

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

DE LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME À SON ÉLIMINATION

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Georgie
11 – 13 février 2009

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

cnhf



COMPTES RENDUS RÉCAPITULATIFS

DIXIÈME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

De la lutte contre le trachome à son élimination

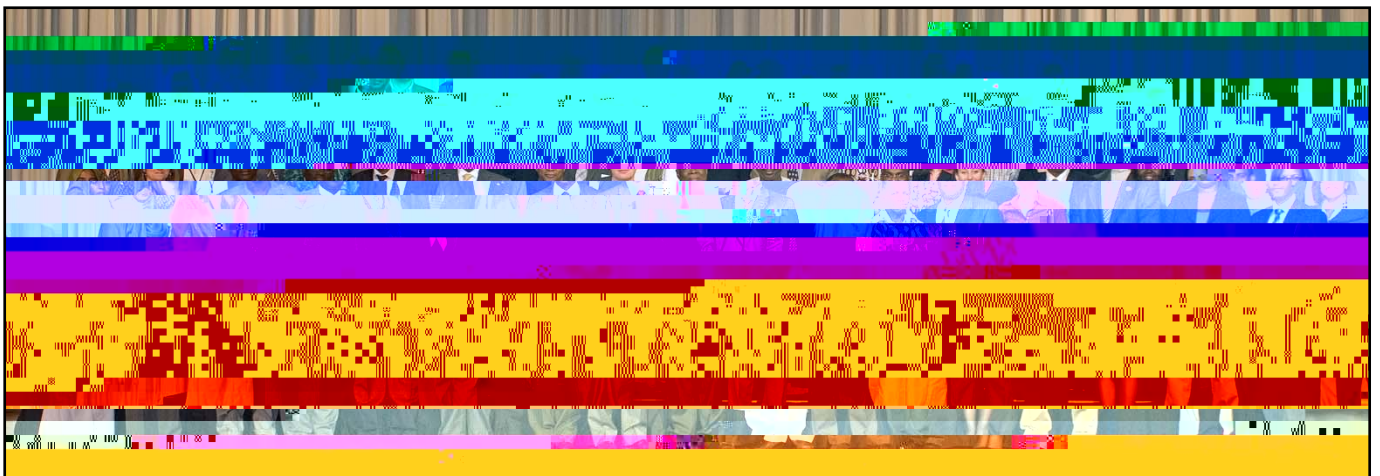


**Atlanta, Georgie
11-13 février 2009**



“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”

Dixième Revue Annuelle des Programmes de Lutte Contre le Trachome



Le Centre Carter
Atlanta, Georgie

11-13 février 2009

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	i
Sigles.....	ii
Résumé Analytique.....	iii
Programme de Lutte contre le Trachome en Ethiopie.....	1
Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana	8
Programme de Lutte contre le Trachome au Mali.....	12
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger	17
Programme de Lutte contre le Trachome au Nigeria	22
Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan et au Soudan du Sud.....	26
	36
	37
Tableaux Récapitulatifs et Graphes	38
s familiales construites, par pays	39
ution de l'azithromycine, par pays.....	40
nes opérées du trichiasis, par pays.....	41
s bénéficiant d'une éducation sanitaire, par année.....	42
s familiales construites, par année.....	43
ution des antibiotiques, par année.....	44

REMERCIEMENTS

Le Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter

SIGLES

ADN	Acide désoxyribonucléique
BFI/T	But final d'intervention/traitement
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

De la lutte contre le trachome à son élimination

La dixième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome s'est tenue du 11 au 13 février 2009 au Centre Carter. Outre les sept programmes recevant une assistance du Centre Carter, sont venus se joindre à nous nos donateurs et partenaires des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, International Trachoma Initiative, Helen Keller International, Johns Hopkins University, Research Triangle Institute, The Task Force for Global Health, World Vision, la Fondation Internationale des Lions Clubs, la Fondation Conrad N. Hilton, et Pfizer Inc. Fidèles au thème « **de la lutte contre le trachome à son élimination** », les présentations se sont penchées sur les progrès faits en vue d'atteindre les buts de l'élimination.

A l'instar des années précédentes, la revue des programmes avait pour objet d'évaluer l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre le trachome, de faire ressortir les défis rencontrés au niveau de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, de discuter des solutions, de partager les expériences et d'encourager le partage et l'uniformité de l'information. Les discussions tenus pendant la revue annuelle sont spécifiques aux pays présents mais leurs effets sont m

Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie

Présenté par le Dr Daddi Jima, Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie
et Tesfaye Teferi, Centre Carter Ethiopie

Données générales

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

Selon le recensement de 2007, l'Ethiopie compte une population de 75 millions de personnes. L'Etat régional d'Amhara compte une population s'élevant à 17,2 millions de personnes. Il existe 68,7 millions de personnes, d'après les estimations, qui courent le risque de contracter le trachome. Des estimations récentes sur le trachome indiquent que 1,2 million de personnes sont aveugles, 2,8 millions de personnes ont une faible vision, 9 millions d'enfants âgés de 1 à 9 ans souffrent de trachome actif et 1,3 million d'adultes souffrent de trichiasis trachomateux.

Population de la zone d'intervention de 2008 :

Région:	Tigray	Amhara	Oromiya	Somali	Gambella	SNNPR
Population:	4 314 456	17 214 056	27 158 471	4 439 147	306 916	15 042 531

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

En octobre 2000, le Centre Carter a commencé à apporter une aide au Bureau Sanitaire Régional de l'état d'Amhara, dans sa lutte contre le trachome grâce à un financement de l'Initiative SightFirst des Lions-Centre Carter. Quatre districts de l'état d'Amhara ont été choisis pour l'intervention. Des enquêtes ont été réalisées sur la prévalence du trachome actif et du trachome cécitant. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) avec des groupes de discussions focalisées, des entretiens informels et une enquête auprès des ménages ont été réalisées un mois plus tard dans les quatre mêmes districts. Les résultats ont été utilisés pour mettre au point un programme de santé scolaire et du matériel d'éducation sanitaire tels que les affiches, boîtes à images et brochures ainsi qu'un manuel de formation pour les agents communautaires. Un plan d'action de cinq ans (2001-2005) pour le programme de lutte contre le trachome de South Gondar a été formulé en 2000.

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

Epidémiologie du trachome en Ethiopie

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

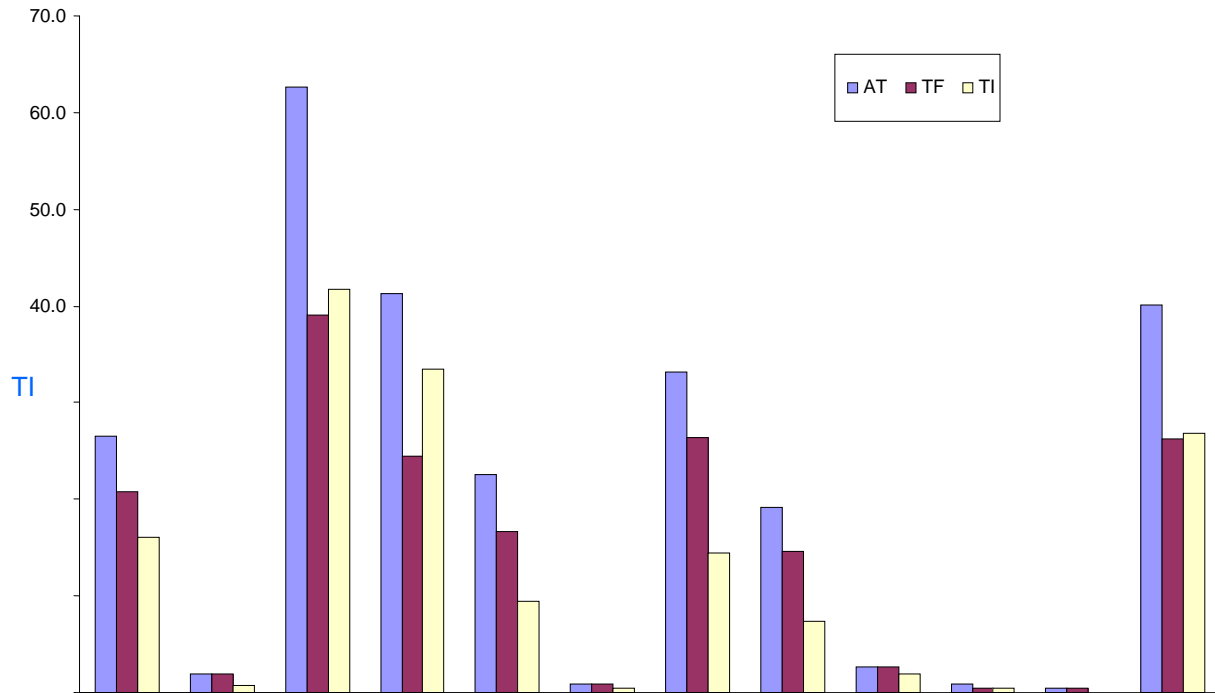
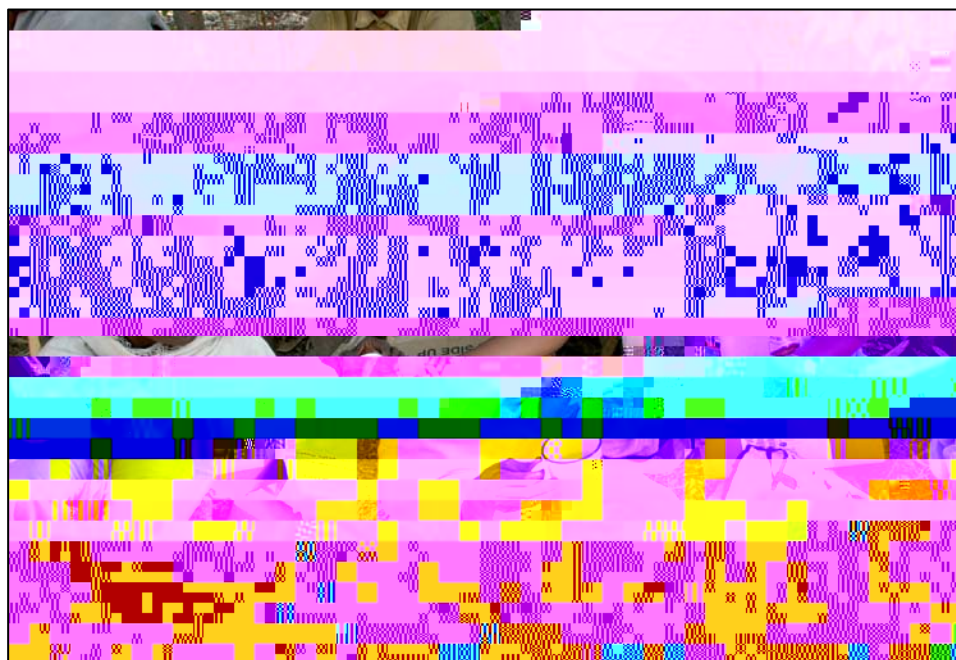
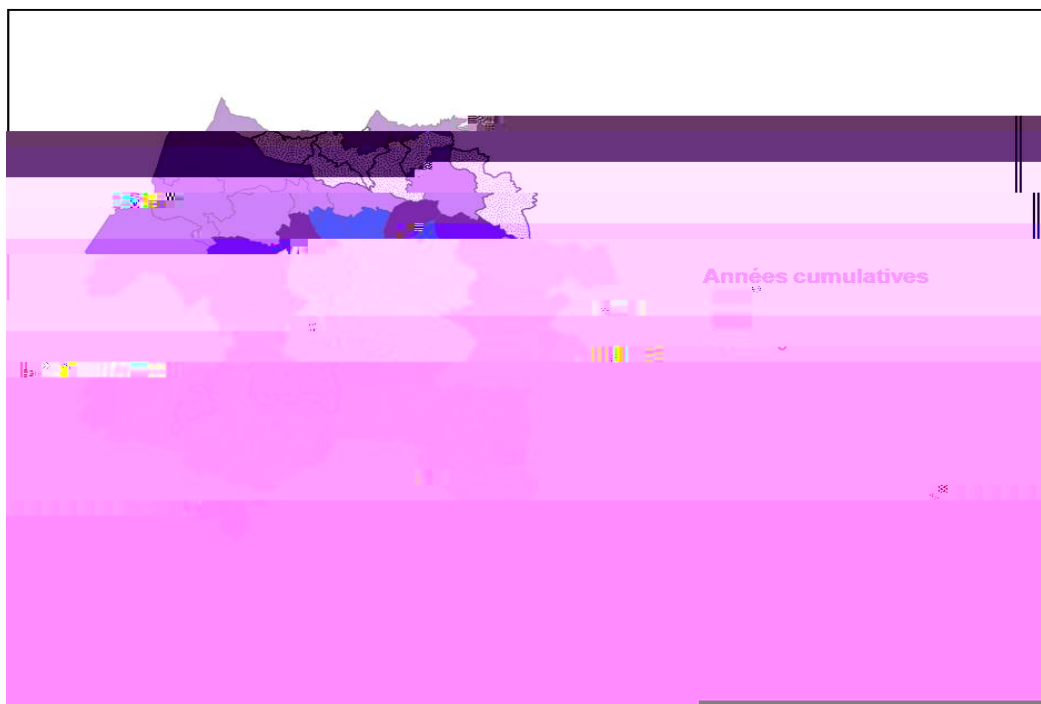


Tableau 3 : Accomplissements du programme en 2008

Carte 1: Woredas avec traitement antibiotique soutenus par Lions-Centre Carter, Etat régional d'Amhara (2001-2008)



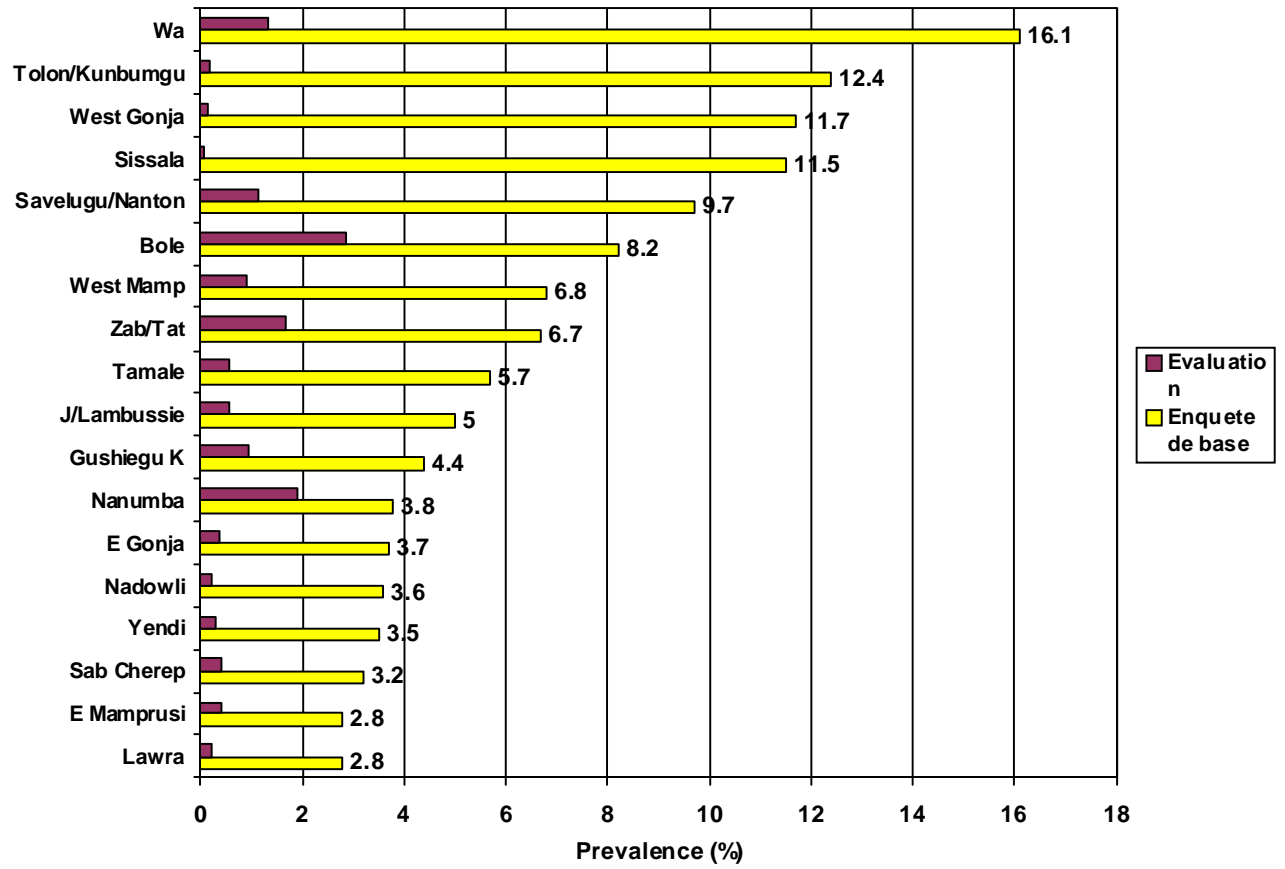
Programme de lutte contre le trachome au Ghana

Présenté par le Dr Oscar Debrah, Chef des soins oculaires, Services de santé au Ghana

Données générales

Le trachome était historiquement la troisième cause de cécité au Ghana après la cataracte et le glaucome. Depuis 2001, le Service de santé du Ghana mettait en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions de l'Upper West et Northern du pays, avec l'assistance de l'International Trachoma Initiative, du Centre Carter et de Pfizer Inc. Fin 2007 et début 2008, l'impact du programme a été évalué dans le cadre d'enquêtes rigoureuses du point de vue épidémiologique dans chacun des 18 districts d'endémicité. Enquêtes qui ont constaté un recul du trachome actif dans tous les districts comparé

Figure 1: Prévalence du trachome actif avant et après l'intervention



Accomplissements du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

Aucune campagne chirurgicale n'a été réalisée en 2008 : 130 chirurgies ont été effectuées lors de la prestation de services de routine (suivi de l'administration d'une dose orale d'azithromycine). Le programme du Ghana ne connaît pas le taux de récurrence du trichiasis après l'intervention chirurgicale. Le programme a certifié 28 chirurgiens à l'aide de la méthodologie de certification de l'OMS, 16 d'entre eux sont actifs actuellement. D'après les enquêtes de la prévalence de 2007-2008, le programme estime que 4 950 personnes atteintes du TT attendent d'être opérées. Le programme doit opérer 2 019 patients pour atteindre le seuil nécessaire à la certification : prévalence du TT inférieure à 0,1%. De 2000 à 2008, le programme notait un total de 4 652 opérations du trichiasis.

Distribution d'antibiotiques (A)

Le programme au Ghana utilise Zithromax® donné par Pfizer Inc pour la distribution en masse. Le médicament est distribué dans tous les districts où le TF est égal ou supérieur à 10%. Dans les districts où le TF est inférieur à 10%, seules les communautés avec un TF égal ou supérieur à 5% bénéficient d'un traitement de masse. De 2001 à 2008, le programme a distribué plus de trois millions de doses de médicaments aux communautés d'endémicité dans les Régions Upper West et Northern. Après les résultats de l'évaluation de l'impact de 2007-2008, point besoin de continuer la distribution en masse d'antibiotiques au Ghana.

Education sanitaire (N)

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

Changement environnemental (CE)

Le type de latrine Mozambicain est recommandé au Ghana. Des artisans des dalles de latrines ont reçu une formation de la part de l'Agence Communautaire de l'Eau et de l'Assainissement qui forment à leur tour des apprentis. Le ménage bénéficiaire doit creuser le trou et construire la superstructure en mettant le toit. Le coût moyen d'une latrine en 2007 s'élevait à \$43,25. Le programme estime que son but final d'intervention pour les populations dans les régions d'endémicité s'élèvera à 150 000 latrines familiales qui seront construites pour répondre au 7^e Objectif du Millénaire pour le Développement.

Programme de lutte contre le trachome au Mali

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

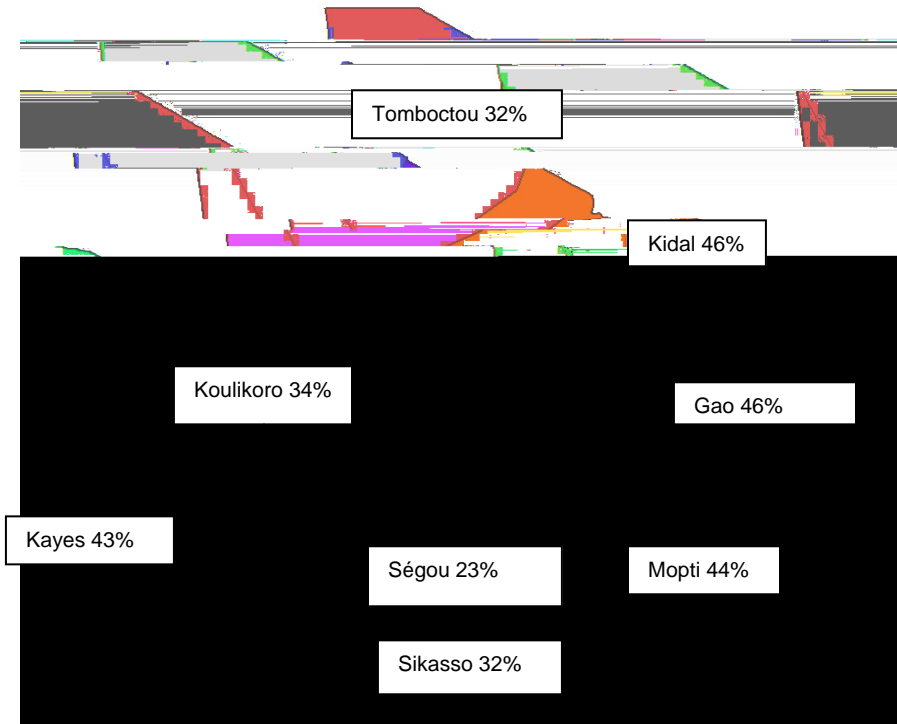
Données générales

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

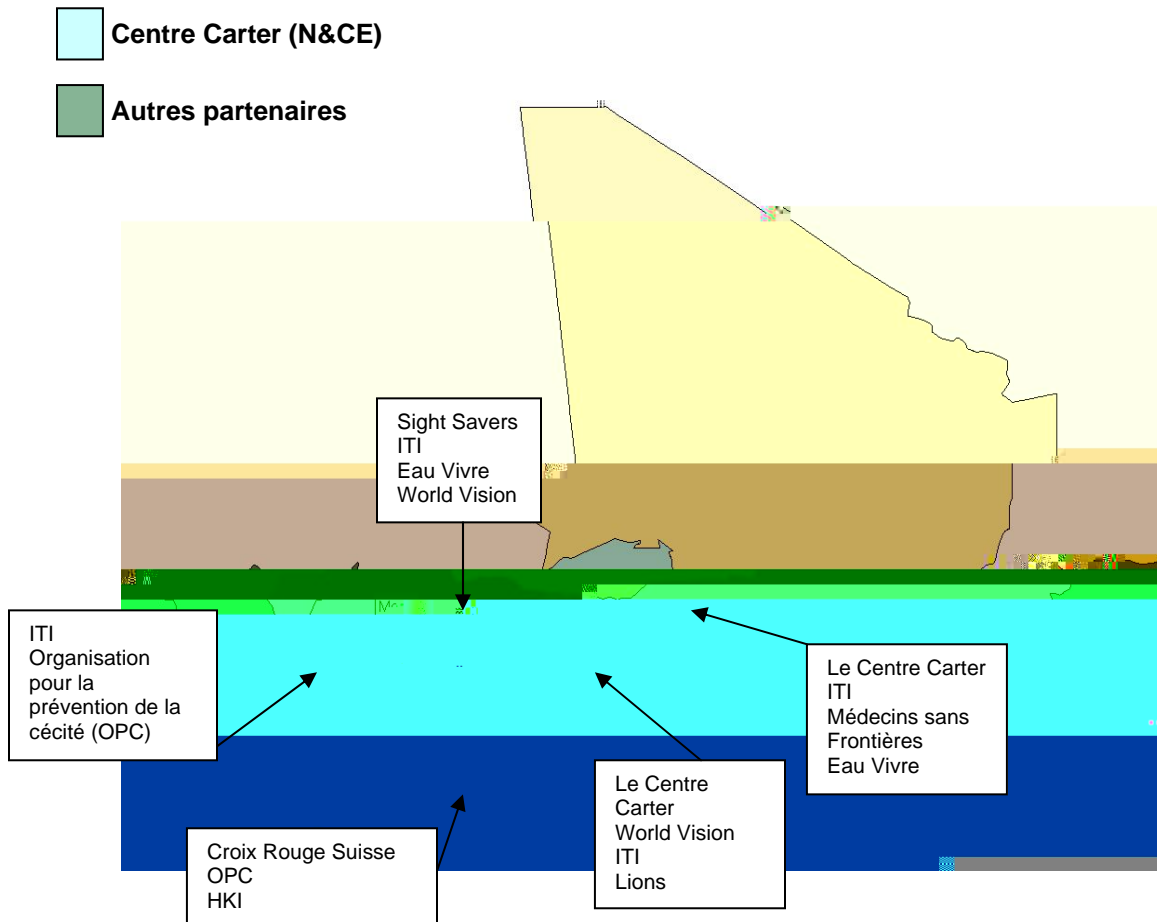
Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de trachome réalisées dans la région de Koulikoro en 1996 et en 2000 ont dégagé des données sociologiques initiales pour la formulation de la stratégie et du matériel servant à l'éducation sanitaire. Une enquête nationale constatait qu'en 2001, 23% des ménages n'avaient pas de latrines au Mali (30% dans les zones rurales). En 2003, la division nationale de l'hygiène et le programme de lutte contre le trachome du Mali ont démarré une promotion de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou avec l'assistance de l'International Trachoma Initiative (ITI) et du Centre Carter. Un plan national de cinq ans, finalisé en 2005 attend encore l'approbation officielle du gouvernement. Le Centre Carter apporte une assistance au programme national en soutenant les interventions N&CE dans les régions de Ségou et de Mopti. Fin 2008, le soutien du Centre Carter était étendu à plus grande échelle portant sur la stratégie CHANCE intégrale dans les régions de Ségou, Mopti et Sikasso, venant ainsi compléter les activités des autres partenaires.

Points saillants du programme en 2008 : enquêtes sur la prévalence du trachome dans les régions de Gao et Sikasso, formation de 35 nouveaux chirurgiens

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



Carte 2 : Partenaires soutenant la lutte contre le trachome au Mali en 2008



Accomplissements du programme en 2008

son but final d'intervention pour atteindre le 7^e Objectif du Millénaire pour le Développement, sera de 158 653 latrines.

L'approvisionnement en eau est soutenue par les partenaires suivants : World Vision, Water Aid, l'UNICEF, et WAWI. Un total de 1 354 points d'eau modernes ont été construits ou rénovés en 2008.

Cibles pour 2009

Enquête dans 27 districts sur la prévalence du trachome

- Huit dans la région de Ségou et dans la région de Mopti (octobre-décembre 2009)
- Trois districts dans la Région de Kayes (mars 2009)
- Quatre districts dans la région de Kidal (mars 2009)
- Quatre districts dans la région de Koulikoro (mai 2009)

Chirurgie (CH)

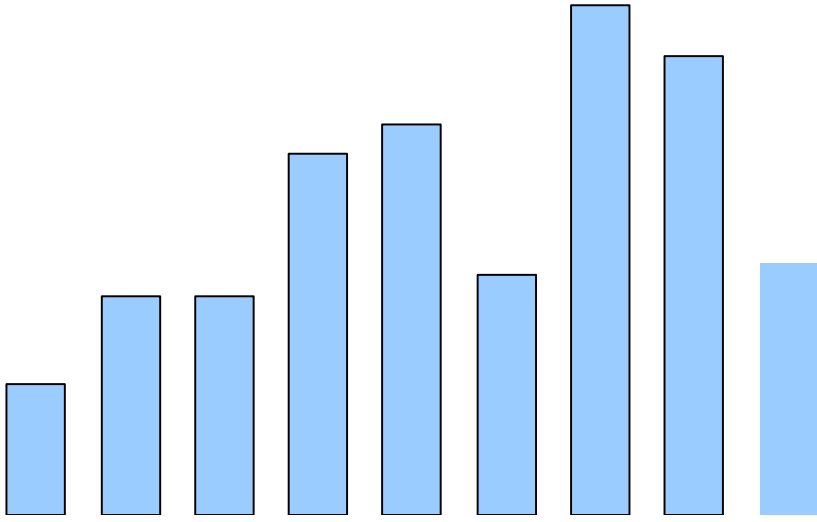
- Opérer 17 100 personnes du trichiasis (4 200 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

- Distribuer 7 245 423 doses d'azithromycine
- Distribuer 147 866 doses de tétracycline (avec le soutien du Centre Carter)

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 9 000 villages avec l'éducation sanitaire (dont 1 834 avec le soutien du Centre Carter support)



Programme de lutte contre le trachome au Niger

Présenté par le Dr Kadri Boubacar, Directeur adjoint, Programme de la lutte contre la cécité, Ministère de la Santé du Niger

Données générales

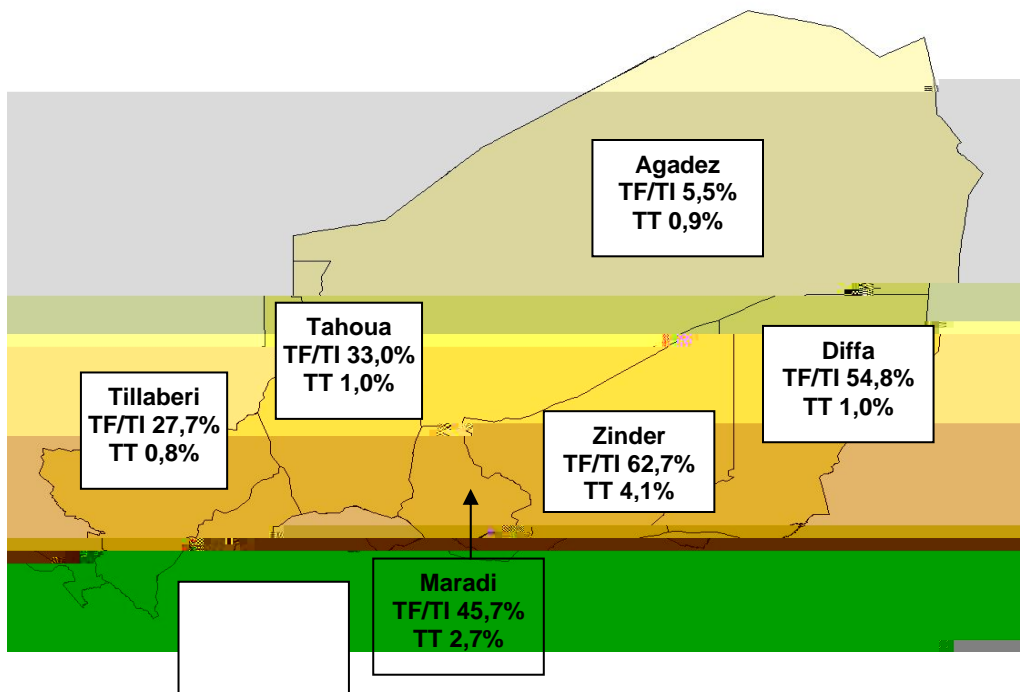
Le programme national de la lutte contre la cécité au Niger (PNLCC) a été créé en 1987. Les ministères de la santé, de l'éducation, de l'eau et du développement social, ont créé en 1999 une équipe spéciale de lutte contre le trachome. Font également partie de cette équipe spéciale, des représentants des organisations sanitaires partenaires dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, CBM, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Agence Africaine-Musulmane et l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'enquête la plus récente sur la prévalence du trachome à l'échelle nationale a été faite en 1997-1999, grâce à une assistance financière de l'Union Européenne et du Centre Carter. Elle a constaté qu'une moyenne de 44% des enfants de moins de 10 ans souffrait du trachome actif (TF/TI), et 1,7% des femmes de plus de 15 ans souffraient de trichiasis. D'après les estimations, 68 300 hommes et femmes sont atteints de trachome actif. Le programme national pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans le pays entier.

Calendrier des évènements – Programme de lutte contre le trachome

- 1997-2001 : Enquêtes de base sur la prévalence du trachome
- 2002 : Lancement du plan stratégique de 5 ans
- 2005 : Enquêtes sur l'impact dans 2 districts de la Région de Zinder
- 2006 : Enquêtes sur l'impact dans 4 districts de la Région de Zinder
- 2007 : Démarrage du programme des maladies tropicales négligées
- 2008 : Le Centre Carter et Helen Keller déploient la stratégie CHANCE
- 2015 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant

Carte 1: Prévalence du TF/TI et du TT par région, enquête initiale sur la p



Accomplissements du programme en 2008

	Cible	Résultat
Personnes opérées du trichiasis	12 530	2 500
Chirurgiens formés	0	0
Doses d'azithromycine distribuées		

Changement environnemental (CE)

En 2002, on a commencé la promotion des latrines afin de réduire la population de mouches *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et également pour améliorer l'hygiène en général. Le programme national recommande les latrines Sanplat. En 2008, les partenaires ont aidé le programme à construire 11 636 latrines familiales d'un coût moyen de \$48 à \$61. Le Centre Carter a soutenu la construction de 6 594 latrines en 2008, dans les régions de Diffa, de Zinder et de Maradi. Le coût accru du ciment et des barres de fer dans la région de Diffa a fait grimper le coût de la latrine dans cette région. Le programme devra construire 863 572 latrines en plus, si l'on veut atteindre l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement, c'est-à-dire réduire de moitié la proportion de ménages qui n'ont pas accès à l'assainissement d'ici 2015. En outre, 208 maçons ont été formés en matière de construction de latrines.

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, le programme cherche à construire de nouveaux points d'eau et à remettre en état ceux qui ne fonctionnent pas. WAWI, l'UNICEF et le Ministère de l'Hydraulique apportent un soutien à l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique.

Cibles pour 2009

Terminer 21 enquêtes sur la prévalence de l'impact au niveau district

- N'guigmi et Maine-Soroa (région de Diffa en mars)
- Région de Dosso (tous les cinq districts en avril)
- Région de Tillabéri (tous les six districts en mai)
- Région de Tahoua (tous les huit districts en octobre)

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 659 personnes du trichiasis (3 000 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

- Distribuer 8 206 388 doses d'azithromycine (dont 848 680 dans la région de Zinder avec le soutien du Centre Carter)
- Distribuer 164 128 doses de tétracycline (dont 17 320 avec le soutien du Centre Carter)

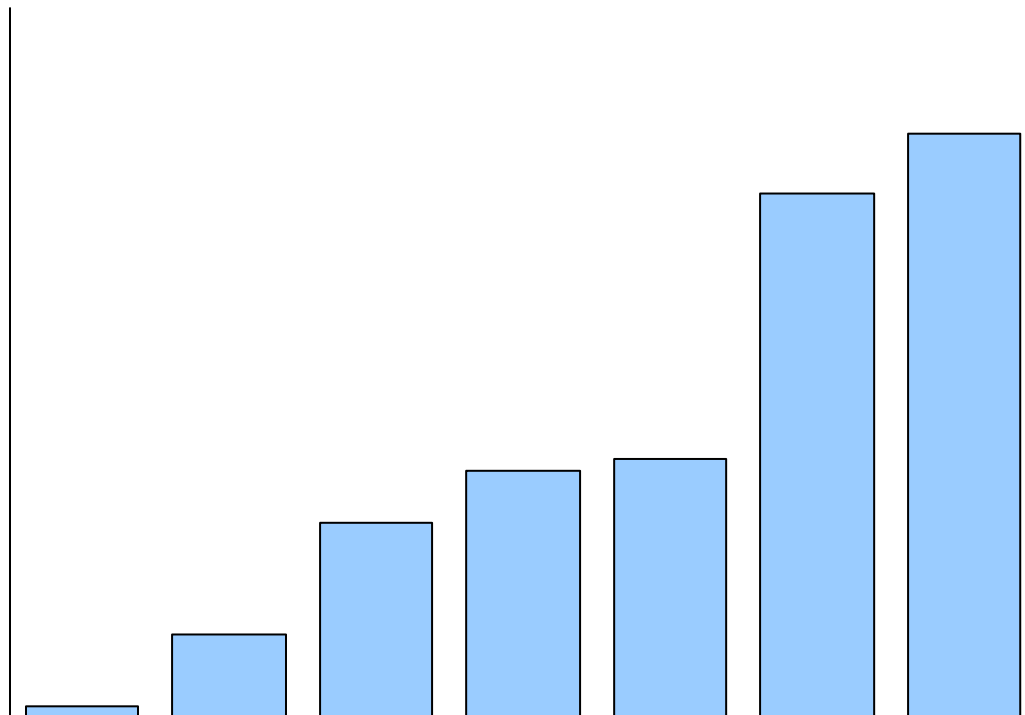
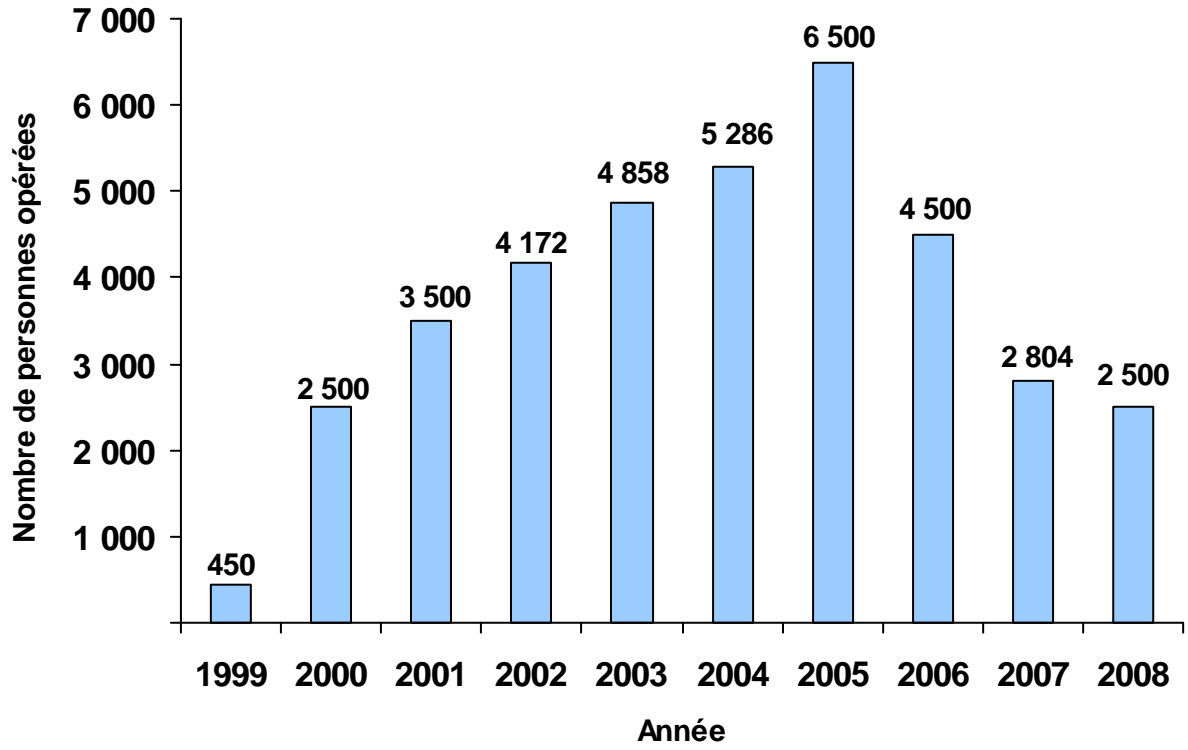
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 561 villages avec l'éducation sanitaire

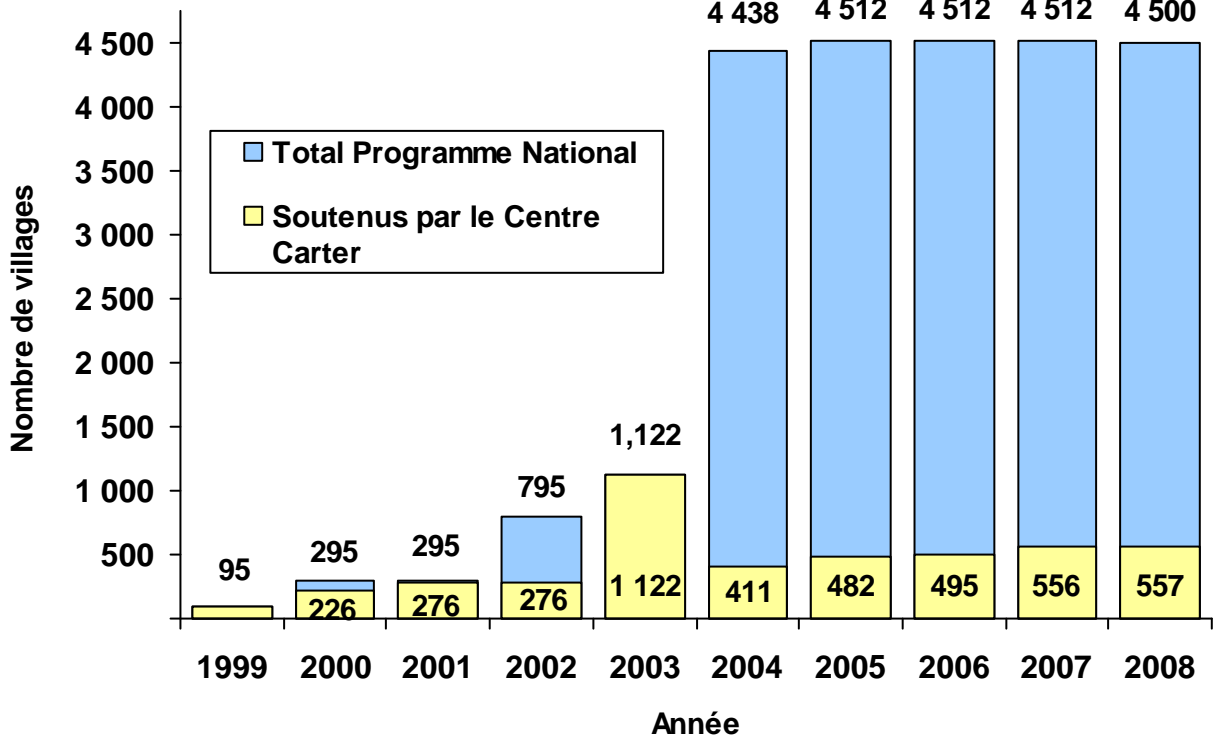
Changement environnemental (CE)

- Construire 15 000 latrines familiales (dont 8 000 avec le soutien du Centre Carter)

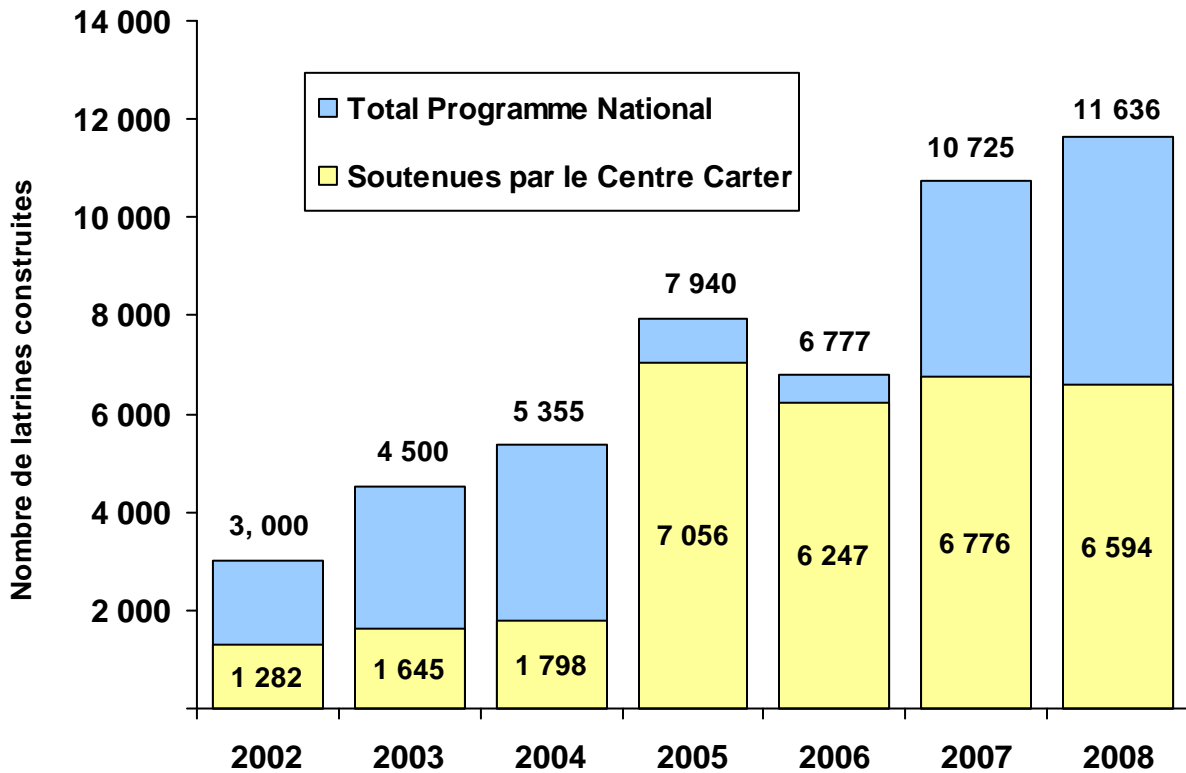
Individus opérés du trichiasis, Niger



Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, Niger



Latrines familiales construites au Niger, par année



Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

Présenté par le Dr Uwaezuoke Onyebuchi, Coordinateur national,

Programme national de la lutte contre la cécité

Données générales

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

D'après les estimations, la population du Nigeria

Accomplissements du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

Au Nigeria, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé et dans des camps mobiles organisés dans les villages. En 2008, 85 chirurgies se sont déroulées pendant les campagnes et 9 587 ont été réalisées dans de services de santé de routine. Le programme signale un taux de récurrence se situant entre un et 5%. Dix-huit chirurgiens actuels ont obtenu la certification de l'OMS et dix-huit sont actifs actuellement. Aucun chirurgien n'est sorti du programme pour le moment. Le programme n'a pas encore commencé à distribuer la dose orale unique d'azithromycine après la chirurgie car aucun don de ce médicament n'est fait actuellement au Nigeria.

Le rendement chirurgical est estimé à 339 opérations par chirurgien avec un minimum de 252 et un maximum de 427 par an. Vu que la cartographie est incomplète, il est difficile d'estimer le nombre de personnes en attente d'une opération du trichiasis au Nigeria. D'après les estimations actuelles provenant des données d'enquêtes existantes, 1 291 000 personnes attendraient d'être opérées du trichiasis.

Distribution d'antibiotiques (A)

Le programme de lutte contre le trachome du Nigeria ne reçoit pas encore de l'azithromycine donné par Pfizer Inc, bien que le don ait été approuvé fin 2007. Sight Savers International a acheté de l'azithromycine aux fins de distribution de 2004 à 2006 et a couvert 2 communautés des collectivités locales (LGA) de Sabon Birni de l'état de Sokoto. Un total de 10 782 doses de pommade oculaire de tétracycline ont été distribuées en 2008. Le programme national prévoit une "phase pilote" pour la distribution en masse d'azithromycine qui se déroulera dans l'état de Borno (trois collectivités locales), dans l'état de Kebbi (trois collectivités locales), dans l'état de Sokoto (trois collectivités locales), dans l'état de Zamfara (trois collectivités locales), dans l'état de Katsina (trois collectivités locales), dans l'état du Plateau (trois collectivités locales), dans l'état de

été recommandée à grande échelle. On ne sait pas si c'est une technologie durable et on ne connaît pas la stratégie idéale de sa promotion. Le programme national estime que son but final d'intervention est de 962 638 latrines familiales.

Le programme national de la lutte contre la cécité encourage les comités de prévention de la cécité à faire les plaidoyers au gouvernement des états et aux collectivités locales, de construire des puits et d'approvisionner en eau potable des communautés où le trachome est endémique. Les partenaires qui soutiennent l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique sont les suivants : RUWATSAN, Water Aid, l'UNICEF, les gouvernements d'état et les collectivités locales ainsi que la fondation Tulsī Chanrai. Trente villages dans les états de Kebbi et de Borno ont obtenu de nouveaux points d'eau en 2008 avec le soutien des gouvernements des états.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Continuer les activités d'éducation sanitaire dans 13 240 villages (853 avec le soutien du Centre Carter)

Changement environnemental (CE)

- Construire 10 500 latrines familiales (7 500 avec le soutien du Centre Carter)
- Réaliser les activités de nettoyage dans les villages d'intervention

Programme de lutte contre le trachome au Soudan : Gouvernement du Soudan

*Présenté par le Dr Awad Hassan, Coordinateur national, Programme de lutte contre le trachome
Ministère fédéral de la santé, Gouvernement du Soudan*

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 38 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud. Le GOS et le GOSS font partie du Gouvernement de l'Unité nationale. Les zones du GOS comptent une population d'environ 26 millions de personnes dont 4 millions de personnes déplacées dans le pays.

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

Calendrier des événements – Gouvernement du Soudan

- 2000 : Début du don d'azithromycine
- 2005 : Nouveau lancement du programme national
- Avril 2005 : Début des enquêtes de base sur la prévalence
- Décembre 2005 : Mise en place du Plan stratégique de 5 ans
- 2006 : Protocole de participation communautaire
-

Réalisations du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

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

In 2008, 10 campagnes chirurgicales ont été déployés pendant lesquelles 403 personnes ont été opérées. De plus, 977 chirurgies ont été réalisées lors de la prestation de services de santé de routine. Le programme a commencé à distribuer une dose orale unique d'azithromycine après l'intervention chirurgicale. En 2008, 81 doses ont été distribuées de cette manière.

Dix des 61 chirurgiens ont été certifiés sur la base des critères de l'OMS comme chirurgiens du trichiasis. On ne connaît pas les taux de récurrence et on ne connaît pas non plus le rendement chirurgical par chirurgien. Il existe au minimum 28 700 personnes qui attendent d'être opérées bien que tous les états n'aient pas enquêtés et que ce nombre changera probablement lorsque de nouvelles informations seront disponibles.

Distribution des antibiotiques (A)

La distribution d'antibiotiques dans les régions du GOS est décentralisée et confiée aux ministères de la santé des états, aidés par le programme national. Des superviseurs locaux et des agents de santé villageois organisent et réalisent la distribution des médicaments, par porte à porte, et cette distribution est précédée par la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire. Les communautés où le trachome est endémique fixent les dates de la distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et sensibilisent à la campagne. Une politique nationale a été adoptée, selon laquelle aucun paiement

Distribution des

communautés d'endémicité elles-mêmes. En 2008, une pompe d'eau a été installée dans chaque village de la localité de Baw. Le décret du Commissionnaire Baw renferme un plaidoyer spécial pour l'amélioration environnementale : chaque ménage devrait avoir sa propre latrine et les habitants doivent participer à la construction de latrines et à l'entretien du point d'eau (Hafeer).

Une revue du programme national s'est tenue à Khartoum en juillet 2008 avec pour objectifs de revoir les progrès du programme, de retenir les priorités et de faire des recommandations aux fins de future mise en œuvre.

Tableau 1: Accomplissements du programme en 2008

	Cibles	Résultats
Personnes opérées du trichiasis	3 000	1 380 (111 avec le soutien du Centre Carter)
Chirurgiens du trichiasis formés	8	10
Doses d'azithromycine distribuées	292 164	248 559
Doses de tétracycline distribuées	5 743	4 072
Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire	120	239

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

*Présenté par le Dr Lucia Kur, Coordinatrice, Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud
Ministère de la Santé, Gouvernement du Soudan du Sud*

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 38 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Au terme de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud. Le GOS et le GOSS font partie du Gouvernement de l'Unité nationale.

De 1989 à 2005, l'aide humanitaire au Soudan du Sud était apportée sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan (OLS), consortium d'agences des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales. Les premiers partenaires de la lutte contre le trachome au Soudan du Sud ont

Tableau 1: Prévalence du trachome dans le Soudan du Sud

Districts (Comtés)	Enfants âgés de 1 à 9 ans			Enfants âgés de < 15 ans	Personnes âgées de 15 ans et plus
	TF	TI	TF & TI	TT	TT
South Bor (Paluer)	77,2	63,6	87,8	0,5	10,0
South Bor (Padak)	65,2	63,6	76,5	0,1	10,0

Cibles pour 2009

- Faire une enquête sur la prévalence du trachome dans deux districts de l'état Upper Nile et districts non identifiés des états Lakes et Unity.

Chirurgie du trichiasis (CH)

- Former 12 nouveaux chirurgiens du trichiasis (11 avec le soutien du Centre Carter)
- Opérer 5 000 personnes du trichiasis (3 000 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

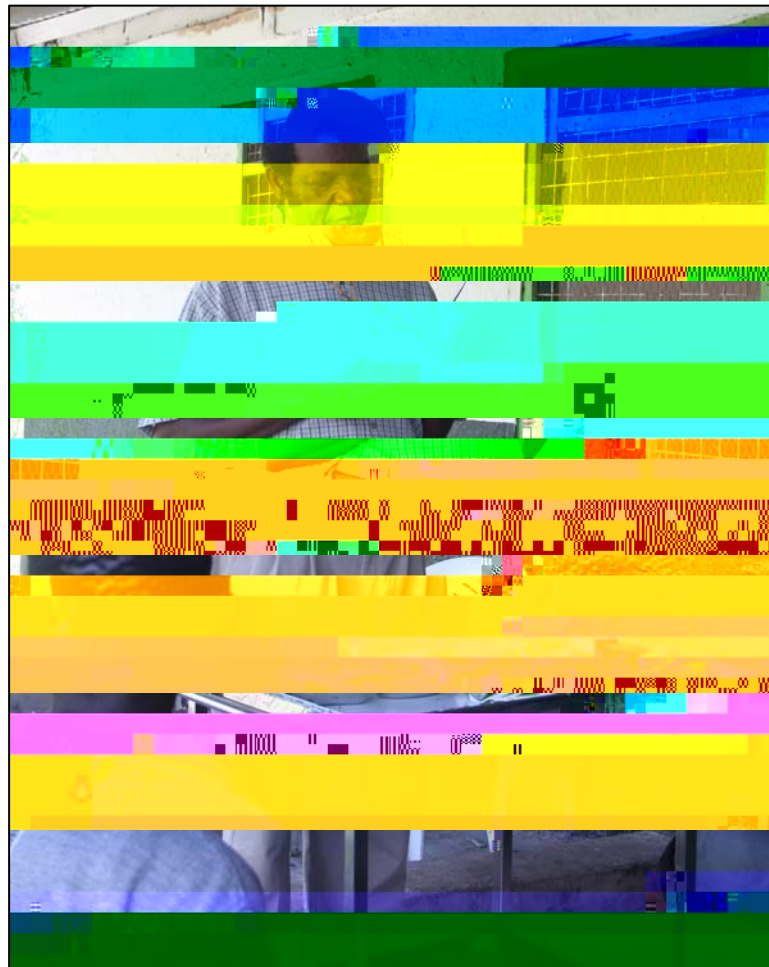
- Distribuer l'azithromycine à 480 000 personnes (dans les zones d'intervention du Centre Carter dans les états Eastern Equatoria et Jonglei)
- Distribuer la pommade de tétracycline à 20 000 personnes

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

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

Changement environnemental (CE)

- Promouvoir la construction de 500 latrines familiales dans les villages d'endémicité



Formation de chirurgiens à Akobo, mai 2009.

Tableau 1. Récapitulatif des Interventions de Programmes de Lutte Contre le Trachome (pays recevant une assistance du Centre Carter)

Données Nationales Indiquées pour 2008 lors de la Dixième Revue Annuelle des Programmes, Atlanta, 11 au 13 février 2009

				GOS*	GOSS**			Total
N & CE								
Nombre de villages avec l'éducation sanitaire	1 120	8 487	4 500	239	3 081	3 190	6 425	27 042
Villages ciblés	6 000	4 000	4 500	120	4 662	3 232	6 460	28 974
Couverture en pourcentage	18,7%	212,2%	100,0%	199,2%	66,1%	98,7%	99,5%	93,3%
Nombre de latrines familiales construites	1 808	13 410	11 636	N/A				

	GOS*†							
Chirurgie								
Personnes opérées du trichiasis	17 100	15 659	-	95 000	8 000	142 759		
Antibiotique								
Distribution en masse d'azithromycine (personnes)	7 245 423	8 206 388	-	13 500 000	1 435 800	30 867 611		
Distribution de la pommade t tracycline (personnes)	147 866	164 128	-	270 000	40 000	641 994		
Nettoyage du visage								
Education sanitaire (village)	N/A	9 000	561	-	3 232	13 240	30 695	
Changement environnemental								
Latrines familiales construire	5 000	16 000	15 000	-	500	157 648	10 500	199 648

* GOS: Gouvernement du Soudan

†Cartographie de la prévalence du trachome en cours dans les zones du GOS.

**GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud

‡Cibles présentées sont uniquement pour l'Etat régional d'Amhara

Tableau 3. Récapitulatif des interventions soutenues par le Centre Carter

Interventions cumulatives par pays, 1999-2008									
Indicateurs	Ghana**	Mali**	Niger**	Soudan		Ethiopie	Nigeria**	Totaux	
				GOS***	GOSS***				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/A	1 491	0	2 251	3 817	124 716	26	132 275
	Nouveaux chirurgiens du trichiasis formés	N/A	25	0	66	69	585	N/A	745
A	Doses d'azithromycine distribuées	N/A	0	0	1 299 697	1 293 840	22 753 291	N/A	25 346 828
	Doses de pommade de tétracycline distribuées	N/A	0	0	8 128	211 127	1 383 216	N/A	1 602 471
N	Villages avec une éducation sanitaire*	50	1 334	557	239	3 081	2 898	321	8 480
	Ecoles avec une éducation sanitaire	49	138	374	49	80	1 362	211	2 263

*Données 2008 seulement.

Tableau 4. Programmes de lutte contre le trachome soutenus par le Centre Carter

Récapitulatif des interventions par pays, janvier - décembre 2008

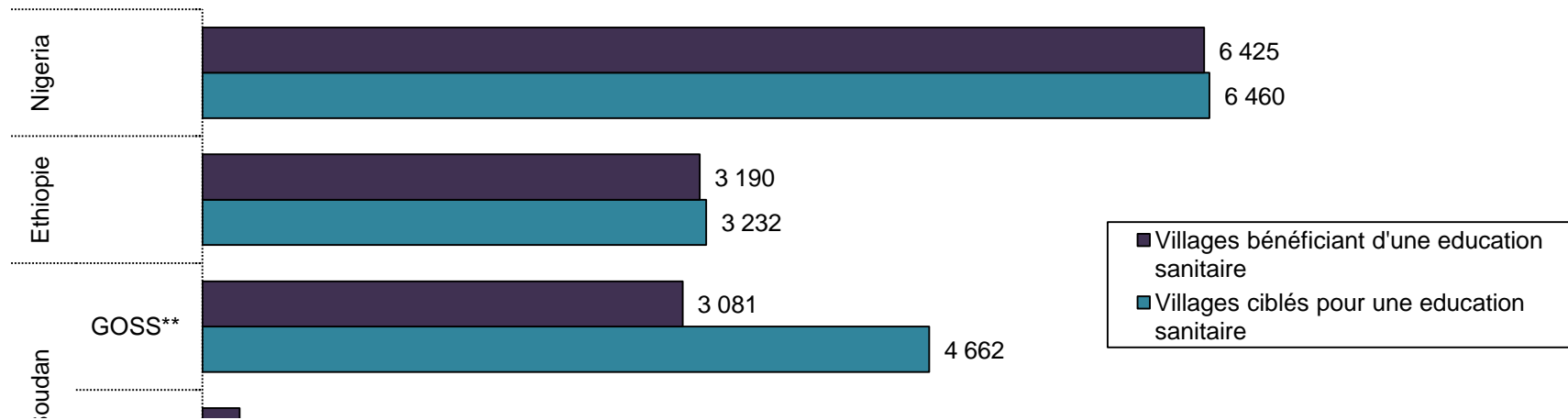
Indicateurs	Ghana	Mali*	Niger*	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total	
				GOS**	GOSS**				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/D	1 491	0	111	1 700	31 561	N/D	34 863
	Personnes ciblées	N/D	N/D	N/D	N/D	6 000	101 187	N/D	107 187
	Pourcentage	N/D	N/D	N/D	N/D	28,3%	31,2%	N/D	32,5%
		N/D	25	0	10	8	185	N/D	228
		N/D	N/D	N/D	248 559	464 974	12 631 873	N/D	13 345 406
A	Population ciblée	N/D	N/D	N/D	292 164	1 326 194	10 938 752	N/D	12 557 110
	Pourcentage	N/D	N/D	N/D	85,1%	35,1%	115,5%	N/D	106,3%

	Ecoles avec une éducation sanitaire	0	N/D	374	28	0	6 181	N/D	6 583
	Nouvelles personnes formées pour l'éducation sanitaire	0	657	418	664	17 823	36 846	1 228	57 636
CE	Latrines familiales construites	1 808	12 271	6 594	N/D	N/D	373 677	6 121	400 485
	Cible pour les latrines	5 000	12 500	5 000	N/D	N/D	400 996	7 500	430 996
	Pourcentage	36,2%	98,2%	132,2%	N/D	N/D	93,2%	81,6%	92,9%
	Nouveaux maçons formés	N/D	512	165	N/D	N/D	N/D	1 330	2 007

*Le Centre Carter a commencé à apporter un soutien aux activités chirurgicales au Mali et au Niger en septembre 2008. Les cibles chirurgicales annuelles pour 2008 ne sont pas applicables.

Figure 1. Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter

Données présentées par les programmes nationaux du janvier à decembre 2008



*GOS: Government of Sudan

**GOSS: Government of Southern Sudan

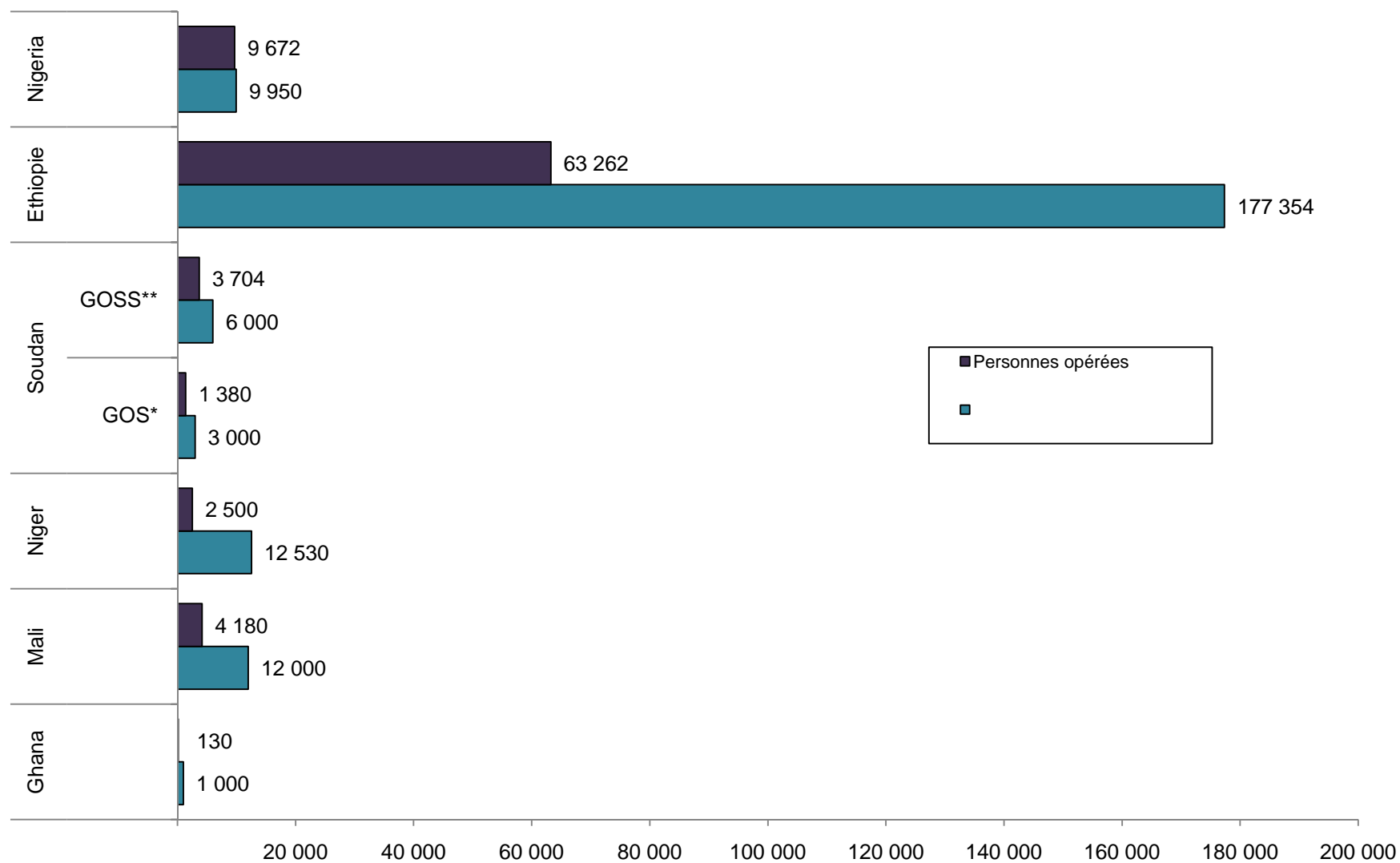
Figure 2. Latrines familiales construites, pays soutenus par le r.p. (2014-2016) (en milliers)



Figure 3. Distribution de l'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter



Figure 4. Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter
Données présentées par les programmes nationaux du janvier à décembre 2008



*GOS: Government of Sudan

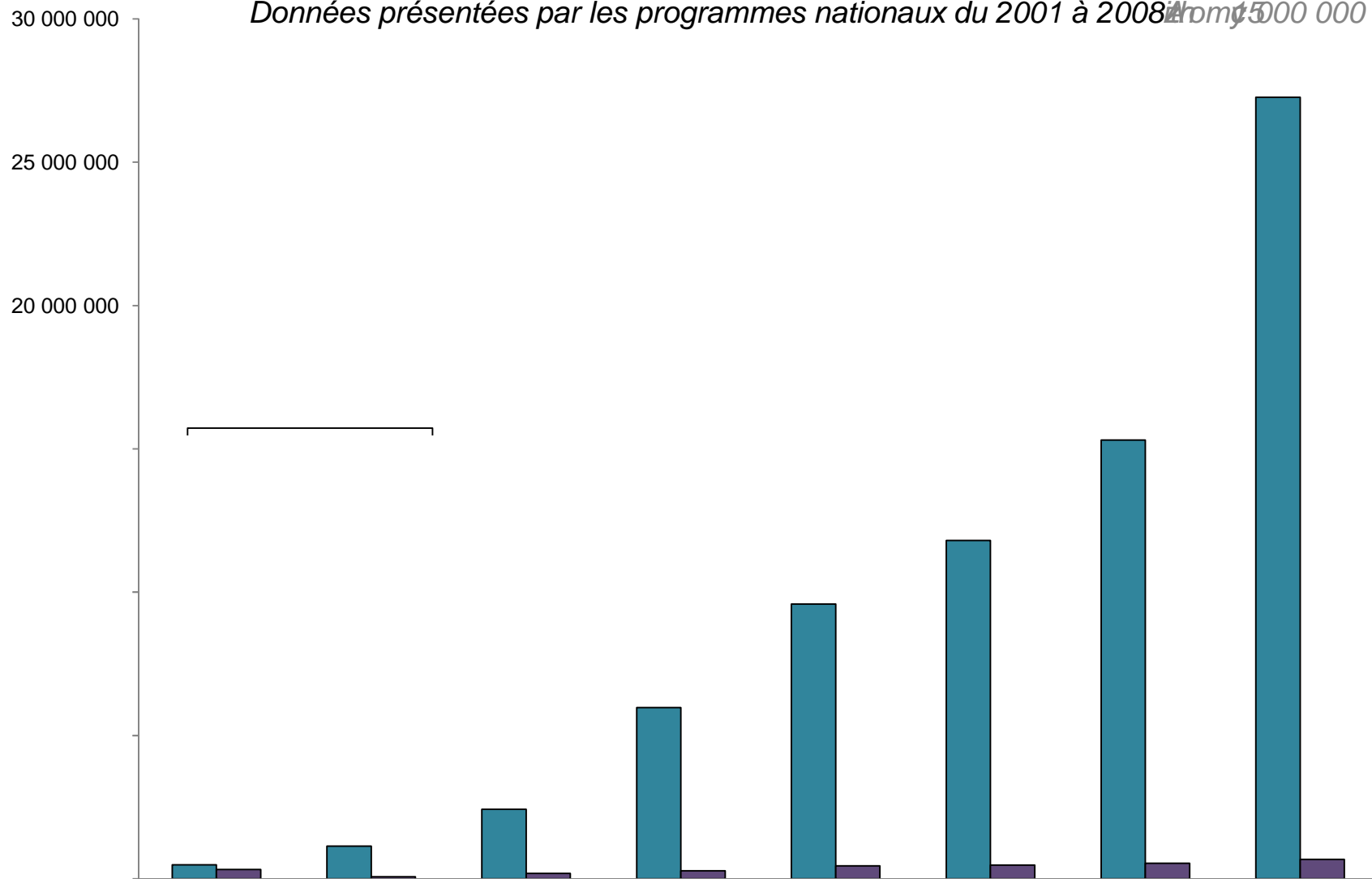
**GOSS: Government of Southern Sudan

Figure 6. Latrines familiales construites
Données présentées par les programmes nationaux du 2002 à 2008



Figure 7. Distribution des antibiotiques

Données présentées par les programmes nationaux du 2001 à 2008 *from 1500 000*



Les avantages secondaires de CHANCE

Présenté par Paul Emerson, le Centre Carter Atlanta

La lutte contre le trachome s'inscrit dans une série d'interventions sanitaires dans les pays d'endémicité qui partagent un même but : améliorer la santé générale d'une population pour que les buts économiques et de développement puissent être atteints. En effet, une nation en bonne santé est une nation productive. Le trachome est avant tout une maladie environnementale de la pauvreté. Il n'existe pas une seule voie de transmission et la manifestation prend deux formes : maladie active bénigne chez les enfants et trichiasis invalidant et handicapant chez l'adulte. La lutte contre le trachome repose sur une stratégie intégrée de prévention et de soins qui permet,

Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter

Présenté par Aryc Mosher, le Centre Carter Atlanta

En 2006, le Ministère fédéral de la santé de l’Ethiopie a invité le Centre Carter à venir se joindre à l’effort éthiopien pour répondre au besoin de 20 millions de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides (MDII). Invitation qui a mené ensuite à la création du Programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter. Depuis 2006, le programme apporte une assistance pour l’achat et la distribution des MDII en Ethiopie et au Nigeria, pour la recherche opérationnelle pour la lutte contre le paludisme ainsi que pour la mise en œuvre de la stratégie du changement de comportement et de communication.

Le Centre Carter a fourni un total de trois millions de MDII pour la lutte contre le paludisme en Ethiopie. Ont été distribuées en plus 278 000 MDII au Nigeria pour réduire la transmission du paludisme et de la filariose lymphatique. Le Centre Carter travaille également en partenariat avec le Ministère de la santé

distribution de masse de l'azithromycine, une camionnette a parcouru les zones participantes, diffusant les messages susmentionnés sur le paludisme, informant sur la transmission et la prévention du trachome et indiquant les dates et heures de la future distribution de médicaments.

Le Centre Carter apporte encore un autre type d'aide au Ministère fédéral de la Santé sous forme de formation en gestion de données pour le personnel de santé régional et zonal. Cette formation renforcera la capacité du personnel national et régional à détecter et à répondre aux épidémies du paludisme et soutiendra les interventions de lutte contre le trachome et l'onchocercose. Le projet MALONCHO utilise le traitement à base communautaire avec le modèle gestion de données et distribution d'ivermectine pour mesurer l'utilisation et la couverture des MDII distribuées.

Le Centre Carter soutient également la recherche opérationnelle pour renforcer au sein du Ministère de la santé éthiopien les capacités nécessaires pour mettre en œuvre un programme intégral de lutte contre le paludisme. En décembre 2006, une enquête de base sur les indicateurs du paludisme a été réalisée pour évaluer la couverture des interventions de lutte contre le paludisme et le comportement de recherche de traitement ainsi que la prévalence du paludisme dans tous les groupes d'âge. Une enquête de suivi sur les indicateurs du paludisme a été faite fin 2007. Une évaluation de la durabilité des MDII est faite actuellement. Cette enquête déterminera le taux de perte de l'insecticide et la dégradation physique des MDII chaque année sur une période de trois ans.

Nigeria

Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter a réalisé une enquête sur la prévalence du

Mise à jour de l'étude Amélioration du Trachome dans le Nord de l'Amhara (TANA)

Présenté par Nicole Stoller, la Fondation Francis I. Proctor

L'étude TANA a pour objet d'étudier le rôle des antibiotiques et de la construction de latrines dans la lutte contre le trachome dans les régions d'hyperendémicité du district de Goncha Seso Enesie dans la région

Effet troupeau de la distribution en masse des antibiotiques

Enquête de la prévalence élevée du trachome actif chez les adultes soudanais

*Présenté par Jonathan King, le Centre Carter Atlanta et
Bruce Gaynor, la Fondation Francis I. Proctor*

Le Programme de lutte contre le trachome au Soudan a demandé qu'une évaluation soit faite des résultats de l'enquête sur la prévalence indiquant que le trachome actif était constaté plus souvent chez les adultes que chez les enfants. En juillet 2008, le Dr Bruce Gaynor et M. Jonathan King ont collaboré avec le Programme de lutte contre le trachome au Soudan pour examiner ce résultat.

Les signes cliniques du trachome actif (degré TF et TI de l'OMS) apparaissent le plus souvent chez des jeunes enfants car l'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue dans ce groupe d'âge. Par contre, les lésions cicatricielles et le trichiasis sont plus courants chez les adultes suite aux récurrences d'infections et d'inflammations tout au long de la vie. En 2006, les enquêtes sur le trachome dans la localité de Dongola ont indiqué une prévalence du TF supérieure à 20% chez les adultes âgés de 30 ans et plus alors que la prévalence du TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans était inférieure à 10%. Lors d'enquêtes récentes en 2008, une prévalence élevée de TF chez les adultes était également notée dans l'état de Gezira. Nous avons envisagé les hypothèses suivantes pour expliquer ces résultats surprenants : la couverture antibiotique chez les enfants, lors de distributions antérieures, était plus élevée que chez les adultes ; autre problème oculaire ressemblant au trachome est indiqué comme TF ; ou erreurs de codage lors de la collecte et de l'analyse des données d'enquête.

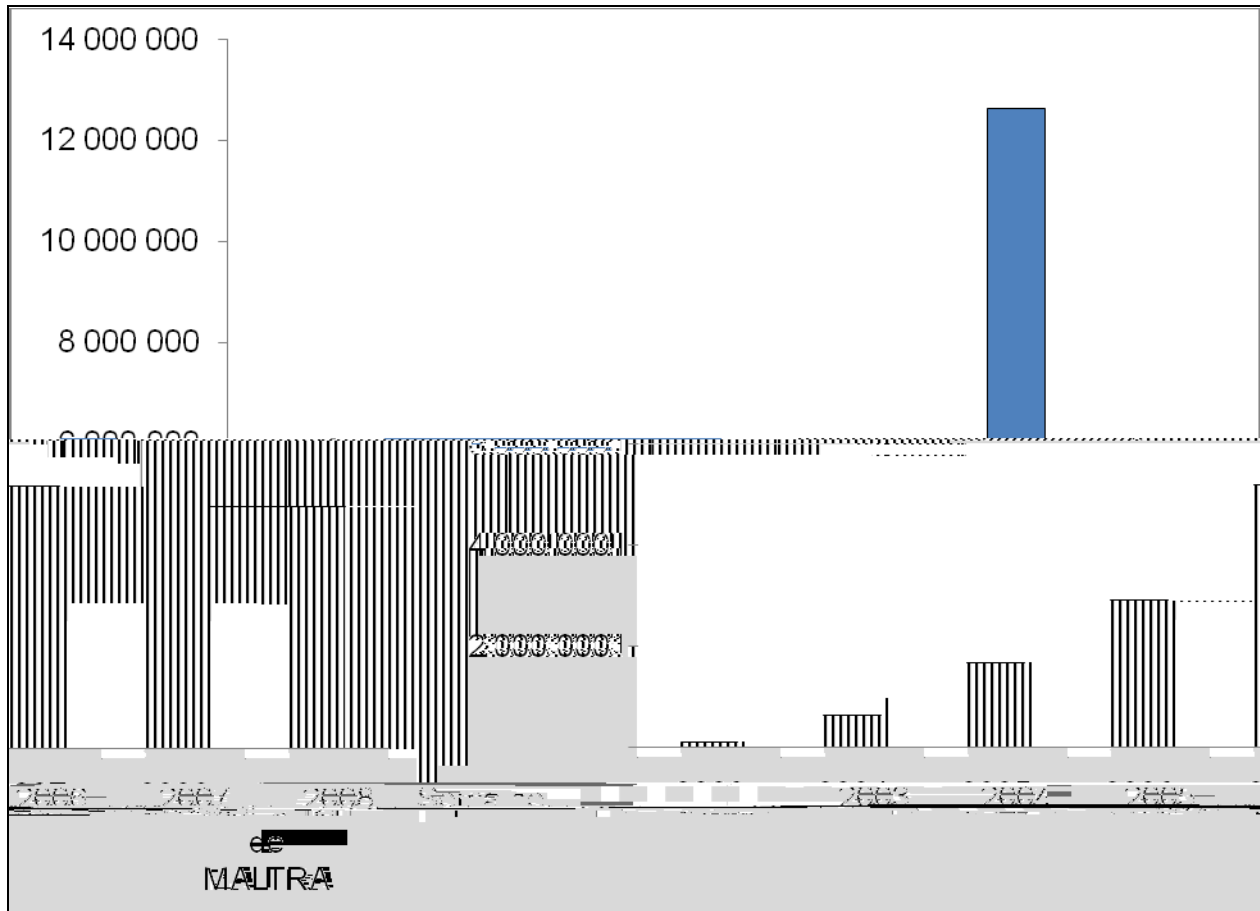
L'enquête a commencé par un atelier avec les examinateurs des équipes d'enquêtes précédentes sur la prévalence afin de revoir le Système OMS de classement simplifié du trachome. Les participants se sont exercés à classer des photographies numériques et des patients. La performance des examinateurs individuels a été mesurée à l'aide d'un ensemble de photographies standardisées dans le contexte d'une salle de classe et ensuite, à l'aide d'un test standardisé, avec des patients sur le terrain. L'analyse statistique de l'exercice de classement a été faite pour déterminer l'accord entre observateurs et un examinateur senior. Cette procédure permet au programme national de passer à la zone en attente de l'examen. Nous avons pris un

contenant de l'ADN de *C. trachomatis*, et aucun des habitants examinés n'avaient un degré OMS TF ou TI.

Un examen systématique a également été fait de la gestion des données de l'enquête et de l'analyse avec double saisie de données des formulaires standardisés dans la base de données Epi-Info. Ces ensembles de doubles données sont comparés et les erreurs de saisie sont corrigées. Les programmes de re-codage et d'analyse ont été revus : il n'existait aucune erreur dans la présence ou l'absence de signes cliniques par âge.

Lors de cet exercice, le Dr Gaynor a expliqué nos observations en utilisant la photographie numérique. La

Figure 1: Tendence de l'administration en masse de médicaments dans la Région d'Amhara, 2003-2008



Il ne faut pas sous-estimer la portée de la semaine de MALTRA. Pendant cette première semaine de MALTRA, les programmes Lions-Centre Carter ont traité plus de personnes que les rendements cumulatifs du programme de 2000 à 2006. La semaine MALTRA démontre la capacité d'un programme intégré à arriver à des niveaux sans précédents de rendement sur une brève période.

Etude sur la durabilité des moustiquaires en Ethiopie

Présenté par Stephen Smith, U.S. Centers for Disease Control and Prevention

Un grand nombre de programmes de lutte contre le paludisme en Afrique distribuent des moustiquaires durables imprégnées aux insecticides (MDII) en partant du principe que les moustiquaires ont une durée de trois à cinq ans. Cette hypothèse repose sur les tests de laboratoire qui ne mesurent que le taux d'insecticide perdu suite au lavage. On ne dispose que de peu d'information sur la perte d'insecticide et la détérioration physique des MDII sur le terrain et cela pourrait d'ailleurs dépendre énormément de facteurs climatiques et culturels. Il nous faut mieux comprendre la détérioration des MDII pour en informer les organismes chargés de l'approvisionnement et pour guider les fabricants vers la mise au point de MDII améliorées.

Dans le cadre d'un suivi à la distribution par le Centre Carter en 2007 de PermaNet™ 2.0, 200 moustiquaires ont été recueillies auprès de familles dans la région d'Amhara (zones de East Gojjam et South Gondar), SNNPR (zone de Kaffa) et Oromiya (zone de Jimma) de l'Ethiopie, trois ou six mois après la distribution pour évaluer la détérioration physique et insecticide après l'utilisation à court terme. Dans chaque zone, deux kebeles ont été choisis et 25 moustiquaires ont été rassemblées de chaque kebele. Si on a cherché dans la mesure du possible de choisir aléatoirement les sites de collecte, il n'était pourtant pas possible d'arriver à une véritable collecte aléatoire suite aux limitations logistiques et de temps. Les moustiquaires rassemblées à Jimma avaient été utilisées depuis six mois et celles provenant des autres zones depuis trois mois.

Dans chaque maison, on a confirmé les moustiquaires fournies par le Centre Carter en comparant le numéro de lot imprimé sur l'étiquette et le numéro de lot dont on sait qu'il a été distribué dans la zone. Sur les 200 moustiquaires collectées, 169 appartenaient effectivement au lot de MDII achetées par le Centre Carter. Les 31 moustiquaires non confirmées (toutes rassemblées dans la zone de Kaffa) ont été prises également car les familles affirmaient qu'elles avaient été acquises lors de la distribution du Centre Carter et que nous manquions de temps pour faire une recherche plus étendue des moustiquaires confirmables.

Sur les 169 moustiquaires confirmées, 57,4% des MDII étaient endommagées. Des trous d'au moins 0,5 cm dans l'axe le plus long étaient constatés au taux de trois par moustiquaire utilisée pendant trois mois et six par moustiquaire utilisée pendant six mois. Les trous plus grands (plus de 10 cm dans l'axe le plus long) étaient constatés au taux de 0,03 par moustiquaire après trois mois et 0,20 après six mois. Il ne semble pas que les gens aient essayé de réparer ces moustiquaires.

Le niveau de deltaméthrin (insecticide) dans 166 du total des 169 MDII se situait dans la gamme attendue pour les nouvelles moustiquaires et toutes les nouvelles moustiquaires ont obtenu de bons résultats dans l'essai biologique mesurant la capacité insecticide. Les données de cette étude sur la durabilité montrent que même si les moustiquaires provenant du Centre Carter avaient gardé leur insecticide, la détérioration physique avait pourtant commencé tôt et avait progressé rapidement. La détérioration des moustiquaires pourrait causer une réduction prématurée de l'efficacité de la protection. On recommande que les campagnes d'éducation sanitaire soulignent l'importance des soins et réparations des moustiquaires pour en prolonger la durée.

Les études TTT : Le traitement du trichiasis trachomateux

Présenté par Saul Rajak, The London School of Hygiene and Tropical Medicine

Données générales

L'infection répétée par *Chlamydia trachomatis* cause la formation de tissus cicatriciels à l'intérieur de la paupière, la conjonctive. Avec le temps, la paupière se réverse (entropion) et les cils commencent à frotter la cornée, d'où une cicatrisation cornéenne cécitante, affection connue sous le nom de trichiasis. Pour éviter la cécité trachomateuse, on effectue une chirurgie d'éversion de la paupière pour retourner les cils tournés vers l'intérieur. Le traitement n'est pourtant que d'une efficacité partielle car souvent le trichiasis revient. Le présent projet de recherche vise à mettre au point des stratégies pour fournir un meilleur traitement aux personnes souffrant de trichiasis et pour renforcer la formation des agents de soins de santé dispensant les services chirurgicaux.

Vue d'ensemble du projet

Cette étude est réalisée à Bahir Dar, état région

Résultats disponibles

Les données initiales provenant de tous les patients recrutés pour les essais sont en train d'être analysées. Les résultats préliminaires ont montré qu'une proportion (30-40%) des patients avec TT avaient des cils déviés plutôt qu'un véritable entropion et que l'épilation semble protéger contre l'opacité de la cornée pour les patients avec TT majeur et

Niger et Mali : De la lutte contre le trachome à son élimination

Présenté par Lisa Rotondo, le Centre Carter Atlanta

En 2008, le soutien apporté par le Centre Carter aux programmes nationaux de prévention de la cécité au Niger et au Mali a pris une nouvelle forme. Après 10 années de travail, les indicateurs du processus

Trichiasis et genre

Présenté par Paul Courtright, Centre Kilimanjaro pour l'ophtalmologie communautaire

Un grand nombre d'enquêtes sur la prévalence du trachome constatent qu'il existe un plus grand nombre de femmes que d'hommes souffrant du trichiasis. La fréquence du trichiasis chez les femmes s'explique souvent en termes d'exposition plus grande à l'infection oculaire à Chlamydia suite à leurs responsabilités ménagères et proximité des enfants tout au long de la journée. Souvent elles dorment également avec les enfants pendant la nuit. Si tout le monde reconnaît que les femmes sont davantage affligées par le trichiasis trachomateux comparées aux hommes, il n'existe pourtant pas d'examen systématique fait des enquêtes disponibles sur la prévalence dans la littérature collégiale.

En 2008, une recherche de la littérature a été faite pour identifier les enquêtes sur la prévalence du trachome, à base de population, utilisant le système de classification simplifiée de l'OMS avec des données sur le trichiasis. Dans les 53 études identifiées, 24 de 12 pays différents répondaient aux critères d'inclusion suivants : (1) publiée dans une revue avec examen collégial ; (2) utilise une méthode d'échantillonnage à base de population pour déterminer la

Enquête sur la couverture de la distribution en masse des antibiotiques

Présenté par Elizabeth Cromwell, le Centre Carter Atlanta

Actuellement, les programmes nationaux de lutte contre le trachome estiment la couverture de la population à laquelle est distribuée l'antibiotique en divisant le nombre de doses distribuées par soit (1) la population totale dans les régions d'endémicité ou (2) la population totale ciblée par la distribution. Si ces calculs nous donnent une estimation générale de la couverture de la distribution, il n'existe pourtant pas à l'heure actuelle de méthode standard pour valider les rapports de distribution servant de base au programme pour indiquer les résultats. Ces calculs connaissent plusieurs limitations risquant de biaiser les estimations : utilisation de rapports de distribution qui risquent d'être incomplets, rapports falsifiés ou manquants et quantités de médicaments perdus et volés qui sont indiqués comme médicaments consommés, d'où des estimations de la couverture gonflées artificiellement. Lorsque les données sur la population ne sont pas fiables, la couverture de la population est souvent surestimée ou sous-estimée.

Sans une méthode fiable pour évaluer la couverture, les programmes nationaux risquent de mesurer inexactement la portée des interventions du programme « A » et de donner une fausse notion de l'impact de la distribution des antibiotiques dans les évaluations des programmes. La présente enquête vise à comparer la couverture auto-notifiée et la couverture auto-notifiée validée par rapport au calcul classique de couverture de la population.

Une distribution en masse d'antibiotiques a été faite en mai 2008 dans trois *payams* (sous districts) du comté d'Akobo dans le Soudan du Sud. Cette distribution a utilisé l'approche site central : la population a été mobilisée pour se rendre au site de distribution le plus proche à deux heures de marche maximum de la communauté. Au moment du traitement, une marque a été mise sur le petit doigt d'une main ou l'autre du bénéficiaire avec une encre indélébile.

Une enquête aléatoire en grappe auprès de la population, en deux stades, a été réalisée dans 25 villages choisis au hasard dans les trois *payams*. Dix ménages ont été choisis aléatoirement dans chaque grappe. Un entretien a été fait avec chaque chef de ménage en utilisant un questionnaire standard pour noter la participation indiquée dans la distribution et on a compté tous les membres du ménage en utilisant un formulaire de recensement qui note le statut de participant et vérifie la présence de la marque d'encre. Un total de 247 entretiens avec les chefs de ménage ont été organisés et 1 101 personnes ont été recensées. En plus, 257 réponses ont été obtenues par des personnes remplaçant des membres absents de la famille.

Un total de 11 149 doses ont été distribuées, selon les indications, lors de la distribution à Akobo. La méthode routine pour calculer la couverture parmi la population éligible totale nous donne une couverture de 20,9% (11 149/50 000). Selon l'enquête, l'estimation de la couverture générale (non pondérée) pour la distribution entière s'élevait à 61,4%. La différence dans les résultats de couverture nous montre que l'estimation de la population est inexacte. Les résultats indiquent également une moyenne de 57,8% de participants auto-notifiants vérifiés avec l'encre. On a également identifié des facteurs prédictifs, significatifs du point de vue statistique : âge plus jeune, présence d'un agent de santé dans la communauté, connaissance de la distribution chez le chef de famille et emplacement d'un site de distribution au sein de la communauté. Lorsque les données de population et les rapports de distribution ne sont pas fiables, les programmes devraient utiliser une enquête par grappe de la couverture en antibiotique pour valider les rapports.

Manuel sur les femmes et le trachome

Présenté par Paul Courtright, Centre Kilimanjaro pour l'ophtalmologie communautaire

Dans les pays où le trachome est endémique, genre et accès équitable à la stratégie CHANCE vont généralement de pair. Si le trachome affecte tant les hommes que les femmes, il n'en reste pas moins que les femmes et les filles sont affligées de manière disproportionnée par la maladie et sont souvent servies également de manière disproportionnée par les programmes de lutte contre le trachome. Les femmes et les filles ont un accès limité à la chirurgie, à la couverture antibiotique et aux interventions d'hygiène et d'assainissement alors que ce sont pourtant elles qui en ont besoin le plus. Le manuel technique « Femmes et Trachomes » est un outil utile pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, les décideurs et les organisations internationales les aidant à mettre au point des programmes de lutte contre le trachome qui atteignent tant les hommes que les femmes tout en suggérant divers moyens pour améliorer délibérément l'accès aux interventions pour les femmes.

Le manuel sur les femmes et le trachome vise à améliorer au sein d'un programme de lutte contre le trachome la capacité à fixer des cibles, à suivre la couverture des activités d'un programme et à améliorer les interventions du changement de comportement dans l'angle équité entre les genres. Faisant un examen approfondi de la stratégie CHANCE, le manuel donne des directives programmatiques pour assurer un accès équitable des femmes au volet curatif de la stratégie, notamment l'intervention chirurgicale et la distribution d'antibiotiques. Il montre également comment on peut cibler les aspects préventifs, le changement de comportement et l'éducation sanitaire tout spécifiquement sur les femmes et les filles. Des outils sont présentés aux responsables des programmes pour les aider à mobiliser les individus et les communautés et à encourager l'adoption de comportements positifs qui permettront de réduire la transmission du trachome. Changement environnement et questions liés au genre servent de toile de fond sur laquelle ressort le rôle des femmes dans les projets d'assainissement et d'hygiène à impulsion communautaire. Le manuel comprend de nombreux exemples et études de cas du terrain sur le thème donné. Si le manuel se concentre largement sur l'Afrique subsaharienne, des exemples sont pourtant donnés de l'Asie. Les outils d'ailleurs s'appliquent à toute une gamme d'autres contextes.

Un soutien technique s'avère nécessaire actuellement pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, les planificateurs et les partenaires internationaux pour encourager l'application équitable de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome. Au niveau individuel, les femmes dans les communautés où le trachome est endémique bénéficieront directement des interventions

Intensifier l'éducation sanitaire en Ethiopie

Présenté par Mulat Zerihun, le Centre Carter Ethiopie

En 2008, le Centre Carter de l'Ethiopie et le Bureau sanitaire régional de l'Amhara ont convenu de la nécessité de renforcer

lavage du visage, la participation à la distribution d'antibiotiques et le traitement chirurgical du trichiasis ainsi que sur l'utilisation d'une moustiquaire, le lavage et l'entretien des moustiquaires et la nécessité de consulter un centre de santé en cas de fièvre pour déterminer s'il s'agit du paludisme. Un total de 120 diffusions ont été passées sur les ondes avant, pendant et après les activités de la semaine de MALTRA. En plus, 20 000 brochures, 20 000 dépliants et 4 000 t-shirts ont été produits sur le thème du paludisme et trachome intégrés. Une camionnette de vidéo mobile a été recrutée pour apporter l'éducation sanitaire

Clubs Lions de l'Éthiopie

Présenté par le Dr Tebebe Y. Berhan, Club Lions District 411A, Éthiopie



Le Lions Club éthiopien est un partenaire de la prévention de la cécité en Éthiopie. Grâce à un soutien généreux de la Fondation internationale des Lions Clubs, les Lions éthiopiens ont célébré un grand nombre d'accomplissements en 2008.

Le renforcement des capacités est la pierre angulaire du travail des Lions. Dans le cadre du Don SF 1176 de SightFirst, les Lions ont pu appuyer une deuxième année de formation pour 19 infirmiers et infirmières ophtalmologues et ils ont aidé à reconstruire le lycée Addet dans l'Amhara. Les Lions sont également un partenaire engagé au niveau de la fourniture de soins oculaires 03D15 DC 9 D15 h66 04re gi6 7(log)6 soinnés .MC P ki

s ment desiens ont cé TMCD 4 51 un j.21

ANNEXE 1 : La maladie

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

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

Des progrès récents nous laissent espérer que cette maladie pourra être contrôlée. En 1987, des experts des soins oculaires et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point un simple système de classement du trachome qui a permis de faciliter et

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Mercredi 11 février

8:00	*Navette à l'hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:30	Bienvenue et présentations des participants	Dr Donald Hopkins
9:30 – 10:00	De la lutte contre le trachome à son élimination	Dr Paul Emerson
10:00 – 10:30	<u>Pause café</u>	
10:30 – 11:30	Ghana	Dr Oscar Debrah
11:30 – 12:30	Niger	Dr Kadri Boubacar
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	Annonces	
2:00 – 2:30	Avantages secondaires de CHANCE	Dr Paul Emerson
2:30 – 3:00	Mise à jour de l'OMS	TBD
3:00 – 3:30	Présentation de l'ITI	Dr Adam Zayan
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Surveillance pour la certification de l'élimination du trachome	M. Jonathan King
4:30 – 5:00	Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter	M. Aryc Mosher
5:30	*Départ de la navette pour l'hôtel Indigo*	

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Jeudi 12 février

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Gouvernement du Soudan du Sud	Dr Lucia Kur
10:00 – 11:00	Gouvernement du Soudan	Dr Awad Hassan
11:00 – 11:30	<u>Pause café</u>	
11:30 – 12:30	Ethiopie	Dr Daddi Jima M. Tesfaye Teferi
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	Annonces	
2:00 – 2:30	Niger et Mali: De la lutte de trachome à son élimination	Mme. Lisa Rotondo
2:30 – 3:00	Mise à jour TANA	Mme. Nicole Stoller
3:00 – 3:30	Enquête de la prévalence élevée du trachome actif chez les adultes soudanais	M. Jonathan King Dr Bruce Gaynor
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Semaine de MALTRA	M. Teshome Gebre
4:30 – 5:00	Etude de durabilité des moustiquaires	Dr Stephen Smith
5:30 – 7:00	*Départ navette pour Hotel Indigo et réception à Bazaar*	

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Vendredi 13 février

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Nigeria	Dr U. Onyebuchi
10:00 – 11:00	Mali	Dr Bamani Sanoussi
11:00 – 11:30	<u>Pause café & Photo du groupe</u>	
11:30 – 12:30	Etude TTT	Dr Saul V

ANNEXE III : Liste des Participants

Ethiopie

M. Teshome Gebre (Le Centre Carter)
Dr Daddi Jima
Dr Zerihun Tadesse (Le Centre Carter)
M. Tesfaye Teferi (Le Centre Carter)
M. Mulat Zerihun (Le Centre Carter)

Ghana

Dr Oscar Debrah
M. Jim Niquette (Le Centre Carter)

Gouvernement du Soudan

Mme. Zeinab Abdalla (Le Centre Carter)
Dr Nabil Aziz Awad Alla (Le Centre Carter)
Dr Awad Hassan

Gouvernement du Soudan du Sud

M. Gideon Gatpan (Le Centre Carter)
Dr Lucia Kur

Mali

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

Niger

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

Nigeria

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

La Fondation Arthur M. Blank

Mme. Barbara Saunders

La Fondation Bill & Melinda Gates

Mme. Erin Shutes

Cambridge University

Dr Jeremiah Ngondi

The Centers for Disease Control and Prevention

Dr Els Mathieu
Dr Stephen Smith

La Fondation Conrad N. Hilton

M. Ed Cain
Mme. Shaheen Kassim-Lakha
Mme. Jennifer Lieberstein

La Fondation Francis. I. Proctor

Dr Bruce Gaynor
Mme. Nicole Stoller

Helen Keller International

M. Chad MacArther

International Trachoma Initiative

Dr Adam Zayan

Johns Hopkins University

Dr Sheila West

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr Paul Courtright

Lions Clubs International Foundation

M. Philip Albano

Le Club Lions Ethiopie

Dr Tebebe Yemane Berhan

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr Saul Rajak

Operation Eyesight

Dr Boateng Wiafe

Pfizer Inc

Mme. Kim Frawley

Research Triangle International

Dr Dieudonné Sankara

Sight Savers International

M. Simon Bush