des prestations des IECW. La gestion de la chaîne d'approvisionnement des trousseaux TT et des consommables sera améliorée. La mobilisation sociale sera renforcée et l'accent sera mis sur le programme des Agents de vulgarisation sanitaire (HEW) et sur les structures des *kebele* comme l'Armée de développement sanitaire. Les HEW seront attachés aux IECW et effectueront les recherches de cas de TT. Afin d'atteindre ces objectifs, le programme a déterminé qu'il existera une collaboration intégrée agressive de mobilisation communautaire, un suivi sur la validité des interventions chirurgicales effectuées, sur la qualité de la chirurgie et sur la satisfaction des patients au niveau de la chirurgie. La planification et l'organisation des campagnes seront améliorées ; la supervision sera renforcée et des « chefs IECW » seront nommés pour aider et guider les nouveaux IECW.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 16 361 469 doses d'azithromycine avec le soutien du Centre Carter
- Distribution de 498 610 doses de tétracycline avec le soutien du Centre Carter

Parmi les districts ayant besoin d'une MDA, 41 doivent faire l'objet d'une évaluation d'impact en 2014 avant de lancer une autre MDA ; 55 doivent recevoir une autre MDA ; et 69 doivent recevoir deux MDA avant d'organiser des évaluations d'impact.

Nettoyage du visage (N)

- Fournir une éducation sanitaire dans 3 459 *kebeles* avec le soutien du Centre Carter

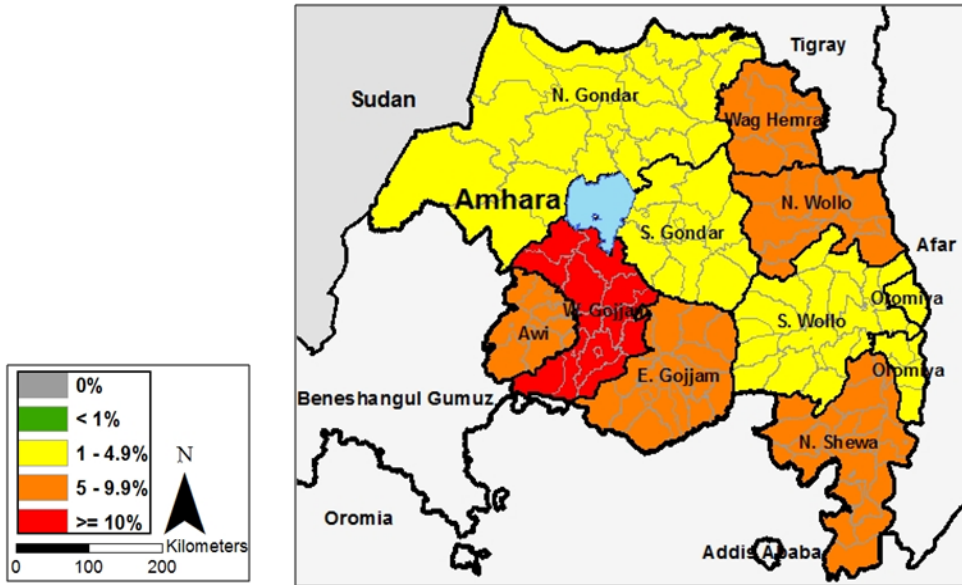
Changements environnementaux (CE)

- Construction de 284 405 latrines avec le soutien du Centre Carter

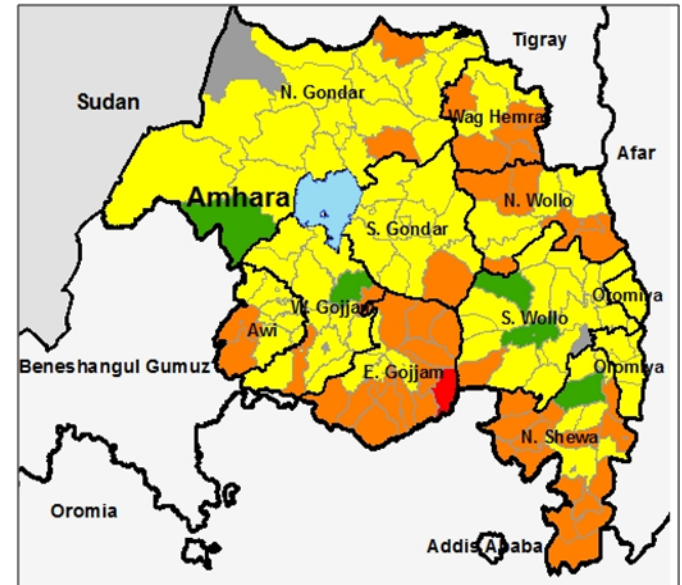
Le programme continuera de promouvoir la construction de latrines dans les communautés endémiques. Le coût en est de 13 USD par latrine pour le matériel. Des recherches opérationnelles seront menées pour déterminer les raisons pour lesquelles certaines personnes n'utilisent toujours pas les latrines.

Cartes d'Amhara, en Éthiopie

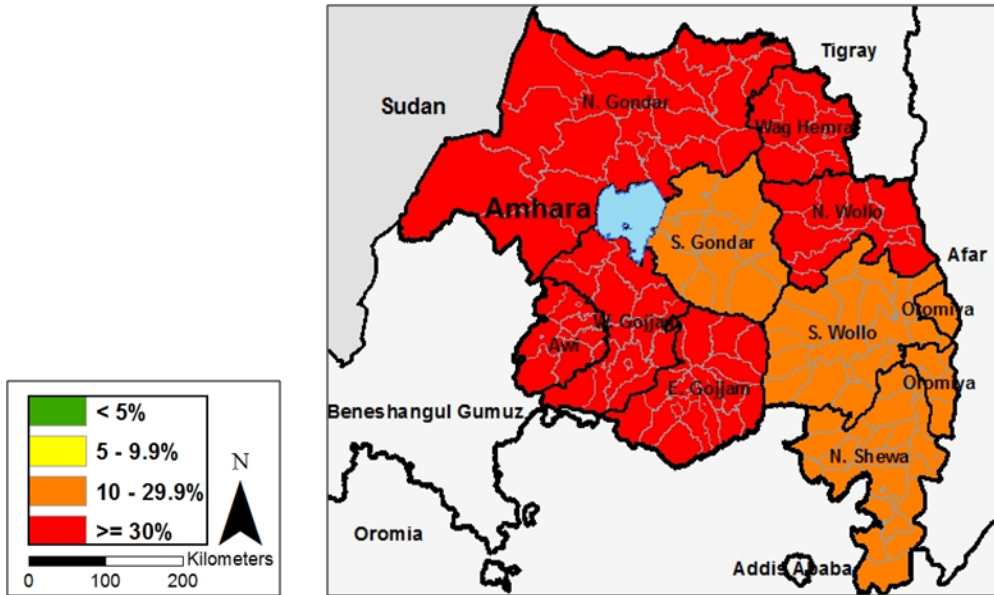
Prévalence de référence de TT chez les adultes de 15 ans et plus, 2007



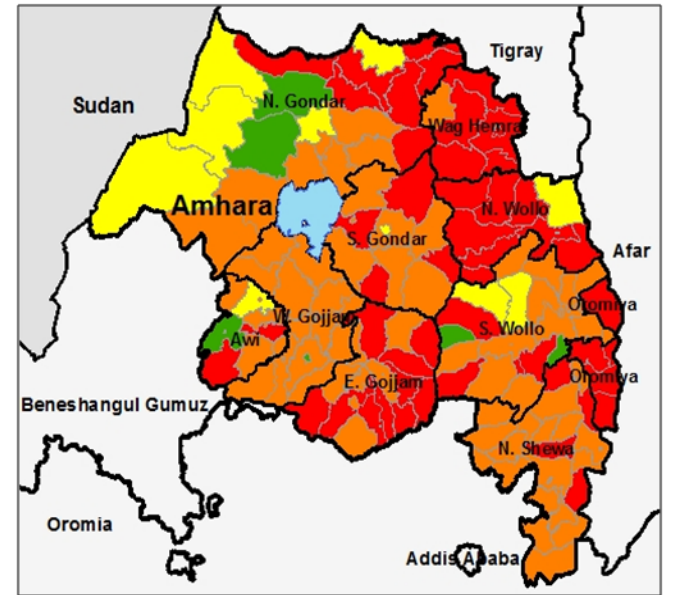
Prévalence de TT chez les adultes de 15 ans et plus, 2013



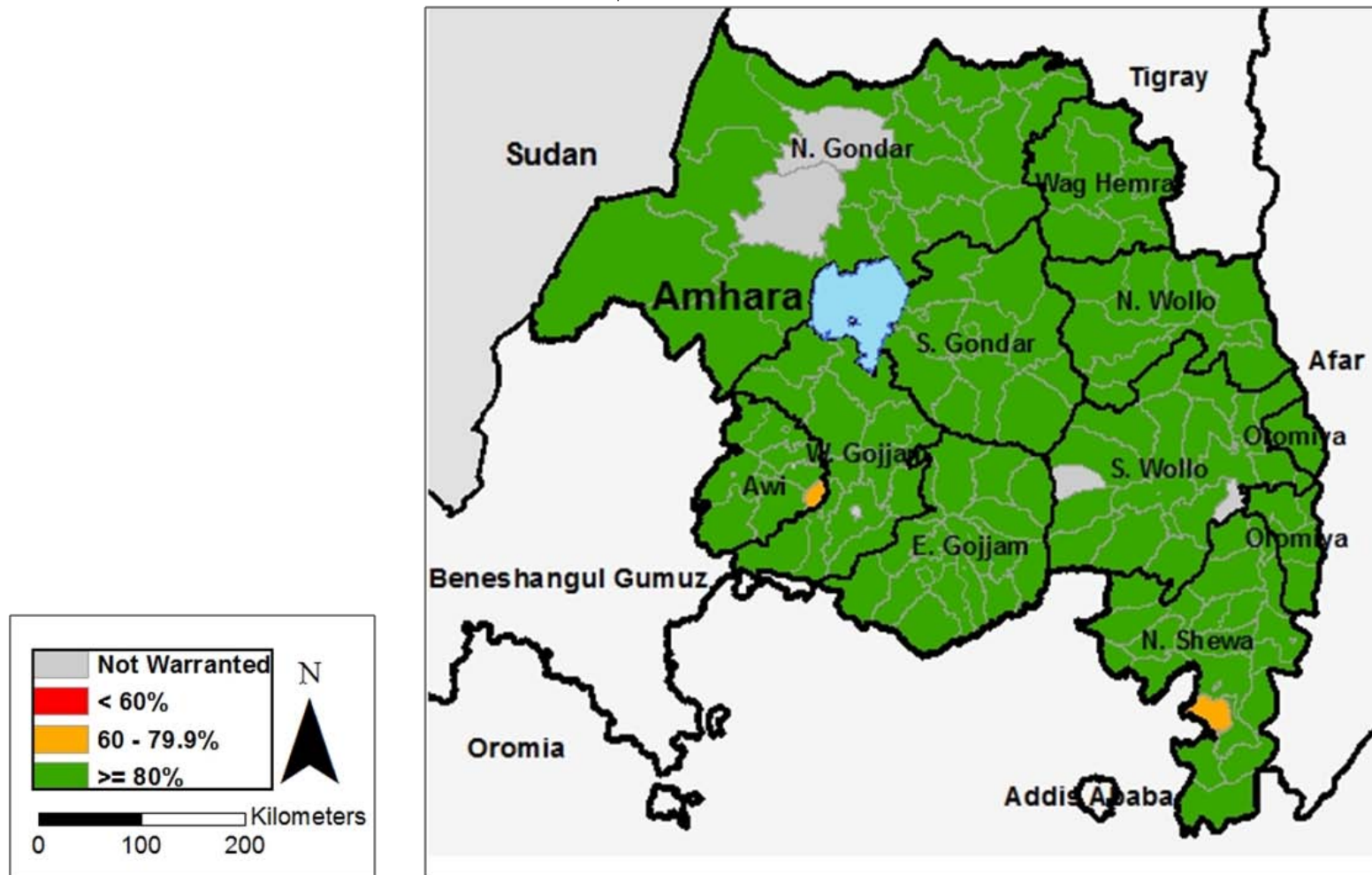
Prévalence de référence de TF chez les enfants de un à neuf ans, 2007



Prévalence de TF chez les enfants de un à neuf ans, 2013



Couverture MDA, 2013



CHANCE en Ethiopie

Présenté par M. Oumer Shafi, Chef de l'Equipe MTN, Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie

Historique

L'Enquête nationale sur la Cécité, la Diminution de la vision, et le Trachome conduite en 2006 a révélé que 2,8 millions de personnes en Ethiopie ont une vision diminuée et que 1,2 millions sont aveugles. Il a été estimé que 87% des cécités étaient dues à des maladies évitables. L'enquête a révélé que le trachome actif était endémique dans presque toutes les régions du pays et que 1,3 millions de personnes dans le pays vivaient avec un trichiasis trachomateux (TT). Les résultats de l'enquête ont montré que 30% des cas de trachome de l'Afrique sub-saharienne se trouvent en Ethiopie.

En Ethiopie, le problème des Maladies tropicales négligées prend de l'ampleur. En 2013 un plan directeur national pour les MTN a été lancé, les états régionaux préparant leur propre plan directeur. Une équipe MTN a été formée au sein du Ministère fédéral de la Santé (FMoH) et des indicateurs MTN ont été intégrés au système d'information de gestion de la santé. Des registres de traitement nationaux et des directives de poche pour les Agents de vulgarisation sanitaire sont en préparation, et il est prévu d'intégrer les MTN dans le système de santé existant. Afin de mieux comprendre le poids des MTN en Ethiopie, il a été procédé à une cartographie des maladies pouvant être traitées au moyen de chimiothérapie préventive (PTC), telles que la filariose, la bilharziose (SCH) et l'helminthiase transmise par le sol (STH). Les résultats du Projet de Cartographie Globale du Trachome (GTMP) épauleront le travail sur les MTN.

Calendrier des événements

- 2001 : Mise en place d'une Directive nationale pour les soins oculaires primaires²
- 2006 : Etablissement d'un Groupe de travail pour la lutte contre le trachome
- 2009 : Mise en place d'une Directive nationale pour la distribution d'antibiotiques de masse
- 2006-2007 : Enquête du Centre Carter sur l'enquête de référence de la région d'Amhara au niveau des zones
- 2008 : Lancement de MalTra dans la région d'Amhara³
- 2012 : Préparation du plan d'action national pour le trachome
- 2013 : Lancement du plan directeur national pour les MTN
- 2013 : Le trachome fait partie du programme national pour les MTN sous la direction du contrôle et de la prévention des maladies
- 2020 : Objectif d'élimination

² Document quinquennal, présentement dans sa 3^{ème} année

³ La semaine MalTra (Malaria et Trachome est une campagne bisannuelle d'une semaine consistant en une distribution de masse d'azithromycine pour prévenir et traiter le trachome. De plus, les patients reçoivent une éducation sanitaire et un dépistage et un traitement pour la malaria au moyen de Coartem®

Tableau 1. Résultats du programme pour 2013

Indicateur	Programme national ⁴	
	Objectif	Atteint (%)
Personnes opérées	242 462	133 940 (55%)
Chirurgiens formés	N/C ⁵	N/C
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	24 931 984	17 714 445 (71%)
Doses de tetracycline distribuées pendant la MDA	508 816	361 519 (71%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	12 000	12 000 (100%)
Latrines domestiques construites	1 872 150	1 632 414 (87%)

Chirurgie (CH)

133 940 interventions chirurgicales ont été pratiquées en Ethiopie en 2013. Aucun nouveau chirurgien n'a été formé. Toutefois des stages de perfectionnement ont été organisés dans les régions du SNNRP⁶ et d'Oromia. On estime à 444 509 le nombre de cas de TT restant à opérer pour rattraper le retard, ce qui, au rythme chirurgical de 2013, prendra trois ans.

Antibiothérapie (A)

En 2013 l'Ethiopie a atteint 71% de ses objectifs de traitement, soit 17 714 445 doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA. Sur les 225 districts pratiquant la MDA en 2013, tous sauf un ont obtenu une couverture supérieure à 80%. Aucun district n'a obtenu une couverture inférieure à 60%. Les enquêtes de couverture ont été menées en Amhara Oriental où 90,6% des sondés affirment avoir reçu un traitement et en Amhara Occidental où 86,2% des sondés ont affirmé avoir reçu un traitement. Les enquêtes de couverture n'ont pas été menées au SNNRP ni en Oromia.

Nettoyage du visage (N)

Les 12 000 villages ciblés ont reçu une éducation sanitaire en 2013. Aucune enquête nationale n'a concerné la prévalence du nettoyage du visage. Les enquêtes effectuées par le TTC dans la région d'Amhara ont conclu que 75,5% des enfants de un à neuf ans avaient le visage propre. Orbis International a mené une enquête au SNNRP montrant que 69% des enfants avaient le visage propre.

⁴ Le soutien du Centre Carter dans la région d'Amhara a été pris en compte dans les données nationales fournies. Pour des statistiques plus détaillées sur les activités du TCC dans la région d'Amhara, veuillez vous reporter à la page 5.

⁵ N/C : non communiqué par le programme.

⁶ Etat Régional des Nations Sud, des Nationalités et du Peuple (SNNRP)

Changements Environnementaux (CE)

1 632 414 latrines ont été construites en 2013, soit 87% de l'objectif annuel. Il est difficile de faire une estimation de la couverture en latrines en raison des différences existant entre les différents types de latrines, ce qui rend la comparaison malaisée. Par exemple, les latrines améliorées constituent 31% de l'ensemble des latrines domestiques et environ 60% des foyers ont des latrines améliorées. On estime à 6 668 468 le nombre de latrines restant à construire pour que le programme national atteigne son objectif d'intervention ultime. Bien que presque huit millions de latrines aient été construites en Ethiopie à ce jour, l'utilisation des latrines pose toujours un problème. Le plan d'action national pour un assainissement stratégique (2011-2015) affirme que seuls 21% de la population à risque utilisent les latrines. Le programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement estime que seuls 13% de la population utilisent les latrines fournies.

Obstacles au développement du programme

Le GTMP a souligné que de nombreuses régions présentent une prévalence de trachome importante. (Oromia, SNNPR et Tigray). Actuellement les fonds sont insuffisants pour mettre en œuvre des activités CHANCE dans les régions où elles se justifieraient. Pour ce qui concerne la chirurgie du TT, les fournitures chirurgicales sont insuffisantes et on assiste à un taux de défection élevé des agents de soins oculaires intégrés. (IECW). Parmi les autres obstacles on peut citer la collaboration limitée de la communauté Eau, Assainissement et Hygiène (WASH) et une faible conscience et usage d'un assainissement amélioré.

Statut des Recommandations de la Réunion de revue du Programme

Recommandation 1 : Le programme national devrait organiser des revues de programme annuelles comme suggéré en octobre 2013.

Non fait

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre :

Chirurgie (CH)

- Opérer 150 000 patients atteints de trichiasis

Bien qu'il existe un TAP national, seule la région d'Amhara a élaboré un plan spécifique pour rattraper son retard de TT. La priorité s'établit en fonction du retard le plus important. Dans le but de toucher tous les cas de TT le programme national s'appuiera sur les services fixes dans les centres de santé, sur les services mobiles dans les centres de santé de voisinage et sur des campagnes mobiles. Les HEW et les membres de l'armée de développement sanitaire féminine sont censés identifier, enregistrer et orienter les patients souffrant de TT. Dans le but d'atteindre ces objectifs chirurgicaux le programme a déterminé que des trousseaux chirurgicales étaient nécessaires.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 43 829 038 doses d'azithromycine
- Distribution de 894 470 doses de tetracycline

Nettoyage du visage (N)

- Fournir une éducation sanitaire dans 11 514 villages

Changements Environnementaux (CE)

- Construction de 2 000 000 de nouvelles latrines

Afin de faciliter la fourniture de latrines et d'en améliorer l'utilisation, le programme national aimerait impliquer la communauté pour parvenir à une hygiène et un assainissement total. Cette méthode s'appuie sur une approche qui encourage les villages à supprimer les défécations en plein air. Le programme compte aussi sur l'Armée de Développement Sanitaire à prédominance féminine.

CHANCE au Mali

Présenté par le Professeur Lamine Traoré, Coordonnateur du PNLIC, Ministère de la Santé, Mali

Historique

1994 a vu la création du Programme national de Prévention de la Cécité (PNLIC). Au vu des résultats des enquêtes de prévalence menées en 1996 et 1997, le trachome a été identifié en tant que problème de santé publique majeur au Mali. Bien que les trois premières priorités du Ministère de la Santé (MoH) soient la malaria, le VIH et la tuberculose, un programme national de lutte contre le trachome a été élaboré en 1999. Le trachome fait partie du département des maladies Tropicales Négligées (MTN) du MoH et les réunions se tiennent le dernier jeudi de chaque mois. Bien que le Mali n'ait pas de Plan d'Action formel contre le Trachome (TAP), le PNLIC, en fin d'année, élabore un plan d'action au cours d'une réunion de revue du programme. Le Centre Carter (TCC), conjointement avec d'autres partenaires, soutient actuellement la mise en œuvre de tous les composants de CHANCE. Pour le composant A le TCC se limite à l'achat de tétracycline en pommade oculaire.

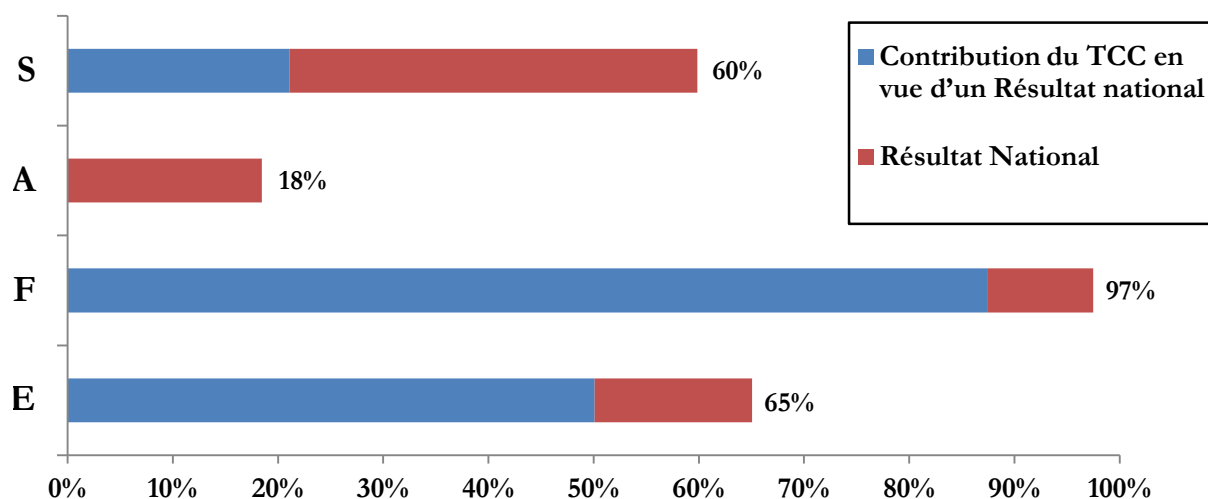
Calendrier des événements

1994 : Lancement du Programme national de Prévention de la Cécité
1996-1997 : Enquête nationale de référence de prévalence
1999 : Lancement du Programme de Lutte contre le Trachome au Mali
2001 : Début de la distribution de Zithromax® donné par Pfizer Inc.
2003 : Début des activités de nettoyage du Visage et des Changements Environnementaux
2005-2013 : Enquêtes d'impact
2015 : Objectif de l'élimination du trachome cécitant au Mali

Tableau 1. Résultats du Programme en 2013

Indicateur	Objectif d'Intervention Ultime(UG)	Programme national		Soutien du Centre Carter	
		Objectif	Atteint (%)	Objectif	Atteint (%)
Personnes opérées	121,773	10,000	4,930 (49%)	4,000	2,830 (71%)
Chirurgiens formés	N/A	20	17	0 ²	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	981,882	981,882	181,259 (18%)	N/A ³	N/A
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA		19,637	3,625 (18%)	N/A	N/A
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	2,997	2,747	2,622 (95%)	2,747	2,622 (95%)
Latrines domestiques construites	180,527	22,149	3,233 (13%)	5,500	1,438 (26%)

Résultats cumulatifs par rapport aux Objectifs d'Intervention Ultime au Mali en 2013



² Bien que le Centre Carter soutienne habituellement la formation des chirurgiens, aucune formation n'a été prévue en 2013.

³ N/A = Sans objet. Le programme n'a pas soutenu l'intervention d'azithromycine en 2013

Chirurgie (CH)

Sur les 53 districts cartographiés, 18 ont une prévalence de Trichiasis trachomateux (TT) supérieure ou égale à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Cela représente une diminution de 63% (à partir des données de 48 districts) par rapport aux résultats de l'enquête de référence de 1997. En 2013 dans le cadre du programme national 4 930 interventions chirurgicales ont été pratiquées (49% de l'objectif de 10 000) dont 2 830 avec le soutien du TCC. De plus, 17 chirurgiens ont été formés sur un objectif de 20, bien qu'aucune de ces formations n'ait eu le soutien du TCC. On estime à 25 949 le nombre de cas restant à opérer afin d'atteindre l'objectif d'intervention ultime (UIG). Au rythme actuel des interventions pratiquées annuellement, il faudra cinq années pour rattraper ce retard. Le TCC et d'autres ONG œuvrent avec la programme national pour identifier les moyens d'augmenter le nombre d'interventions.

Antibiothérapie (A)

Sur les 53 districts cartographiés, 5 présentent une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) supérieure ou égale à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans ; 11 ont une prévalence située entre 5 et 9% ; et 37 se sont avérés non endémiques (TF inférieur à 5%). La Distribution massive de médicaments(MDA) a débuté au Mali en 2001. En 2013 le Mali a atteint 18% de son objectif de 981 882, soit 181 259 doses d'azithromycine distribuées au cours des MDA. En dehors des sites sentinelles aucune autre région n'a reçu de traitement en 2013. Ce ne sont que les sites situés au Nord qui ont besoin d'un traitement. Toutefois, il faut d'abord mener des enquêtes d'impact. En raison de l'insécurité qui règne dans ces régions les enquêtes n'ont pas encore été réalisées.

Nettoyage du visage (N)

Un objectif de 2 747 villages devant recevoir l'éducation sanitaire a été fixé. Sur ce nombre, 2 622 ont été concernés (94%), tous avec le soutien du TCC. Selon le plan stratégique l'objectif est d'obtenir que 90% des enfants âgés de un à neuf ans aient un visage propre. Selon les résultats d'enquêtes d'impact réalisées dans les districts de Kayes, Koulikoro et Segou, 82% des enfants avaient le visage propre, soit une augmentation par rapport à l'évaluation mi-parcours de 70%.

Changements Environnementaux (CE)

En 2013, 3 233 latrines ont été construites, dont 1 438 avec le soutien de TCC. Selon le programme national 63 058 latrines doivent être construites pour atteindre les objectifs de l'UIG de 180 527 latrines. Dans le cadre du plan stratégique aucun objectif précis de construction de latrines devant être atteint avant 2015 n'a été déterminé. Les enquêtes de prévalence menées dans les districts de Kayes, de Koulikoro et de Segou ont établi que 86% des foyers avaient des latrines et les utilisaient.

Obstacles au développement du programme

De nombreux obstacles se dressent sur la route de l'objectif de la date d'élimination de 2015 surtout à cause de l'insécurité qui règne dans le Nord du pays qui freine les activités de mise en œuvre et d'évaluation. D'autres obstacles concernent la chirurgie du TT : en deux ans nous devons combler le retard de 25 249 patients. Nous devons gérer les cas des patients qui refusent la chirurgie et ceux des patients qui doivent être

A tous les niveaux nous devons être responsables de la qualité de la chirurgie. De plus, nous devons identifier les potentielles poches de cas de TT au niveau des sous-districts. Afin de surmonter certains de ces obstacles le programme national a établi que les équipes et les praticiens ont besoin de véhicules et de motos, de ressources humaines de qualité en termes de chirurgiens, d'un gestionnaire de données et d'inspecteurs, et enfin de fonds pour parvenir à l'élimination en 2015.

Statut des Recommandations de la Réunion de Revue du Programme pour 2013

Recommandation 1 : Le programme national doit se focaliser sur les services chirurgicaux dans les districts ayant un nombre important de cas en attente d'intervention et sur les villages n'ayant pas bénéficié de campagnes dans le passé.

Objectif atteint. Toutes les « sorties auto » se pratiquent dans ces zones¹⁰

Recommandation 2 : Le Coordonnateur national doit présenter un rapport sur les résultats des activités de surveillance lors de la Revue du Programme.

Fait

Recommandation 3 : Le programme doit se tenir prêt à offrir un service (MDA et TT) et à réaliser des évaluations d'impact dans les régions désertiques. Helen Keller International (HKI) a proposé d'apporter son soutien à la région de Tombouctou et le TCC apportera son soutien aux régions de Gao et Kidal.

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 569 patients atteints de trichiasis, dont 6 228 avec le soutien du TCC.

Afin que la prévalence de TT descende à moins de 0.1 % de la population totale, le Mali a l'intention d'opérer environ 15 000 en 2014 et 11 000 en 2015. Les districts affichant un taux de prévalence de TT de 1% ou plus chez les adultes de 15 ans ou plus seront prioritaires. L'accroissement du nombre de campagnes « sortie auto » ou « sortie moto » chirurgicales représente le seul moyen permettant d'atteindre ces objectifs. Toutefois, tout cela dépend du soutien logistique et de l'achat de matériel supplémentaire. Le programme aimerait offrir une nouvelle formation à certains chirurgiens et délivrer des diplômes pour s'assurer de la bonne qualité des interventions chirurgicales sur le TT. Une enquête Connaissance, Attitude et Pratique (KAP) est en cours de réalisation et doit permettre de comprendre pourquoi les patients refusent l'acte chirurgical.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 385 934 doses d'azithromycine
- Distribution de 4 285 doses de tétracycline, l'ensemble devant être distribué par le TCC

Cinq districts doivent faire l'objet d'une évaluation d'impact en 2014 avant toute MDA. En dehors des zones potentielles au Nord aucun autre district ne nécessite une MDA ou une évaluation d'impact

Nettoyage du visage (N)

250 villages ont reçu une éducation sanitaire, tous auront le soutien du TCC.

Le programme national compte sur les manuels de formation sur les MTN et la schistosomiase pour faire adopter des programmes de changement de comportement et des programmes Eau, Assainissement et Hygiène (WASH).

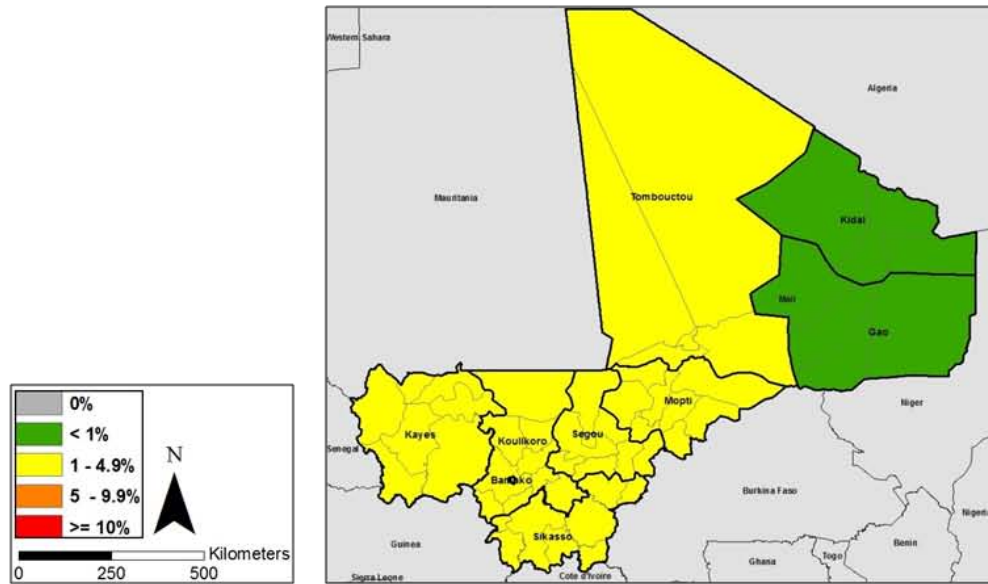
Changements Environnementaux (CE)

L'objectif est de construire 15 000 latrines, le tout avec le soutien du Centre Carter.

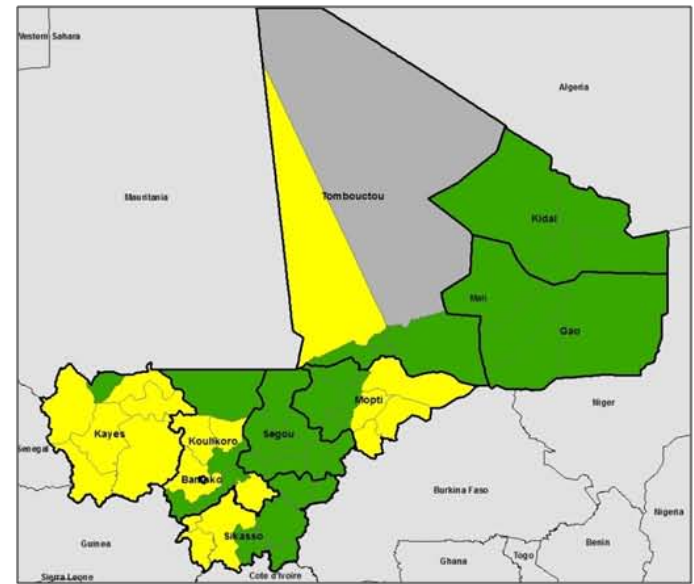
¹⁰ Les « sorties auto » sont des interventions chirurgicales effectuées par des chirurgiens qui vont de Bamako aux zones rurales en voiture

¹¹ Les « sorties moto » sont des interventions chirurgicales effectuées par des chirurgiens se déplaçant en moto.

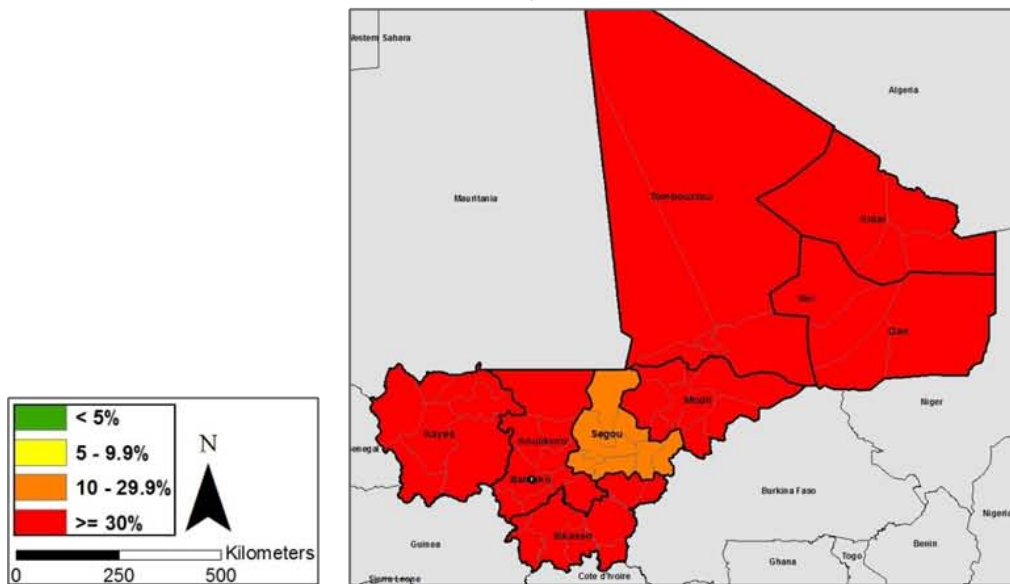
Prévalence TT de référence chez les Femmes âgées de 14 ans et plus, 1996



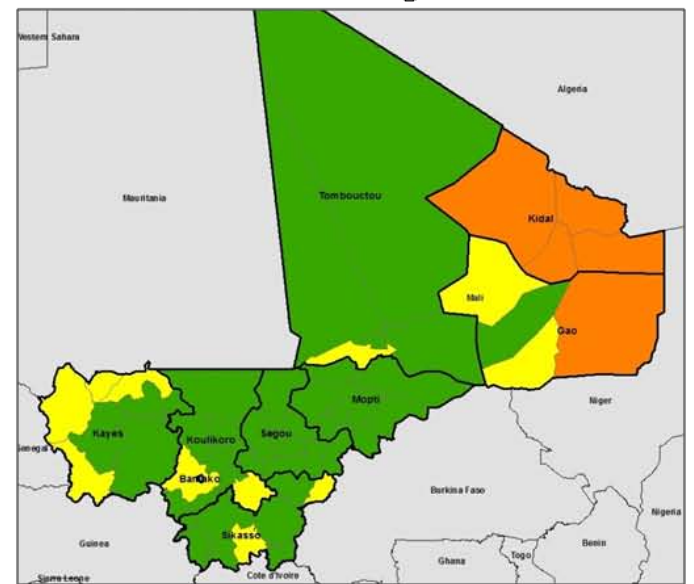
Prévalence TT chez les adultes âgés de 16 ans et plus, 2013



Prévalence TT de référence chez les enfants âgés de 10 ans et moins, 1996



Prévalence TT chez les enfants âgés de 1 à 9 ans



CHANCE au Niger

Présenté par le Dr. Kadri Boubacar, Coordonnateur adjoint, Ministère fédéral de la Santé, Niger

Historique

Le Programme national de Prévention de la Cécité (PNLC) a été établi en 1987 à la suite d'enquêtes nationales faisant état d'une prévalence de cécité de 2,2% dont un quart dû au trachome. Les enquêtes régionales de référence menées entre 1997 et 1999 ont établi que 44% des enfants âgés de un à neuf ans avaient un trachome actif (TF et/ou TT) et que 1,7% des femmes avaient un trichiasis. En 1999, le PNLC a fondé le Groupe de Travail National pour le Trachome et à partir de 2001 des enquêtes de prévalence ont été menées au niveau des districts. A ce jour le trachome fait partie des maladies tropicales négligées (MTN) mais n'est pas considérée comme prioritaire. Bien que le trachome soit intégré au département des MTN, les partenaires du trachome organisent une coordination spécifique pour le trachome et des réunions de revue annuelle au niveau régional. Le programme applique tous les composants de la stratégie CHANCE où cela se justifie.

En 2013 le Ministre de la Santé a fait une déclaration rendant hommage au travail effectué par le Ministère de la Santé (MoH), les coordinateurs du trachome et par les deux partenaires principaux : le Centre Carter (TCC) et Helen Keller International (HKI). Ces déclarations ont été faites au cours d'une semaine d'intervention chirurgicale pour le trichiasis trachomateux en mars 2013.

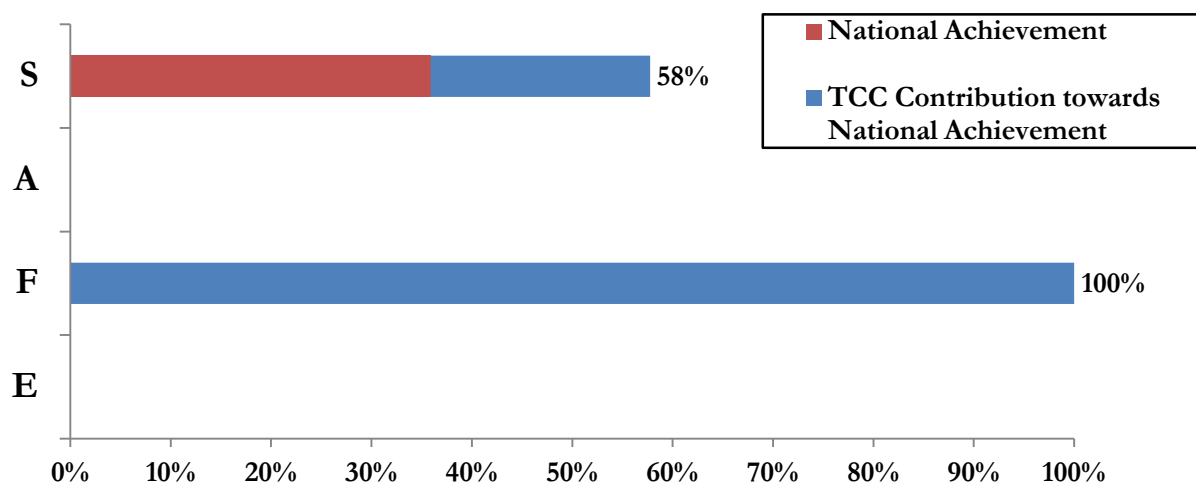
Calendrier des événements

- 1987 : Début du programme national de lutte contre la cécité (PNLC).
- 1997-1999 : Enquêtes de référence menées au niveau régional
- 2000 : Le TCC apporte son soutien au programme
- 2001 : Début des enquêtes de référence au niveau des districts
- 2001 : Mise en œuvre de la stratégie CHANCE
- 2006 : Enquêtes d'impact
- 2007 : Lancement du programme MTN
- 2010 et 2012 : Enquêtes d'impact
- 2015 : Objectif pour l'élimination du trachome cécitant

Tableau 1. Résultats du Programme en 2013

Indicateur	Objectifs d'Intervention Ultime (UIG)	Programme national		Soutenu par le Centre Carter	
		Objectif	Atteint (%)	Objectif	Atteint (%)
Personnes opérées	25 995	15 000	11 228 (75%)	11 000	9 134 (83%)
Chirurgiens formés	N/A	20	10 (50%)	20	10 (50%)
Doses d'azithromycine distribuées pendant MDA	8 319 987	8 319 387	En cours ⁴	N/A ⁵	N/A
Doses tétracycline distribuées pendant MDA		170 000	N/R ⁶	170 000	170 000 (100%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	634	634	634 (100%)	634	634 (100%)
Latrines domestiques construites	N/R	15 000	11 019 (73%)	15 000	11 019 (73%)

2013 Résultats cumulatifs par rapport aux Objectifs d'Intervention Ultime au Niger



⁴ The La MDA de 2013 était en cours en février 2014 et le résultats n'étaient pas disponibles au moment de la présentation .

⁵ N/A = Sans objet, le programme n'a pas soutenu d'intervention spécifique en 2013.

⁶ N/R = Non communiqué par le programme

Chirurgie (CH)

Sur les 35 districts cartographiés 15 ont une prévalence de TT supérieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus, soit une diminution de 57% par rapport aux résultats des enquêtes de référence selon lesquelles tout les 35 de ces districts avaient une prévalence de TT de 1% ou plus. Dans le cadre du programme 11 228 interventions chirurgicales ont été pratiquées en 2013, dont 9 134 (81%) avec le soutien du TCC. La formation des 10 chirurgiens en 2013 a obtenu le soutien du TCC. On estime à 25 995 le nombre de cas restant à opérer, la majorité étant concentrée dans les régions de Maradi et de Zinder. Au rythme actuel des interventions pratiquées annuellement il faudra plus de deux ans pour rattraper le retard.

Une analyse des opérations du TT a été faite en 2013 pour en évaluer la qualité. Sur les 303 cas analysés, 262 (86,5%) ont été réussis et 41 cas (13,5%) ont demandé une deuxième intervention. Ceci montre que le nombre de cas récurrents a considérablement diminué au cours de ces dernières années, passant de 33,3% en 2011 à 13,5% en 2013¹⁶

Antibiothérapie (A)

En 2013 15 des 35 districts cartographié avaient une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire supérieure ou égale à 10% chez les enfants de un à neuf ans ; un district avait une prévalence de TF située entre 5 et 9% et 14 districts avaient une prévalence inférieure à 5%. Les activités de distribution massive de médicaments (MDA) prévues pour 2013 se sont prolongées en 2014 en raison d'un retard de l'obtention des fonds.

Nettoyage du visage (N)

Les 634 villages ciblés pour recevoir une éducation sanitaire en ont bénéficié avec le soutien du TCC.

Changements Environnementaux (CE)

Sur un objectif de 15 000 latrines devant être construites, 11 019 (73%) l'ont été achevé, toutes avec le soutien du TCC.

Obstacles au développement du Programmes

Les obstacles que doit surmonter le programme proviennent des difficultés qu'il y a à toucher les patients dans les zones éloignées et la gestion des soins pour les patients qui refusent la chirurgie. Le programme constate qu'il a besoin d'un soutien accru en termes de finances, de logistique et de matériel pour mener à bien ses activités.

Statut des Recommandations de la Réunion de revue du Programme

Recommandation 1 : Recherche de services chirurgicaux du trichiasis le long de la frontière avec le Nigéria

Cette recommandation n'a pas été accomplie. Toutefois le programme affirme que les patients du TT traités le long de la frontière sont comptabilisé et que, bien que les statistiques ne soient pas officiellement publiées, on pense qu'environ 5% des patients le long de la frontière viennent du Nigéria.

¹⁶ Le taux acceptable actuel de récurrence est de 10% et donc il est prévu de prendre des mesures pour améliorer les résultats

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 000 patients du trichiasis, 11 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former 40 chirurgiens, 25 avec le soutien du Centre Carter

Afin de combler le retard relatif au TT, le programme prévoit de poursuivre le dépistage des patients dans les zones endémiques et d'offrir des services chirurgicaux dans les centres de santé. Le recueil de données sera amélioré de façon à recueillir davantage d'informations sur les patients incluant la façon de les contacter. Enfin, le programme va intensifier son soutien logistique et financier et accroître la fourniture de médicaments, de consommables chirurgicaux et de troussees chirurgicales pour le trichiasis pour les chirurgiens.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 4 682 611 doses d'azithromycine
- Distribution de 170 000 doses de tétracycline, toutes avec le soutien du Centre Carter

Parmi les 18 districts justifiant une MDA, sept d'entre eux doivent faire l'objet d'évaluations d'impact en 2014 afin de déterminer si une deuxième MDA est nécessaire ; sept d'entre eux requièrent une MDA supplémentaire ; trois d'entre eux ont besoin de deux MDA supplémentaires et un district a besoin de trois séries ou plus de MDA supplémentaires avant les évaluations d'impact.

Nettoyage du visage (N)

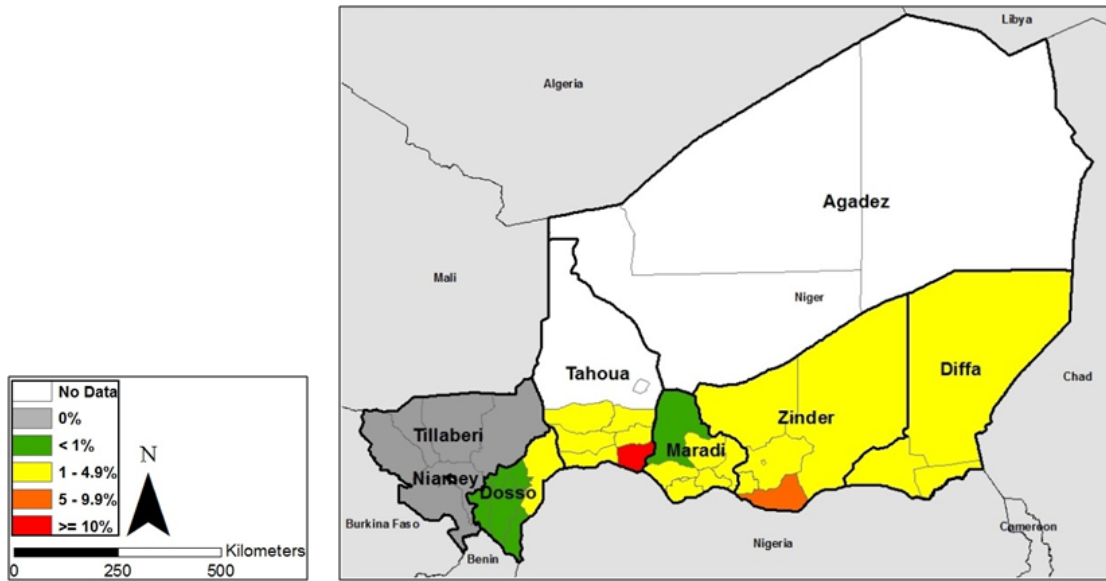
- Offrir une éducation sanitaire à 634 villages, 534 avec le soutien du Centre Carter

Changements Environnementaux (CE)

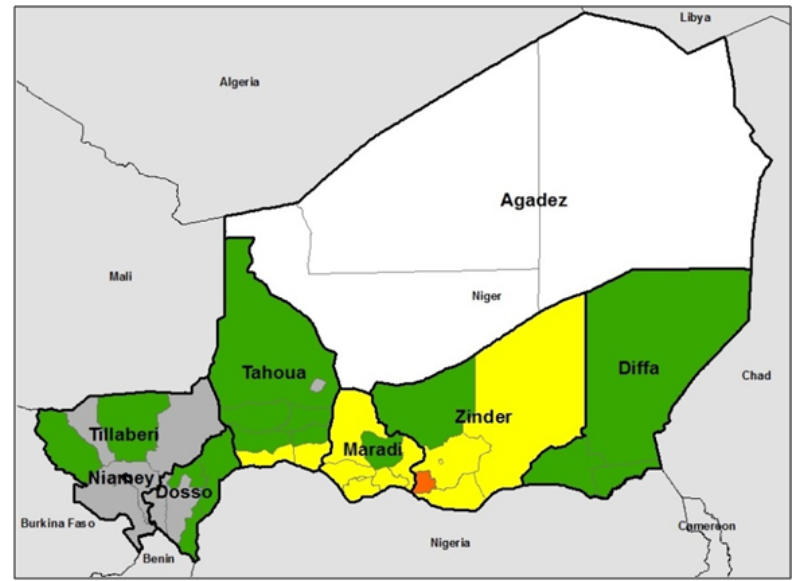
- Construction de 15 000 latrines, toutes avec le soutien du Centre Carter.

Cartes de Niger

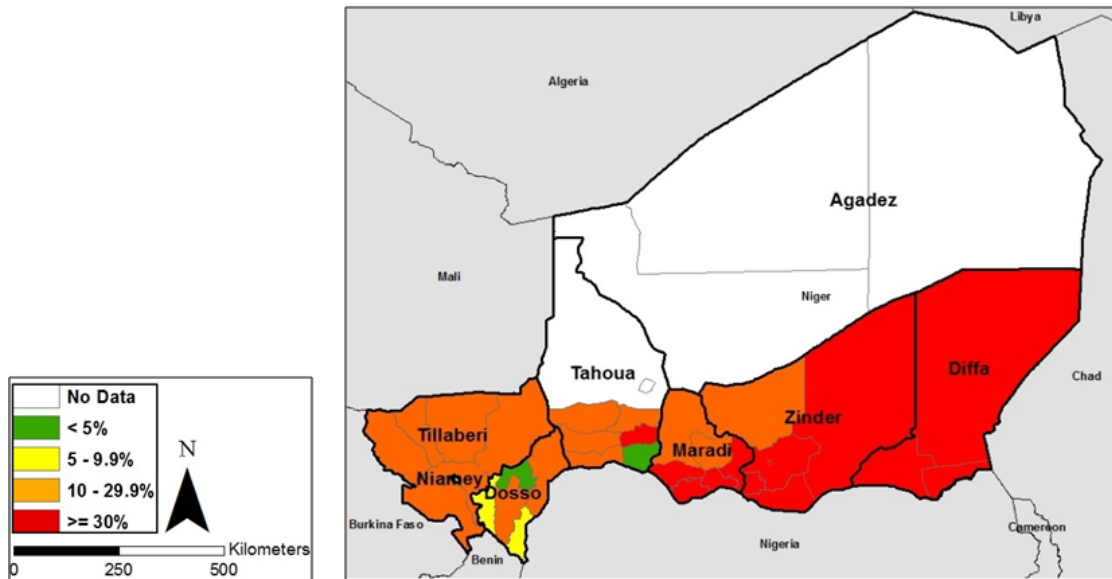
Prévalence de TT de référence, 2000-2007



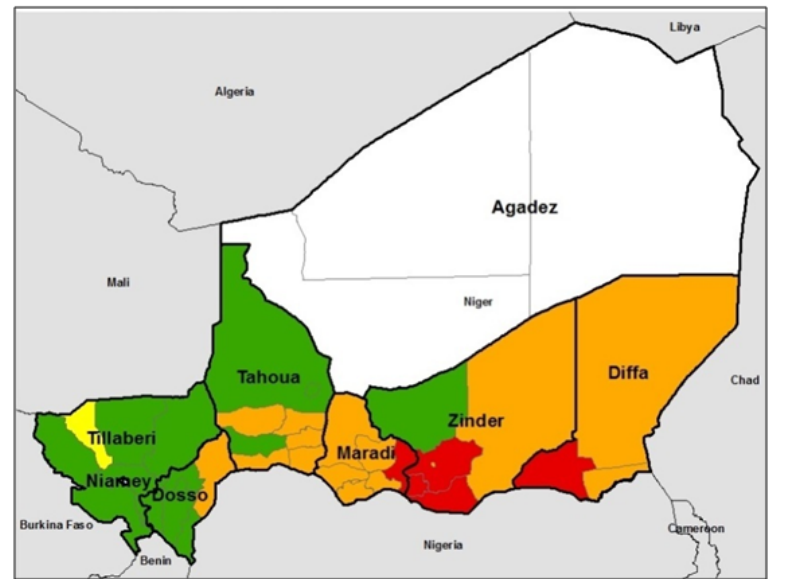
Prévalence de TT chez les adultes de 16 ans et plus, 2013



Prévalence TF de référence, 200-2007



Prévalence de TF chez les enfants de 1 à 9 ans, 2013



CHANCE au Nigéria

Présenté par le Dr. Unwaezuoke Onyebuchi, Coordonnateur national des Maladies tropicales négligées, Ministère fédéral de la Santé, Nigéria

Historique

L'Enquête nigériane sur la cécité et la diminution de la vision de 2005-2007 a noté que la prévalence globale de cécité au Nigéria était de 0,78% et que la prévalence variait selon les différentes zones géopolitiques du pays (de 2,8 à 6,1%). La cataracte a été identifiée comme la principale cause de cécité évitable au Nigéria, suivie par le trachome. Le trachome est l'une des premières priorités sanitaires du pays et fait partie de la Division des maladies tropicales négligées (MTN) du Ministère de la Santé.

Bien que les soins oculaires soient prodigués au Nigéria depuis 1991 dans le cadre du Programme national de prévention de la cécité, le Programme national de lutte contre le trachome a été lancé en 2001 afin de se focaliser davantage sur les activités de lutte contre le trachome. Des réunions de coordination se tiennent régulièrement entre le gouvernement et les partenaires impliqués dans la lutte contre le trachome. Avec le soutien du projet ENVISION de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), conduit par RTI International, la réunion pour l'élaboration d'un plan d'action pour le trachome (TAP) s'est tenue à Abuja du 24 au 28 juin 2013. Le TAP nigérian présente les détails de mise en œuvre de la stratégie CHANCE au Nigéria avec l'objectif d'éliminer le trachome cécitant à l'horizon 2018.

En 2013 le Projet de Cartographie Globale du Trachome (GTMP) et le projet ENVISION de USAID conduit par RTI International a soutenu les enquêtes domestiques visant à obtenir de nouvelles données et de mettre à jour les chiffres précédents concernant le trachome cécitant actif et l'accès à l'assainissement et l'eau potable. On estime que vers la fin 2014 le projet de cartographie aura répertorié toutes les zones de gouvernement local (LGA) dont on pense qu'elles sont endémiques au trachome. Le Centre Carter (TCC) a aidé à cartographier cinq états dans le sud-ouest. A ce jour, seuls les états d'Adamawa et de Borno restent à cartographier.

Calendrier des événements

1991 : Lancement du Programme national de prévention de la cécité

2000-2013 : Cartographie de référence (en cours)

2001 : Début du Programme national de lutte contre le trachome et formation du Groupe de travail pour le trachome

2003 : Début du programme avec le soutien du TCC

2005-2007 : Enquête nationale sur la cécité

2010 : Lancement de l'administration massive de médicaments (MDA) pour la lutte contre le trachome avec du Zithromax® donné par Pfizer

2013 : Etablissement du TAP

2014 : Programmation d'évaluations d'impact dans les états du Plateau et de Nasarawa

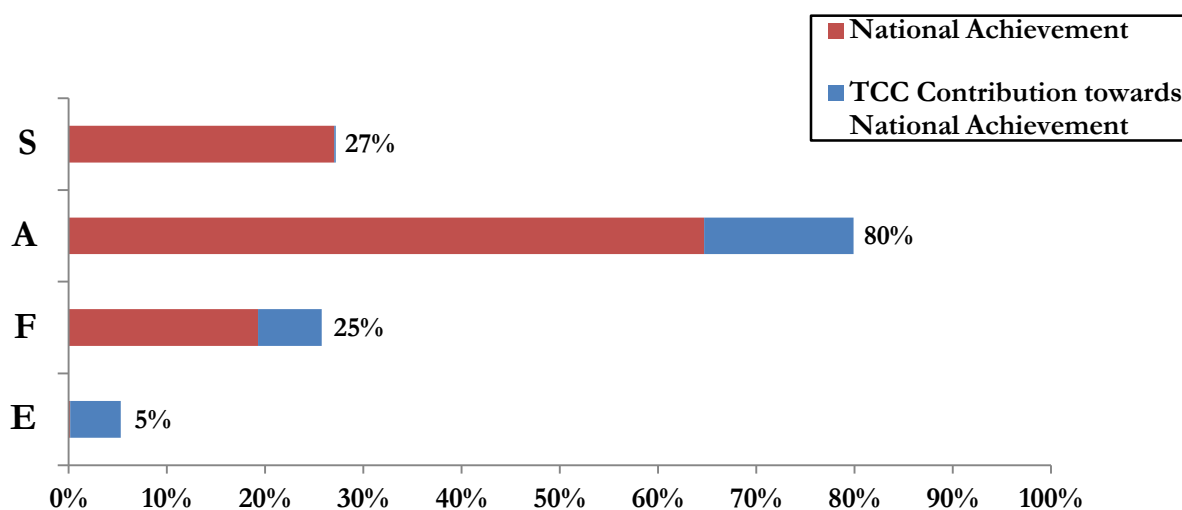
2018 Objectif d'élimination du trachome cécitant (dans les zones cartographiées)

Tableau 1. Résultats du Programme en 2013

Indicateur	Objectif d'Intervention Ultime (UIG)	Programme national		Soutenu par le Centre Carter	
		Objectif	Atteint (%)	Objectif	Atteint (%)
Personnes opérées	40 700	18 620	14 321 (77%)	250	120 (48%)
Chirurgiens formés	N/A	69	22 (32%)	N/A ¹⁷	N/A
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	5 419 781	6 062 807	5 820 080 (96%)	1 083 254	1 107 708 (102%)
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA		98 214	96 377 (98%)	21,665	21 173 (98%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	1 404 378	N/R ¹⁸	3 410	855	855 (100%)
Latrines domestiques construites	587 038	N/R	0	N/A	N/A

Figure 1.¹⁹

Resultats cumulatifs par rapport aux Objectifs d'Intervention Ultime au Nigeria pour 2013



¹⁷ Sans objet. Le programme ne soutient pas les interventions spécifiques

¹⁸ Non communiqué par le programme

¹⁹ Voir annexe V pour les définitions UIG

Chirurgie (CH)

Sur les 332 LGA cartographiés, 173 ont une prévalence de trichiasis trachomateux supérieure à 1% chez les adultes de 15 ans et plus. Le pays compte actuellement 140 chirurgiens formés. Dans le cadre du programme 18 620 interventions chirurgicales ont été pratiquées en 2013, soit une augmentation de 37% par rapport à 2012 (13 556). Le soutien du TCC a porté sur 120 interventions dans l'Etat du Plateau.

Antibiothérapie (A)

Sur les 332 LGA cartographiés, 68 ont une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire (IF) supérieur ou égale à 10% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans ; 56 ont une prévalence comprise entre 5 et 9% et 208 ont été déclarés non endémiques (IF inférieur à 5%). La MDA a débuté au Nigéria en 2010 mais des problèmes de dédouanement de l'envoi de Zithromax® en 2012 ont occasionné un retard de la distribution prévue pour 2012 qui s'est prolongée jusqu'au premier trimestre de 2013.

En 2013 le Nigéria a atteint 96% de ses objectifs en distribuant 5 820 080 doses d'azithromycine pendant la MDA. Le TCC a distribué 19% de ce montant, c'est-à-dire 1 107 708 doses. Sur les 41 districts pratiquant la MDA en 2013, la majorité d'entre eux (34) ont fait état d'un taux de couverture supérieur à 80%. 4 districts ont eu un taux de couverture de 60%. Ces chiffres toutefois n'ont pas été vérifiés par une enquête de couverture.

Nettoyage du visage (N)

Aucun objectif à ce jour n'a été fixé pour les villages recevant une éducation sanitaire. Cependant 3 410 villages en ont bénéficié en 2013. 855 de ces villages ont reçu le soutien du TCC.

Changements Environnementaux (CE)

Aucun partenaire actuellement ne participe financièrement à la construction de latrines. Cependant les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour un environnement durable du Nigéria participe à l'accès à un assainissement amélioré et à l'eau potable depuis 2005 et revendique 51,6% de l'accès à l'assainissement au niveau national et 58,9% à l'eau potable. Cet engagement à améliorer l'état de l'assainissement va plus loin et propose un exercice d'assainissement environnemental mensuel dans plusieurs états et communautés.

Obstacles au développement du Programme

Les obstacles que rencontre le Programme de lutte contre le trachome ont été identifiés et des plans ont été élaborés pour les franchir. L'intégrité de la chaîne d'approvisionnement en Zithromax® au Nigéria soulève de sérieuses inquiétudes. Pour répondre à ces inquiétudes les parties intéressées se sont réunies en janvier 2014 pour discuter de l'intégrité de l'acheminement du Zithromax®. Les efforts déployés pour intensifier les composant CH, N et CE de la stratégie CHANCE sont bien au-dessous du niveau du composant A. Par conséquent les efforts ont été redoublés pour encourager la collaboration entre les sections et l'établissement de liens avec les agences appropriées. La priorité du TAP est d'intensifier tous les composants de CHANCE dans les LGA endémiques. Enfin, bien que le Nigéria ait fixé l'élimination pour 2018, l'évaluation d'impact de certains LGA ne pourra pas être effectuée avant 2019 après l'achèvement du nombre de séries de MDA nécessaires. Pour résoudre ce problème le pays prévoit d'achever toutes les MDA et les interventions

chirurgicales du TT vers la fin 2018 et d'effectuer les enquêtes d'impact en 2019 afin de confirmer l'élimination de trachome.

Statut des Recommandations de la Réunion de Revue du Programme

Recommandation 1 : Le Programme national doit présenter à la réunion de revue les conclusions du travail de cartographie.

Achevé.

Recommandation 2 : Le programme doit produire un TAP visant à accomplir les interventions de CHANCE

Achevé en juin 2013.

Recommandation 3 : Le programme doit présenter à la réunion de 2014 l'avancement des conclusions relatives à l'implantation du programme scolaire et l'avancement du financement de la Banque mondiale relatif à l'offre de services de chirurgie du trachome.

Non achevé

Recommandation 4 : Collaboration transfrontalière avec le Niger

Non achevé

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 40 700 patients atteints de trichiasis, 500 avec le soutien du Centre Carter
- Former 47 chirurgiens

Afin d'atteindre l'objectif chirurgical d'intervention ultime à l'horizon 2018 le Nigéria a normalisé le cursus de formation pour s'assurer que tous les chirurgiens du TT ont atteint un niveau acceptable de compétence chirurgicale. Un processus de certification a été mis en place pour encourager la formation des infirmières ophtalmiques. En outre afin de mieux comprendre le poids du TT, un nouvel objectif d'intervention ultime sera fixé à mesure que la cartographie se termine et que de nouvelles données deviennent disponibles. Au vu des données actuelles sur la prévalence, le Nigéria a déterminé qu'au moins 207 chirurgiens supplémentaires doivent être formés. De plus, les agents sanitaires communautaires recevront une formation et auront pour tâche de mobiliser les communautés et d'orienter les patients vers les camps chirurgicaux.

Le nombre de camps chirurgicaux sera accru. Toutefois pour ce faire, le programme a besoin d'un soutien financier supplémentaire. En plus des besoins financiers le programme national MTN et l'OMS ont pour tâche de se faire l'avocat du Programme de lutte contre le trachome afin d'obtenir un engagement profond à tous les niveaux gouvernementaux, de la part des donateurs, des agences de l'Organisation des Nations unies, des ONG pour le développement et du secteur privé. Il a été demandé aux partenaires d'apporter leur aide pour l'organisation et la mise en place des réunions de revue à tous les niveaux afin de suivre l'avancement du programme par rapport au plan d'élimination du trachome.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 5 313 511 doses d'azithromycine
- Distribution de 106 270 doses de tétracycline

Sur les 68 districts justifiant une MDA, deux doivent faire l'objet d'une évaluation d'impact en 2014 avant de lancer une autre MDA. Quatre districts ont besoin d'une MDA supplémentaire. Et 58 districts ont besoin de trois MDA supplémentaire ou plus avant de pouvoir faire des enquêtes d'impact. Une réunion des parties intéressées s'est tenue en janvier 2014 avec le soutien de l'International Trachoma Initiative dans le but de renforcer la chaîne d'approvisionnement du Zithromax® au Nigéria. Au cours de cette réunion les parties intéressées ont discuté du protocole de la MDA pour la lutte contre le trachome. Le groupe a mis au point un plan d'action pour assurer l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement du Zithromax® au Nigéria afin d'être certain que la réception des médicaments ne subira plus de retards et que les MDA pourront s'effectuer dans le cadre des prévisions.

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 1 403 523 villages, 855 avec le soutien du Centre Carter

Le programme national s'appuie sur les manuels de formation pour les MTN/Bilharziose pour faire adopter des programmes de changements comportementaux dans les écoles et les communautés ainsi que des programmes concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène

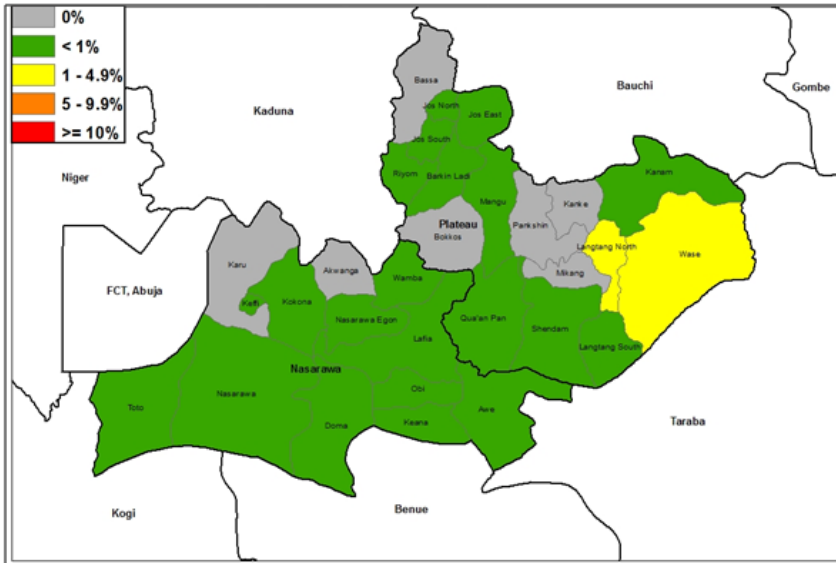
Changements Environnementaux (CE)

- Promouvoir la construction de latrines dans les communautés endémiques

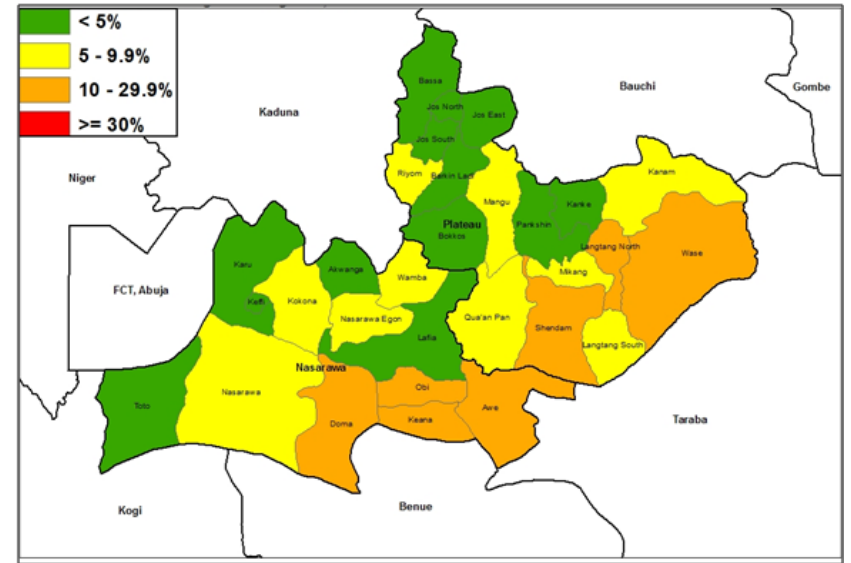
Les initiatives cartographiques actuelles au Nigéria comprennent des indicateurs permettant de savoir exactement quelle proportion de la population dans les LGA endémiques au trachome ont accès à ces améliorations environnementales.

Cartes de Nigéria

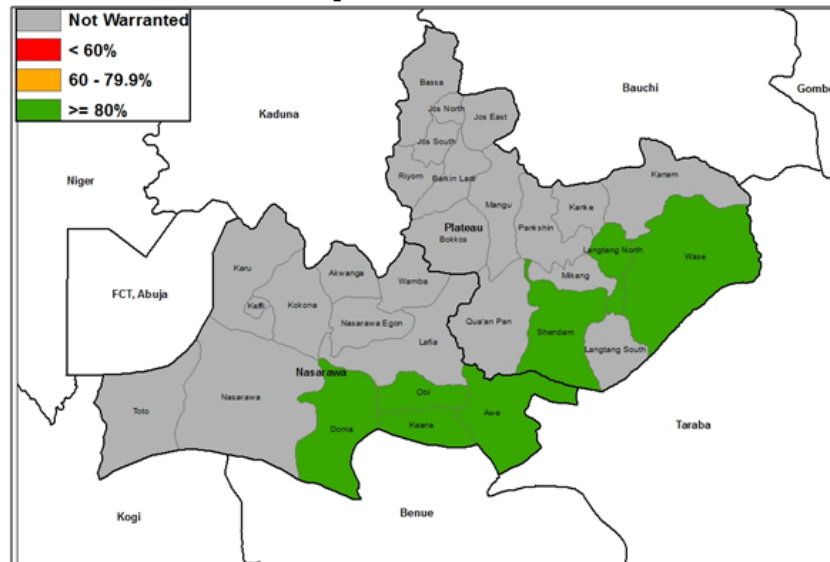
Prévalence de TT de référence chez les adultes de 15 ans et plus, 2007



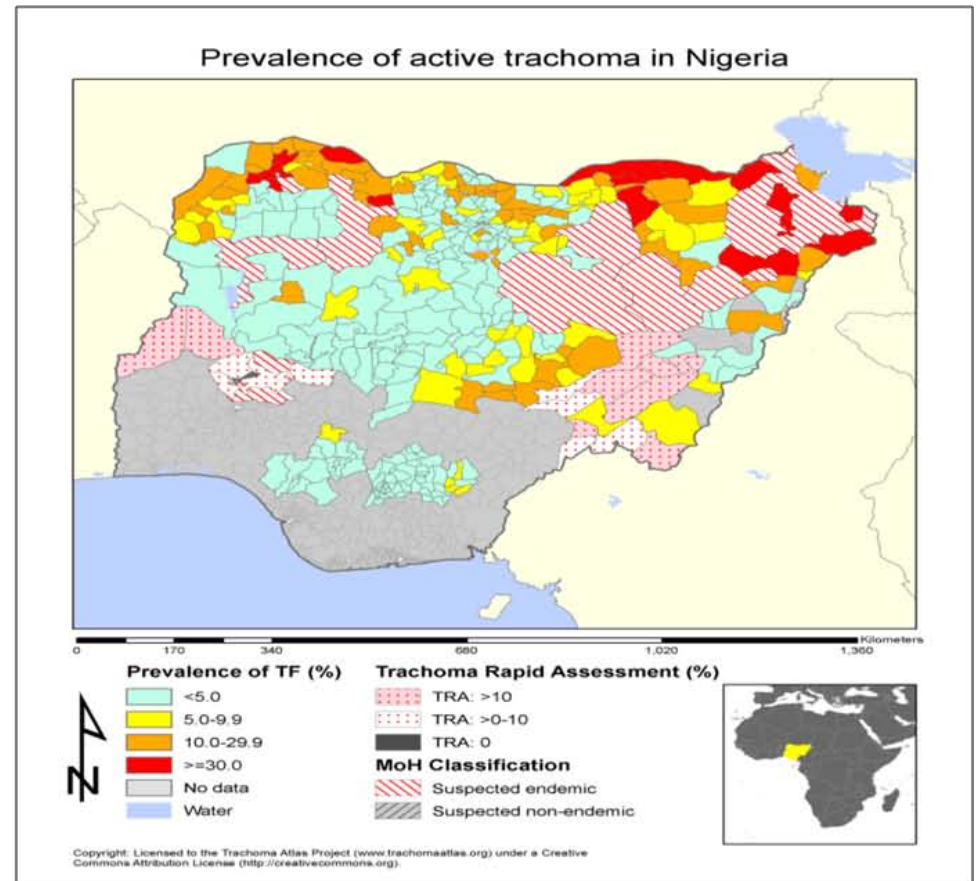
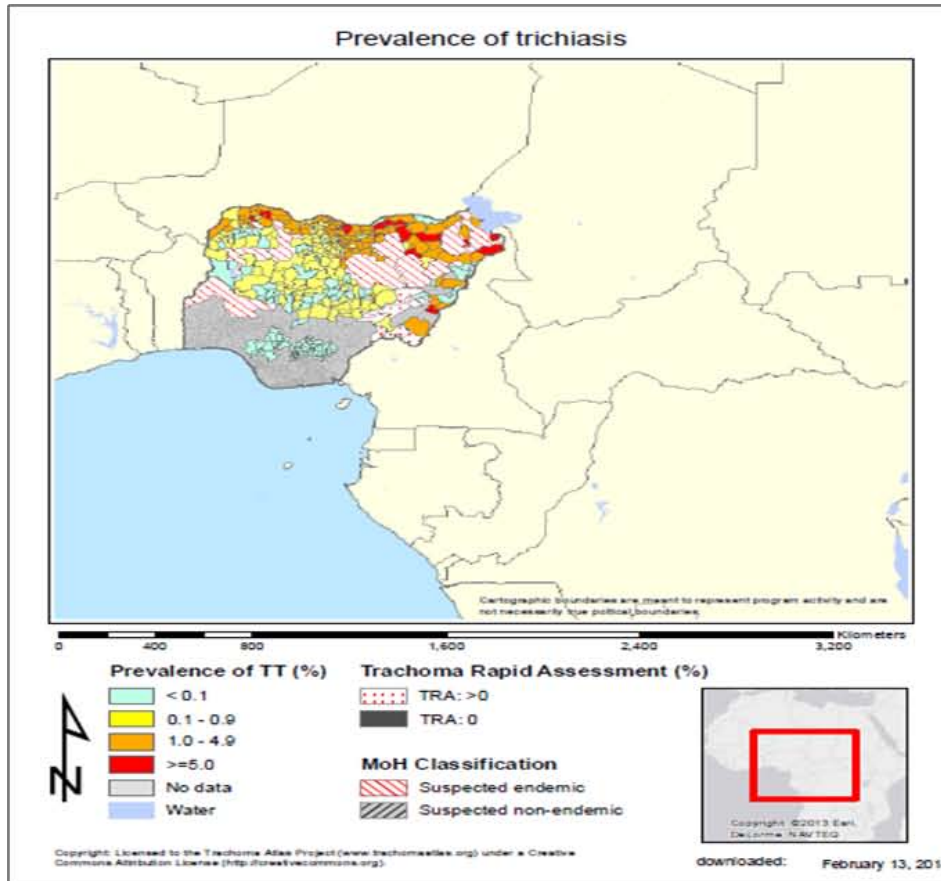
Prévalence de TT de référence chez les enfants de 1 à 9 ans, 2007



Couverture MDA Indiquée, 2013



Cartes de Nigéria



CHANCE au Soudan du Sud

Présenté par Mme Angelina Sanders, Conseillère technique, le Centre Carter Sud Soudan

Historique

Les enquêtes de prévalence effectuées entre 2001 et 2006 ont fait état d'une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire atteignant 77,2% chez les enfants âgés de un à neuf ans et une prévalence de trichiasis trachomateux atteignant 15,1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus dans certains districts de la région du Grand Nil Supérieur. Malgré cette forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement une grande priorité pour le gouvernement. Le programme pour le trachome faisait partie précédemment des services du Département des soins oculaires. A la fin 2013 il a été versé au Département des maladies tropicales négligées. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de ressources. Dans les districts ayant bénéficié d'une intervention CHANCE, la plupart des activités se sont limitées aux composants CH et A.

Le plan d'action pour le trachome (TAP) a été achevé en 2012 et le Programme de lutte contre le trachome a tenu une réunion de revue en décembre 2013. Les conclusions de la réunion furent les suivantes : le Groupe de travail pour le trachome est en train de finaliser un système et un formulaire de rapport mensuel national sur le trachome. Le Programme de lutte contre le trachome doit demander au Ministère de la Santé des Etats du Nil Supérieur et d'Equatoria-Oriental de nommer un Coordonnateur d'Etat pour le Trachome. Les ONG partenaires doivent accueillir les étudiants agents cliniques ophtalmiques sur le terrain pour alléger les pratiques chirurgicales du TT.

Le groupe de travail se sont mis d'accord pour déterminer quels districts seraient cartographiés dans le cadre du Projet de Cartographie Globale du Trachome (GTMP) et de commencer la cartographie début 2014. De plus, le Centre Carter (ICC) prévoit d'effectuer des enquêtes d'impact dans sept districts en 2014. Tous les partenaires avaient élevé leurs objectifs chirurgicaux pour 2014 et d'autres partenaires prévoyaient de s'impliquer dans une administration massive de médicaments (MDA). Malheureusement ces projets furent suspendus lorsque les combats se sont produits à la mi-décembre 2013 entre les troupes gouvernementales et les factions rebelles. Depuis le début du conflit plus de 800 000 personnes ont fui leur domicile et parmi eux de nombreux habitaient dans les districts où le Programme de lutte contre le trachome était actif. Nous ne savons pas quand les partenaires de mise en œuvre pourront reprendre leurs activités.

Calendrier des événements

1999-2010 : Cartographie de référence

2001 : Début des activités de lutte contre le trachome

2005 : Signature de l'accord de Paix global

2007 : Etablissement du Programme de lutte contre le trachome du ministère de la Santé du Gouvernement du Sud Soudan.

2008 : Etablissement du Groupe de travail pour le trachome

2011 : Le Sud Soudan accède à l'indépendance

2012 : Finalisation du TAP

2013 : Les combats dans certaines parties du pays entraînent le déplacement des populations

2020 : Objectif de l'élimination

Tableau 1. Résultats du Programme en 2013

Indicateur	Programme national		Soutenu par le Centre Carter	
	Objectif	Atteint (%)	objectif	Atteint (%)
Personnes Opérées	3 400	3 617 (106%)	1 000	1 430 (143%)
Chirurgiens formés	15	13 (87%)	5	3 (60%)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	468 530	425 540 (91%)	338 530	283 652 (84%)
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA	47 470	10 470 (22%)	10 470	10 344 (99%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	63	117 (185%)	20	117 (585%)
Latrines domestiques construites	>10	207 (207%)	10	102 (1 020%)

Chirurgie (CH)

La totalité des 28 districts cartographiés ont une prévalence de TT supérieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Le programme a pratiqué 3 607 interventions chirurgicales en 2013. Le TCC a apporté son soutien pour 1 430. Parmi les 15 chirurgiens formés en 2013, trois l'ont été par le TCC et cinq d'entre eux ont été accueillis sur le terrain dans les camps chirurgicaux du TCC afin que les nouveaux chirurgiens acquièrent une expérience de travail en milieu rural. Au rythme annuel actuel d'interventions chirurgicales il faudra probablement 12 ans pour que le Sud Soudan atteigne son objectif d'intervention ultime pour la chirurgie.

Antibiothérapie (A)

Parmi les 28 districts cartographiés, 23 ont une prévalence de TF supérieure ou égale à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans ; un district a une prévalence de TF située entre 5 et 9% et quatre d'entre eux se sont avérés non endémiques (TF inférieur à 5%). En 2013 le Sud Soudan a atteint 91% de son objectif, soit 425 540 dose d'azithromycine distribuées pendant les MDA. Le TCC, pour sa part, a distribué 283 652 doses (67%). Parmi les 10 districts ayant effectué une MDA en 2013, cinq ont fait état d'un taux de couverture supérieur à 80% et un seul district a obtenu un taux de couverture inférieur à 60%. toutefois ces chiffres provenaient de rapports administratifs et n'ont pas été validés par des enquêtes de couverture. Les MDA n'ont pas été terminées dans le district où la couverture a été inférieure à 60% en raison de l'insécurité. Aucune enquête de couverture n'a été entreprise après les distributions de 2013.

Nettoyage du visage (N)

Plus de 117 villages ont reçu une éducation sanitaire, tous avec le soutien du Centre Carter. Des messages spécifiques au trachome et des messages concernant l'assainissement ont été ajoutés au manuel de formation Compétences pour la Vie mis au point par l'UNICEF et l'UNESCO sous l'égide du Ministère de l'Éducation.

Ce manuel sera utilisé dans les régions affectées par le conflit et servira de base pour le futur programme des écoles primaires en cours d'élaboration.

Changements Environnementaux (CE)

La promotion de construction de latrines fait partie du message d'éducation sanitaire ayant eu pour résultat la construction de 207 latrines, dont 102 avec le soutien du Centre Carter.

Obstacles au développement du Programme

Le Sud Soudan doit surmonter de nombreux obstacles. Le premier et le plus important est l'insécurité qui empêche les partenaires opérationnels de se rendre dans certaines parties du pays, particulièrement dans les états du Jonglei et du Nil Supérieur. La violence récente a provoqué un déplacement massif de populations dont un pourcentage important vivait dans des zones hautement endémiques. De nombreuses personnes parmi ces populations ont été déplacées dans d'autres parties du Sud Soudan ou sont devenues des réfugiés dans les pays voisins tels que l'Éthiopie, le Kenya et l'Ouganda. Il existe une pénurie de personnels gouvernementaux affectés aux activités relatives au trachome et une mauvaise coordination avec les secteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Le nombre de chirurgiens du TT est limité dans le pays et il manque des trousseaux chirurgicales pour les chirurgiens qui savent pratiquer les opérations et sont affectés dans un hôpital/clinique du gouvernement.

À l'heure actuelle il n'existe aucun système de recueil des données ou d'un système d'archivage des activités passées. Les données de référence limitées et le changement des noms des districts ainsi que des limites depuis l'indépendance du Sud Soudan font qu'il est difficile de mesurer les progrès comparés aux enquêtes précédentes. De plus il est difficile de mesurer les progrès du programme en vue d'atteindre ses UIG puisque les partenaires opérationnels travaillent souvent dans des districts qui ont, ou n'ont pas eu connaissance des enquêtes de référence.

Statut des Recommandations de la Réunion de la Revue du Programme de 2013

Recommandation 1 : Lors de la planification d'enquêtes de projet de cartographie globale du trachome, le programme devrait envisager de regrouper les districts dans les zones de forte prévalence (Est du Nil) pour former des « super districts », mais devrait effectuer des enquêtes au niveau des districts dans les zones où la mise en œuvre est en cours.

Le programme a conçu un plan pour cartographier les états du Nil Supérieur, du Jonglei, de Lakes, de l'Équatoria-Oriental et de l'Équatoria-Central. Ce plan a toutefois été suspendu en raison de l'insécurité.

Recommandation 2 : Le programme devrait fixer des dates des réunions trimestrielles du Groupe de travail pour le trachome et pour la Réunion de revue annuelle en début d'année.

Des réunions trimestrielles ont eu lieu durant toute l'année 2013 et une réunion de revue annuelle s'est tenue en décembre 2013. Aucune date n'a été fixée pour 2014

Recommandation 3 : Officialiser les relations entre le programme national et l'Hôpital Universitaire Juba pour la formation des chirurgiens du TT et offrir des possibilités de formation sur le tas dans les camps de formation pour le trichiasis sur le terrain.

Effectué. Le TCC a accueilli cinq des 10 étudiants agents cliniques ophtalmiques (OCO) sur le terrain pour leur donner une expérience chirurgicale du TT, les cinq autres sont programmés pour 2014

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

En raison de l'incertitude du climat politique et sécuritaire et du déplacement massif des populations dans les zones où le programme pour le trachome mettait en place les activités CHANCE, le programme n'a pas fixé d'objectifs pour 2014. Veuillez trouver ci-dessous les informations indiquant comment le programme pense traiter chaque composant de Chance pour parvenir à l'élimination à l'horizon 2020.

Chirurgie (CH)

Il a été déterminé que le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées chaque année doit augmenter considérablement. Il a été demandé au Programme de lutte contre le trachome et au Département des services oculaires de faire du lobbying et de faire en sorte que la gestion du trachome fasse partie du cursus de tous les personnels de santé ainsi que des procédures de formation de la chirurgie du TT pour les OCO et les élèves infirmiers. Le programme a besoin d'un apport financier supplémentaire pour former davantage d'OCO et d'infirmières ophtalmiques. Il a également besoin d'être approvisionné en trousse chirurgicales pour les OCO diplômés et les infirmières afin qu'ils aient les moyens de pratiquer les interventions chirurgicales là où ils ont été affectés. On demande maintenant aux partenaires opérationnels qui pratiquent des interventions chirurgicales d'accueillir des étudiants OCO sur le terrain pendant une ou deux semaines pour alléger les pratiques chirurgicales du TT.

Antibiothérapie (A)

Pour faire avancer les choses, 12 districts doivent faire l'objet d'une évaluation d'impact en 2014 avant qu'une autre MDA soit lancée. Cependant, aucune enquête de référence n'a eu lieu dans deux de ces districts avant que cinq MDA aient été faites. Un district requiert au moins trois tournées de MDA avant toute évaluation d'impact. 12 districts ayant fait l'objet d'une enquête ont besoin de MDA mais ne l'ont pas obtenue en raison, soit par manque de fonds, soit par manque de partenaires opérationnels. On s'attend à ce que les enquêtes de cartographie du trachome révèlent qu'un grand nombre de districts doivent recevoir une MDA, et donc que nous avons besoin de davantage de partenaires opérationnels dans le pays. Le Centre Carter n'a pas à ce jour l'intention de soutenir une MDA en 2014 en raison de l'insécurité mais désire reprendre ses activités une fois la situation redevenue stable.

Nettoyage du visage (N)

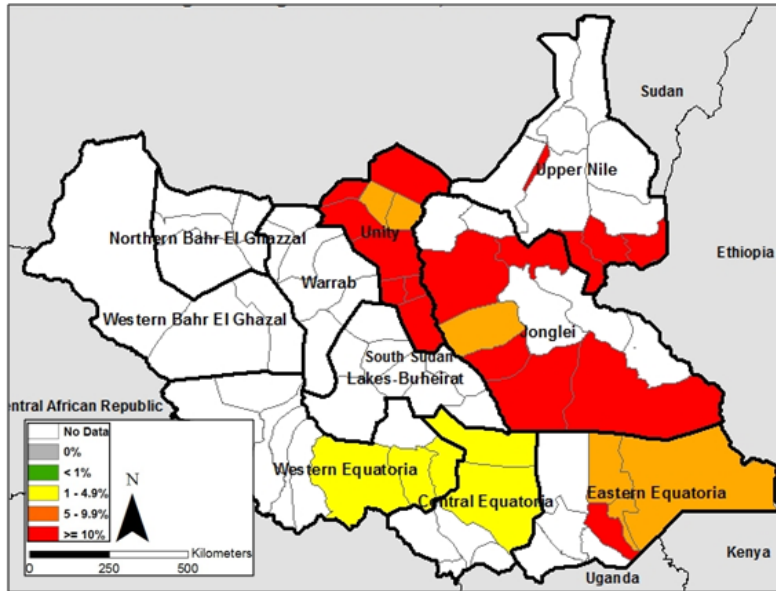
Les partenaires opérationnels continueront de prodiguer l'éducation sanitaire dans les communautés où ils travaillent. Le programme œuvrera également avec le Ministère de l'Éducation pour que les messages sur le trachome et l'assainissement fassent partie des programmes des écoles primaires.

Changements Environnementaux

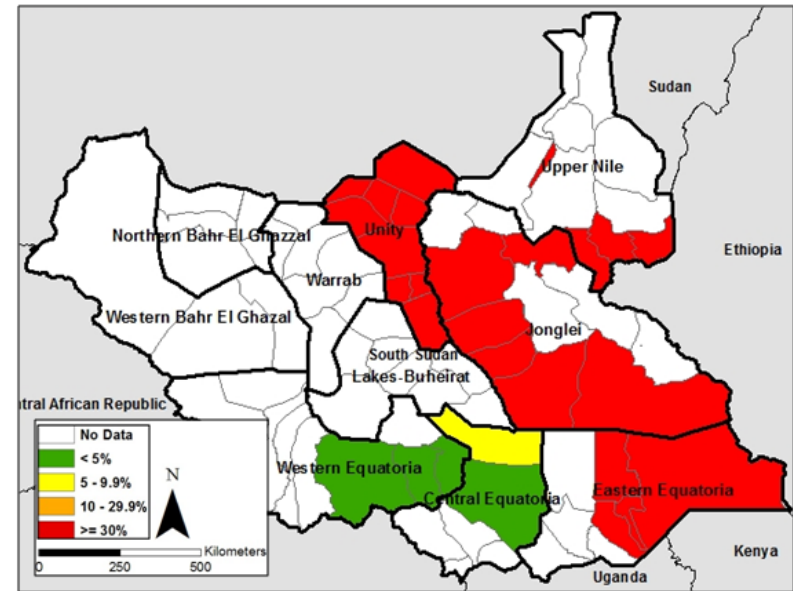
Le programme continuera de promouvoir la construction de latrines dans les communautés endémiques et à travers tout le Sud Soudan.

Cartes du Soudan du Sud

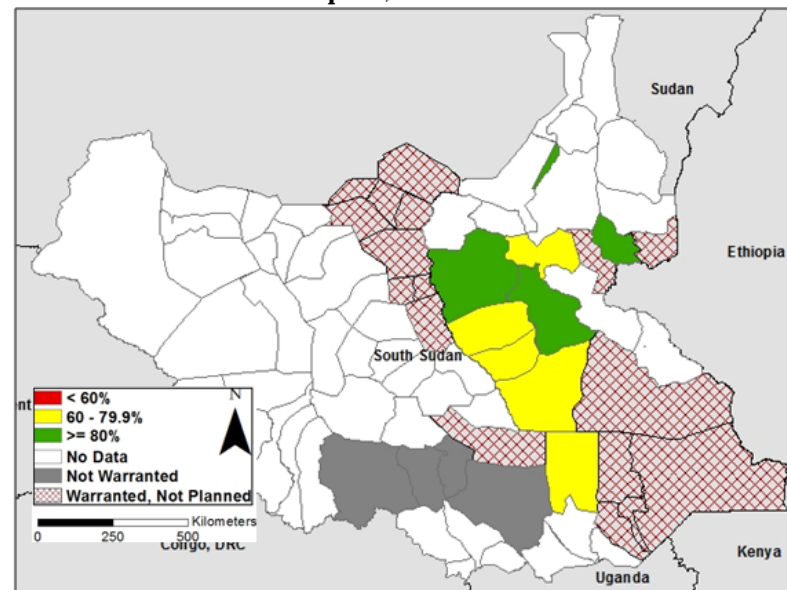
Prévalence de TT chez les adultes de 15 ans et plus, 2013



Prévalence de TT chez les adultes de 15 ans et plus, 2013



Couverture MDA Indiquée, 2013



CHANCE au Soudan

Dr. Kamal Hashim, Coordonnateur maladies tropicales négligées, Programme national pour la prévention de la cécité, Ministère fédéral de la Santé, Soudan

Historique

Le Ministère fédéral de la Santé (FMoH) participe à la lutte contre le trachome depuis 1962 lorsque le trachome a été intégré au Programme national pour la Prévention de la cécité (NPPB). L'Académie des Sciences Médicales et de la Technologie (AMST) a pris la tête du programme dans les années 90 en tant que contractant pour le FMoH. En 2005 le FMoH a réintégré le Programme de lutte contre le trachome au sein du NPPB. L'élimination du trachome cécitant est l'une des priorités du FMoH et le gouvernement alloue des fonds pour soutenir le programme. En 2012 le gouvernement a débloqué 1,5 millions de Dollars US sur cinq ans. 162 764 Dollars ont été versés en 2012 et 75 000 en 2013. Il existe une très bonne coordination entre le gouvernement représenté par le FMoH, le Ministère fédéral des Finances et les partenaires opérationnels tels que le Centre Carter (TCC) et Sightsavers.

Une cartographie de prévalence nationale a débuté en 2006 et s'est terminée en 2010. La cartographie n'a pas été effectuée au Darfour en raison de l'insécurité. La stratégie CHANCE complète est appliquée dans sept des treize districts ciblés. Les composants CH, A et N reçoivent le soutien du TCC, de Sightsavers et du FMoH. Le composant CE est pris en charge par le FMoH et les Ministères de la Santé des états (SMoH) et bénéficie du soutien de l'UNICEF et d'autres organisations. Bien que le TCC ne soutienne pas directement les activités du composant CE, il en assure la promotion.

Calendrier des événements

1999 : Le TCC apporte son soutien au Programme de lutte contre le trachome

2000 : Début des dons de Zithromax® par Pfizer Inc

2005 : Le Programme national pour le trachome est transféré sur le FMoH

2005-2010 : Enquêtes de prévalence de référence (sauf dans les états du Darfour)

2006 : Le Manuel de formation pour la chirurgie du trichiasis trachomateux (TT) est adapté localement en Arabe

2010 : Enquêtes d'impact menées dans les états du Nord et du Nil Bleu

2013 : Enquêtes d'impact menées dans les états de la Mer Rouge et de Gedarif

2013 : Début du soutien de Sightsavers au Programme de lutte contre le trachome

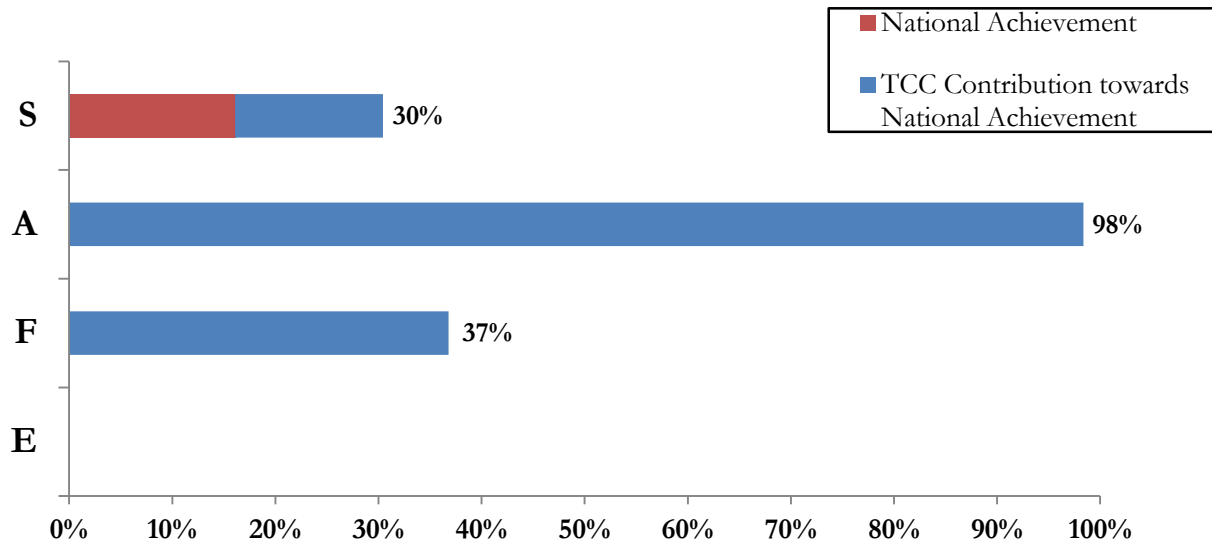
2015 : Objectif d'élimination du trachome cécitant (sauf dans les états du Darfour)

Tableau 1. Résultats du Programme en 2013

Indicateur	Objectifs d'Intervention Ultime (UIG)	Programme national		Soutien du Centre Carter	
		Objectif	Atteint	Objectif	Atteint
Personnes opérées	54 575	5 000	2 757 (55%)	5 000	595 (11,9%)
Chirurgiens formés	N/A	30	30 (100%)	N/A ²⁰	N/A
Doses d'azithromycine distribuées pendant MDA	6 355 067	1 330 057	210 912 (16%)	1 330 057	210 912 (16%)
Doses de tétracycline distribuées pendant MDA		31,601	3 998 (13%)	31 601	3 998 (13%)
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	1 101	535	123 (22%)	535	123 (22%)
Latrines domestiques construites	N/A	N/R ²¹	N/R	N/A	N/A

Figure 1.²²

Resultats cumulatifs par rapport aux Objectifs d'Intervention Ultime en 2013 au Soudan



²⁰ Sans objet. Le programme ne soutient pas les interventions spécifiques

²¹ Non communiqué par le programme

²² Voir annexe V pour les définitions UIG. Le TCC ne soutient pas la construction des latrines et n'est donc pas indiqué dans cette figure.

Chirurgie (CH)

Sur les 88 districts cartographiés (tous les districts à l'exception du Darfour) 19 présentent une prévalence supérieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Dans le cadre du programme national 2 757 interventions chirurgicales ont été pratiquées, soit 11,9% de son objectif. 595 de toutes les interventions ont bénéficié du soutien du TCC. Le programme national a atteint son objectif en formant 30 chirurgiens. Au rythme actuel des interventions, on estime qu'il faudra neuf ans pour rattraper le retard de 30 408 patients devant être opérés. Les interventions sont actuellement pratiquées dans des unités fixes, des unités mobiles de proximité et au cours de campagnes de site fixe dans chaque localité. Mais la plupart des opérations se font dans l'Hôpital Ophtalmologique Universitaire de Khartoum. Le centre a pour tâche d'assurer la formation des médecins résidents en chirurgie du TT et d'autres interventions chirurgicales ophtalmiques. Les patients participent à hauteur de 10 dollars US. Le TCC prendra cette somme à sa charge si le patient n'en a pas les moyens. On demande actuellement aux résidents en chirurgie de pratiquer dix interventions sur le TT pour pouvoir passer leur examen final. Cependant il sera demandé au jury d'examens de porter à cent le nombre d'interventions.

Antibiothérapie (A)

Sur les 88 districts cartographiés, trois ont une inflammation trachomateuse folliculaire (TF) supérieure ou égale à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans ; huit ont une prévalence comprise entre 5 et 9% et 77 se sont avérés non endémiques (TF inférieur à 5%). En 2013 le Soudan a atteint 16% de son objectif en distribuant 210 912 doses d'azithromycine, toute avec le soutien du TCC. La distribution s'est effectuée dans un district (Localité d'East Galabar dans l'état de Gedarif). Selon les rapports administratifs la couverture a été supérieure à 80% mais ce chiffre n'a pas été vérifié par une enquête de couverture. En raison de l'insécurité en 2012 et 2013 la distribution massive de médicaments (MDA) n'a pas été faite dans les deux autres districts de Geissam et de Kumuk dans l'état du Nil Bleu où le TF est supérieur à 10%. Par ailleurs en 2013 une MDA était prévue dans cinq localités où la prévalence de référence était comprise entre 5 et 9%. La distribution a été reportée à 2014 en raison d'un problème de dédouanement de l'envoi de Zithromax®.

Nettoyage du visage (N)

En 2013, avec le soutien du TCC, sur un objectif de 535 villages, 123 ont reçu une éducation sanitaire. L'objectif d'intervention ultime national (UIG) pour le nettoyage du visage établit que 80% des enfants de moins de 9 ans dans les communautés endémiques auront le visage propre. Des enquêtes d'impact dans les districts de Baw et de Dongola ont montré que la proportion d'enfants âgés de un à neuf ans ayant le visage propre avait atteint 86% des enfants par rapport aux 74% constatés lors de l'enquête de référence.

En 2013, pour améliorer le niveau d'éducation sanitaire, le programme national a formé 59 éducateurs sanitaires de district dans le cadre de la participation communautaire aux activités de lutte contre le trachome. Des avancées ont été faites dans la démarche visant à incorporer des messages sur le trachome dans les programmes scolaires. Le programme a élaboré de nouveaux matériels d'éducation sanitaire tels que des posters, des autocollants, des casquettes des T-shirts et des calendriers 2014/2015. Le programme a produit des émissions à la radio et à la télévision. Enfin, dans le but de renforcer les relations entre le secteur Eau, Assainissement et Hygiène (WASH), une réunion s'est tenue avec l'UNICEF pour que deviennent prioritaires les zones endémiques au trachome nécessitant les services de WASH.

Changements Environnementaux (CE)

Aucune latrine n'a été construite en 2013 par le programme national ni par ses partenaires opérationnels. Cependant l'UNICEF, les partenaires de développement et les compagnies privées sont chargés de construire des latrines depuis 2005. Selon le Plan Stratégique du Soudan l'UIG pour l'utilisation des latrines est qu'au moins 50% des foyers des communautés endémiques au trachome auront une latrine. Sur 25 624 foyers ayant fait l'objet d'une enquête de référence de prévalence du trachome, 45% possédaient une latrine. Des enquêtes d'impact menées dans les districts de Baw et de Dongola ont montré que la proportion de foyers possédant et utilisant une latrine était passée de 46% à 80%. Le coût estimé d'une latrine est de 1 375 dollars US, matériel et main d'œuvre compris.

Obstacles au développement du programme

L'insécurité est un problème permanent au Soudan. En 2013 l'insécurité a retardé les activités du programme dans certaines zones cible des états du Nil Bleu et du Sud Kordofan et a empêché toute activité au Darfour. Le dédouanement des envois de Zithromax® a été un problème et a provoqué des retards de distribution.

Statut des Recommandations de la Réunion de Revue du Programme de 2013

Recommandation 1 : Le programme doit se préparer à cartographier le trachome dans les trois états du Darfour dès que l'occasion se présentera.

Cette recommandation sera exécutée en 2014 si le niveau de sécurité est acceptable.

Recommandation 2 : Le programme doit envisager une autre stratégie pour l'offre des services de chirurgie du TT afin d'offrir ces services aux cas de TT restants et établir un rapport en 2014.

Le programme a augmenté le nombre de chirurgiens et fournit les hôpitaux en trousse TT et en matériel chirurgical consommable. Le programme recommande également de porter de 10 à 100 le nombre d'interventions devant être pratiquées par les étudiants pour obtenir la certification. Il y a à ce jour 150 médecins résidents. Ce changement de politique devrait considérablement accroître le nombre de chirurgiens formés et la production chirurgicale.

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 5 000 patients du trichiasis, 2 000 avec le soutien du TCC
- Former 30 chirurgiens, 30 avec le soutien du TCC

Pour améliorer l'accès à la chirurgie et sa qualité, tous les districts ayant un TT supérieur ou égal à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus seront opérés dans des unités chirurgicales mobiles, tandis que les patients des districts où le TT est supérieur ou égal à 1% (population totale) seront dirigés vers les hôpitaux du gouvernement ou du secteur privé. Le programme facilitera les opérations du TT dans les unités fixes, fournira les instruments chirurgicaux et les consommables dont les unités ont besoin et paiera les 10 dollars US pour les patients n'ayant pas les moyens de payer l'acte chirurgical. L'épilation a également été proposée par le NPPB comme autre option pour traiter les cas de TT. L'option épilation ciblera les personnes âgées ayant moins de cinq cils périphériques et les personnes ayant un TT mineur et qui refusent l'opération. Le TCC est censé fournir les pinces à épiler et assurer la formation.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 1 701 316 dose d'azithromycine, toutes avec le soutien du TCC
- Distribution de 34 026 doses de tétracycline, toutes avec le soutien du TCC

Sur les 11 districts justifiant la MDA, un district doit faire l'objet d'une évaluation d'impact en 2014 pour déterminer si la MDA doit être interrompue. Deux districts ont besoin d'une autre MDA. Quatre districts ont besoin de deux MDA supplémentaires. Quatre districts ont besoin d'au moins trois MDA avant l'évaluation d'impact. Par ailleurs 64 districts (tous au Darfour) doivent être cartographiés. Le programme prévoit de conduire des enquêtes de couverture dans les districts qui effectuent une MDA.

Le programme mène actuellement une étude pour savoir si une MDA au niveau du district est suffisante pour lutter contre le trachome actif dans les districts ayant un TF compris entre 5 et 9%. En raison des retards des envois cette de n'a pas été achevée en 2013 mais le sera en 2014.

Nettoyage du visage (N)

- Offrir une éducation sanitaire dans 651 villages avec le soutien du TCC

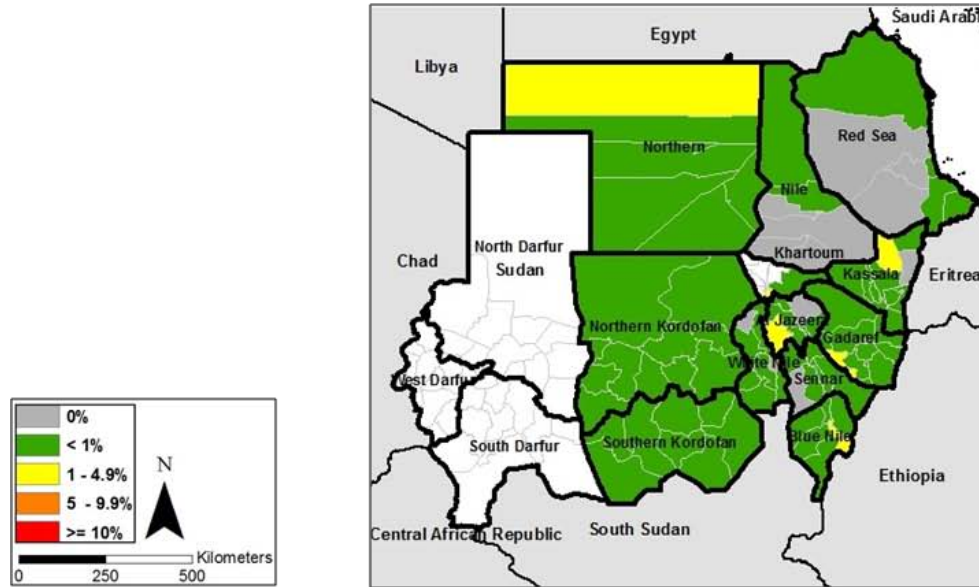
Les efforts de sensibilisation au trachome seront accrus auprès des politiciens, des communautés et des chefs religieux au moyen de la diffusion de messages d'éducation sanitaire relayés par les médias, les télévisions locales et les stations de radio ainsi que par les discussions de groupe. En 2014 une revue des pratiques éducatives sanitaires sera effectuée dans plusieurs localités pour savoir comment elles peuvent être améliorées. Une formation supplémentaire sera proposée aux professeurs des écoles afin de renforcer leurs connaissances sur le trachome et leur aptitude à organiser des sessions d'éducation sanitaire scolaires. Le programme poursuivra son étroite collaboration avec le Ministère de l'Éducation en vue d'intégrer la sensibilisation au trachome dans les programmes scolaires.

Changements Environnementaux (CE)

- Le programme n'a pas d'objectifs en termes de construction de latrines

Le programme continuera de promouvoir la construction de latrines dans les communautés endémiques dans le cadre de sa mission d'éducation sanitaire.

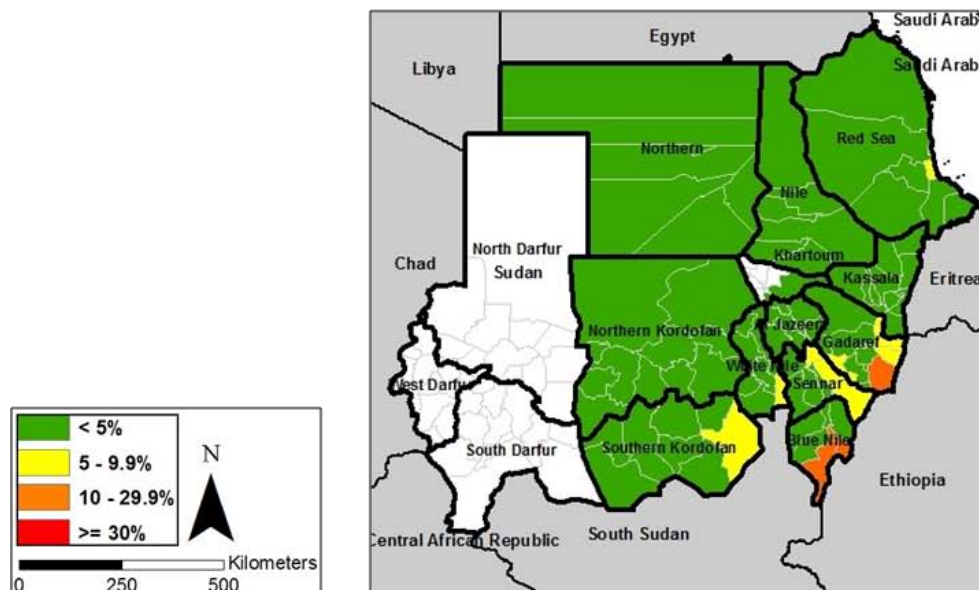
Prévalence TT de référence parmi l'ensemble de la population, 2006-2010



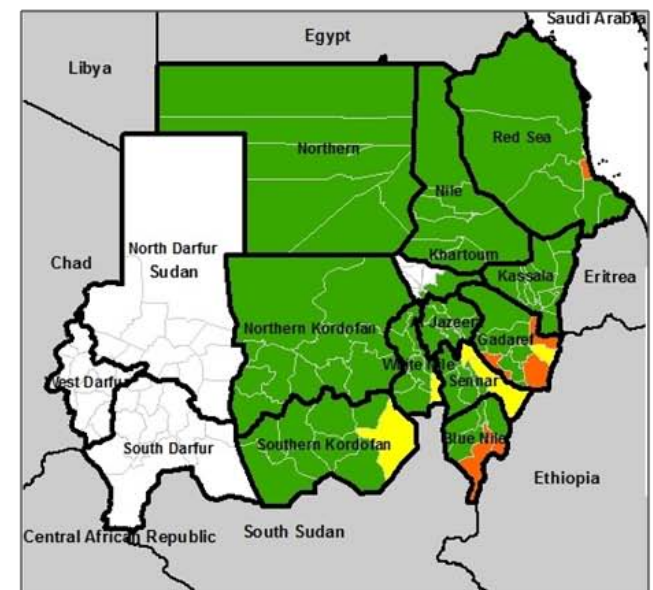
Prévalence TT parmi l'ensemble de la population, 2013



Prévalence TT de référence chez les enfants âgés de 1 à 9 ans 2006-2010



Prévalence TT chez les enfants âgés de 1 à 9 ans 2013



CHANCE en Ouganda

Présenté par le Dr. Patrick Turyaguma, Responsable du Programme pour le trachome, Ministère de la Santé Ouganda

Historique

Les soins oculaires constituent l'un des composants-clé de l'Ensemble national de soins sanitaires minimaux de l'Ouganda (UNMHCP). Le trachome fait partie du plan directeur quinquennal pour les maladies tropicales négligées (MTN) et occupe une place importante dans le Plan de Développement National de l'Ouganda pour les années 2011-2015. Le Plan stratégique du secteur sanitaire et d'investissement (HSSIP II) prévoit d'éliminer le trachome et quatre autres MTN à l'horizon 2020.

Il est avéré que le trachome est endémique dans 36 des 112 districts d'Ouganda. On estime à un million le nombre d'enfants de moins de 10 ans souffrant d'un trachome actif et 10,8 millions de personnes sont à risque. A ce jour, environ 100 000 personnes en Ouganda sont aveugle à cause du trachome. Pour ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, la chirurgie pour le trichiasis trachomateux (TT) est offerte dans les deux régions de Busoga et Karamoja et la distribution d'antibiotiques s'effectue annuellement dans les 36 districts connus pour leur endémie. Les composants nettoyage du visage et changements environnementaux de la stratégie CHANCE ne font pas l'objet d'une mise en application uniforme et adéquate dans les zones endémiques.

Des évaluations d'impact ont été menées dans 11 districts à la suite de trois années de MDA. Les résultats des évaluations indiquent que la prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) se situe entre 5 et 10% dans quatre districts et à moins de 5% dans six districts. Par conséquent le programme va lancer des enquêtes au niveau des sous-districts au cours de l'année fiscale 2014/2015. Ces enquêtes détermineront si le trachome cécitant a été éliminé ou si des traitements supplémentaires sont nécessaires dans certains sous-districts. Des examens documentaires²³ ont été pratiqués dans 8 districts non cartographiés précédemment. Quatre de ces districts feront l'objet d'une enquête de référence en 2014. Le programme MTN a mis au point des stratégies de plaidoyer et des outils de soutien au programme. Un plan d'action contre le trachome a été esquissé mais il n'a pas encore été officiellement lancé par Ministère de la Santé.

Calendrier des événements

2006 : Cartographie de référence (en cours)

2007 : Début du Programme national de lutte contre le trachome

2007 : Lancement officiel de MDA pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® donné par Pfizer

2013 : Elaboration du TAP et début d'évaluations d'impact

2020 : Objectif d'élimination du trachome

²³ Les examens documentaires comprennent une compilation de données telles que les taux de prévalence dans les districts voisins, des données sur les indicateurs de développement à l'intérieur des districts, les constatations que les agents sanitaires ont trouvées concernant le TF et/ou le TT dans le district. Ces données sont ensuite utilisées pour déterminer s'ils peuvent devenir endémiques. Si les présomptions d'endémie sont potentielles des enquêtes de référence seront organisées.

Tableau 1. Résultats du programme en 2013

Indicateur	UIG national	Programme national	
		Objectif	Atteint (%)
Personnes opérées	230 000	5 138	10 738 (209%)
Chirurgiens formés	N/A	Pas d'objectif	25
Doses d'azithromycine distribuées pendant MDA	7 055 657	7 055 657/27 districts	565 468/3 districts*
Doses de tétracycline distribuées pendant MDA	143 993	143 993/27 districts	1 800/3 districts*
Villages ayant reçu l'éducation sanitaire	Tous villages	Tous villages dans districts endémiques	100% de couverture présumés
Latrines domestiques construites	75% de foyers	N/R ²⁴	N/R

*MDA effectuée dans 27 districts en 2013. Les résultats de seulement trois districts étaient disponibles au moment de la Revue de Programme de 2014.

Chirurgie (CH)

Sur les 42 districts cartographiés, 39 ont une prévalence de TT supérieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Dans le cadre du programme 10 738 interventions chirurgicales ont été pratiquées en 2013, soit 209% de son objectif de 5 138 interventions. 25 nouveaux chirurgiens ont été formés, ce qui porte à 69 le nombre total de chirurgiens formés au TT.

Antibiothérapie (A)

Sur 46 districts cartographiés 36 ont un taux de TF supérieur ou égal à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans. Quatre districts ont une prévalence de TF comprise entre 5 et 9%. Six districts se sont avérés non endémiques (TF inférieur à 5%). Les MDA ont débuté en Ouganda en 2007. Au moment de la revue de programme de 2014, seuls trois des 27 districts avaient communiqué leurs données de distribution pour 2013. Dans ces trois districts 565 468 doses d'azithromycine ont été distribuées par MDA. De ces trois districts deux ont indiqué un taux de couverture supérieur à 80% et aucun n'a indiqué un taux de couverture inférieur à 60%. Bien qu'aucune enquête de couverture MDA ne soit prévue une analyse de qualité des données a été entreprise dans le cadre du programme MTN pour évaluer l'opportunité, l'intégralité et la disponibilité des rapports.

Nettoyage du visage (N)

A ce jour, l'objectif national est de faire en sorte que 100% des villages reçoivent une éducation sanitaire. Le programme n'a pas communiqué de chiffres spécifiques quant au nombre de villages ayant reçu les messages d'éducation sanitaire mais il a indiqué que 100% des villages avaient été contactés. En 2013 Sightsavers a

²⁴Non communiqué par le Programme

mené des activités de promotion sanitaire dans les districts de Jinja et Napak et l'Université John Hopkins – le Centre pour les Programmes de Communication (JHU-CCP) ont mené des recherches sur les composants N et CE de CHANCE dans les régions de Busoga et de Karamoja. Par ailleurs le Programme MTN a mis au point une stratégie de communication et a intégré des matériels pour les distributeurs et professeurs de médecine communautaire.

Changements Environnementaux (CE)

Il n'existe actuellement aucune information concernant les activités relatives à l'amélioration de l'environnement pour 2013. Le programme a fixé l'objectif d'intervention ultime (UIG) à 75% des foyers devant avoir accès à une latrine

Obstacles au développement du programme

Le nombre d'agents sanitaires ayant les qualifications requises pour suivre une formation chirurgicale est limité. Pour cette raison il est difficile de s'attaquer au retard de plus de 220 000 patients du TT. Les régions du Nil Occidental, Bunyoro, Gulu et Lira ne bénéficient d'aucun soutien pour la chirurgie du TT. Les obstacles que rencontrent les MDA sont la fatigue des volontaires et les faibles niveaux de sensibilisation et de mobilisation. Cela explique la couverture MDA faible et irrégulière. Enfin les composants N et CE ne sont pas traités de façon uniforme et nécessitent un soutien supplémentaire.

Statut des Recommandations de la Réunion de Revue du Programme

L'Ouganda a assisté à la revue du programme pour la première fois en 2014. Il n'y a donc pas de recommandations de réunion de revue du programme.

Objectifs pour 2014 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 14 00 patients du trichiasis
- Former 34 chirurgiens

La collaboration avec les partenaires fera l'objet d'une attention particulière afin de pratiquer les opérations du TT permettant de rattraper le retard. Afin d'avoir une meilleure vision du nombre de cas restant à opérer et leur localisation le programme national va simplifier le processus de rapport chirurgical pour les opérations du TT. Par ailleurs le programme national va effectuer un suivi des patients opérés du TT pour aborder le problème de la récurrence. Il est prévu d'étendre à d'autres districts le soutien à la chirurgie et d'apporter un soutien aux hôpitaux régionaux afin qu'ils puissent procéder à la sensibilisation et les chirurgies de TT mobiles. Enfin le programme espère mettre au point des directives normalisées pour la formation des chirurgiens et demander la certification pour tous les chirurgiens.

Antibiothérapie (A)

- Distribution d'azithromycine dans 20 districts
- distribution de tétracycline dans 20 districts

En 2014 le programme national prévoit de poursuivre les campagnes MDA dans 20 districts. Le programme national n'a pas encore calculé le nombre de doses d'azithromycine et de tétracycline en pommade oculaire pour en faire la distribution dans ces districts. La surveillance post-endémique commencera dans six districts où la prévalence de TT est supérieure à 5% et des enquêtes de référence seront menées dans quatre districts probablement endémiques. La mobilisation sera intensifiée et la supervision des soutiens renforcée à tous les niveaux. ENVISION, projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par RTI International a affirmé qu'il apporterait son aide pour la cartographie de référence, les évaluations d'impact et les MDA dans toutes les zones qualifiées.

Nettoyage du visage (N)

- Offrir une éducation sanitaire dans tous les districts endémiques

Actuellement le JHU-CCP met au point des stratégies de communication de changement de comportement spécifiques au trachome et des outils s'adressant aux composants N et CE et seront utilisés dans les villages endémiques

Changements Environnementaux (CE)

- Encourager la construction de latrines dans les communautés endémiques

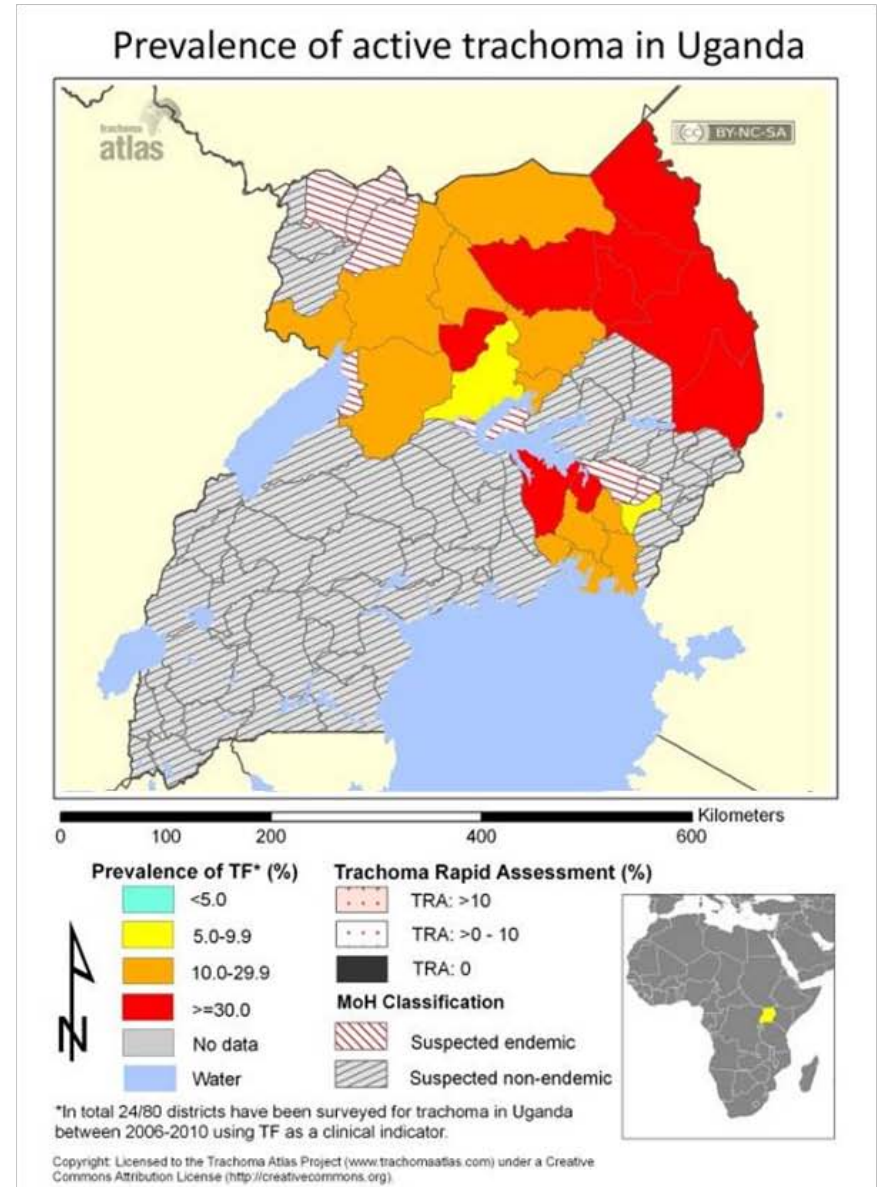
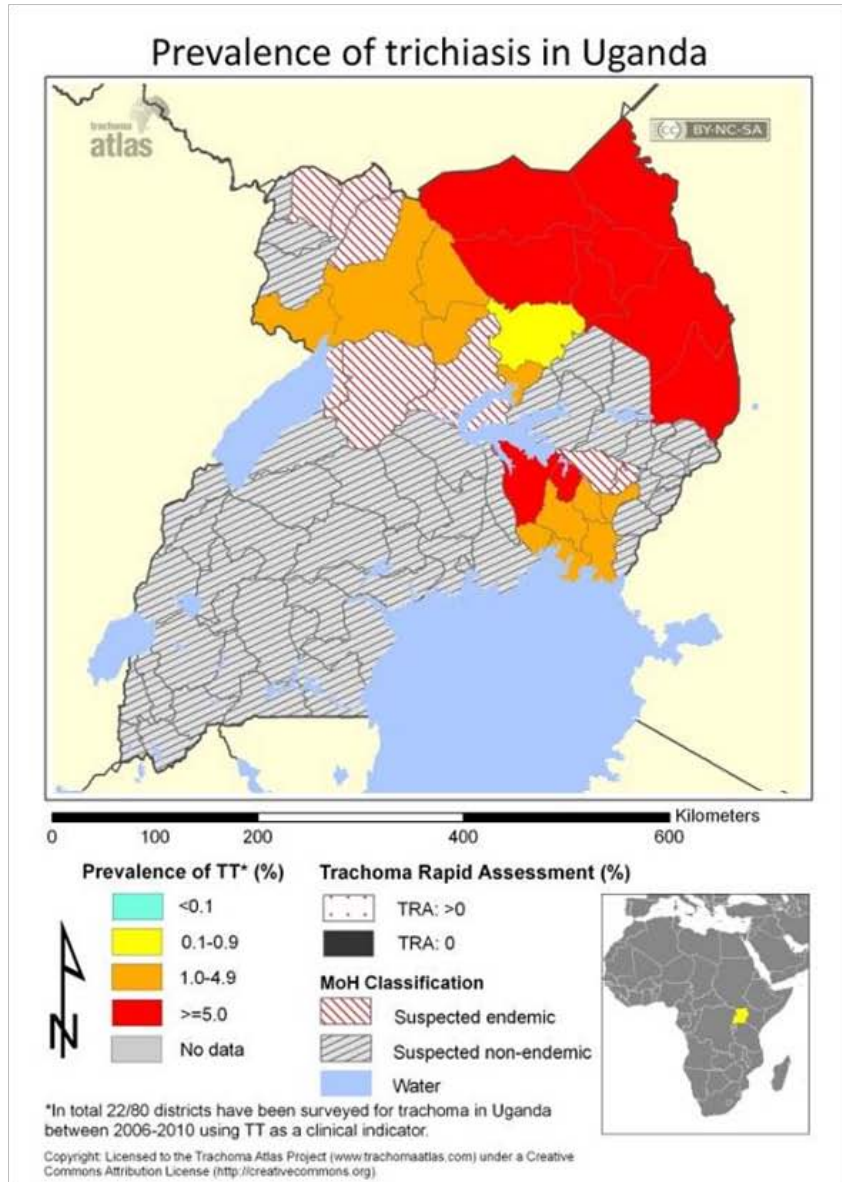


Tableau 1. Sommaire des données nationales du programme de lutte contre le trachome (pays soutenus par le Centre Carter)

Données nationales signalées pour 2013 à la Quinzième Revue de programme annuelle, Atlanta, GA, 25-27 février, 2014

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie	Nigeria	Total
Chirurgie							
Interventions	4,930	11,228	2,757	3,617	133,940	14,321	170,793
Objectif 2013	10,000	15,000	5,000	3,400	242,462	18,620	294,482
Taux de couverture	49.3%	74.9%	55.1%	106.4%	55.2%	76.9%	58.0%
Antibiotiques							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	181,259	N/R	210,912	425,540	17,714,445	5,820,080	24,352,236
Objectif 2013	981,882	8,319,387	1,330,057	468,530	24,931,984	6,062,807	42,094,647
Taux de couverture	18.5%	N/A	15.9%	90.8%	71.1%	96.0%	57.9%
<i>Tétracycline</i>							
Doses	3,625	N/R	3,998	10,470	361,519	96,377	475,989
Objectif 2013	19,637	170,000	31,601	47,470	508,816	98,214	875,738
Taux de couverture	18.5%	N/A	12.7%	22.1%	71.1%	98.1%	54.4%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire							
Villages avec éducation sanitaire	2,622	634	123	117	12,000	3,410	18,906
Objectif 2013	2,747	634	535	63	12,000	N/A	15,979
Taux de couverture	95.4%	100.0%	23.0%	185.7%	100.0%	N/A	118.3%
Changements environnementaux							
Latrines	3,233	11,019	N/A	207	1,632,414	N/A	1,646,873
Objectif 2013	22,149	15,000	N/A	10	1,872,150	N/A	1,909,309
Taux de couverture	14.6%	73.5%	N/A	2070.0%	87.2%	N/A	86.3%

N/A=Sans objet

N/R=Non communiqué

Tableau 2. Objectifs annuels du programme de lutte contre le trachome 2014 (pays soutenus par le Centre Carter)

Objectifs[†] présentés à la Quinzième Revue de programme annuelle, Atlanta, GA, 25-27 février, 2014[§]

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud*	Ethiopie	Nigeria	Total**
Chirurgie							
Personnes à opérer du trichiasis	15,569	15,000	5,000	N/R	150,000	40,200	225,769
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine à distribuer pendant MDA [‡]	385,934	4,682,611	1,701,316	N/R	43,829,038	5,313,511	55,912,410
Doses de pommade de tetracycline à distribuer pendant MDA	4,285	170,000	34,026	N/R	894,470	106,270	1,209,051
Nettoyage du visage							
Villages devant recevoir une éducation sanitaire	250	634	651	N/R	11,514	1,403,523	1,416,572
Changements environnementaux							
Latrines domestiques à construire	15,000	15,000	N/A	N/R	2,000,000	N/A	2,030,000

N/A=Sans objet

N/R=Non communiqué

[§]Tous les objectifs peuvent changer.

[‡]Les objectifs des antibiotiques ne reflètent pas les allocations de Zithromax® approuvées par ITI

*Le Programme pour le Trachome suspend temporairement en décembre 2013 en raison de l'insécurité

**Les totaux ne s'appliquent qu'aux pays dont les données sont disponibles.

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

Résumé des interventions par pays, Janvier - Décembre 2013

Indicators	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie-Amhara	Nigéria	Total
Chirurgie							
Personnes opérées du trichiasis	2,830	9,134	595	1,430	44,867	120	58,976
Personnes ciblées en 2013	4,000	11,000	5,000	1,000	110,754	250	132,004
Pourcentage	70.8%	83.0%	11.9%	143.0%	40.5%	48.0%	44.7%
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine distribuées	N/A	N/A	210,912	283,652	15,318,259	1,107,708	16,920,531
Personnes ciblées en 2013	N/A	N/A	1,330,057	338,530	16,518,561	1,083,254	19,270,402
Pourcentage	N/A	N/A	15.9%	83.8%	92.7%	102.3%	87.8%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire							
Villages avec éducation sanitaire	2,622	634	123	117	3,459	855	7,810
Objectif 2013	2,747	634	535	20	3,459	855	8,250
Taux de couverture	95.4%	100.0%	23.0%	585.0%	100.0%	100.0%	94.7%
Environmental improvement							
Latrines domestiques construites	1,438	11,019	N/A	102	282,078	N/A	294,637
Objectif 2013	5,500	15,000	N/A	10	551,172	N/A	571,682
Pourcentage	26.1%	73.5%	N/A	1020.0%	51.2%	N/A	51.5%

N/A=Non Applicable

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

Interventions Globales par Pays, 1999-2013

Indicators	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie- Amhara	Nigéria	Total
Personnes opérées du trichiasis	25,343	31,340	6,476	9,023	339,409	433	412,024
Doses d'azithromycine distribuées	698,083	3,780,384	2,529,659	2,658,359	93,591,007	2,817,167	106,074,659
Villages avec éducation sanitaire	2,622	1,122	664	3,574	3,459	855	12,296
Latrines domestiques construites	91,279	85,311	N/A	646	2,686,123	31,979	2,895,338

N/A=Non Applicable

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

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2013

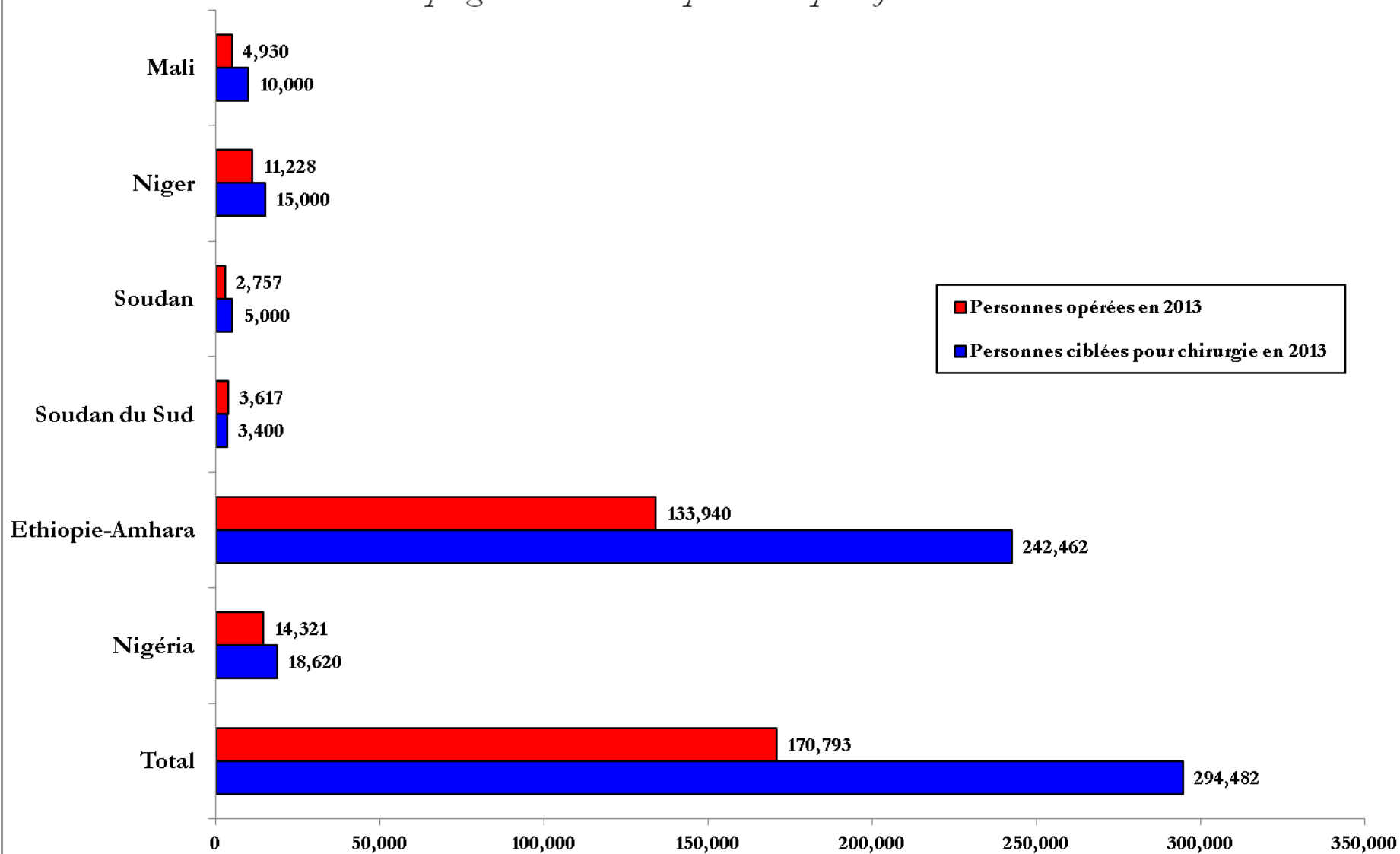


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2013

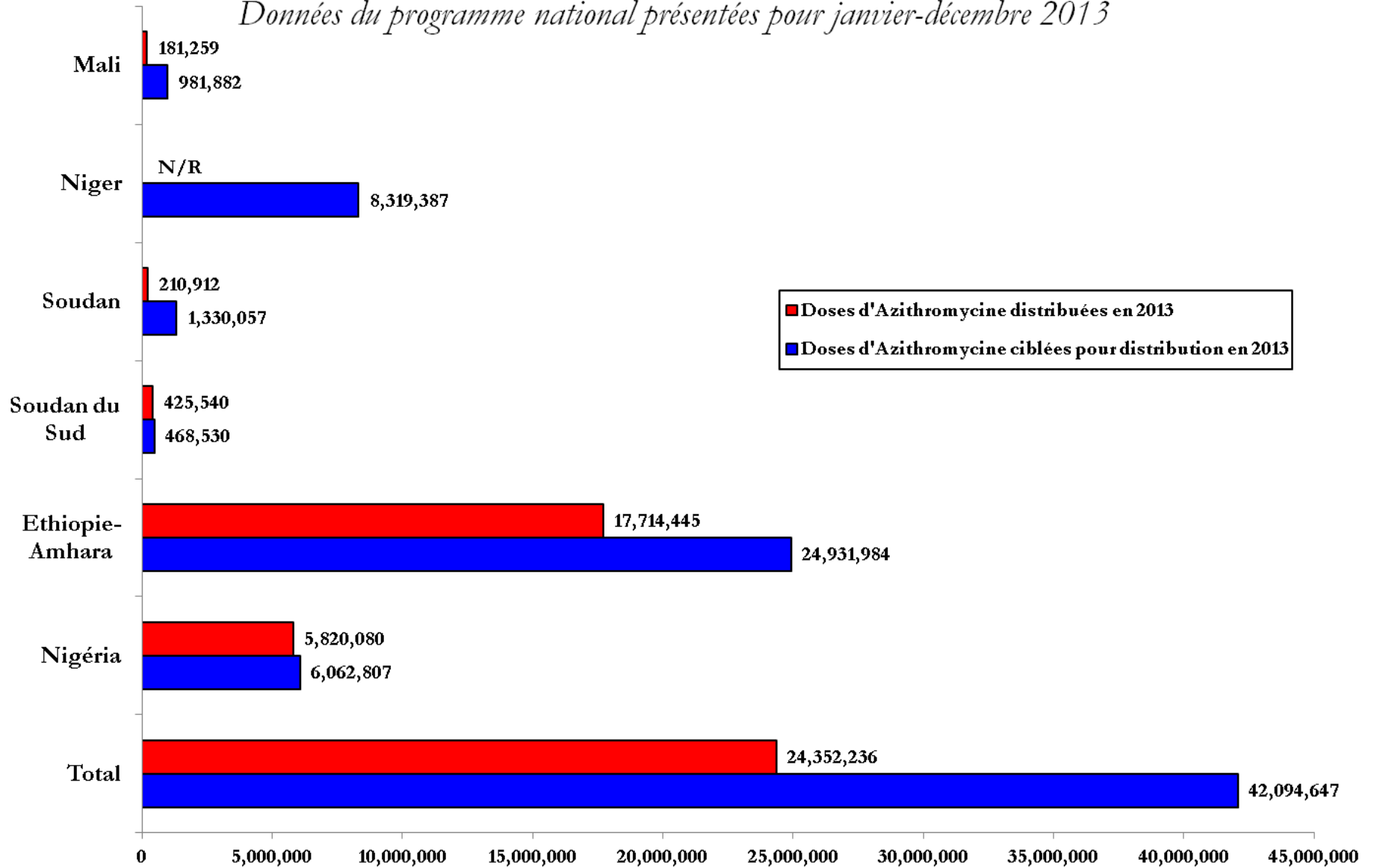


Figure 3. Education sanitaire, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2013

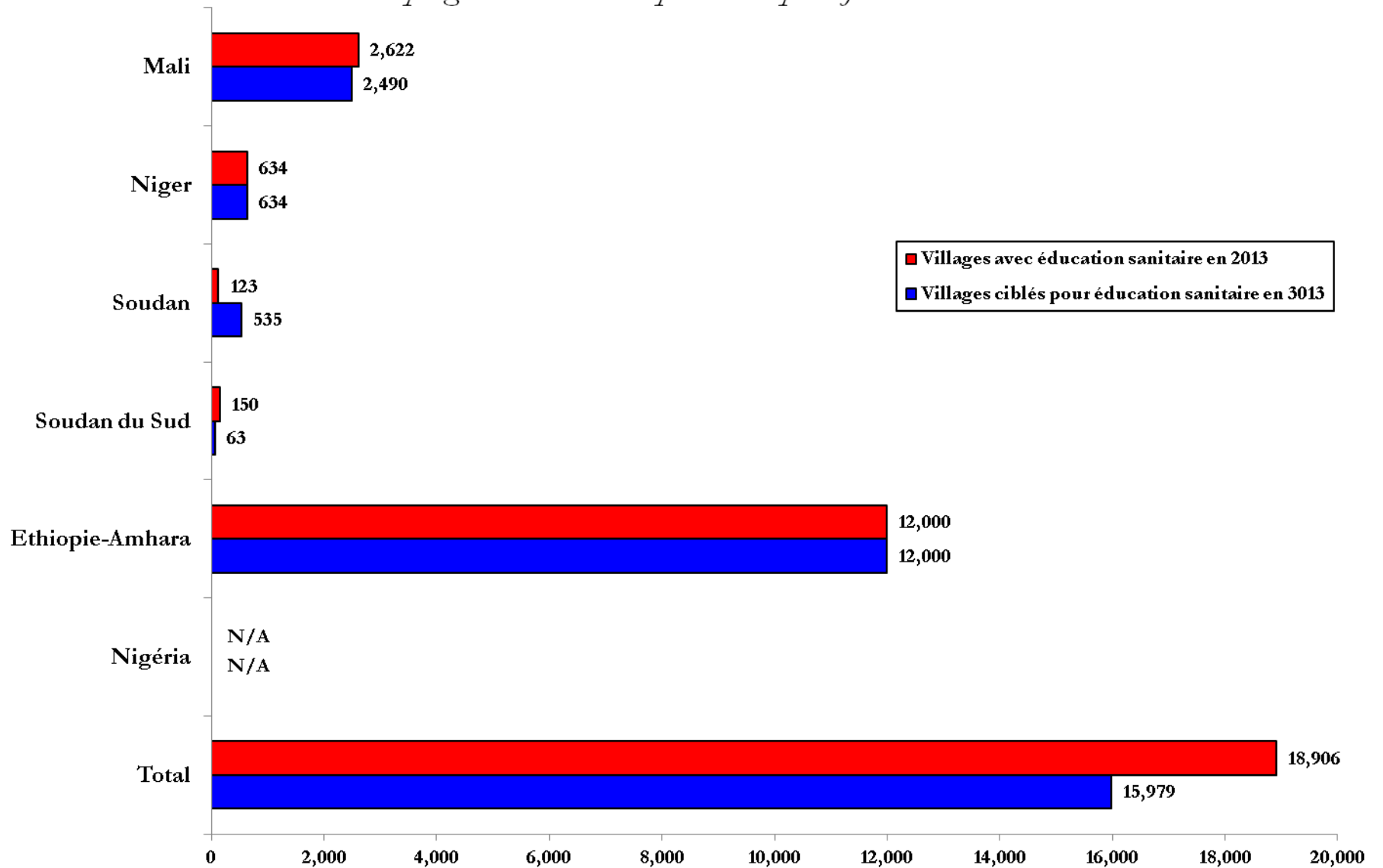
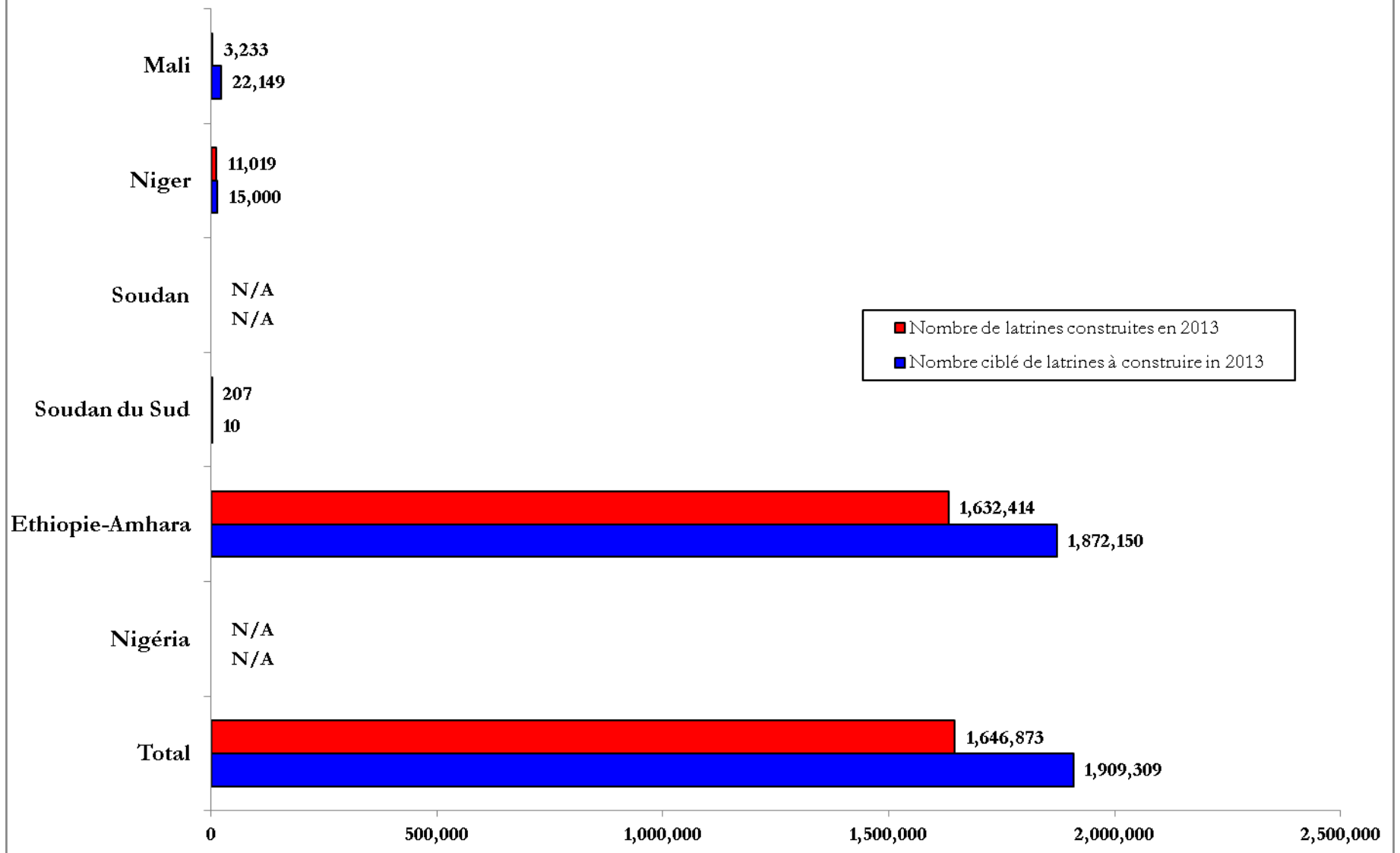


Figure 4. Latrines familiales construites, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2013



Surveillance post-traitement et vérification de l'élimination

Présenté par le Dr Jonathan King, OMS, Ex-Epidémiologiste pour le Programme de lutte contre le trachome au Centre Carter

Historique

En 1998 l'Assemblée mondiale pour la Santé (WHA) a demandé à ses états membres d'adopter la résolution 51.11 pour éliminer le trachome cécitant reconnu comme un problème de santé publique. Depuis lors, des références et des recommandations visant à l'éliminer et à vérifier son élimination ont fait l'objet de plusieurs publications mais les directives officielles de l'OMS sur la surveillance du post-traitement du trachome ou les vérifications de son élimination n'ont pas été publiées. L'élimination du trachome en tant que problème de santé publique se définit ainsi :

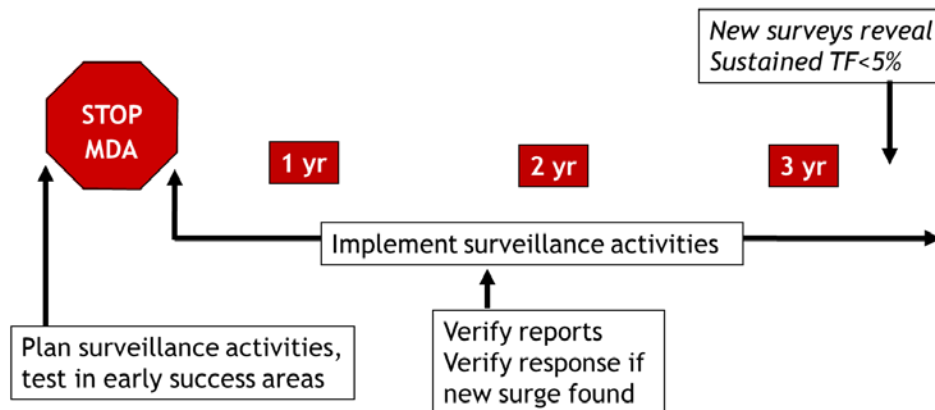
1. Un taux d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) chez les enfants âgés de un à neuf ans inférieur à 5% au niveau des sous districts.
2. Moins d'un cas de trichiasis par milliers de population (sans compter les patients qui ont refusé la chirurgie et/ou qui préfèrent l'épilation.

La stratégie d'élimination comprend la cartographie, la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans les régions qui la justifie, la post-surveillance, et enfin la vérification de l'élimination

Surveillance de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF)

Dès que le seuil de TF est atteint les pays doivent se préparer à une période de surveillance post-traitement de trois ans (voir figure 1).

Figure 1. Surveillance post-traitement.



Au minimum, deux communautés par district, en se fondant sur les zones les moins développées et réputées les plus endémiques, devraient être choisies annuellement pour y déployer les activités de surveillance. Au cours de la surveillance au moins 50 enfants âgés de 5 ans et moins doivent être examinés dans chaque communauté. Dans la mesure du possible il conviendrait que tous les enfants de ce groupe d'âge dans la communauté soient examinés. Si le système de surveillance détecte une prévalence supérieure à 5% dans une communauté la réponse doit être la suivante :

- Examiner tous les enfants âgés de un à neuf ans et soigner le TF

- Si une prévalence de TF supérieure à 5% existe chez les enfants de un à neuf ans, évaluer la couverture des composants A, N et CE et traiter la communauté.
- Examiner les enfants d'âge scolaire dans toutes les communautés dans le sous-district voisin
 - Si une prévalence TF supérieure à 5% est découverte dans le sous-district faire des interventions A, N et CE pendant trois ans et évaluer le TF dans d'autres sous-districts pour déterminer si le district justifie les composants A, N et CE

Surveillance du trichiasis trachomateux (TT)

Pour la surveillance du TT il faut que les services ophtalmiques soient disponibles pour opérer les cas récurrents et nouveaux, et pour surveiller l'incidence de la situation au moyen de :

- Recueil et revue continus des données de production chirurgicale
- Incorporer le TT dans le Système de gestion de l'information sanitaire national ou tout autre système de surveillance national.
- Dans toutes les communautés ayant fait l'objet d'une évaluation pour le TF examinez les adultes et rechercher la présence de TT.

Conclusions

A ce jour, et malgré les recommandations ci-dessus, l'OMS n'a pas publié de directives officielles concernant la surveillance post traitement ou la vérification de l'élimination. Par ailleurs il n'existe aucune directive permettant aux pays de préparer ou de soumettre des dossiers leur donnant quitus de l'élimination. Par conséquent un certain nombre de problèmes relatifs à la surveillance et à la vérification demeurent sans réponse. Parmi ceux-ci :

- Les activités de surveillance actuelles peuvent-elles assurer un contrôle durable ?
- Existe-t-il des activités de surveillance meilleures que celles qui sont proposées ?
- Comment la surveillance du trachome peut-elle être intégrée dans le système sanitaire actuel ?
- Quelle est la meilleure méthode permettant de déterminer et de classer les cas de TT nécessitant une surveillance ?
- Est-ce que l'OMS reconnaitra officiellement les programmes nationaux qui traitent « *l'élimination en tant que problème de santé publique* » ?

Amélioration de la couverture dans les semaines MalTra et évaluation de la couverture post-MDA

Présenté par Esbetu Sata, le Centre Carter Ethiopie

Historique

L'administration massive de médicaments (MDA) à base d'azithromycine et de tétracycline en pommade oculaire est effectuée dans la région d'Amhara au cours des campagnes Semaine MalTra. Elles sont menées annuellement par le Centre Carter en partenariat avec le Ministère fédéral de la Santé (FMoH), le Bureau sanitaire régional (RHB), la Fondation du Lions Club International (LCIF), le Lions Club d'Ethiopie, Pfizer Inc, et l'International Trachoma Initiative (ITI). En 2013 RTI/ENVISION et le Fondation Noor Dubaï ont apporté leur soutien à ces campagnes. A ce jour la campagne a été effectuée 11 fois dans la région d'Amhara (MalTra I s'est déroulée en novembre 2008 et la campagne la plus récente, MalTra XI a eu lieu en novembre 2013). Au cours de ces 11 campagnes il a été distribué 76 855 626 doses de Zithromax® (nom de marque de l'azithromycine donnée par Pfizer Inc) et de TEO pour la prévention et le traitement du trachome.

La couverture MDA durant les campagnes MalTra s'est améliorée avec le temps. Cette amélioration peut s'expliquer par une large implication des leaders gouvernementaux à tous les niveaux (RHB, zone, district et *kebele*), l'implication de l'Armée pour le Développement de la Santé (MalTra X et XI), le partenariat entre le gouvernement et le TCC et la mobilisation des communautés grâce aux réunions de sensibilisation dans les districts et les *kebeles* qui refusent la prise de Zithromax®.

Evaluation de couverture post-MDA

La campagne MalTra X s'est déroulée dans 70 *woredas* dans les cinq zones de l'Amhara Oriental du 18 au 24 mai 2013 et la campagne MalTra XI dans 75 *woredas* dans les cinq zones de l'Amhara Occidental du 10 au 16 novembre 2013. Les rapports préliminaires montrent que 5 985 520 personnes (96,2% de la population ciblée) et 9 692 133 personnes (95,8% de la population ciblée) ont reçu un traitement d'antibiotiques au cours de MalTra X et MalTra XI respectivement.

A la suite des campagnes des enquêtes de validation de couverture ont été menées dans des districts sélectionnés. Le processus d'échantillonnage aléatoire à phases multiples a été utilisé dans les districts sélectionnés à la première phase, puis les *kebele* (division administrative comptant environ 5000 personnes) ont été sélectionnés, et dans la dernière phase les foyers spécifiques ont été sélectionnés. L'enquête a été menée dans 10 districts de l'Amhara Oriental et 10 districts de l'Amhara Occidental. Le questionnaire a été distribué à 4 444 résidents des districts.

Au cours de MalTra X, sur les 1 873 personnes à qui il a été demandé si elles avaient reçu un traitement, 1 797 (90,6%) ont confirmé avoir reçu un traitement (tableau 1). Au cours de MalTra XI, sur les 2 571 personnes à qui il a été demandé si elles avaient reçu un traitement, 2 217 (86,2%) (tableau 2) l'ont confirmé. La proportion de personnes ayant reçu le traitement varie selon les districts au cours des deux campagnes. En Amhara Oriental la proportion la plus élevée s'est trouvée dans le district de Sekota Zuria de WagHemira (95,9%) et le plus bas dans le district de Tehuldere de South Wollo (83,5%). La proportion la plus élevée en Amhara Occidental s'est trouvée dans le district de WagHemira (95,9%) et le plus bas dans le district de Tehuldere de South Wollo (83,5%). L'enquête a également fait état de variations entre les résultats de

l'enquête et les rapports reçus par les Bureaux sanitaires des Woredas (WoHO). L'absentéisme au cours de la campagne a été la principale raison pour laquelle le traitement n'a pas été pris.

Tableau 1: Couverture MDA, MalTra X (Amhara Oriental)

Zone	Woreda	Nombre de personnes interviewées	Ont reçu le traitement		95% CI	
			N	%		
North Wollo	Ayna Bugna	183	153	83.6	78.7	89.6
	Lasta	187	171	91.4	84.0	93.3
Oromia	Daway Harewa	146	129	88.4	81.2	92.5
	Dawa Chefa	167	160	95.8	90.8	97.9
North Shoa	Minijar	155	147	94.8	90.9	98.2
	Angolelana Tera	265	226	85.3	79.6	88.7
South Wollo	Tehuldere	164	137	83.5	79.0	90.4
	Legambo	175	167	95.4	91.2	98.0
WagHemira	Ziquala	187	173	92.5	87.1	95.4
	Sekota Zuria	244	234	95.9	92.1	97.7
Total		1,873	1,697	90.6	88.9	91.6

Tableau 2: Couverture MDA, MalTra XI (Amhara Occidental)

Zone	Woreda	Nombre de personnes interviewées	Ont reçu le traitement		95% CI	
			N	%		
Awi	Dangila Zuria	274	240	87.6	83.1	91.3
	Guagusa Shikudad	287	248	86.4	81.9	90.2
East Gojjam	Debay Tilatgin	242	202	83.5	78.2	87.9
	Debre Elias	228	136	59.6	53.0	66.1
West Gojjam	Dembecha	298	272	91.3	87.5	94.2
	Sekela	165	151	91.5	86.2	95.3
South Gondar	Dera	297	242	81.5	76.6	85.7
	Libo Kemkem	275	265	96.4	93.4	98.2
North Gondar	West Belesa	271	247	91.1	87.1	94.2
	Wogera	234	214	91.5	87.1	94.7
Total		2,571	2,217	86.2	84.8	87.5

L'épilation pour la gestion du trichiasis trachomateux mineur : résultats sur quatre ans d'une étude aléatoire contrôlée

Présenté par le Dr. Matthew Burton, Ecole de Londres pour l'Hygiène et la Médecine tropicale

Historique

De nombreuses personnes souffrant d'un trichiasis trachomateux (TT), particulièrement celles dont l'affection est mineure, déclinent l'option chirurgicale et ont plutôt recours à l'épilation. Nous avons réalisé une étude aléatoire contrôlée sur l'épilation au lieu de la chirurgie pour la gestion du TT en Ethiopie. Nous rapportons ici des données de résultats sur quatre ans.

Méthodes

1300 individus âgés de 18 ans et plus présentant un trichiasis mineur (moins de 6 cils touchant l'œil) non opéré ont été sélectionnés entre mars et juin 2008. Un examen approfondi de l'œil a été réalisé. Les participants ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes d'intervention : Chirurgie par rotation tarsale lamellaire postérieure, ou épilation répétée à l'aide de pinces à épiler de très bonne qualité fabriquées en usine (Tweezerman). Le patient et un adulte ayant une bonne vision de près ont reçu une formation pour pratiquer l'épilation. Les participants ont été réexaminés à 6, 12, 18 et 24 mois. On a immédiatement proposé l'intervention chirurgicale (groupe épilation) ou une deuxième intervention (groupe chirurgie) aux patients dont la maladie avait empiré au cours de la période de suivi (≥ 5 cils). On a proposé à tous les patients du groupe épilation une intervention chirurgicale gratuite au bout de deux ans. Les participants ont été réexaminés quatre ans après le début de l'étude.

Résultats

Au bout de quatre ans, 1 151 personnes (88,5%) ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation [572 (88%) et 579 (89%) du groupe épilation et chirurgie respectivement]. Au bout de quatre ans 383 patients (67%) aléatoirement du groupe épilation ont refusé la chirurgie et continuaient de s'épiler ; 189 (33%) avaient été opérés. Le choix de la chirurgie fut déterminé par deux facteurs : la jeunesse ($p < 0,001$) et la présence d'un entropion de référence marqué ($p = 0,001$). Parmi les patients placés aléatoirement dans le groupe épilation à quatre ans : 207 (53,9%) étaient guéris (aucun cil ne touchant l'œil), 150 (39,2%) présentaient un trichiasis mineur et 26 (6,8%) présentaient un trichiasis majeur (≥ 5 cils) ; 259 (67,6%) ont déclaré s'épiler fréquemment et 325 (85%) ont déclaré qu'ils « étaient contents et qu'ils ne voulaient toujours pas de faire opérer ». Parmi les 579 personnes placées aléatoirement dans le groupe chirurgie, 31 (5,4%) présentaient un TT récurrent au bout de quatre ans. Nous n'avons pas constaté de différence au niveau de la modification de la vision ($p = 0,9$) ou de changement au niveau du statut cornéen ($p = 0,96$) entre les groupes épilation et chirurgie.

Conclusion

Plus des deux tiers des patients du groupe épilation ont refusé la chirurgie et ont choisi de continuer à s'épiler. Les patients du groupe épilation contrôlaient leur trichiasis et seulement quelques-uns présentaient des signes d'une détérioration importante. Ce groupe présentait des taux comparables, en termes de changement de vision et de maladies cornéennes, à ceux du groupe chirurgie. Ces constatations font penser que l'épilation peut constituer une alternative raisonnable à la chirurgie pour le trichiasis mineur pour lequel les patients refusent la chirurgie ou qui n'ont pas accès au traitement chirurgical et pour qui ce traitement temporaire peut être accepté jusqu'à ce qu'une intervention chirurgicale soit disponible.

Déclaration financière

Ce travail a été possible grâce à une subvention accordée par la Fondation Band Aid et Pfizer Inc.

Enquêtes de Sous-District au Mali

Présenté par le Dr. Lamine Traoré, Coordonnateur national, Programme national pour la prévention de la cécité

Historique

Une enquête nationale sur la cécité menée en 1996-1997 au Mali a quantifié l'importance du problème que pose le trachome. La prévalence de trachome actif chez les enfants âgés de un à neuf ans était supérieure à 30% dans toutes les régions sauf Segou où la prévalence était supérieure à 20%. La mise en place d'activité de lutte a débuté en 1999 grâce au soutien d'un groupe de partenaires dont le Centre Carter (TCC). La mise en œuvre de la stratégie CHANCE complète n'a pu être achevée qu'en 2008 grâce au soutien de la Fondation Conrad N. Hilton. Entre 2005 et 2011 des enquêtes d'impact au niveau des districts ont été menées dans tous les districts du Mali. Dans de nombreux districts la prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) chez les enfants âgés de un à neuf ans était inférieure à 10%, la prévalence pour lequel l'administration massive de médicaments (MDA) à l'azithromycine ne se justifie plus. Puisque la majorité de ces évaluations d'impact prouvaient que le TF avait diminué et que les MDA n'étaient plus nécessaires, le programme national a depuis concentré ses efforts en vue de rattraper le retard des cas chirurgicaux.

Les critères de l'élimination consistent en deux objectifs : 1) TF inférieur à 5% chez les enfants âgés de un à neuf ans au niveau du sous-district (un sous-district est une division administrative comptant environ 50 000 personnes) ; et 2) moins d'un cas de trichiasis pour 1 000 personnes (sans compter les personnes qui refusent la chirurgie et/ou préfèrent s'épiler). En 2013 le programme national a lancé des enquêtes au niveau des sous-districts afin d'identifier les zones ayant atteint les objectifs d'élimination et d'identifier les zones bénéficiant d'une priorité pour les interventions chirurgicales du trichiasis. Avec le soutien d'Helen Keller International, de Sightsavers et du TCC, quatre enquêtes au niveau des sous-districts ont été faites vers la fin 2013 : district de Bafoulabé (région de Kayes) district de Koulikoro (région de Koulikoro) et les districts de Tominian et Segou (région de Segou).

Méthodes

Des enquêtes transversales au niveau des sous-districts utilisant l'échantillonnage en grappes aléatoires à phases multiples ont été menées entre mai et novembre 2013. Chaque district a d'abord été divisé en sous-districts. Dans la mesure où le Mali n'a pas de divisions administratives inférieures au district, de multiples zones sanitaires adjacentes ont été sélectionnées pour créer les sous-districts. Dans chaque sous-district, 17 villages (grappes) ont été sélectionnés en utilisant la probabilité de sélection proportionnelle à la taille du village. Dans chaque village 30 foyers ont été choisis au hasard et tous les membres consentants de ces foyers présents au moment de l'enquête ont reçu un examen clinique. Par ailleurs on a posé des questions aux chefs de famille sur l'eau et l'accès à l'assainissement. L'utilisation des latrines a été vérifiée par des équipes enquêtrices.

Résultats

Le tableau 1 montre les caractéristiques domestiques et cliniques de l'échantillon. Au total 49 907 personnes ont fait l'objet d'un examen clinique de dépistage du trachome dans 323 villages et 19 sous-districts. Dans tous les sous-districts sauf un (Bafoulabé 5) le TF chez les enfants âgés de un à neuf ans était inférieur à 5%, ce qui indique que ces sous-districts avaient atteint leur objectif d'élimination. Un seul sous-district a atteint son objectif d'élimination du TT (Koulikoro 3) et les neuf autres avaient une prévalence de TT inférieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus, ce qui indique que des interventions avancées (campagnes de

sensibilisation chirurgicale) ne sont plus nécessaires. Les rapports de couverture d'au moins une dose d'azithromycine au cours des MDA précédentes différaient substantiellement parmi les sous-districts (domaine de valeurs : 21,7%-99,7%), mais la plupart des personnes dans tous les sous-districts sauf un (Bafoulabé 5) avaient reçu au moins une dose (domaine de valeurs : 48%-99,7%). Toutefois la proportion des sondés ayant reçu les trois doses était considérablement moins élevée 2,6%- 71,5%. Dans la plupart des zones, Tomian excepté, la possession de latrine dépassait 80%. Cependant la proportion de foyers possédant une latrine améliorée SanPlat était bien inférieure et se situait entre 0 et 76%.

En outre une analyse des coûts a été faite pour comparer les coûts entre les enquêtes faites dans le passé au niveau des districts et les enquêtes au niveau des sous-districts (tableau 2). Le coût total des enquêtes au niveau des sous-districts était d'environ 25% supérieur à celui des enquêtes au niveau des districts menées dans les mêmes districts et le coût par grappe des enquêtes de sous-district était presque deux fois plus élevé que celui des enquêtes de district. Une analyse plus approfondie doit être faite pour déterminer les raisons de l'augmentation de ces coûts. En effet, le nombre de foyers dans chaque grappe dans les enquêtes au niveau des sous-districts était inférieur au nombre de foyers enquêtés au niveau du district. Il faut également déterminer comment ces coûts pourraient être réduits afin d'achever les évaluations d'impact nécessaires pour que le Mali prouve qu'il a atteint ses objectifs d'élimination.

Conclusions et recommandations.

Le trachome actif est sur la voie de l'élimination dans 18 des 19 sous districts ayant fait l'objet d'une enquête. Le programme national devrait envisager un protocole d'intervention dans les sous-districts où le TF est supérieur à 5%. Les activités de surveillance doivent être poursuivies régulièrement dans les sous-districts qui ont atteint leur objectif d'élimination. Le TF a beau être bas, mais il existe toujours une forte prévalence de trichiasis. Cependant les chirurgiens chargés de chercher les patients ont du mal à les trouver, ce qui indique que, soit les services ne trouvent pas les personnes qui en ont besoin, soit les patients atteints de trichiasis ne veulent pas être opérés, soit que les patients atteints de trichiasis, particulièrement les cas les moins sévères, ne soupçonnent pas qu'ils ont besoin des services offerts. Le programme national doit lancer des recherches afin de trouver des explications à ces informations.

Le taux de possession de latrines traditionnelles est généralement élevé mais l'accès à une source d'eau sur la propriété est généralement réduit. Une attention particulière doit être portée aux zones où le nombre de latrines est faible, comme Tominian, afin de s'assurer que la maladie ne réapparaît pas. Le programme national doit également surveiller de près la proximité des sources d'eau propre et en encourager la mise à disposition là où son accès est limité.

Tableau 1. Enquête au niveau des sous-districts des caractéristiques domestiques et cliniques (N=49,907)

Région	District	Sous-district	TF enfants 1-9 ans % (95% CI)	TT adultes ≥ 15 ans % (95% CI)	TT tous âges % (95% CI)	Reçu ≥ 1 MDA round % (95% CI)	Reçu 3 MDA % (95% CI)	Possèdent une latrine % (95% CI)	Possèdent une latrine améliorée SanPlat % (95% CI)	Source d'eau sur la propriété % (95% CI)	
Kayes	Bafoulabe	1	1.1 (0.6-1.91)	1.49 (0.88-2.51)	0.71 (0.41-1.21)	92.78 (75.78-98.15)	4.5 (3.6-5.62)	90.55 (81.73-95.35)	8.88 (2.85-24.45)	5.25 (1.31-18.81)	
		2	0.89 (0.53-1.5)	1.86 (1.13-3.06)	0.81 (0.5-1.33)	65.15 (48.85-78.55)	46.53 (35.69-57.71)	92.8 (84.48-96.83)	29.74 (17.6-45.62)	6.43 (2.07-18.21)	
		3	2.14 (1.15-3.98)	1.6 (.097-2.64)	0.83 (0.5-1.38)	81.39 (73.60-87.28)	36.34 (25.92-48.21)	87.7 (71.61-95.27)	7.08 (2.56-18.1)	6.24 (2.74-13.59)	
		4	3.47 (2.17-5.49)	1.49 (0.91-2.45)	0.75 (0.48-1.16)	58.47 (38.62-75.91)	6.96 (3.76-12.52)	94.05 (88.04-97.13)	25.05 (12.93-42.94)	18.34 (8.15-36.25)	
		5	5.58 (3.69-8.37)	1.54 (0.8-2.96)	0.78 (0.43-1.42)	21.68 (9.92-41.02)	2.62 (1.95-3.51)	100 (99.0-100.0)	1.73 (0.3-9.45)	1.73 (0.53-5.5)	
	Koulikoro	Koulikoro	1	0.52 (0.16-1.66)	0.44 (0.12-1.56)	0.22 (0.00064-0.77)	65.95 (53.16-76.78)	20.24 (12.8-30.48)	99.82 (98.68-99.97)	34.38 (16.9-57.45)	41.33 (21.15-64.91)
			2	0.17 (0.00045-0.63)	1.16 (0.72-1.88)	0.48 (0.31-0.76)	77.37 (74.53-79.98)	14.59 (9.96-20.86)	94.48 (67.95-99.28)	18.16 (6.37-42.0)	4.79 (0.92-21.46)
			3	0.64 (0.32-1.28)	0.17 (0.00043-0.64)	0.00077 (0.0002-0.29)	46.02 (39.90-52.27)	13.65 (9.3-19.6)	98.9 (97.16-99.57)	15.37 (5.66-35.47)	22.79 (10.03-43.88)
			4	0.63 (0.02-1.96)	0.52 (0.26-1.06)	0.3 (0.14-0.61)	94.60 (93.03-95.83)	46.19 (38.51-54.06)	100 (99.0-100.0)	0 (0.0-1.0)	0 (0.0-1.0)
			1	1.15 (0.07-1.88)	0.69 (0.31-1.5)	0.31 (0.14-0.61)	99.73 (99.21-99.91)	71.49 (68.28-74.5)	39.04 (29.86-49.07)	46.22 (30.77-62.43)	10.87 (5.01-21.99)
Tominion	Tominion	2	0.38 (0.13-1.11)	0.31 (0.1-0.93)	0.14 (0.00047-0.42)	94.70 (87.72-97.81)	65.11 (58.9-70.84)	38.14 (21.72-58.16)	52.98 (31.64-73.27)	39.16 (24.31-56.33)	
		3	0.95 (0.37-2.43)	0.87 (.045-1.68)	0.37 (0.2-0.71)	81.03 (74.67-86.08)	46.89 (39.51-54.4)	46.23 (34.71-58.16)	62.08 (44.47-77.0)	21.12 (9.63-40.22)	
		1	1.02 (0.54-1.95)	1.01 (0.55-1.86)	0.48 (0.26-0.9)	66.0	23	99.8 (98-100)	20.9 (8.6-43)	4.0 (1.4-10.0)	
Segou	Segou	2	0.65 (0.22-1.88)	0.79 (0.34-1.85)	0.37 (0.15-0.87)	65.0	14	98.3 (96-99)	18.5 (9.7-32)	10.1 (3.8-24)	
		3	0.31 (0.00075-1.26)	0.55 (0.24-1.23)	0.26 (0.11-0.59)	64.0	16	99.0 (97-100)	14.5 (5.9-31.4)	17.8 (6.8-39)	
		4	1.42 (0.75-2.65)	0.9 (0.4-2.0)	0.44 (0.2-0.96)	57.0	13	97.1 (91-99)	27.5 (14-46)	36.4 (23-53)	
	Segou	Segou	5	2.53 (1.28-4.91)	1.01 (0.58-1.76)	0.52 (0.3-0.91)	62.0	33	98.7 (96-99)	19.1 (9.4-34.9)	29.3 (15-50)
			6	0.71 (0.26-1.93)	1.08 (0.5-2.29)	0.54 (0.25-1.16)	67.0	25	98.2 (92-99)	25.0 (12-44)	10.6 (6.0-18)
			7	1.21 (0.54-2.7)	0.56 (0.25-1.25)	0.32 (0.14-0.72)	48.0	19	95.9 (87-99)	76.0 (55-89)	69.8 (51-84)

Tableau 2. Comparaison des coûts entre les enquêtes au niveau du district et au niveau du sous-district

	Kayes, Koulikoro, Segou (niveau district)*	Kayes, Koulikoro, Segou (niveau sous-district)
Nombre de districts/sous-districts	24	19
Nombre de grappes	480	323
Nombre de foyers/grappes	24	17
Coût total	\$49,651	\$65,801
Coût par district/sous-district	\$2,068	\$3,463
Coût par grappe	\$103	\$204
Coût par foyer visité	\$4.31	\$11.98

*Chen et al., PLoS MTNs, 2011

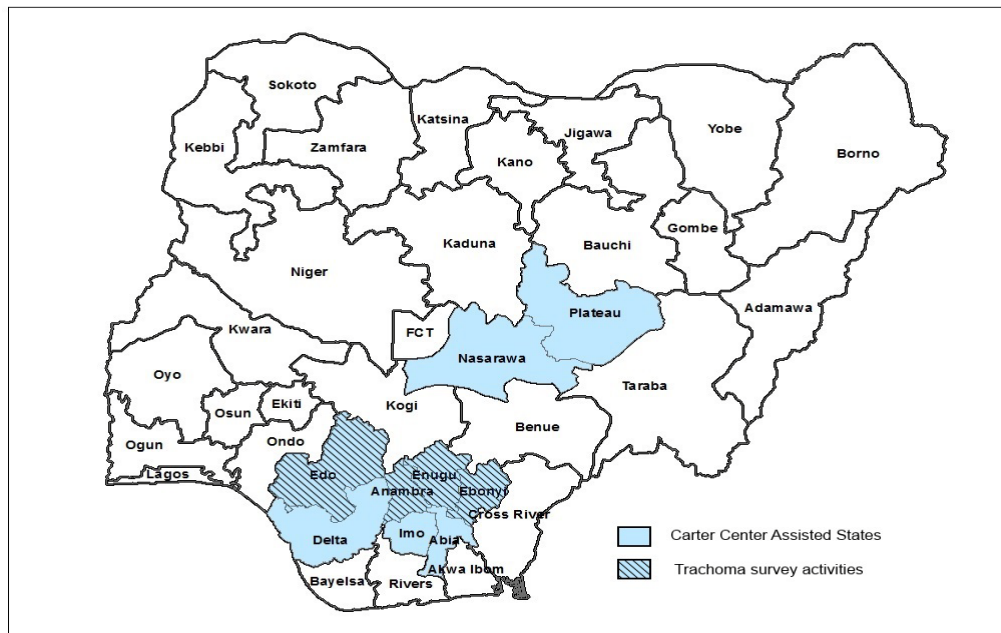
Cartographie des MTN intégrées du Nigéria dans les états Anambra, Ebonyi, Edo, et Enugu

Présenté par le Dr. Nimzing F. Jip, Agent du Programme contre le trachome, Le Centre Carter Nigéria

Historique

A la suite d'une poussée globale visant à lutter contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) et à les éliminer, le projet ENVISION de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international conduit par RTI International s'est associé au Centre Carter pour soutenir la cartographie de quatre MTN au Nigéria : le trachome, la bilharziose, l'helminthiase transmise par le sol et la loase dans les états du sud-est Anambra, Ebonyi, Edo, et Enugu soutenus par le Centre Carter.

Figure 1. Zones de cartographie des MTN et des états environnants soutenus par le Centre Carter



Méthode d'échantillonnage

La cartographie du trachome a été intégrée à celle du loase (ver de l'œil) pour laquelle la procédure d'évaluation rapide (RAPLOA) a été utilisée. L'enquête du trachome/RAPLOA s'est faite au niveau des foyers. Dans chaque secteur de dénombrement (EA) un minimum de 40 foyers a été sélectionné pour parvenir à un échantillonnage minimum de 80 adultes âgés de 15 ans et plus et de 60 enfants âgés de un an à neuf ans. Tous les résidents des foyers ont été examinés pour tous les niveaux cliniques du trachome tandis que seuls les adultes ont été examinés pour la loase. Si un enfant était à l'école au moment de la visite de l'équipe d'enquête ses membres ont essayé de trouver l'enfant à l'école.

Les données ont été recueillies au moyen de Smartphones Androïdes. Chacun des quatre états a été traité en tant que domaine d'échantillonnage séparé.

Résultats

L'enquête a porté sur 69 secteurs gouvernementaux locaux (LGA) incluant 544 grappes, 20 186 foyers et 84 753 personnes. Parmi les personnes ayant fait l'objet de l'enquête, 30 359 étaient des enfants âgés de un à neuf ans et 42 672 étaient des adultes âgés de 15 ans et plus. Dans cinq des 69 LGA la prévalence

d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) était supérieure ou égale à 5% (tableau 1). Aucune trace de trichiasis trachomateux n'a été décelé chez les adultes âgés de plus de 15 ans.

Tableau 1. LGAs avec TF >5%.

	TF âgés 1-9 ans			TT âgés \geq 15 ans	
	N	% avec TF (95% CI)		N	% avec TT (95% CI)
Ebonyi	464	6.90 (.02-.19)		554	0
Ezza North	471	5.73 (.03-.12)		519	0
Ezza South	429	5.13 (.02-.13)		542	0
Ikwo	703	5.26 (0.02-.11)		688	0
Akoko Edo	323	5.57 (.03-.12)		469	0

Conclusions et recommandations

Il a été établi que le trachome est hypo-endémique ou non-endémique dans 69 de toutes les LGA échantillonnées. Au vu des données recueillies au cours de l'enquête nous recommandons que les composants N et CE de la stratégie CHANCE soient incorporés à un degré quelconque dans les cinq LGA ayant une prévalence de TF comprise entre 5 et 9% ainsi qu'un traitement dans les communautés ciblées.

Rapport sur le projet de Cartographie Globale du Trachome

Présenté par Rebecca Mann Fluekiger, Analyste de l'information, International Trachoma Initiative

Historique

Le but du projet de Cartographie Globale du trachome (GTMP) est d'achever la cartographie globale de référence du trachome en mars 2015. L'élément catalyseur de ce projet fut le versement d'une subvention de £ 10,6 million par le Département pour le développement international (DfID). Des fonds supplémentaires sont venus de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et d'autres partenaires dont le Centre Carter (TCC). Ces ressources supplémentaires ont largement contribué à combler le déficit de financement et à accélérer la cartographie de référence.

A l'origine le GTMP prévoyait de cartographier 1 238 districts dans 30 pays. Cependant, en raison de la nature dynamique de ce projet l'objectif a été élevé à 1 746 districts dans 33 pays. Pour atteindre cet objectif ambitieux la normalisation est critique. Le GTMP a établi des pratiques normalisées pour le recueil de données, le traitement des données et la validation des données.

Processus de recueil, d'épuration et d'approbation des données

Pour le recueil des données le GTMP utilise une équipe de deux personnes constituée d'un évaluateur de trachome et d'un collecteur de données. L'évaluateur certifié examine les individus à la recherche de trichiasis ou de trachome actif tandis que le collecteur pose des questions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et documente les réponses. Les données sont enregistrées sur un Smartphone androïde et une application de base de données en ligne (LINKS).

A la fin du recueil de données pour chaque grappe le gestionnaire de données du GTMP épure les données brutes en supprimant les bruits générés par le processus de transmission des données, en vérifiant s'il y a des erreurs et en cherchant les incohérences avec l'équipe de terrain.

Afin d'assurer la validation des données pour chaque pays un épidémiologiste nommé par le Ministère de la Santé (MoH) concerné évalue des données puis, soit il approuve l'ensemble des données, soit il les étudie avec le scientifique en chef du GTMP. Ce processus est rationalisé par l'automatisation des analyses qui génère la prévalence et les données récapitulatives.

Une fois que la méthodologie a été approuvée par l'épidémiologiste du MoH, celui-ci ou son adjoint autorise les données récapitulatives. Cela permet aux données de prévalence catégorielles de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) et du trichiasis trachomateux (TT) de figurer sur l'Atlas de trachome (www.trachomaatlas.org).

Avancement

L'avancement du projet est impressionnant. Au cours des 14 derniers mois 954 districts ont été cartographiés (77% du projet original) et de ceux-ci, 95% ont été cartographiés avec la méthodologie du GTMP. Au cours des quatre prochains mois 21 pays ont l'intention de procéder à une cartographie. 792 districts restent à cartographier.

Semaine de la chirurgie du trichiasis : Montée en puissance de la chirurgie au Niger

Présenté par le Dr. Kadri Boubacar, Coordonnateur national adjoint, Programme national pour les soins oculaires

Historique

A la fin 2012 on estimait à plus de 35 000 le nombre des cas de trichiasis nécessitant une intervention chirurgicale au Niger. Cependant la chirurgie du trichiasis ne faisait pas partie des priorités des directions sanitaires au niveau régional ou des districts ou par les dirigeants administratifs ou traditionnels. C'est pourquoi, en 2013 le Programme national de soins oculaires a décidé d'organiser une « Semaine de la chirurgie du trichiasis » pour attirer l'attention sur cet important problème de santé publique et de toucher davantage de patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale.

Préparation

Dans le cadre de la préparation pour cette semaine, les autorités au sein du Ministère de la Santé (MoH) ont été consultées et le contact a été pris avec les districts et les régions. Les autorités administratives de haut niveau parmi lesquelles le Ministère de la Santé publique, les Gouverneurs et les Préfets, les autorités traditionnelles comme les Sultans et les dirigeants de cantons, la presse nationale et le personnel sanitaire à tous les niveaux ont été mobilisées pour obtenir leur participation.

Dans le but d'atteindre l'objectif chirurgical d'intervenir sur 5 400 patients en une semaine 80 chirurgiens du trichiasis et 30 techniciens ophtalmiques furent recrutés pour qu'ils se consacrent à la chirurgie du trichiasis pendant une semaine.

Résultats

3 091 patients ont été opérés en cinq jours, ce qui donne une moyenne journalière de 678 interventions et 23 interventions par chirurgien (voir tableau 1). Ce chiffre correspond à 57,2% de l'objectif du nombre d'interventions pour la « Semaine de la chirurgie du trichiasis ». La majorité des cas ont été opérés dans la région de Zinder, suivie de la région Maradi bien que le retard en Maradi soit environ deux fois plus important que celui de Zinder. Les interventions ont été pratiquées en majorité sur les femmes (62%), ce qui est en phase avec la proportion totale de femmes atteintes de trichiasis. Ce qui est surprenant est que la « Semaine de la chirurgie du trichiasis » n'a pas augmenté de façon significative l'ensemble de la production chirurgicale du programme national en 2012 : en effet, 11 021 patients ont été opérés en 2012 contre 11 228 en 2013.

Le Ministre de la Santé publique a présidé la cérémonie d'ouverture près de Zinder. Le Gouverneur des cinq districts concernés par la Semaine de la chirurgie du trichiasis a également été présent ainsi que les préfets des districts et un grand nombre de dirigeants traditionnels.

Le coût total de la semaine de la chirurgie, soutenu par le Centre Carter et Helen Keller International a été de 77 782 dollars US, soit environ 25,16 dollars par personne opérée.

Conclusions

La Semaine de la Chirurgie du Trachome a effectivement mobilisé de nombreux patients sur une courte période. Cependant, cela n'a pas aidé le programme à augmenter sa production chirurgicale globale, problème pour lequel le programme national pense avoir la solution. Le programme national croit que les

semaines chirurgicales futures peuvent parvenir à un accroissement de la production chirurgicale grâce à une meilleure planification logistique et une meilleure budgétisation, une meilleure implication des communautés elles-mêmes, une détection et une préinscription des cas de trichiasis et un protocole pour gérer les cas de refus de la chirurgie.

Tableau 1. Nombre de cas de trichiasis opérés par région et par sexe

Région	Nombre de cas opérés	Femmes (%)
Dosso	134	93 (69.40%)
Diffa	390	260 (66.67%)
Tahoua	262	174 (66.41%)
Maradi	806	519 (64.39%)
Zinder	1,499	869 (57.97%)
TOTAL	3 091	1 915 (61.95%)



Des patients du trichiasis sont transportés gratuitement vers le site où ils seront opérés du trichiasis pendant la Semaine de la chirurgie du trichiasis en avril 2013.

Leçons apprises des études sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques

Présenté par Nicole Stoller, Fondation F. I. Proctor, Université de Californie, San Francisco

Depuis 2006 la Fondation F. I. Proctor de l'Université de Californie San Francisco (UCSF) collabore avec le Centre Carter (TCC) et le Bureau Sanitaire Régional d'Amhara pour procéder à des études de contrôle aléatoires financées par le National Eye Institute (NIH/NET). L'objectif global de l'Amélioration du Trachome en Amhara du Nord (TANA) était de trouver la meilleure façon de faire baisser le taux d'infection dans une communauté ; alors que pour la Recherche Nationale Tripartite pour l'élimination du Trachome (TIRET) il s'agissait de trouver la meilleure solution pour éviter le retour de l'infection.

Des communautés devant faire partie des études furent choisies au hasard. La couverture de traitement fut de 80% ou plus dans tout l'échantillonnage. Les résultats les plus importants portaient sur l'activité clinique et les tests de réaction en chaîne par polymérase (PCR) pour la chlamydia.

Objectifs de l'étude de TANA :

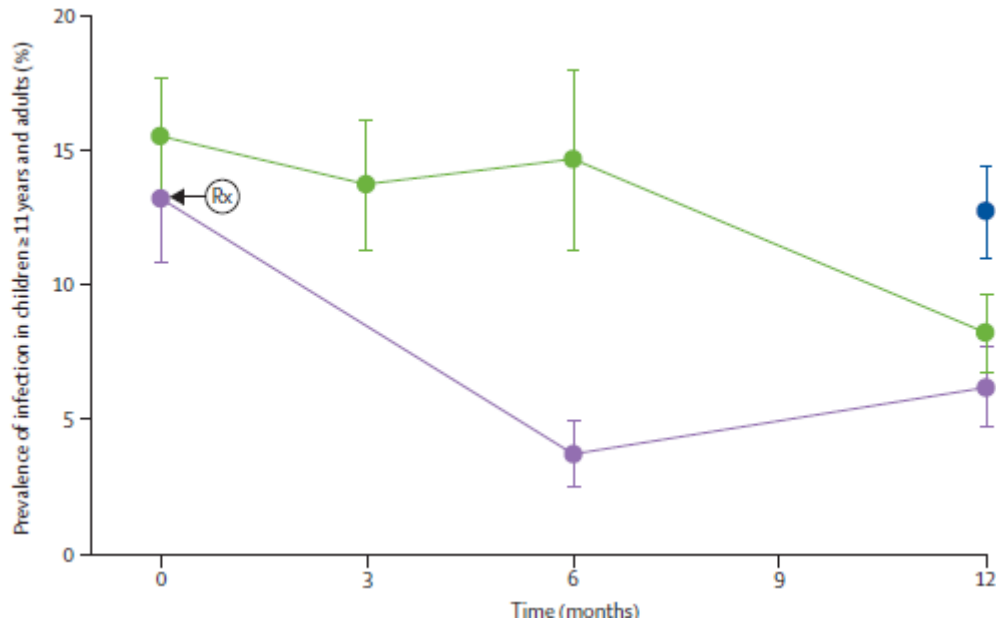
1. Déterminer si les traitements de masse peuvent éliminer la chlamydia oculaire dans les communautés hyper endémiques. **Est-ce qu'un traitement bisannuel sera suffisant pour réduire à zéro l'infection oculaire dans une communauté ?** Les chiffres figurant dans les tableaux suivants reflètent une moyenne des communautés dans un groupe de traitement. Certaines communautés sont parvenues à une infection égale à 0%, mais l'infection se poursuit en provenance d'autres communautés.

Tableau 1. Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans

Groupe	Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans							
	0 Mois	6 Mois	12 Mois	18 Mois	24 Mois	30 Mois	36 Mois	42 Mois
Annuel	41.9%	14.2%	14.6%	4.5%	5.0%	1.7%	3.5%	1.9%
Bisannuel	36.8%	13.4%	9.1%	4.2%	2.2%	1.4%	1.7%	3.2%

2. Déterminer si les enfants forment un groupe-clé pour la transmission du trachome. **Est-ce qu'un traitement appliqué aux seuls enfants peut, à terme, éliminer l'infection pour la totalité de la communauté ?** La figure 1 montre la prévalence de l'infection chez les adultes pendant la première année de l'étude. La courbe verte représente les communautés où seuls les enfants ont été traités ; la courbe violette représente les communautés où tout le monde a été traité ; le bleu est le groupe de contrôle. Avec le traitement le taux d'infection chez les adultes chute presque immédiatement. Sans traitement le taux d'infection tombe plus lentement mais rejoint bientôt le taux de l'autre groupe.

Figure 1. Prévalence de l'infection chez les adultes et les enfants ≥ 11 years



Objectifs de l'étude TIRET:

1. **Peut-on arrêter les antibiotiques au bout de trois ans?** Nous avons pris pour hypothèse que l'infection reviendrait, même à des niveaux bas. Vingt-quatre communautés ayant reçu des traitements de masse répétés pendant quatre ans furent surveillées pendant trois autres années pour déterminer si l'infection chlamydienne revenait.

Tableau 2. Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans

Groupe	Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans								
	0 Mois	6 Mois	12 Mois	18 Mois	24 Mois	30 Mois	36 Mois	42 Mois	72 Mois
Annuel	41.9%	14.2%	14.6%	4.5%	5.0%	1.7%	3.5%	1.9%	13.9%
Bisannuel	36.8%	13.4%	9.1%	4.2%	2.2%	1.4%	1.7%	3.2%	12.8%

2. **L'infection peut-elle être totalement éliminée si le traitement de masse est poursuivi pendant six ans ?** Nous avons pris pour hypothèse que l'infection serait totalement éliminée dans toutes les communautés : 12 d'entre elles ont continué à recevoir un traitement annuel et 12 ont continué à recevoir un traitement bisannuel.

Tableau 3. Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans

Groupe	Prévalence de l'infection: PCR pour les enfants ≤ 9 ans								
	0 Mois	6 Mois	12 Mois	18 Mois	24 Mois	30 Mois	36 Mois	42 Mois	72 Mois
Annuel	41.9%	14.2%	14.6%	4.5%	5.0%	1.7%	3.5%	1.9%	2.2%
Bisannuel	36.8%	13.4%	9.1%	4.2%	2.2%	1.4%	1.7%	3.2%	3.9%

3. **Un traitement ciblé peut-il empêcher le retour de l'infection dans la communauté ?** Nous avons surveillé 12 communautés où le traitement était ciblé sur les cas cliniquement actifs et leurs foyers ; et 12 communautés où le traitement annuel était ciblé sur les enfants en âge préscolaire.

Tableau 4. Activité clinique chez les enfants (≤9 ans)

Groupe	Activité clinique chez les enfants (≤9 ans)			
	48 Mois	60 Mois	72 Mois	84 Mois
Continuation Annuelle	42.0%	42.7%	38.7%	40.9%
Age Cible	39.4%	42.9%	43.4%	39.1%
Exam Cible	39.0%	34.2%	38.6%	37.7%

Education sur le Trachome en Amhara : Pour que cela fonctionne pour les enseignants et les étudiants

Présenté par Kim Jensen, Assistante du Coordonnateur du Programme de lutte contre le trachome, Centre Carter

Historique

L'importance de l'éducation sanitaire est reconnue depuis longtemps dans la mesure où elle est intimement liée à la prévention du trachome cécitant et le Centre Carter (TCC) apporte son soutien à l'éducation sanitaire dans la région d'Amhara en Ethiopie depuis 2001. En 2004 le TCC a élaboré un programme d'éducation sur le trachome devant être intégré en supplément au programme scolaire supervisé par le gouvernement. Comme cela fait cinq ans que le programme a été révisé et redistribué et que les enseignants ont été formés en 2008-2009, le TCC a déterminé qu'il pourrait être bénéfique de faire une recherche formative afin d'évaluer l'utilisation actuelle du programme et les possibilités potentielles de l'éducation sur le trachome.

Méthodes

Nous avons entrepris une évaluation de qualité en deux parties. Au cours de la première phase de l'étude formative nous avons organisé des entretiens approfondis avec les enseignants et les directeurs pour avoir une idée sur ce qui facilite et ce qui constitue un obstacle à l'éducation sur le trachome dans les écoles. Des entretiens approfondis d'une durée de 45 à 75 minutes ont été menés avec un directeur et un enseignant de chacun des établissements choisis. Chaque entretien a été fait en Amharique, une personne interviewant et une personne prenant des notes. Au cours de la deuxième phase des enfants des écoles primaires de la première phase ont participé à des groupes de discussions focalisées (FDG) conduites par une femme modératrice. Au cours des FDG des activités de participatives ont été proposées pour susciter les discussions des participants. Ces activités comprenaient la cartographie des communautés, la critique des messages et la création de posters. Le but de ces discussions était d'établir les préférences imagières, l'état de leurs connaissances et des pratiques comportementales sur le trachome. L'objectif des entretiens et des discussions était d'identifier ce qui empêche les enseignants d'inclure l'éducation sur le trachome dans leur plan de cours, de déterminer ce qui, dans le programme, pourrait en faciliter l'inclusion et quels supports visuels et concepts les enfants préfèrent. Tout ceci afin de définir quels matériels pédagogiques s'intègrent le mieux dans les contraintes et les préférences du public ciblé.

Constatations et recommandations

Les premières constatations indiquent que le facteur temps empêche les enseignants d'inclure l'éducation sur le trachome dans leur plan de cours comme le prouvent les 33 à 35% des réponses données jusqu'ici. Comme le programme sur le trachome élaboré par le TCC s'ajoute au programme du gouvernement, les enseignants ont du mal à trouver le temps de l'inclure dans leur plan de cours. Quelques enseignants sont parvenus à inclure l'éducation sur le trachome et d'autres problèmes sanitaires mais il ne s'agissait pas de leçons à proprement parler, mais plutôt des leçons tronquées de cinq minutes au début du cours. Comme les enseignants manquaient de temps et de matériel pour inclure dans leur cours des activités supplémentaires d'éducation sur le trachome, une boîte à outils d'éducation sur le trachome a pu être créée. Si des activités courtes et complètes avec leur matériel de support (par exemple un poster ou un livre de contes en images)

pouvaient s'intégrer dans une seule boîte à outils, la charge de travail des enseignants s'en trouverait allégée et permettrait de mieux inclure l'éducation sur le trachome tout au long de l'année.

De nombreux enseignants et directeurs ont également évoqué le besoin de formation supplémentaire et de suivi. Puisque le programme sur le trachome s'ajoute au programme standard, il n'est pas inclus dans les leçons obligatoires pour lesquelles les enseignants sont formés et évalués. . Pour le moment la supervision est effectuée par le personnel du TCC Ethiopie. Lorsque le Ministère de la Santé n'est pas concerné, les enseignants et les directeurs se sentent moins obligés de proposer ces leçons car ils font passer en premier celles imposées par le gouvernement.

Il ressort des discussions de groupe avec les enfants scolarisés que l'école est le meilleur endroit pour recevoir une éducation sanitaire. On estime à 60,6% la proportion des enfants scolarisés, et bien que cela fait une grande partie des enfants qui ne reçoivent pas cette éducation sanitaire, une majorité d'entre eux peuvent en bénéficier. De plus, les enfants d'âge scolaire non scolarisés s'occupent du bétail dans les champs ou restent à la maison et aident aux tâches ménagères mais ne sont pas dans un endroit où une éducation sanitaire peut être offerte à un groupe d'enfants important. Si ce schéma correspond à la réalité il peut déterminer que l'éducation sanitaire dispensée dans les écoles est à ce jour le meilleur moyen de toucher la majorité des enfants en âge scolaire et ce, sur une grande échelle.

Au vu de ce que savent les élèves sur le trachome et ce qu'ils en comprennent, il apparaît qu'il existe une forte relation entre les mouches et le trachome. Pour ce qui concerne les représentations graphiques de l'éducation sanitaire, la plupart des élèves préfèrent les images établissant des comparaisons entre le positif et le négatif (par ex. visage propre contre visage sale). Bien que de nombreux élèves aient eu une réaction de rejet pour les images négatives, ils ont admis qu'il était important de voir l'image négative à côté de l'image positive. Lorsqu'ils ont eu la possibilité de créer des exemples de matériel éducatifs pour leur famille ou leurs amis, les élèves ont représenté ces concepts dans leurs dessins (Figures 1 & 2). Cependant, bien que les élèves comprennent ce qui est le trachome, les facteurs de risque et les stratégies de prévention, il est apparu que certains élèves étaient surinformés. Certains élèves interprétaient mal les messages et confondaient les concepts. Ils faisaient un amalgame entre les facteurs de risque attribués au trachome et ceux d'autres problèmes sanitaires comme les parasites intestinaux ou le VIH. Il est donc avéré que les élèves reçoivent des messages sanitaires mais probablement pas suffisamment précis pour les comprendre ou les retenir. Ceci doit être pris en compte lors de l'élaboration des matériels d'éducation sanitaire supplémentaires pour le trachome et autres problèmes sanitaires.



Figure 1 : Dessin d'un élève montrant la relation entre les mouches et le trachome



Figure 2 : Dessin d'intégration de ces leçons montrant la comparaison entre le positif et le négatif

L'élimination du trachome passe nécessairement par l'éducation sanitaire. En raison d'obstacles qui rencontrent les enseignants à l'intégration des leçons sanitaires dans le programme obligatoire du Gouvernement, nous recommandons de procéder à de nouvelles évaluations pour déterminer si le trachome et d'autres problèmes sanitaires peuvent être ajoutés aux programmes gouvernementaux obligatoires. L'intégration de ces leçons supprimera bien des contraintes évoquées par les éducateurs et observées par les élèves. Le fait d'incorporer plusieurs thèmes sanitaires dans le programme donnera suffisamment de temps dédié aux leçons sanitaires. En outre, il ne sera plus nécessaire que le Centre Carter exerce une supervision de routine pour s'assurer que les leçons sanitaires sont bien enseignées car elles constitueront un sujet obligatoire évalué par le Ministère de l'Éducation. D'autre part le désistement des enseignants pour l'éducation sanitaire sur le trachome ne sera plus un gros problème dans la mesure où ce sera une matière obligatoire et tous les enseignants obtiendront du programme les mêmes productions. Pour finir, en intégrant le trachome et d'autres sujets traitant de la santé dans le programme approuvé par le gouvernement, le matériel pourrait être présenté de façon organisée et en tenant compte de l'âge des élèves, ce qui limiterait la surinformation et la confusion entre les messages qui ont été relevés au cours de l'évaluation.

L'amélioration de l'éducation sanitaire dans les écoles bénéficiera potentiellement à la communauté dans son ensemble puisque les enfants reconnaissent l'importance de l'école et la possibilité qu'ils ont d'éduquer leur famille. A mesure que nous progressons dans notre objectif d'éliminer le trachome cécitant, nous devons nous concentrer sur l'aspect comportemental de la prévention et porter notre attention sur l'éducation sanitaire et sur les changements comportementaux qui en découleront. Si les enfants prennent conscience qu'ils peuvent éduquer leurs parents nous devons trouver les moyens de leur offrir une meilleure éducation afin qu'ils soient les vecteurs des changements dans la lutte que nous menons pour éliminer le trachome cécitant.

Recommandations de la revue du programme

Recommandations générales

1. Chaque fois que ce sera possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les niveaux d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF), l'arrêt de l'administration massive de médicaments (MDA), le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer les niveaux de TF.
2. Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture MDA après chaque distribution de médicament.
3. Tous les pays devraient pousser leurs délégués de l'Assemblée mondiale de la Santé à soulever la question des critères utilisés pour la vérification de l'élimination du trachome cécitant considéré comme un problème de santé publique.
4. Partout où cela sera possible les programmes devraient examiner les coûts des enquêtes au niveau des sous-districts en fonction des besoins du pays et présenter cette information au cours de la prochaine revue de programme s'il y a lieu.
5. Dans chaque pays le programme devrait envisager d'élaborer des plans détaillés pour augmenter le nombre des interventions chirurgicales du trachome et en améliorer la qualité et de les présenter au cours de la prochaine réunion de revue du programme.
6. Organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres (Niger et Nigéria ; Sud Soudan et Ouganda.)
7. Les programmes nationaux devraient envisager de renforcer leur système de mobilisation et de sensibilisation au niveau des communautés.
8. Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.
9. Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.
10. Tous les pays devraient s'attaquer conjointement aux questions transfrontalières pour faire en sorte que les populations concernées, et particulièrement les personnes déplacées, reçoivent les MDA et autres interventions pour le trachome là où ce sera nécessaire.

Recommandations spécifiques aux pays

Ethiopie

1. L’Ethiopie devrait créer des groupes de travail régionaux pour le trachome.

Mali

1. Reprise de l’activité dans le Nord en 2014 si les conditions de sécurité le permettent.
2. Organisation d’une réunion entre le Mali et le Niger pour discuter de la mise en place une surveillance post-endémique ainsi que des stratégies leur permettant de parvenir à l’élimination en 2015.

Niger

1. Cartographie d’Agadez avant la saison des pluies si les conditions de sécurité le permettent.
2. Organisation d’une réunion entre le Mali et le Niger pour discuter de la mise en place une surveillance post-endémique ainsi que des stratégies leur permettant de parvenir à l’élimination en 2015.

Sud Soudan

1. Les partenaires devraient se réunir pour discuter de la faisabilité d’un travail commun pour assurer une formation de chirurgiens du ‘TT’ vivant actuellement à Juba et dans les pays limitrophes du Sud Soudan pour faire en sorte que suffisamment de chirurgiens soient formés et capables d’offrir des services de qualité lorsque les interventions reprendront.
2. Les partenaires devraient apporter leur soutien au programme national pour parvenir à une bonne coordination des activités pour le trachome

Soudan

1. Le Centre Carter devrait supporter les coûts renouvelables des interventions pratiquées dans les hôpitaux comme étant des services de routine et les étendre aux hôpitaux des districts.
2. Le programme national devrait enquêter dans les zones accessibles du Darfour, si possible.
- 3.

Trachome : la Maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus de 50 pays. Plus de 300 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 4 millions risquent la cécité causée par le trichiasis. Le trachome est provoqué par des infections répétées de la conjonctive (Membrane joignant l'œil et la paupière) causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et que de simples pratiques d'hygiène peuvent prévenir. La plupart des cas se produisent dans les zones rurales arides des pays en développement, le Sahel, par exemple, où l'accès à l'eau propre est limité.

La première phase de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* et affecte surtout les enfants. Le trachome inflammatoire peut présenter soit la formation de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée, soit une inflammation intense douloureuse ou désagréable associée à un épaississement de la conjonctive. Des cycles répétés d'infection et de

résolution entraînent la formation d'un tissu cicatriciel sur la conjonctive. . Les femmes sont exposées de façon répétitive au trachome inflammatoire car ce sont elles qui s'occupent principalement des enfants. Il n'est donc pas surprenant que les femmes développent un trachome chronique deux fois plus que les hommes. Le trachome se transmet par les sécrétions nasales et oculaires des personnes infectées en contact avec les mains, les serviettes et les vêtements ou encore par les mouches attirées par les sécrétions nasales et oculaires. Comme les paupières des patients souffrant d'un trachome sont infectées de façon répétitive par *Chlamydia trachomatis*, les lésions cicatricielles qui s'ensuivent déforment le bord palpébral, ce qui force les cils à se tourner vers l'intérieur et frottent la cornée. Cet état appelé *trichiasis* provoque une douleur handicapante et érode physiquement la cornée, la frotte et introduit d'autres infections. Le trichiasis est horrible en soi mais peut également conduire rapidement à la cécité.

Des avancées récentes laissent espérer que l'on peut lutter efficacement contre cette maladie. En 1987 des experts en soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont élaboré une échelle simplifiée de classement du trachome qui a facilité et normalisé le diagnostic et l'identification de toutes les phases du trachome. En 1997 l'OMS a établi l'Alliance GET 2020 (Elimination Globale du Trachome qui a amené les organisations non gouvernementales pour le développement, les donateurs et les chercheurs à travailler collectivement pour lutter contre le trachome. Par ailleurs, grâce au soutien de la Fondation Edna McConnell Clark et l'OMS, la *stratégie CHANCE* (**CH**irurgie, **Ant**ibiothérapie, **N**ettoyage du visage et **C**hangements **E**nvironnementaux) a été créée pour lutter contre le trachome par des interventions au niveau des communautés.

Une autre avancée importante fut la découverte que l'antibiotique azithromycine par voie orale administrée une ou deux fois par an est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement de tétracycline en pommade oculaire, la thérapie précédemment recommandée. En 2000 Pfizer Inc, le fabricant du Zythromax® s'est de nouveau engagé à soutenir l'objectif de GET 2020 de l'OMS d'éliminer le trachome à l'horizon 2020. Depuis le début de la donation en 1998, environ 275 millions de doses de Zythromax® ont été données par pfizer Inc et gérées par l'Initiative Internationale contre le Trachome.. La donation a touché 23 pays et prévoit de s'étendre à cinq autres pays en 2013. L'existence du programme de donation a permis de donner un nouvel élan aux programmes nationaux contre le trachome et au soutien mondial pour l'élimination du trachome.

“Focus on Impact”

The Fifteenth Annual Trachoma Control Program Review

The Carter Center

February 25-27, 2014

Tuesday, February 25

8:00	<i>~Depart the Renaissance Hotel for The Carter Center~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Breakfast</u>	
9:00 – 9:30	Welcome & Opening Remarks	Dr. Donald Hopkins Acting Director, Trachoma Control Program Vice President, Health Programs The Carter Center
9:30 – 10:30	Ethiopia: Amhara Perspective Program Status	Mr. Tesfaye Teferi Tego Senior Program Officer The Carter Center—Ethiopia
10:30 – 11:00	<u>Coffee Break & Group Photo</u>	
11:00 – 12:00	Mali Program Status	Professor Lamine Traore National Coordinator National Coordinator, Prevention of Blindness Program Ministry of Health—Mali
12:00 – 1:00	Niger Program Status	Dr. Kadri Boubacar Deputy Coordinator, National Eye Care Program Ministry of Health—Niger
1:00 – 2:00	<u>Lunch</u>	
2:00 – 2:15	<u>Announcements</u>	
2:15 – 3:15	Sudan Program Status	Dr. Kamal Eldin Hashim Mohamed Osman National Coordinator, Prevention of Blindness Program Federal Ministry of Health—Sudan
3:15 – 3:45	<u>Coffee Break</u>	
3:45 – 4:30	Post-treatment Surveillance and Elimination Verification	Dr. Jonathan King Former Epidemiologist, Trachoma Control Program The Carter Center
5:00 – 7:00	Reception at The Carter Center Presidential Library and Museum In honor of Dr. Paul Emerson	
7:30	<i>~Shuttle Departure to the Renaissance Hotel~</i>	

“Focus on Impact”
The Fifteenth Annual Trachoma Control Program Review
The Carter Center
February 25-27, 2014

Wednesday, February 26

8:00	<i>~Depart the Renaissance Hotel for The Carter Center~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Breakfast</u>	
9:00 – 9:15	Introduction of Meeting Chairs	Dr. Emmanuel Miri & Mr. Sadi Moussa Country Representatives The Carter Center—Nigeria & The Carter Center—Mali
9:15 – 10:15	Ethiopia: National Program Status	Mr. Oumer Shafi NTD Team Leader Federal Ministry of Health—Ethiopia
10:15 – 10:45	Ethiopia: Improving Coverage in MalTra Weeks and Post-MDA Assessments	Mr. Eshetu Sata Shanka Monitoring & Evaluation Officer The Carter Center—Ethiopia
10:45 – 11:15	<u>Coffee Break</u>	
11:15 – 12:00	Is Surgery the Only Option?	Dr. Matthew Burton Senior Lecturer & Wellcome Trust Senior Research Fellow London School of Hygiene & Tropical Medicine
12:00 – 1:00	Mali: Sub-District-Level Surveys (Cost and Surveillance)	Professor Lamine Traoré National Coordinator, Prevention of Blindness Program Ministry of Health—Mali
1:00 – 2:00	<u>Lunch</u>	
2:00 – 2:15	<u>Announcements</u>	
2:15 – 3:15	Nigeria Program Status	Dr. Uwaezuoke Onyebuchi NTD Coordinator Federal Ministry of Health—Nigeria
3:15 – 3:45	<u>Coffee Break</u>	
3:45 – 4:15	Nigeria: Integrated Trachoma and other NTD Mapping in Southeast Nigeria	Dr. Falam Jip Nimzing Director, Trachoma Control Program The Carter Center—Nigeria
4:15 – 5:00	Global Trachoma Mapping Project Update	Rebecca Mann Information Analyst International Trachoma Initiative
5:00	<i>~Shuttle Departure to the Renaissance Hotel~</i>	

“Focus on Impact”

The Fifteenth Annual Trachoma Control Program Review

The Carter Center

February 25-27, 2014

Thursday, February 27

8:00	<i>~Depart the Renaissance Hotel for The Carter Center~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Breakfast</u>	
9:00 – 9:15	Introduction of Meeting Chairs	Dr. Zerihun Tadesse & Mr. Salissou Kane Country Representatives The Carter Center—Ethiopia & The Carter Center—Niger
9:15 – 10:15	Uganda Program Status	Dr. Patrick Turyaguma Trachoma Program Manager Ministry of Health—Uganda
10:15 – 11:15	South Sudan Program Status	Ms. Angelia Sanders Technical Advisor, Trachoma Control Program The Carter Center—South Sudan
11:15 – 11:45	<u>Coffee Break</u>	
11:45 – 12:15	Niger Trichiasis Surgery Week and other Strategies to Improve Surgical Uptake	Dr. Kadri Boubacar Deputy Coordinator, National Eye Care Program Ministry of Health—Niger
12:15 – 12:45	Lessons Learned from Rational Use of Antibiotics Studies	Ms. Nicole Stoller Program Manager Francis I. Proctor Foundation—UCSF
12:45 – 1:45	<u>Lunch</u>	
1:45 – 2:00	Announcements	
2:00 – 2:30	Trachoma Education in Amhara: Making it Work for Teachers and Students	Ms. Kim Jensen Assistant Program Coordinator, Trachoma Control Program The Carter Center
2:30 – 3:00	<u>Coffee Break</u>	
3:00 – 5:00	Conclusions & Recommendations	
5:15	<i>~Depart The Carter Center for the Renaissance Hotel*~</i>	

**Time subject to change. Bus will depart The Carter Center shortly after the conclusion of the review meeting.*

Liste des Participants

Ethiopia

Mr. Mulugeta Debasu Yismaw (ARHB)
 Mr. Oumer Shafi Abdurahman (FMOH)
 Dr. Zerihun Tadesse Gebrelassie (The Carter Center)
 Mr. Tesfaye Teferi Tego (The Carter Center)
 Mr. Mohammed Aderajew (The Carter Center)
 Mr. Eshetu Sata Shanka (The Carter Center)
 Mr. Mulat Zerihun Lemu (The Carter Center)

Mali

Prof. Lamine Traoré (MOH)
 Mr. Sadi Moussa (The Carter Center)
 Mr. Yaya Kamissoko (The Carter Center)

Niger

Dr. Boubacar Kadri (MOH)
 Mr. Mohamed Salissou Kane (The Carter Center)
 Dr. Sabo Hassan Adamou (The Carter Center)

Nigeria

Dr. Bridget Okoeguale (FMOH)
 Dr. Uwaezuoke Onyebuchi (FMOH)
 Dr. Emmanuel Miri (The Carter Center)
 Dr. Falam Jip Nimzing (The Carter Center)

South Sudan

Ms. Angelia Sanders (The Carter Center)

Sudan

Dr. Kamal Hashim Osman (FMOH)
 Dr. Nabil Aziz Awad Alla (The Carter Center)
 Ms. Zeinab Abdalla Mohammed Ahmed Abdaua (The Carter Center)

Uganda

Dr. Edridah Muheki Tukahebwa (MOH)
 Dr. Patrick Turyaguma (MOH)
 Ms. Peace Habomugisha (The Carter Center)

Abbott Laboratories

Ms. Ann Matz-Tirado

AbbVie Foundation

Mr. Jeff Richardson

CBM

Dr. K.H. Martin Kollman

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention

Dr. Christine Dubray
 Dr. Diana Martin

Conrad N. Hilton Foundation

Mr. Gregory Andersen

Emory Eye Center

Dr. Danny Haddad

Francis I. Proctor Foundation, UCSF

Ms. Nicole Stoller

The Fred Hollows Foundation

Mr. Wondu Alemayehu
 Dr. Richard Le Mesurier
 Ms. Virginia Sarah

Helen Keller International

Ms. Emily Toubali

International Trachoma Initiative

Mr. Colin Beckwith
 Ms. Birgit Bolton
 Dr. Paul Emerson
 Dr. Teshome Gebre Kanno
 Dr. Huub Gelderblom
 Mr. Noah Kafumbe
 Ms. Rebecca Mann Flueckiger
 Ms. Joanna Pritchard
 Ms. Anyess Travers
 Dr. Menbere Alemu Kassa

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr. Paul Courtright

Lions Club International Foundation

Mr. Phillip Albano
 Hon. Dr. Tebebe Berhan
 Mr. Mohama Tchatagba

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr. Robin Bailey
 Dr. Matthew Burton

Noor Dubai

Ms. Shurooq Al Banna
Ms. Reem Moayad Jubain

Pfizer Inc

Ms. Julie Jenson
Dr. Charles Knirsch

Emory University, Rollins School of Public Health

Dr. Tom Clasen
Dr. Matthew Freeman
Dr. Christine L. Moe
Mr. Will Oswald

RTI International

Ms. Katie Crowley
Mr. Achille Kabore
Ms. Lisa Rotondo

Sightsavers

Dr. Agatha Aboe
Mr. Simon Bush
Dr. Caroline Harper
Mr. Tom Millar
Ms. Thoko Elphick-Pooley
Ms. Laura Senyonjo
Dr. Susan Walker
Mr. Geordie Woods

Swiss Tropical and Public Health Institute

Ms. Elisabeth Escher

Task Force for Global Health

Ms. PJ Hooper
Dr. Pat Lammie

World Health Organization

Dr. Jonathan King (formerly The Carter Center)

The Carter Center

Ms. Sarah Bartlett
Dr. Stephen Blount
Ms. Rebecca Brookshire
Mr. Yohannes Dawd
Mr. Don Denard

Mr. Darin Evans
Dr. John Hardman
Ms. Madelle Hatch
Ms. Alicia Higginbotham
Dr. Don Hopkins
Ms. Kim Jensen
Dr. Moses Katarbarwa
Mr. Curtis Kohlhaas
Ms. Nicole Kruse
Dr. Gregory Noland
Ms. Stephanie Palmer
Ms. Lindsay Rakers
Dr. Frank Richards
Ms. Paige Rohe
Dr. Ernesto Ruiz-Tiben
Ms. Alethia Sanon
Mr. Randall Slaven
Ms. Emily Staub
Ms. Aisha Stewart
Mr. Marc Tewari
Mr. Adam Weiss
Mr. Phil Wise
Mr. Craig Withers

Ultimate Intervention Goals (UIGs) Definitions

Surgery	$\frac{\text{Sum of surgeries to date}}{\text{Sum of surgeries to date} + \text{most recent backlog}}$
Antibiotics*	$\frac{\text{Annual sum of azithromycin and TEO distributed}}{\text{Total population where TF in children ages 1-9} > 10\%}$
Facial Cleanliness	$\frac{\text{Number of villages in which there is routine health education}}{\text{Total number of villages in districts where TF in children ages 1-9} > 10\% + \text{any villages where TF in children ages 1-9} > 10\% \text{ in non-endemic districts}}$
Environmental Improvement**	$\frac{\text{Sum of household latrine construction to date}}{\text{Total households without a latrine} \times 0.5}$

NB: Progress against UIGs was calculated for both Carter Center-assisted output and for national program output.

**The goal for antibiotic distribution is not strictly a UIG; it is the proportion of the Annual Treatment objective obtained.*

***The Millennium Development Goal 7c (MDG7c) calls to halve the proportion of the population without access to a latrine by 2015.*

Liste des documents publiés par le Centre Carter trachome personnel du programme en 2013

1. Cromwell EA, Amza A, Kadri B, King JD, Sankara D, et al. (2013) Trachoma prevalence in Niger : Results of 31 district-level surveys. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medical and Hygiene* **108**(1): 42-48.
2. Cromwell EA, King JD, McPherson S, Jip FN, Patterson AE, et al. (2013) Monitoring of mass distribution interventions for trachoma in Plateau State, Nigeria. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **7**(1): e1995. doi:10.371/journal.pntd.0001995.
3. Freeman MC, Ogden S, Jacobson J, Abbott D, Addiss DG, et al. (2013) Integration of water, sanitation, and hygiene for the prevention and control of neglected tropical diseases: A rationale for inter-sectoral collaboration. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **7**(9):e2439. Doi:10.1371/journal.pntd.0002439.
4. Freeman MC, Clasen T, Brooker SJ, Akoko DO, & Rheingans R. (2013) Impact of school-based hygiene, water quality and sanitation intervention on soil-transmitted helminth reinfection: a cluster-randomized trial. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* **89**(5):875-883.
5. Hay SI, Battle KE, Pigott DM, Smith DL, Moyes CL, et al. (2013) Global mapping of infectious disease. *Philosophical Transactions of the Royal Society of Biological Sciences* **368**(1614):20120250. doi:10.1098/rstb.2012.0250.
6. Keenan JD, Emerson PM, Gaynor BD, Porco TC, & Lietman TM. (2013) Adult mortality in a randomized trial of mass azithromycin for trachoma. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine* **173**(9):821-823.
7. King JD, Buolamwini J, Cromwell EA, Panfel A, Teferi T, et al. A novel electronic data collection system for large-scale surveys of neglected tropical diseases. (2013) *PLoS ONE* **8**(9): e74570. doi:10.1371/journal.pone.0074570.
8. King JD, Odermatt P, Utzinger J, Ngondi J, Bamani S, et al. (2013) Trachoma among children in community surveys from four African countries and implications of using school surveys for evaluation prevalence. *International Health* **5**(4):280-287. doi:10.1093/inthealth/iht027.
9. King JD, Endeshaw T, Escher E, Alemtaye G, Melaku S, et al. (2013) Intestinal parasite prevalence in an area of Ethiopia after implementing the SAFE strategy, enhanced outreach services, and health extension program. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **7**(6): e2223. Doi:10.1371/journal.pntd.0002223.
10. Pearson K, Habte D, Zerihun M, King JD, Gebre T, et al. (2013) Evaluation of community-based trichiasis surgery in Northwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences* **23**(2): 131-140.
11. Rajak SN, Habtamu E, Weiss HA, Kello AB, Abera B, et al. (2013) The outcome of trachomatous trichiasis surgery in Ethiopia: Risk factors for recurrence. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **7**(8): e2392. doi: 10.1371/journal.pntd0002392.
12. Smith JL, Flueckiger RM, Hooper PJ, Polack S, Cromwell EA, et al. (2013) The geographical distribution and burden of trachoma in Africa. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **7**(8): e2359. doi:10.1371/journal.pntd.0002359.