

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

**SIXIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE
TRACHOME**

REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter est financé par des dons généreux de la Conrad N. Hilton Foundation et de Lions Clubs International (LCIF). La sixième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome appuyés par le Centre Carter a été rendue possible grâce à la générosité de la Fondation Hilton, de LCIF et de International Trachoma Initiative.

Les personnes ci-après ont concouru à la préparation de ces comptes rendus. Nous leur sommes reconnaissants de leur contribution et soutien.

Robin Thompson
Lisa Rotondo
Mamadou Diallo
Paul Emerson
Elizabeth Cromwell

Note :

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

RESUME ANALYTIQUE

La sixième Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter s'est tenue conjointement avec l'International Trachoma Initiative (ITI) du 28 février au 2 mars 2005 au Centre Carter, à Atlanta. Grâce à la venue, pour la première fois, de deux pays recevant une assistance de l'ITI, on a pu élargir la portée de la revue et l'étendre à trois jours bien remplis. La réunion s'est tenue sous le thème des *Stratégies d'expansion*.

A l'instar des années précédentes, les objectifs essentiels de la Revue des Programmes consistaient à faire le point de l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre le trachome appuyés partiellement par le Centre Carter, à relever les obstacles rencontrés aux niveaux de la planification et de la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le trachome, à discuter des solutions et à partager les expériences, ainsi qu'à promouvoir le partage et l'uniformisation de l'information. C'est avec grand plaisir que nous avons accueilli les responsables des programmes nationaux de l'ITI provenant de l'Ethiopie, de la Tanzanie, du Maroc, du Ghana, du Mali et du Niger, en plus des directeurs régionaux pour l'Afrique francophone et anglophone, six

Tableau 1.	Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....
Tableau 2.	Objectifs annuels des Programmes nationaux de Lutte contre le trachome...
Figure 1.	Nombre de villages recevant l'éducation en matière d'hygiène, par pays
Figure 2.	Nombre de latrines familiales construites, par pays
Figure 3.	Distribution d'azithromycine, par pays
Figure 4.	Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays
Figure 5.	Villages qui ont reçu l'éducation sanitaire continue	5016
Figure 6.	Latrines familiales construites
Figure 7.	Personnes ayant reçu des antibiotiques

.....

LISTE DES SIGLES

BTF/BIF	But de traitement/intervention final
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CHANCE	CH irurgie, A ntibiotiques, N ettoyage du visage & C hangement E nvironnemental
CMA	Christian Mission Aid
FAR	Fellowship for African Relief
FL	Filariose Lymphatique
GRBP	Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières de Global 2000
GS	Gouvernement du Soudan
GOSS	Gouvernement du Sud du Soudan
HKI	Helen Keller International
ITI	International Trachoma Initiative
LGA	Collectivités locales
MFS	Ministère fédéral de la Santé
MS	Ministère de la Santé
OAT	Objectif annuel de traitement
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PLT	Programme de Lutte contre le Trachome
PNPC	Programme national de Prévention de la Cécité
NR	Northern Region (Ghana)
SF	SightFirst
SOP	Soins oculaire primaires
SSP	Soins de santé primaires
TF/TI	Trachome inflammatoire-folliculaire/intense
TT	Trichiasis trachomateux
UWR	Upper West Region (Ghana)
WVI	World Vision International

INTRODUCTION

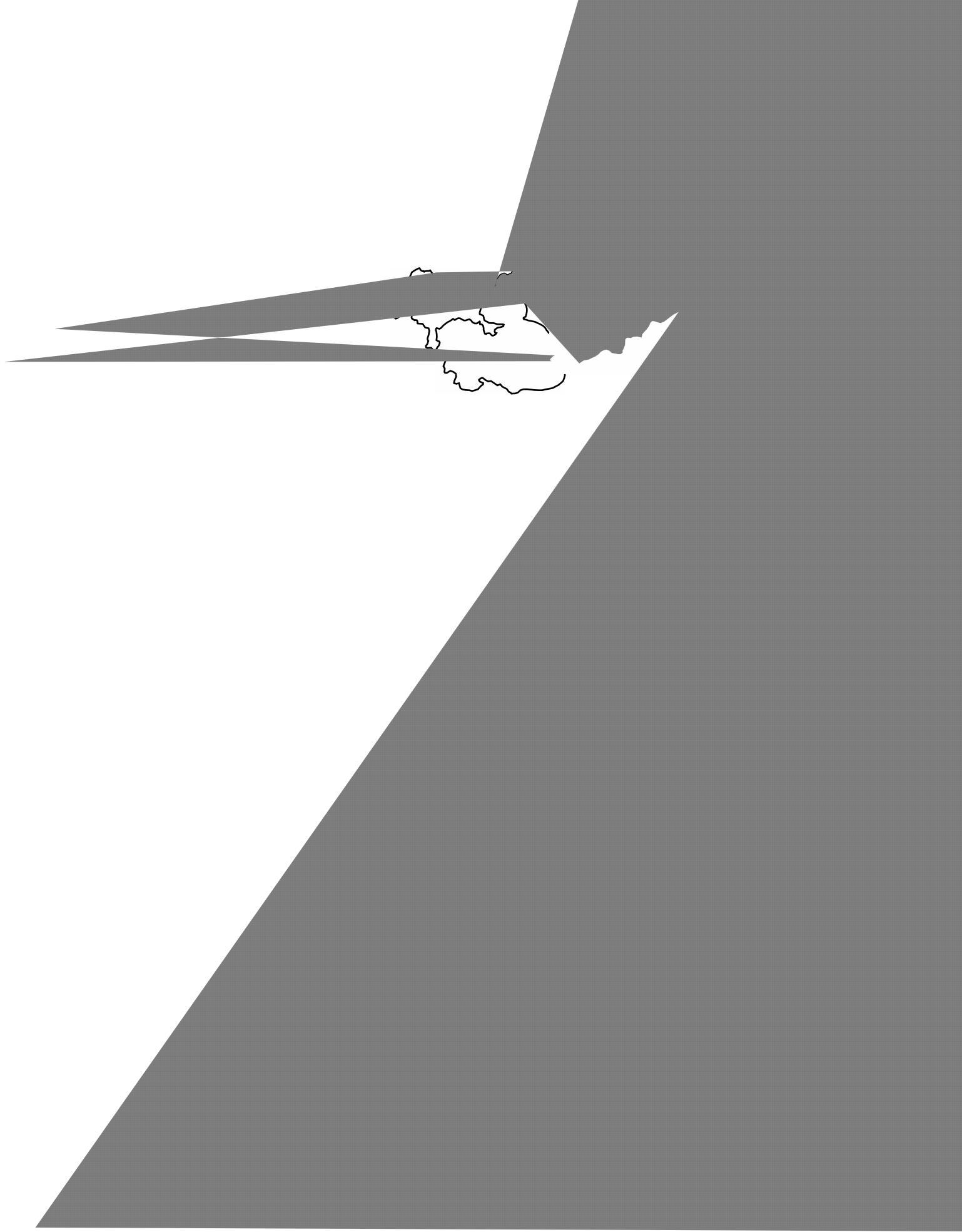
Ces comptes rendus sont l'expression des réflexions, discussions et propositions avancées lors de la sixième Revue Annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter. Ces réunions de revu

semble indiquer, d'après les actions de 2004, que ce n'est là que le début. Par ailleurs, les médicaments ne se distribuent pas d'eux-mêmes et « A » ne peut pas être de manière isolée de CHANCE. Le défi que nous devons relever, c'est de formuler des plans et des politiques pour étendre à plus grande échelle la distribution de médicaments tout en vérifiant que tous les aspects de CHANCE sont exécutés et qu'il existe une égalité dans l'accès à la stratégie.

Réalisations du programme en 2004

Antibiotiques

-



Présenté par Monsieur Teshome Gebre, Conseiller Technique Résident du Centre Carter et Docteur Anteneh Woldetensay, Centre Carter Ethiopie.

L'assistance du Centre Carter à l'Ethiopie est financée par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,25%, serait la plus élevée au monde. De plus, six millions d'Ethiopiens souffriraient de problèmes de vue (faible vision). La cataracte (40%) et le trachome (30%) sont les deux grandes causes de la cécité. Le Comité National pour la Prévention de la Cécité (NCPB), du Ministère fédéral de la Santé, estime qu'environ un million d'Ethiopiens souffrent de trichiasis trachomateux et que 10 millions en plus souffrent de trachome actif (TF ou TI). Une population de 50 à 60 millions de personnes est exposée au risque de devenir aveugle à cause du trachome.

En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, a commencé à apporter une assistance au Bureau Sanitaire Régional d'Amhara (RHB) pour lutter contre le trachome. Quatre districts dans la zone South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été

Inspiré par la réussite des trois premières années rencontrées par le PLT de South Gondar, le Centre Carter a prêté main forte pour étendre ses activités à 15 autres districts où le trachome est endémique (voir carte). Ces nouveaux districts comptent 497 villages, avec une population totale de 3 millions de personnes. Des enquêtes initiales sur la prévalence du trachome et des enquêtes CAP ont été réalisées en 2003-2004 et un plan d'action a été formulé pour 2004-2005. Les activités de lutte contre le trachome, soutenues par Lions et le Centre Carter, couvrent à présent 19 districts dans quatre zones de la région d'Amhara et une population totale d'environ 4 millions de personnes (22% de l'état régional d'Amhara).

Nettoyage du visage et éducation en matière d'hygiène (N)

En 2004, 654 villages ciblés par le PLT dans la région d'Amhara ont bénéficié d'éducation sanitaire continue. Tous les villages (kebeles) organisent des séances d'éducation sanitaire lors des rencontres publiques et lors de visites régulières dans les familles. Une formation a été apportée à 6 021 différents groupes dans les quatre zones d'intervention portant sur les techniques de mobilisation pour les activités de lutte contre le trachome. Les volontaires du trachome font un compte rendu mensuel des activités d'éducation sanitaire dans les villages en utilisant un formulaire de compte rendu standardisé. Ils évaluent également les visages propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans et le statut de la construction des latrines lorsqu'ils visitent les ménages.

Changement environnemental (CE)

La lutte contre les mouches et le changement environnemental sont des aspects très importants du PLT d'Amhara. En 2004, 89 096 latrines ont été construites. Nul doute, un tel accomplissement n'a été possible qu'avec la conviction des membres communautaires, la vision des dirigeants communautaires et l'engagement de toutes les parties concernées. Leur devise est la suivante : « Pensez grand. Commencez petit. Agissez des maintenant. » Lors de la période de promotion, des latrines modernes ont été construites dans chaque kebele de la zone d'intervention dans les lieux de rencontre publics. On a également mis en avant le rôle des femmes puisque ce sont des activistes féminines qui ont poussé à la construction et à l'utilisation des latrines.

Activités de formation

Grâce au soutien des Lions locaux, le programme sanitaire scolaire a été traduit en amharique et 38 enseignants formateurs ont été formés dans les districts du programme. Normalement, un instituteur ou une institutrice de chaque école primaire recevra une formation portant sur ce programme avec une éducation formelle sur le trachome, ainsi que des sketches ou jeux qui se dérouleront à l'extérieur de la salle de classe. Un guide du

Le Centre Carter, en collaboration avec le Bureau Sanitaire Régional d'Amhara, a également organisé une formation portant sur la communication pour le changement du comportement et la mobilisation communautaire pour la lutte contre le trachome. Un consultant spécialisé en communication a dispensé la formation aux personnes focales de district et aux coordinateurs des zones. De même, le personnel du Bureau Sanitaire Régional a reçu une formation portant sur les techniques de communication pour le changement comportemental.

	2001	2002	2003	2004	Total
Formation de groupes pour la mobilisation pour la lutte contre le trachome	0	080	138	021	7 239
Villages exécutant régulièrement des stratégies d'éducation sanitaire	0	138	155	654	N/A
Latrines construites	0	333	151	096	1 580

Chirurgie et antibiotiques (CH&A)

En 2004, 67 personnes ont reçu une formation concernant la chirurgie du trichiasis dans les quatre zones d'intervention. Un total de 23 676 personnes ont été opérées du trichiasis. Deux camps de chirurgie ont été mis en place pendant lesquels 2 385 personnes ont été opérées grâce à un don des Lions Clubs en Ethiopie en l'honneur du 80^e anniversaire du Président Carter.

En 2004, le PLT a traité 125 208 personnes souffrant de trichiasis.

Lors de la réunion de la revue annuelle du programme de lutte contre le trachome de la région d'Amhara, chaque woreda fixe ses propres objectifs pour 2005.

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage (N)

- Former 10 344 cadres PLT dans toutes les zones du programme aux fins de mobilisation pour la lutte contre le trachome
- Intensifier les stratégies d'éducation sanitaire dans les 654 kebeles
- Réaliser le programme sanitaire PLT dans toutes les écoles primaires des woredas du programme
- Travailler en étroite collaboration avec les groupements féminins dans les 19 woredas pour sensibiliser davantage au trachome et à l'utilisation des latrines

Changement environnemental (CE)

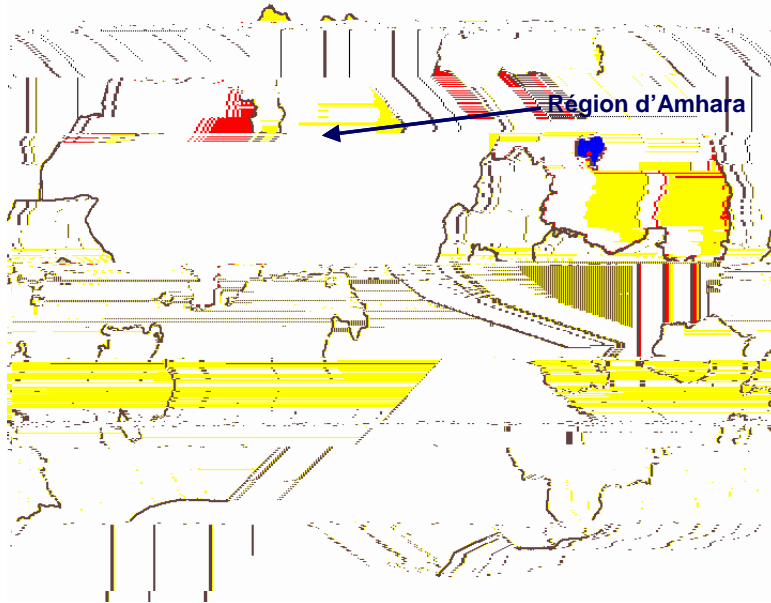
- Construire 278 966 latrines familiales avec des matériaux locaux
- Construire 120 plans d'approvisionnement en eau de petite taille, en collaboration avec CBM et ORDA

Chirurgie (CH)

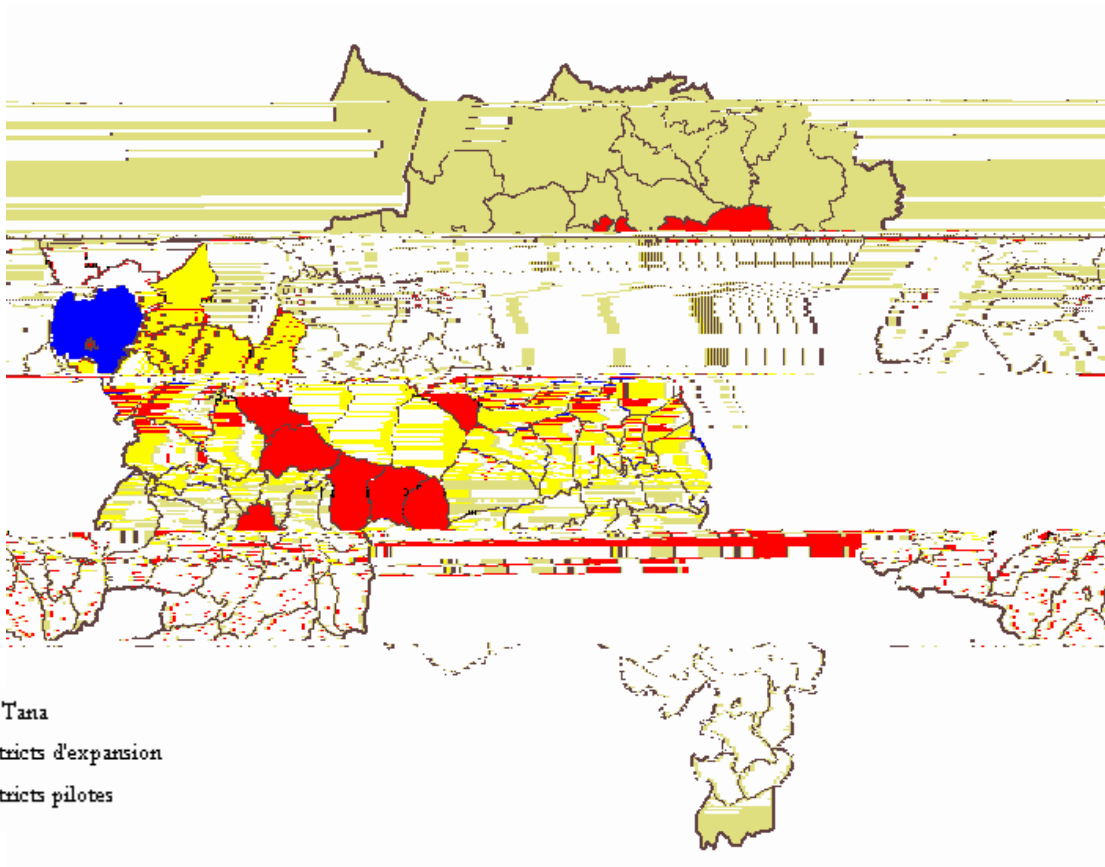
- Former 57 nouveaux chirurgiens du trichiasis
- Opérer 57 194 personnes souffrant du trichiasis
- Réaliser au moins une étude sur les récurrences du trichiasis, par zone de programme
- Superviser les chirurgiens du trichiasis par des chirurgiens spécialisés en ophtalmologie au moins une fois par trimestre

Antibiotiques (A)

- Traiter de 265 970 cas de trachome avec la pommade oculaire à 1% de tétracycline
- Atteindre en traitement de masse 3 061 419 personnes avec de l'azithromycine (woredas prioritaires pour le traitement : Ebinat, Estie, Hulet Eju Enessi, Enebsie Sarmidir, Simada, Dera Yilmanadensa et Gonchasiso Enesie—1,9 million).



Carte d'Ethiopie



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

hebdomadaires afin de faire passer le message à ceux qui ne possèdent pas de radio. Le pourcentage moyen d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec un visage propre s'élevait à 80,1%.

Le projet de promotion des latrines était le fer de lance de la campagne N&CE au Niger. Ce projet a démarré en 2002 avec, pour objet, de réduire les populations de *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et d'améliorer l'hygiène en général. La promotion des latrines est soutenue par le PNPC, le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, l'International Trachoma Initiative (ITI) et d'autres ONG locales. En 2004, le projet a aidé les villageois à construire 5 355 latrines familiales, atteignant pratiquement 200% de l'objectif annuel. L'année précédente, le projet avait aidé 1 750 ménages à construire des latrines. De plus, on a formé un total de 213 femmes pour préparer des savons traditionnels et on a appris à 150 maçons à construire des latrines. Le programme du Niger a également bénéficié de la construction de 10 nouveaux points d'eau en 2004.

Chirurgie (CH)

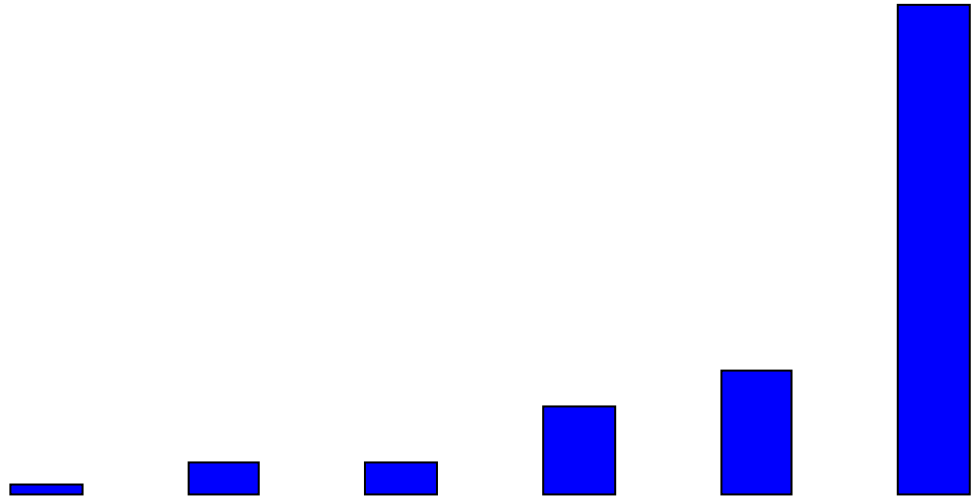
En 2004, le programme a formé 10 nouveaux chirurgiens du trichiasis intervenant dans des structures sanitaires intégrées et a distribué de nouvelles trousse chirurgicales pour le trichiasis dans 75 centres ruraux. Dans l'ensemble, 5 286 personnes ont bénéficié de chirurgie corrective du trichiasis en 2004. De 1999 à 2004, un total de 20 766 personnes ont reçu une chirurgie corrective du trichiasis (voir graphique, page 12). Il existe certains obstacles entravant la réalisation des interventions chirurgicales, notamment le recouvrement des coûts demandés pour les soins cliniques; le besoin de réaliser d'autres activités qui ne se rapportent pas au trachome mais qui comptent leur propre urgence, comme les journées nationales de vaccinations contre la poliomyélite, ainsi que la

Antibiotiques

- Traiter 3 296 280 personnes avec l'azithromycine dans le cadre des campagnes de traitement de masse

Chirurgie

- Former 20 operateurs du trichiasis



Présenté par Monsieur Raymond Stewart, Conseiller Technique Résident, Centre Carter/Soudan (Khartoum) et Madame Alice Onsarigo, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter/Nairobi. Le programme du Soudan était également représenté par le Docteur Bellario Ahoy Ngong, Directeur général, Sudan People's Liberation Movement Secretariat of Health.

L'assistance du Centre Carter au Soudan est financée par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Si le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique, il est également l'un des plus pauvres du point de vue revenu par habitant. Les activités de santé publique ne sont pas aisées dans ce vaste territoire à l'infrastructure précaire et où persiste des problèmes d'insécurité, surtout dans le sud. Le Soudan compte environ 30 millions d'habitants, dont au moins 20 millions vivent dans les états au nord. Le pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 49 années depuis qu'il a accédé à l'indépendance en 1956. Le 9 janvier 2005, un accord de paix était signé, mettant fin aux 21 ans de guerre civile, la plus longue en Afrique. Depuis 1989, une aide humanitaire est apportée au Sud du Soudan sous l'égide d'Operation Lifeline Sudan, un consortium d'organisations des Nations Unies et plus de 40 organisations non gouvernementales. Avant 2005, il n'existait pas de Lions Clubs locaux au Soudan.

On a toujours pensé que le trachome était une grave maladie au Soudan mais, jusqu'en mai 1999, on ne disposait pas de données pour étayer l'ampleur de cette maladie. A cette date, une équipe provenant du Ministère Fédéral de la Santé du Soudan (MFSS), a réalisé les premières enquêtes sur la prévalence du trachome, auprès de la population, dans deux régions du pays, avec l'assistance financière de Conrad Hilton Foundation et le soutien technique du Centre Carter. Une enquête a été réalisée dans la région de Wadi Halfa, dans le nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud (voir Carte 1). On avait pensé auparavant que le trachome était seulement un grave problème dans le nord, mais les enquêtes ont confirmé que le trachome est une cause de grave infirmité et de cécité, tant au sud qu'au nord du pays.

Face aux résultats de cette enquête, un accord a été signé un peu plus tard cette même année pour l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter. Les trois premiers partenaires (MFS, le Lions Clubs International Foundation et le Centre Carter) ont ensuite commencé à intervenir, aidés par deux organisations non gouvernementales (Chr

National de Prévention de la Cécité (PNPC) et qu'il passait sous la responsabilité de son coordinateur, le Docteur Kamal Hashim. Les activités dans les zones contrôlées par le

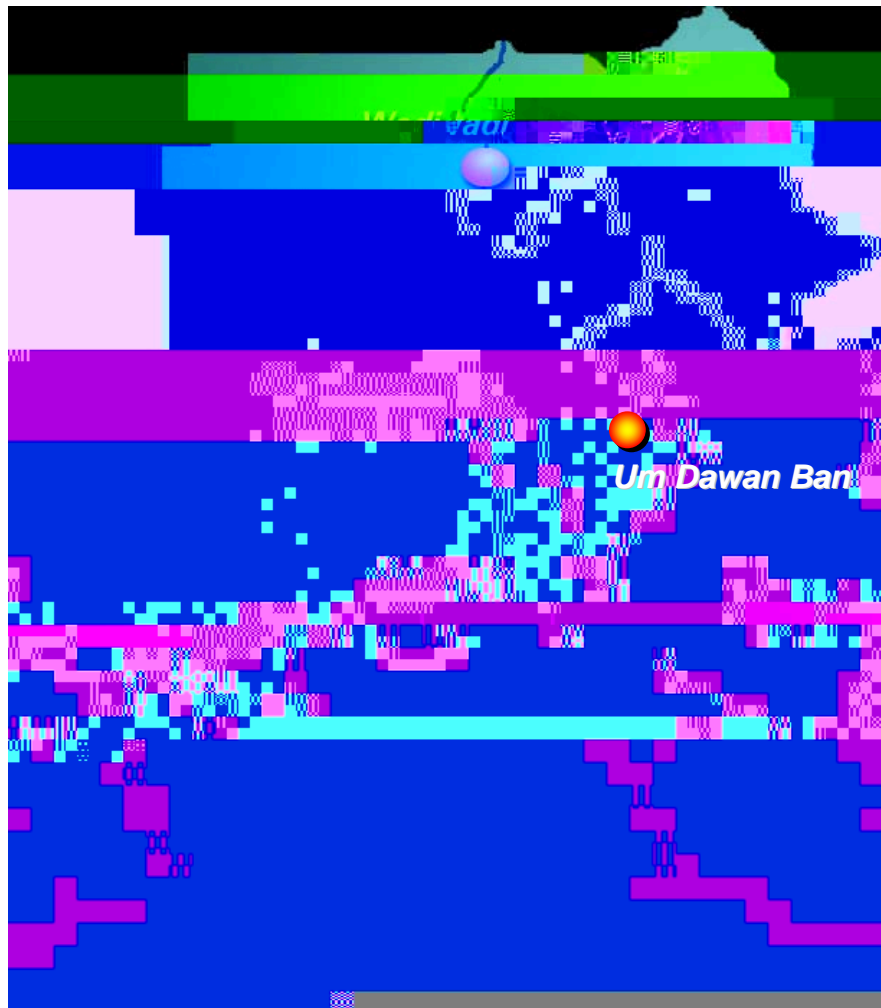
communautaires pour leur apprendre à distribuer les médicaments et leur travail a été supervisé par le personnel du programme national. Ce sont les communautés qui choisissent ces superviseurs et distributeurs, lesquels reçoivent des incitations pour leur travail. Les communautés fixent les dates de la distribution et sensibilisent les habitants avant la distribution foyer par foyer. Le programme s'est heurté à des obstacles au niveau de la distribution à cause de la structure centralisée du programme et du manque de participation communautaire, la communauté ne se sentant pas suffisamment concernée. En 2005, le programme prévoit de décentraliser la mise en œuvre au niveau des ministères des états et des diverses communautés.

- Analyser les données des enquêtes sur la pr

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

En 2004, le programme a assisté avec des activités continues d'éducation sanitaire à

Carte 1. Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan,
régions d'intervention appuyées par le Gouvernement du Soudan,
2004



*Présenté par le Docteur Bamani Sanoussi, Coordinateur National, Programme National
de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé du Mali.*

L'assistance du Centre Carter au Mali est financée par la Conrad N. Hilton Foundation.

Chirurgie (CH)

En 2004, le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali a formé 20 opérateurs du trichiasis et a distribué cinq trousse de matériel chirurgical. Un total de 2 758 personnes ont été opérées, chiffre inférieur à celui de 2003 (4 500). Le programme a cité des problèmes, notamment le manque de ressources humaines pour réaliser les stratégies avancées de chirurgie dans les communautés.

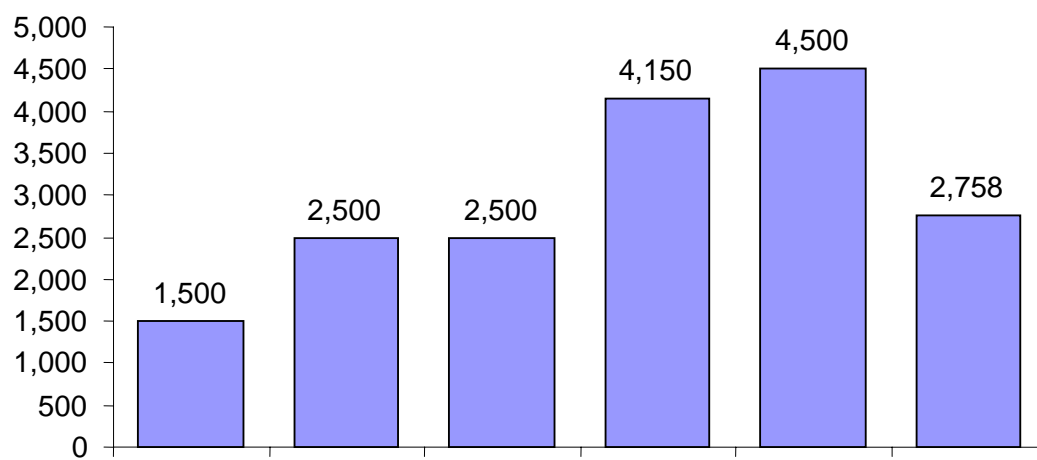
Antibiotiques (A)

En 2004, l'azithromycine a été distribuée dans 5 484 villages des régions de Kayes et de Koulikoro couvrant un total de 2 688 061 personnes. C'est une augmentation sensible par rapport aux années précédentes, atteignant plus du double de la population qu'en 2003. En 2005, le programme a l'intention d'étendre la distribution à la région de Mopti et de former 2 668 distributeurs supplémentaires d'antibiotiques. La distribution de tétracycline ophtalmologique n'a pas été mentionnée.

Promotion des latrines familiales au Mali

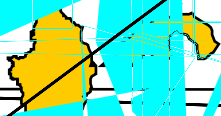


Nombre de personnes opérées du trichiasis, par an, Mali, 1999-2004



Campagnes d

ss e azith



Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana

Présenté par le Docteur Maria Hagan, Coordinatrice Nationale des Soins Oculaires et le Docteur Daniel Yayemain, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Ghana

L'assistance du Centre Carter au Ghana est financée par la Conrad N. Hilton Foundation

Données générales

Le trachome se situe au troisième rang des causes de cécité au Ghana, après la cataracte et le glaucome. C'est dans les parties chaudes et sèches au nord du pays, surtout dans les régions Northern et Upper West (NR et UWR) que l'on trouve la prévalence la plus élevée du trachome et de la cécité qu'il provoque. Une év

district qui travaille étroitement avec les agents de première ligne afin de mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les communautés ciblées.

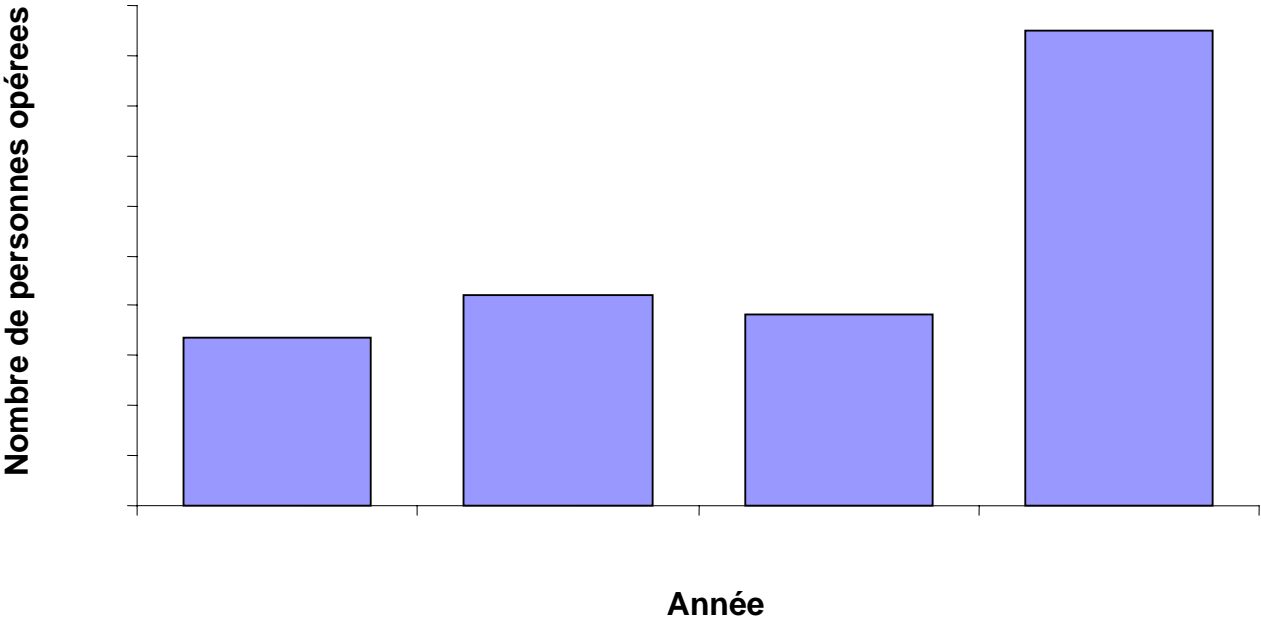
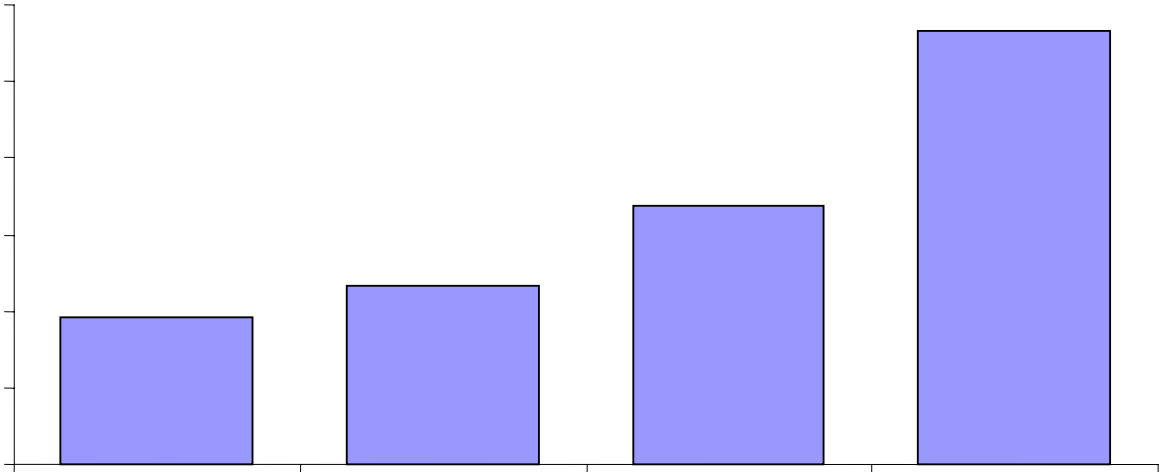
Données générales sur les activités d'intervention

En 2001, le programme du Ghana a déployé des campagnes d'amélioration de l'hygiène

Réalisations du programme en 2004

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

Villages recevant l'éducation sanitaire régulière en matière de trachome, régions Northern et Upper West, Ghana



Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie

Données générales

Selon le recensement de 2002, la Tanzanie compte une population d'environ 35 millions de personnes. Le pays est divisé en 21 régions administratives et 119 districts. Dans les années 80 et 90, la Tanzanie était l'un des pays où se déroulait la recherche qui a mené, par la suite, à la conception et à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. En 1999, le Partenariat Public-Privé (PPP) était forgé entre Pfizer, l'International Trachoma Initiative et le Ministère de la Santé de la Tanzanie et, ensuite, a commencé la distribution d'azithromycine donnée par Pfizer dans six districts. En 2003, le Programme national de Lutte contre le Trachome a étendu son champ d'action, intégrant la stratégie CHANCE à 20 plans d'action au niveau district. En 2004, la mise en œuvre des volets de CHANCE était étendue à 30 districts, soit une couverture de 8 millions de personnes.

En Tanzanie, les données indiquent que le trachome est endémique dans 50 districts. Par

Cette année, le programme s'est élargi et comprend à présent une participation

Education sanitaire- Nombre de séances	33 984	26 975	79%
Education sanitaire- Nombre de messages radiophoniques	662	705	106%
Environnement- Nombre de nouvelles latrines	80 000	5 278	7%
Environnement- Nombre de nouveaux points d'eau	363	255	70%

Objectifs du programme pour 2005

- Réaliser 33 984 séances d'IEC dans les villages d'intervention
 - Construire 20 000 latrines
 - Continuer à demander plus de ressources pour les activités N&CE
 - Intégrer la lutte contre le trachome au programme scolaire
 - Faire l'inventaire des partenaires aux projets d'eau et d'assainissement
 - Participer aux activités de plaidoyer pour l'eau et l'environnement telles que la semaine Maji (eau)
 - Formuler et distribuer un plan stratégique national pour l'Environnement, la Santé et l'Assainissement
-
- 6 000 chirurgies du trichiasis
 - Communication des directives concernant la chirurgie du trichiasis
-
- Distribuer 7 millions de doses d'azithromycine (pour atteindre 26 districts)
-
- Enquête initiale des 20 districts restants
 - Enquête communautaire dans 4 districts avec une prévalence de TF inférieure à 10%
 - Enquête de suivi des districts « équité sur le plan santé »

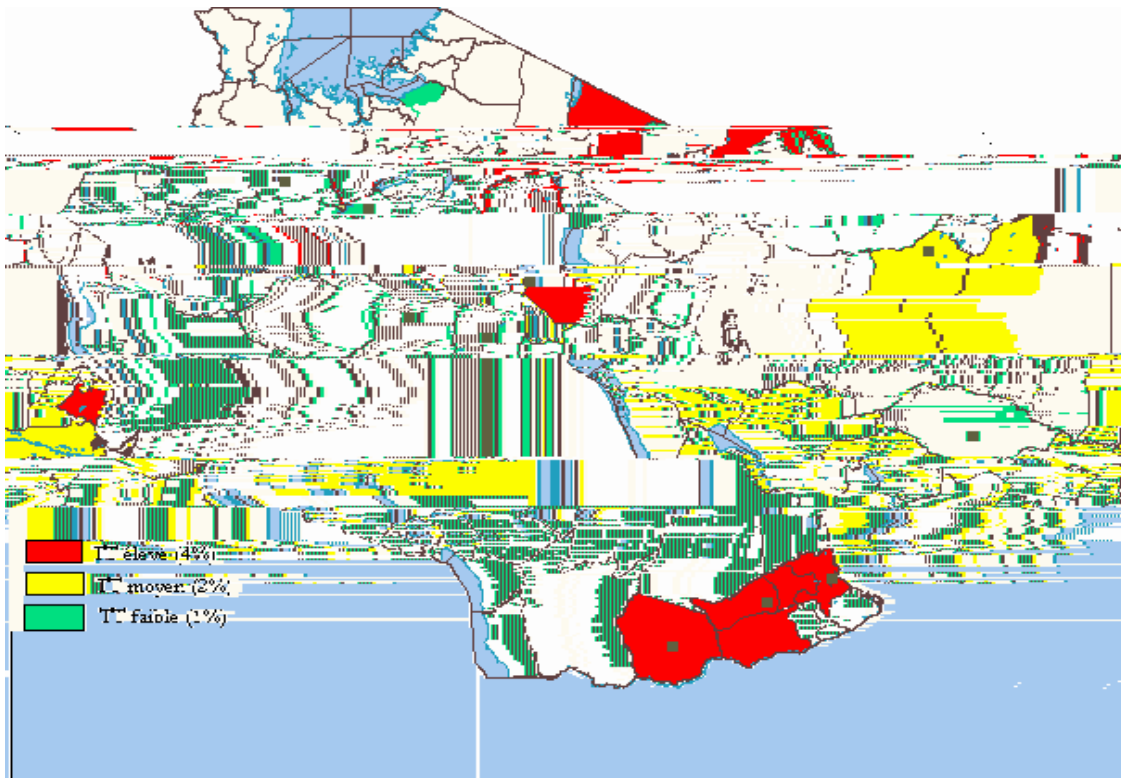
**Carte 1: Tanzanie avec les 30 districts d'intervention du
Programme de Lutte contre le Trachome**

Carte 2: Prévalence du trachome par région

Carte 3 : Zones de prévalence élevée et modérée de TF chez enfants âgés de 1 à 9 ans, les données indiquent les districts enquêtés en 2004



Carte 4 : Districts d'intervention en Tanzanie, avec prévalence TT élevée, moyenne et faible



Programme National de Lutte contre le Trachome du Maroc

Présentation préparée par le Docteur Jaouad Hammou, Programme National de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc.

Tel que présenté par le Docteur Amos Sam-Abbenyi, International Trachoma Initiative

Données générales

Le Royaume du Maroc compte une population de 30 millions de personnes et une population de 680 000 personnes exposées au risque de contracter le trachome. Le territoire est divisé en 37 provinces dont 5 dans le Sud-Est où le trachome est endémique (Errachidia, Figuig, Ouarzazate, Tata et Zagora). Le programme est réalisé en trois phases dans les 20 districts qui constituent ces 5 provinces : Phase I de 1999 à 2001, Phase II de 2001 à 2004 et Phase III actuelle de 2005 à 2007. Une évaluation des Phases I et II a été faite en décembre 2004.

L'accès à l'eau potable avant la mise en place du programme était de 40%. Pour les cinq régions, l'approvisionnement en eau potable en 2005 s'élève à présent à 80%.

La chirurgie du trichiasis est effectuée dans des centres chirurgicaux fixes, lors de stratégies avancées et lors de campagnes de chirurgie du trichiasis avec l'aide d'ophtalmologistes de la Fondation Ophtalmologique Hassan II.

Des enquêtes sur la prévalence en septembre 2004 indiquent une réduction de la prévalence du trachome par rapport à l'estimation de 1999. L'enquête a également permis au programme de cerner les districts où il faut concentrer les interventions contre le trachome et de calculer les buts d'intervention finals pour chacun des volets de la stratégie CHANCE. Armé de ces données, le programme a utilisé la distribution de masse d'antibiotiques dans le district d'Agdez, de Zagora, où la prévalence de TF reste supérieure à 10% et est passé à la formule distribution familiale à Arfoud, Zagora (zone urbaine), à Agdez (zone urbaine) et dans le district de Zagora. Ensuite, on passera au traitement individuel dans d'autres districts.

Le programme compte une campagne active de dépistage et de traitement pour le trachome actif. Le taux de couverture par antibiotiques est de 92%. Selon une enquête de 2003, 100% de la population ciblée a accès à l'eau potable à 1 heure de déplacement ou dans un rayon de 1 kilomètre et 55%-83% des ménages utilisent des latrines ou ont accès à des latrines. La prévention du trachome est inscrite au programme scolaire et la prévention de la cécité est enseignée dans les écoles primaires.

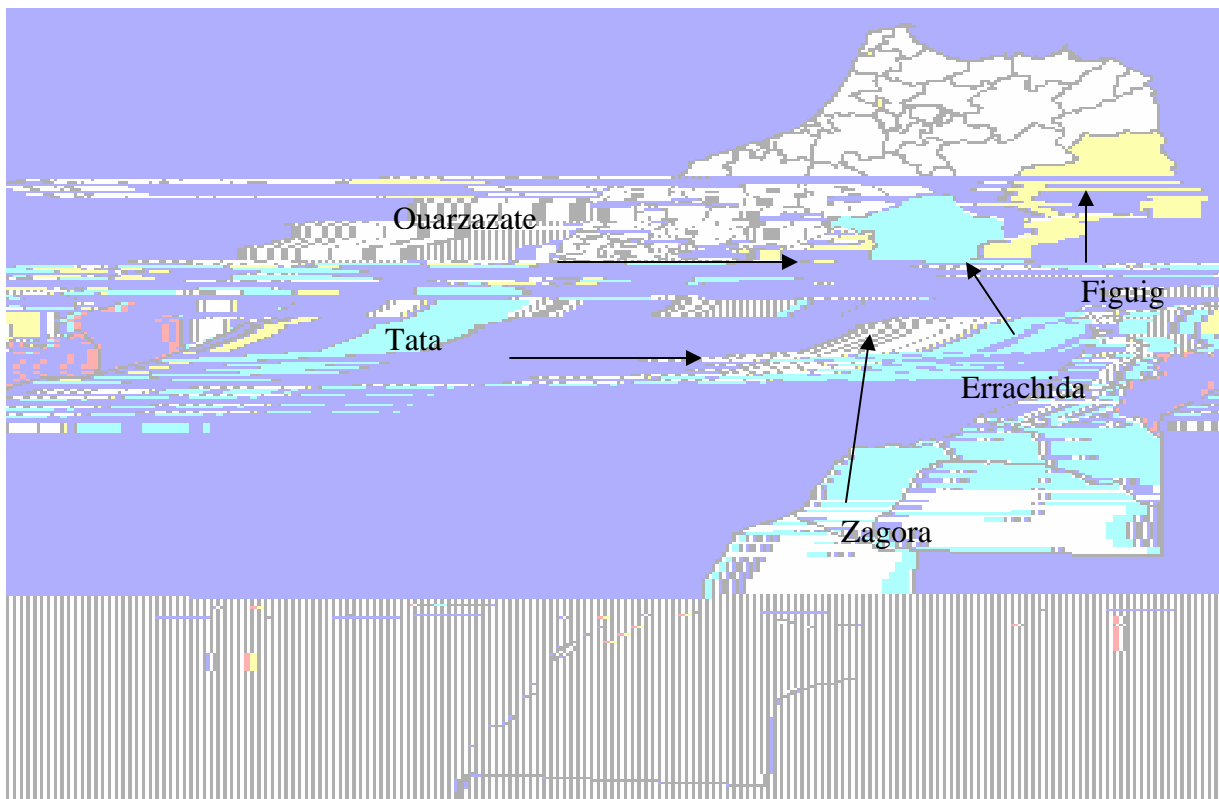
Le Programme Marocain de Prévention de la Cécité collabore avec le Ministère National de la Santé (Programme de la Santé Maternelle et Infantile, Programme de la Santé Scolaire et Universitaire), les Services Gouvernementaux (Ministères de l'Education, des Affaires sociales, de l'Équipement et l'Office national de l'Eau potable), ainsi que de nombreuses associations non gouvernementales (Fondation ophtalmologique Hassan II,

Helen Keller International, International Trachoma Initiative, Croissant Rouge Marocain) et avec la société civile par l'intermédiaire d'autres associations de développement local.

Objectifs

2005 est marquée comme l'année où le trachome cécitant sera éliminé dans le Royaume du Maroc. En 2005, le programme espère consolider la collaboration multisectorielle et renouveler l'engagement de la société civile face au programme afin de maintenir ses accomplissements. Le programme a l'intention de réaliser 6 678 chirurgies du trichiasis et de mettre en place un système de surveillance épidémiologique.

Carte du Maroc avec 5 provinces d'intervention





Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004

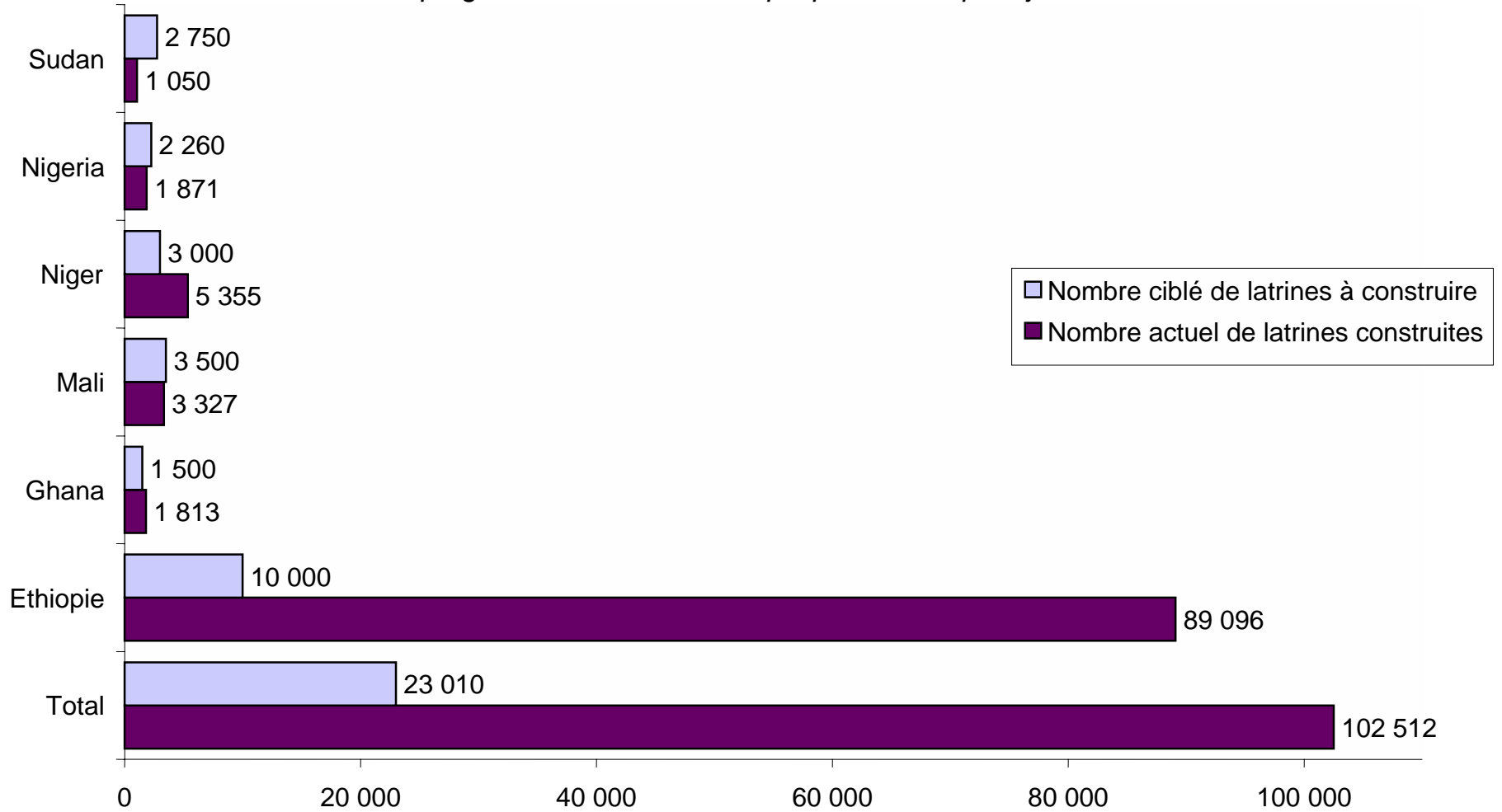


Figure 3. Distribution d'azithromycine , par pays
Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004

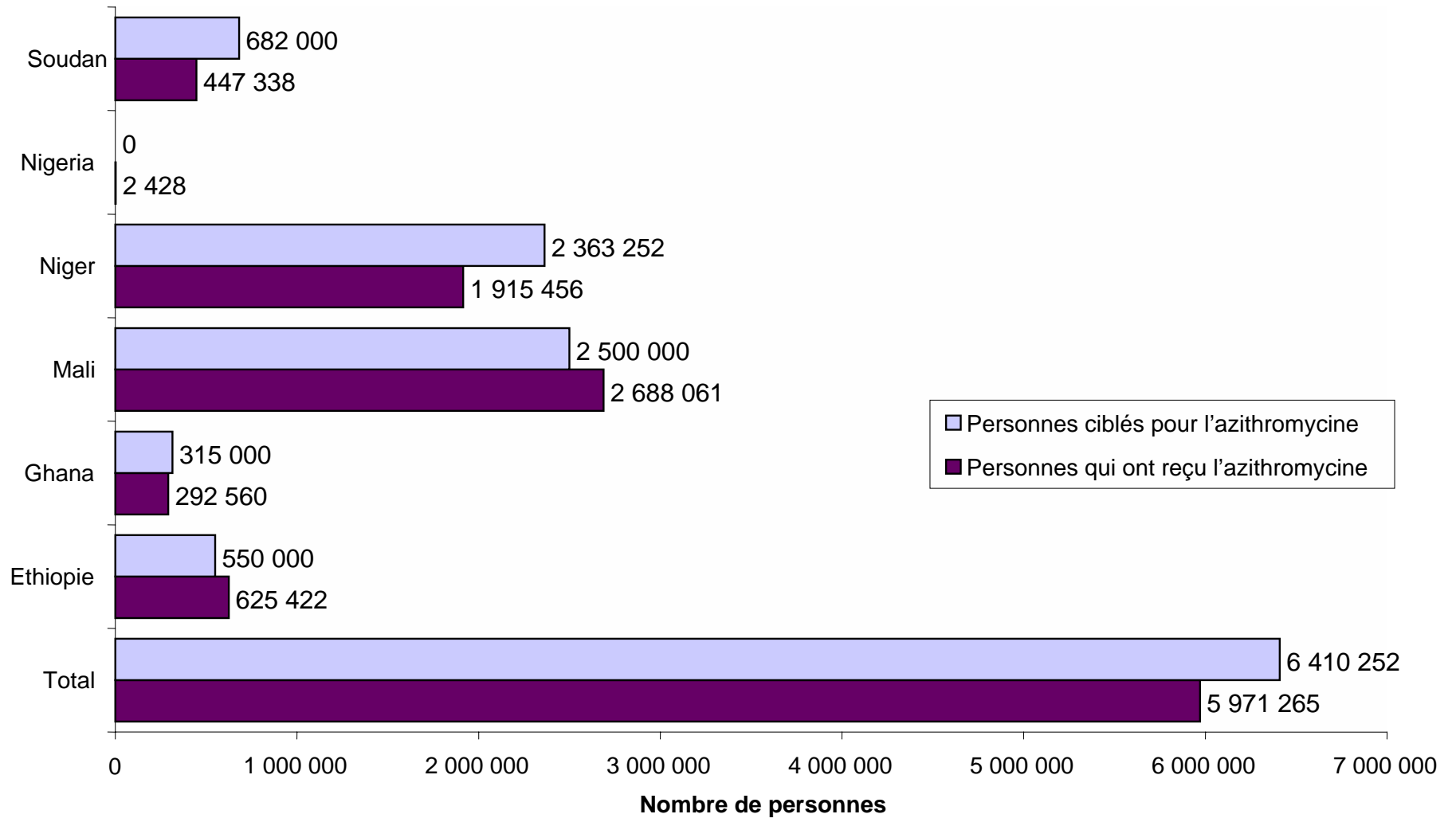


Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays
Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004

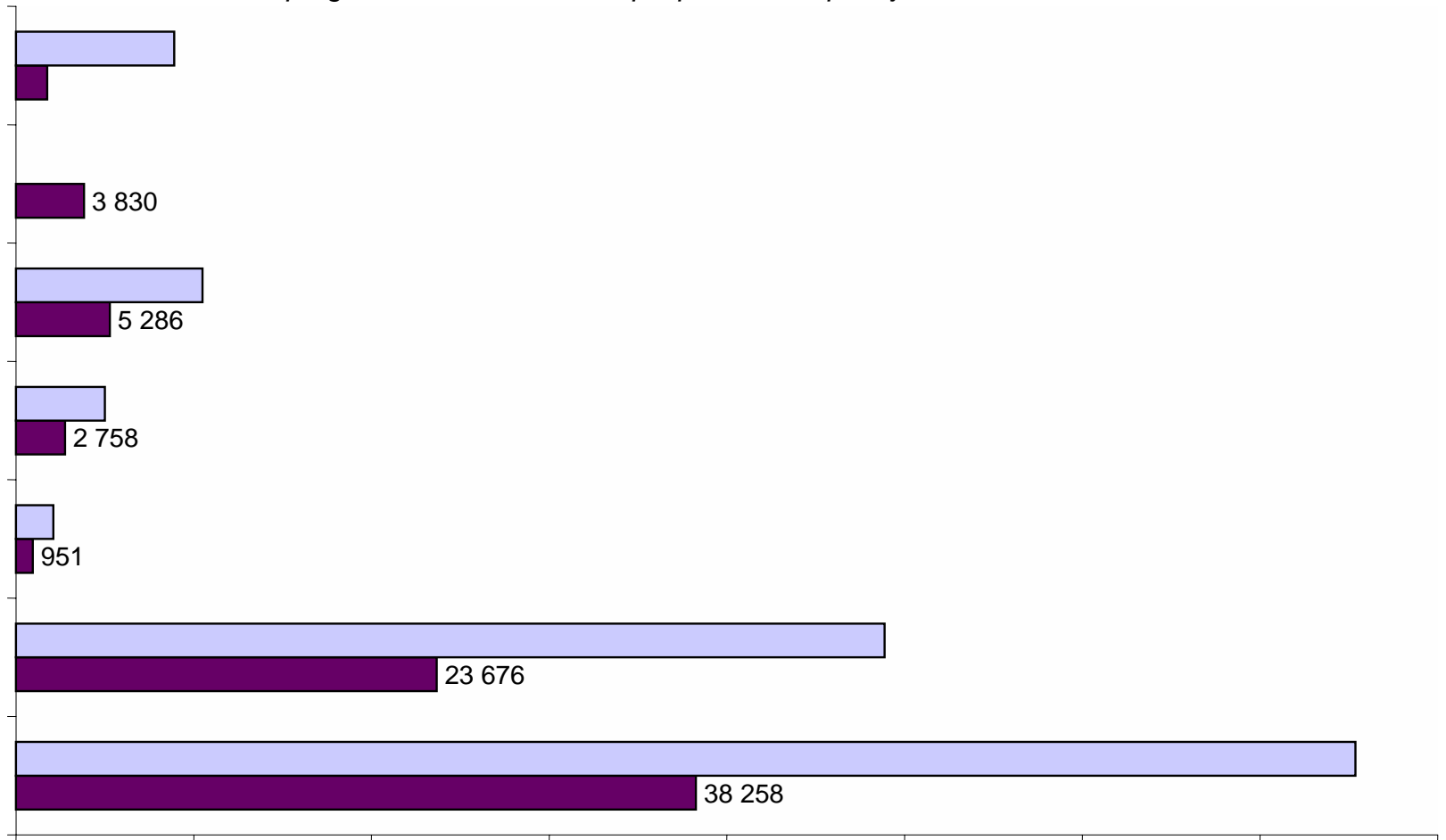


Figure 5. Villages qui ont reçu l'éducation sanitaire continue

Données nationales dans les pays recevant une assistance du Centre Carter, telles que présentées pour 2001-2004

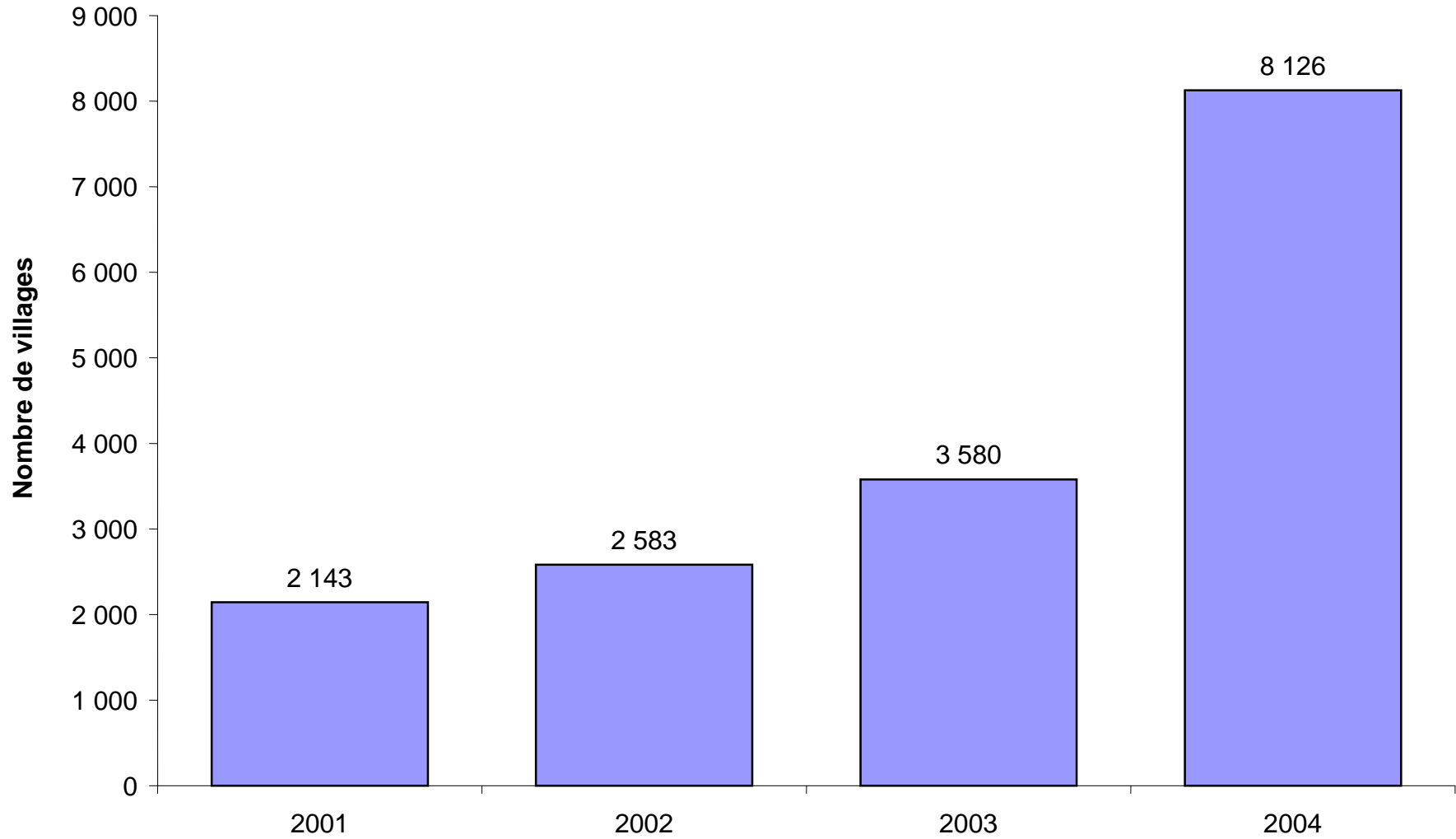
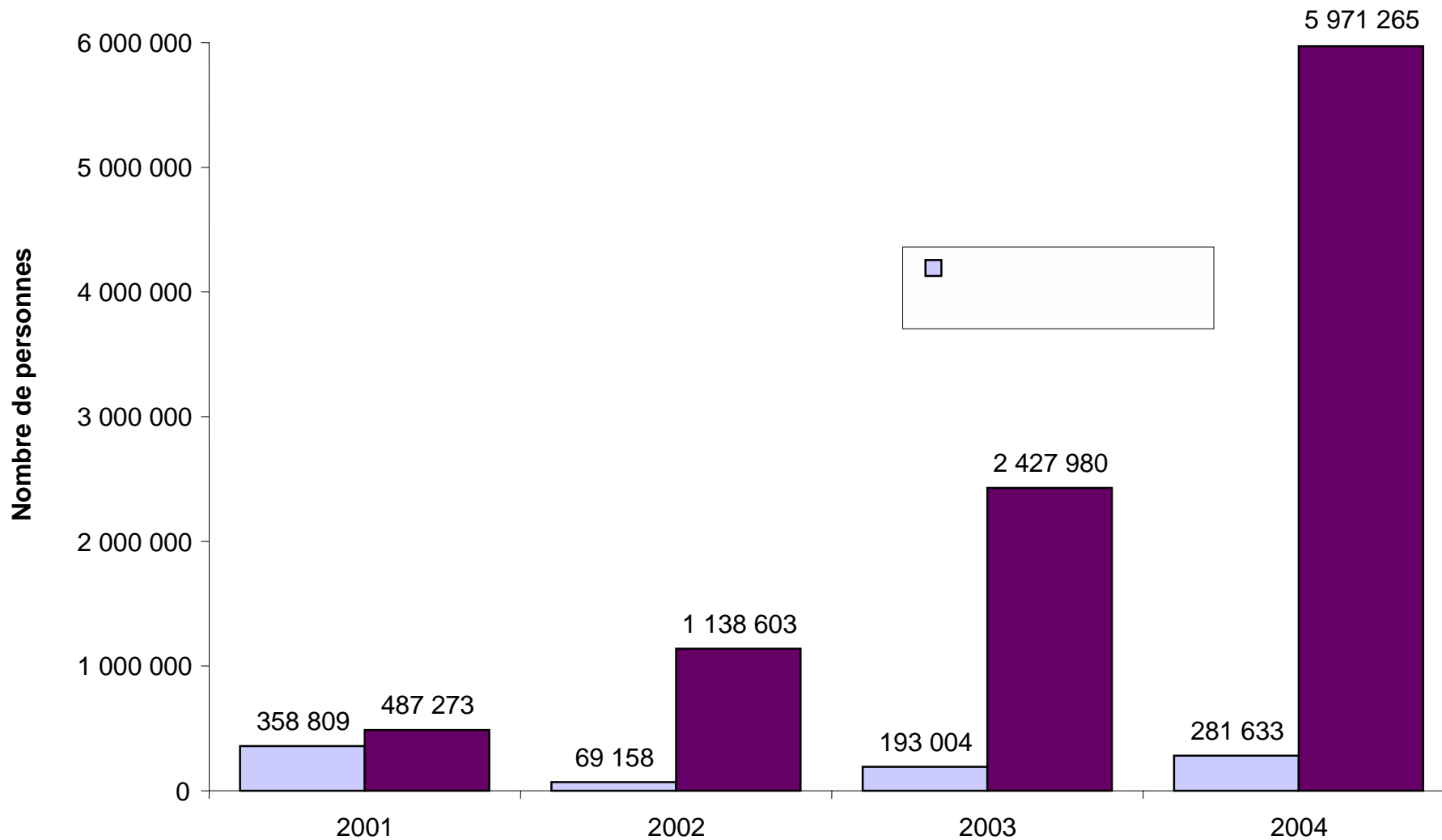


Figure 7. Personnes ayant reçu des antibiotiques

Données nationales dans les pays recevant une assistance du Centre Carter, telles que présentées pour 2001-2004



Présenté par Teshome Gebre, Conseiller Technique Résident du Centre Carter, Ethiopie

La présentation relate l'expérience dans le woreda de Hulet Eju Enessie de la zone East Gojam de l'état régional d'Amhara (carte) où plus de 26 000 latrines familiales ont été construites en 2004.

Amhara est une région durement éprouvée par la guerre, la sécheresse et la famine entraînant une considérable migration interne de gens et un sentiment d'installation temporaire dans les communautés. La couverture sur le plan assainissement serait de moins de 4% et l'accès à une eau potable de moins de 25%, une des populations donc les moins desservies au monde. FINNIDA et l'UNICEF/WES ont démarré un projet de promotion des latrines en 2001 ciblant plusieurs kebeles (groupes de villages) dans le woreda et effectuant un important travail de sensibilisation, surtout parmi les décideurs.

Les leaders ont convenu que leur capacité à promouvoir des latrines serait utilisée comme l'indicateur clé de la performance. La conviction individuelle serait démontrée par les gens construisant eux-mêmes des latrines pour leur propre famille et pour des lieux publics tels que les écoles, les centres de santé et les bureaux publics. Les gens fixeraient leurs propres objectifs en ce qui concerne la construction de latrines et apporteraient soutien et motivation aux agents de santé villageois. La performance serait suivie en faisant un compte rendu exact. Ils se sont mis à la tâche avec pour devise '*A cœur vaillant, rien d'impossible*'.

Il existe une tradition bien dépassée à Amhara interdisant aux femmes de déféquer pendant la journée. Elles étaient supposées aller à la selle le matin ou tard le soir. Cette tradition a resurgi grâce aux activistes féminines afin de mobiliser les femmes pour qu'elles poussent leurs maris à participer au programme.

Une fois que les familles ont sensibilisé la population et sont arrivées à augmenter la demande pour les latrines, on leur a appris à construire leurs propres latrines. Le programme n'a apporté aucune subvention et, par conséquent, les matériaux ont été trouvés localement. Par contre, les agents de santé ont appris aux habitants comment construire des latrines en utilisant les matériaux locaux. L'absence de subventions a mis tout le monde sur un pied d'égalité – tout un chacun qui pouvait construire une maison pour sa famille pouvait également construire des latrines pour cette dernière. Une supervision régulière maison par maison de la part de toute une armée de volontaires et de superviseurs a permis de maintenir le tempo et de garder tout le monde bien motivé.

L'exemple de Hulet Eju Enessie nous montre que toutes les populations, aussi pauvres et aussi reculées soient-elles ont toutes un énorme potentiel. Une fois que les gens considèrent que le problème du trachome ou le manque d'assainissement est leur propre problème, la solution se trouve dans leurs propres mains. En adoptant un modèle de latrines qui peuvent être construites avec des matériaux locaux, on donne bien plus de chance de succès au programme. Une subvention de simplement 20\$ par latrines aurait exigé un investissement de plus de 500 000\$, rien que pour ce woreda en 2004. Un compte rendu tenu exactement et de manière consciencieuse, se rapportant aux objectifs fixés pour eux-mêmes et facilitant les évaluations de la performance, a maintenu l'engagement et la conviction du personnel sanitaire. Cet accomplissement notable en 2004 a été récompensé puisque Hulet Eju Enessie est devenu un 'woreda modèle' servant d'exemple pour d'autres.

Vérification, connaissances, attitudes et pratiques de la construction et de

45,7% (IC 95% 40,5-51,4). Cette augmentation par rapport à 6,5% avant 2004 représente une réalisation remarquable en un temps aussi court. Probablement qu'il est plus difficile de généraliser ces résultats au vu de la petite taille de l'échantillon.

La propreté (56/116, 48%) et une meilleure santé (49/116, 42%) ont été avancées comme les principaux avantages des latrines. Parmi ceux qui n'avaient pas de latrines, presque tous (29/30, 97%) se rappelaient qu'on leur avait conseillé d'en construire une mais, s'ils ne l'avaient pas fait, c'était à cause du manque de la main-d'œuvre (11/30, 37%). La probabilité de posséder et d'utiliser des latrines était 4,7 fois plus grande (IC 95% 2,0 – 11,1) parmi les ménages urbains que chez les ménages ruraux.

La qualité de plusieurs latrines, surtout celles dans les zones rurales, n'était pas très bonne. Un grand nombre de latrines n'avaient pas la hauteur nécessaire et ne permettaient pas une utilisation suffisamment privée. Parmi ceux qui avaient construit leurs latrines en 2004, 31% avaient payé pour certains matériaux ou la main-d'œuvre avec un coût moyen parmi ceux qui avaient payé de 25,8 Birr (3DUS). Plus des trois quarts (79%) n'avaient pas de récipient d'eau à l'extérieur des latrines et aucune n'avait de savon.

Conclusion : Nous avons constaté que la présence de latrines n'était que légèrement plus

Raisons indiquées pour ne pas avoir de latrines

Lors des entretiens avec les ménages dans la zone du projet, la raison citée le plus souvent par ceux qui n'avaient pas de latrines était l'absence du chef de ménage pendant la période du projet (18%), ou alors le ménage n'était pas au courant du projet au moment où il était réalisé (15%). Un certain nombre de ménages (14%) ont également avancé d'autres raisons, telles que la préférence pour la défécation dans les champs, la crainte que les latrines ne s'écroulent ou le manque d'assistance de la part du projet. Dans la zone hors projet, c'était le manque de ressources ou la préférence pour aller dans la brousse ou les champs qui étaient les principales raisons citées. D'autres raisons ont été mentionnées : manque de ciment, latrines qui s'étaient écroulées ou manque de maçons pour construire les latrines. Dans les deux zones, 84% des répondants ont indiqué qu'ils avaient entendu parler du projet lors de sa mise en œuvre. Dans la zone hors projet, 98% des répondants ont dit qu'ils avaient utilisé des latrines dans d'autres villages ou à la ville et 97% ressentaient le besoin d'avoir des latrines.

Entretien des latrines

Les réponses au questionnaire des ménages indiquent que la plupart des familles entretiennent régulièrement leurs latrines. Sur 73 des répondants avec des latrines utilisables, 71 (97%) ont indiqué qu'ils nettoyaient leurs latrines. La responsabilité du nettoyage des latrines était répartie de manière égale entre les hommes (49% des répondants) et les femmes et les enfants (49%). Environ la moitié (51%) des répondants ont déclaré qu'ils balayaient uniquement les latrines, alors que 31% les lavaient avec de l'eau et 18% ont fait savoir qu'ils balayaient et lavaient. Chose plus préoccupante par ailleurs : seuls 10% des répondants ont signalé qu'ils vidaient leurs latrines.

Une inspection visuelle a été faite de toutes les latrines des ménages de l'étude, à l'aide d'une liste de vérification standard. La plupart des latrines (62%) avaient une clôture ou fermeture et 13 % seulement des latrines avec des portes. La superstructure était

a 8 . 7 T i p g T D 9 T J o

pour vider la fosse, de faire un revêtement en béton de la fosse, d'apprendre aux gens comment vider la fosse et de réduire les mauvaises odeurs. Ils ont indiqué que les latrines Sanplat étaient utiles pour les membres de la famille et les visiteurs. La dalle est solide et peut être réutilisée. Par contre, la fosse doit être revêtue de briques en ciment au lieu des briques de boue pour éviter que la fosse ne s'effondre. Lors des discussions en focus groups, les villageois ont estimé le coût des latrines entre 30\$ et 100\$ US pour le ménage, comparé au coût du projet de 50\$ US. A leur avis, il était impossible que chaque ménage ait des latrines car tout le monde ne pouvait pas payer la contribution de 65 % du coût total des latrines.

Conclusions et recommandations

Le programme a permis d'augmenter la couverture en latrines de 4% en 1994 à 39% en 2004 et a noté qu'une proportion élevée des membres de la famille utilisait effectivement les latrines. Le programme n'a pas été reproduit dans une communauté voisine et la promotion des latrines Sanplat n'a pas continué, pas même dans la zone du projet.

Nos recommandations sont les suivantes :

- Mettre davantage en avant les bénéfiques autres que ceux de la santé dans les messages d'éducation sanitaire (côté privé, prestige et côté pratique) lors de la promotion des latrines.
- Encourager la participation communautaire et soutenir les programmes d'éducation sanitaire à l'école.
- Envisager d'offrir un choix dans le type de latrines.
- Mettre en place un mécanisme pour fournir les matériaux de construction nécessaires et équiper la communauté des compétences nécessaires.
- Former et équiper un nombre suffisant de maçons.
- Former les maçons pour leur apprendre les différentes options pour vider le trou lorsqu'il est rempli.
- Envisager une fosse plus profonde.
- Créer un contexte constructif par le biais

Fabrication de savon traditionnel pour la lutte contre le trachome au Niger

Présenté par Monsieur Ali Amadou, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter, Niger

Outre l'eau, le savon joue un rôle important pour améliorer l'hygiène personnelle. Ce message a été mis en exergue par le Programme de Lutte contre le Trachome (PLT) du Niger lors de séances d'éducation en matière d'hygiène dans les zones rurales de Zinder. C'est en effet dans cette région du Niger où le trachome est le plus endémique et les villages sont parmi les plus pauvres au monde. Le manque d'hygiène, tant personnelle qu'environnementale, expose la population au risque de contracter le trachome cécitant et un grand nombre d'autres maladies. Le PLT du Niger a mis sur pied, en 2002, un programme réussi de latrines et d'hygiène à Zinder comptant un volet d'éducation

**Si nous les construisons, viendront-ils ?
Un exemple de construction de latrines en Gambie**

*Présenté par le Docteur Paul Emerson, Directeur Technique du Programme de Lutte
contre le Trachome,*

de transport. Chose qui a suscité une certaine controverse : le projet a également fait une contribution au comité de développement villageois d'environ 5 \$ par latrine terminée. Le projet s'est attiré des critiques : comment pouvait-il maintenir dans le temps et « pour payer les gens pour construire quelque chose que nous souhaitons qu'ils aient mais qu'eux n'ont pas envie d'avoir ».

Cherchant ainsi à voir si ces critiques étaient effectivement justifiées, nous avons fait un suivi des 666 latrines construites dans les 32 villages, trois ans en moyenne après qu'elles ont été construites. Nous avons constaté que l'accès aux latrines était de 95% (il se situait à 32% au moment de leur construction) et que 87% des latrines construites étaient fonctionnelles.

communauté, que le ciment et les autres matériaux peuvent être achetés et que la demande reste solide.	les gens sont préparés à faire des réparations fréquentes et que la demande reste solide.
--	---

Risques

Couverture insuffisante Difficile d'avoir un véritable effet sur l'accès aux latrines au sein de la population.	Des latrines de mauvaise qualité ne créent pas de demande future Les opinions changeront bien vite suite à de mauvaises expériences (latrines qui s'effondrent, utilisateurs qui se blessent).
--	---

International Trachoma Initiative : Le passé, le présent et les progrès

Présentée par Dr. Jacob Kumaresan, International Trachoma Initiative

En 1998, la Fondation Edna McConnell Clark et Pfizer Inc ont lancé l'International Trachoma Initiative (ITI), ONG se consacrant uniquement à l'élimination du trachome cécitant. ITI soutient les programmes nationaux de lutte contre le trachome dans les pays où la maladie est répandue, tel que déterminé par l'Organisation mondiale de la Santé et collabore avec les ministères de la santé et d'autres partenaires pour cerner les zones ciblées par la lutte contre le trachome. ITI concourt également à la formulation de plans nationaux pour la mise en œuvre de **CHANCE** et aide à mobiliser les ressources tant humaines que financières pour soutenir les efforts d'élimination de la maladie.

CHANCE est une approche novatrice à base communautaire, servant à combattre le trachome sur deux axes - traitement de l'infection et suppression des lésions cicatricielles. Elle élargit l'accès aux soins de santé dans les régions où le trachome est endémique tout en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la maladie – médicales, comportementales et environnementales. La stratégie recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé repose sur les volets suivants :

- Chirurgie pour traiter le trichiasis—signe avant-coureur de la cécité ;
- Antibiotiques pour traiter la maladie active—l'azithromycine donnée par Pfizer Inc. (Zithromax[®]);
- Nettoyer le visage pour réduire la transmission ; et,
- Changer l'Environnement pour modifier les déterminants de la vulnérabilité.

En 1999, ITI a apporté 1.15 TD31 Twa ls8, la

prévalence est élevée. De plus, le zithromax a été distribué chaque année à 680 000 personnes – 100% de la population à risques.

Peut-on éliminer le trachome avec les seuls antibiotiques ?

Présenté par Dr. Jaya Chidambaram, chercheur, UCSF Proctor Foundation

Jusqu'à très récemment, le trachome était une maladie qui affligeait pratiquement le monde entier. Ces 10 à 20 dernières années, nous avons assisté à l'élimination de la maladie en Europe de l'Est et aux Etats-Unis – le dernier cas documenté de trachome actif aux Etats-Unis a été enregistré dans les années 70. Les définitions suivantes sont adoptées actuellement pour l'éradication, l'élimination ou la lutte contre une maladie quelle qu'elle soit :

- **Eradication:** Réduction mondiale du niveau d'infection ramené à zéro.
- **Elimination :** Réduction locale du niveau d'infection ramené à zéro- demandant parfois une intervention continue.
- **Lutte :** Réduction du niveau d'infection à un niveau acceptable- demandant une intervention continue.

La disponibilité d'une seule dose d'antibiotique d'une grande efficacité a changé notre approche de traitement du trachome.

Stratégies de traitement de masse par antibiotique

L'azithromycine est efficace à 95% pour l'élimination de l'infection à chlamydia. Pour l'infection oculaire à chlamydia, des études aléatoires ont montré que l'azithromycine pouvait réduire de manière sensible l'infection tant au niveau individuel qu'au niveau communautaire.

On a cherché à évaluer dans une certaine mesure l'effet des différentes stratégies de traitement de masse par antibiotique. On a noté, suivant un seul traitement de masse avec de l'azithromycine en Egypte, en Tanzanie et en Gambie, une nette réduction de l'infection, juste deux mois après, bien que l'infection soit revenue dans ces communautés 12-14 mois après le traitement à la fin de l'étude.

Quelques études ont évalué les traitements de masse répétés. Dans un village de la Tanzanie, une seule distribution de masse de l'azithromycine a été suivie par un traitement annuel ciblé des cas de trachome actif tous les 6 mois. Après une période de 24 mois, il ne restait qu'un seul cas infecté dans le village. De même, le traitement annuel répété des enfants dans des villages du Népal sur une période de trois ans a permis de pratiquement éliminer l'infection dans cette communauté : il ne reste plus qu'un seul cas.

Mais un traitement unique de masse par antibiotique est-il efficace dans le long terme?

Notre étude réalisée en collaboration avec Orbis Ethiopie a constaté qu'un traitement unique de masse permet effectivement de réduire le niveau d'infection oculaire à chlamydia au sein d'une communauté connaissant une prévalence moyenne de 43,5% à l'enquête initiale la faisant passer à un niveau nettement inférieur 2 mois après le traitement. Par contre, l'infection est revenue dans la communauté, passant à un niveau élevé après 18 mois. L'infection est revenue lentement et n'est encore qu'à une prévalence moyenne de 9,8% à 18 mois après le traitement. C'est la présence d'une tendance séculaire vers un nombre moindre de cas qui explique probablement le lent retour de l'infection.

Que faut-il faire pour éliminer le trachome ?

Il faut assurer une couverture en antibiotique pour réduire l'infection oculaire à chlamydia dans une communauté. Un traitement de masse par antibiotique doit être administré. Par contre, l'effet s'estompera dans le temps. Aucun programme de lutte contre le trachome n'utilise uniquement les antibiotiques dans sa stratégie de traitement du trachome. Il faut chercher à évaluer l'efficacité d'autres mesures comme le nettoyage du visage et les changements de l'environnement pour juger de leur impact possible sur la pérennisation de la lutte contre le trachome.

**Elimination de l'infection oculaire par *C. trachomatis* après une dose
d'azithromycine**

*Présentée par le Dr Anthony Solomon, Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de
Londres*

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande un traitement annuel de masse à base d'antibiotiques dans toute région où la prévalen

habitants ont apporté *C. trachomatis* avec eux et apparemment, ils n'ont pas infecté leurs contacts familiaux. D'après les analyses présentées dans ce document, l'utilisation de pommade ophtalmologique à base de tétracycline après le traitement de masse ne semble pas avoir un grand impact sur la charge de l'infection au sein de la communauté bien qu'on ne puisse nullement ignorer l'effet possible de cette intervention.

Si l'on en juge d'après les résultats, une seule série de traitement de masse à base d'azithromycine permet effectivement d'interrompre la transmission de l'infection oculaire *C. trachomatis* dans ce village. Et cela a probablement été possible à cause de la couverture antibiotique extrêmement élevée. Certes, le résultat est encourageant mais il sera bien plus difficile de vérifier que 95% des habitants reçoivent l'antibiotique en question aux niveaux district ou national. Une recherche opérationnelle devra être faite pour expliquer les raisons pour lesquelles tout le monde n'accepte pas les antibiotiques offerts dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome.

Si l'étude en question n'a pas éprouvé cette hypothèse, il est probable pourtant que des efforts concertés pour mettre en œuvre les volets N et CE de CHANCE auraient eu un effet supplémentaire prolongeant l'impact du traitement de masse par antibiotique. Aussi recommande-t-on de continuer à éduquer et à sensibiliser les communautés d'endémicité, à encourager le nettoyage du visage, à améliorer l'approvisionnement en eau et à adopter davantage de méthodes hygiéniques d'élimination des matières fécales humaines, en sus de la prise d'antibiotiques.

Intégration de l'élimination de la filariose lymphatique et du trachome cécitant

*Présenté par M. Jonathan King, U.S. Centers for Disease Control,
et Dr Peter Kilima, International Trachoma Initiative*

La filariose lymphatique (FL) est une maladie parasitaire qui endommage les vaisseaux lymphatiques pouvant entraîner le lymphoedème, l'hydrocèle et l'éléphantiasis. Il existe 120 millions de personnes, d'après les estimations, qui sont infectées par le parasite qui est à l'origine de la FL et 43 millions sont invalidées par cette maladie. Plus d'un milliard courent le risque de contracter l'infection dans plus de 80 pays où la maladie est endémique.

Le trachome est la principale cause de cécité évitable dans le monde. Cette maladie bactérienne attaque l'intérieur de la paupière supérieure et la cornée. Les enfants sont particulièrement vulnérables au stade inflammatoire précoce de la maladie. Après de nombreuses infections, la cornée subit des lésions cicatricielles. Il s'en suit également un épaissement de la conjonctivite et une déformation de la paupière. Les cils finissent par rentrer à l'intérieur et ce frottement sur le devant de l'oeil mène à l'opacité de la cornée et en fin de compte à la cécité, généralement à l'âge adulte. Environ 84 millions de personnes souffrent de la maladie active dans 46 pays en développement. Le trachome et la filariose lymphatique coexistent dans un grand nombre de ces pays. Les deux maladies affligent généralement les pays pauvres où les gens ont un accès limité à des services comme l'approvisionnement en eau et les soins de santé. L'Assemblée Mondiale de la Santé a lancé un appel pour que soient éliminées ces deux maladies, recommandant d'interrompre la transmission et de traiter ceux souffrant de ces maladies.

En intégrant les programmes de lutte contre la FL et les programmes de lutte contre le trachome (PLT), on a toutes les chances d'augmenter leur efficacité et d'aider ainsi les Ministères de la Santé à étendre à plus grande échelle les services à toutes les régions où ces maladies sont endémiques. Intégration ne veut pas dire expansion d'un programme qui va absorber l'autre mais c'est davantage la recherche d'une synergie permettant d'avoir un plus grand impact sans compromettre la stratégie CHANCE. Intégration ne veut pas dire qu'un programme prend le dessus de l'autre mais c'est davantage la création de liens pour améliorer la prestation de services de santé avec les ressources existantes. L'intégration peut se faire à différents niveaux du système de santé et suppose une bonne collaboration, coordina

supervision d'un grand nombre des mêmes membres du personnel et des mêmes volontaires aux niveaux des districts et sous-districts.

En août 2004, les responsables des programmes FL et PLT se sont rencontrés à

**Utilisation des données pour la planification de programme
(En insistant sur N et CE)**

*Présentée par le Dr. Paul Emerson, Directeur Technique du Programme de lutte contre le
Trachome, Centre Carter, Atlanta*

Une solide base de données probantes est chose inestimable lorsqu'on planifie et qu'on met en œuvre des programmes. Il ne suffit pas d'avoir une connaissance commune car c'est cette base d'informations qui guide les programmes pour qu'ils concentrent les ressources sur les domaines où existe le plus de besoin, planifient des stratégies de mise en œuvre qui sont adaptés au contexte en question, justifient les octrois de ressources, déterminent des objectifs et buts réalistes, démontrent les progrès réalisés en vue d'atteindre ces objectifs et font ressortir l'impact des programmes.

4. La présence de poussière ou autre saleté sur le visage
5. La présence de mouches sur le visage.

Le système de classement final est probablement une combinaison d'indicateurs dichotomiques prédisant le mieux si un enfant a eu son visage lavé ou non ce jour là.

Collecter et utiliser les données pour les interventions en matière d'hygiène

Une approche étape par étape peut être utilisée pour mettre au point, planifier et exécuter une intervention réussie de promotion de l'hygiène.

Mise à jour de l'OMS

Présenté

Enquête sur la prévalence du trachome dans douze districts des Régions au Nord et à l'Ouest du Ghana

Présentée par le Dr Daniel Yayemain, Coordinateur du Programme de Lutte contre le Trachome, Ministère de la Santé, Ghana

Le Ministère de la santé et le Service de santé du Ghana sont fermement engagés à éliminer le trachome comme une cause de cécité au Ghana. Aussi, ont-ils fixé la date à 2009 plutôt que 2020. Une enquête sur la prévalence a été réalisée, avec l'aide de l'ITI dans tous les districts d'endémicité au Ghana, afin de pouvoir mieux planifier les activités. Les résultats préliminaires de cette enquête ont été présentés.

But de l'enquête

L'enquête devait dégager des données initiales pour le programme et déterminer les districts où des interventions s'avèrent nécessaires. Des données ont été collectées sur la prévalence de signes de maladie active chez des enfants âgés de 1 à 5 ans, sur les cicatrices trachomateuses chez les femmes âgées de 40 ans et plus et sur la disponibilité d'eau potable et de latrines.

Méthodologie

Le programme a utilisé une procédure d'échantillonnage aléatoire aux niveaux communautaire, concession, ménage et individuel. La collecte a été réalisée par des infirmiers spécialistes en ophtalmologie faisant partie du programme des soins oculaires. Une formation leur avait été donnée portant sur les techniques d'enquête et le classement des divers stades du trachome. L'enquête a été utilisée comme occasion pour traiter tous les gens ayant des signes de maladie active et pour inscrire sur la liste des interventions chirurgicales tous ceux dont on constaté qu'ils souffraient de trichiasis.

Résultats

Résultats choisis de la présentation

District	Nombre de
-----------------	------------------

West Mamprusi	42	626	6.8	0.8	59.5	3.7
Yendi	40	630	3.5	1.0	80.0	1.9
Zabzugu/Tatale	44	723	6.7	0.4	65.9	0.3

On a examiné un total de 40 183 personnes de 8 681 ménages dans 551 communautés : 19 796 enfants de 1 à 5 ans et 20 387 femmes de 40 ans et plus. Dans l'ensemble, 222/551 (40%) des communautés avaient une prévalence de signes de trachome actif de plus de 5% et 124 (23%) avaient une prévalence du trichiasis de plus de 1%. Les signes de maladie active se situaient dans une fourchette allant de 0-53,3% et le trichiasis de 0-13%.

Il existe un bon accès à l'eau salubre bien que les régions d'East Gonja, Saboba/Chereponi et West Mamprusi ne soient pas sans problème. L'accès aux latrines au niveau ménage est un des plus faibles au monde, allant de 0 à 9,6%.

Conclusions et interprétation

Le trachome est en train de reculer au Ghana. Il subsiste par contre des foyers de maladie avec des signes de maladie active de 50% ou plus. Les communautés retenues par l'enquête comme foyer de maladie changeront probablement dans le temps, le long du cycle normal du trachome, d'où la nécessité de déployer des interventions sur l'ensemble du district à l'aide de la stratégie CHANCE.

Ces données servent de base pour le suivi du programme et l'évaluation de l'impact du plan quinquennal.

Formation des volontaires villageois pour l'éducation sanitaire au Mali

Présenté par M. Yaya Kamissoko, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter, Mali

Une enquête réalisée dans la région de Ségou en 2003 a montré que seuls 3% (17/515) des répondants avaient reçu une éducation portant sur le trachome de la part de l'agent de santé villageois ou communautaire alors que cette proportion était de 29% (150) pour ceux qui avaient pris connaissance des messages sur le trachome à la radio. De deux choses l'une : où les animateurs villageois ne faisaient pas suffisamment d'efforts ou alors ils étaient trop peu pour atteindre la population à risques.

Aussi, a-t-on mis sur pied un programme de sélection et de formation de volontaires pour qu'ils interviennent dans les 277 villages cibles. On a demandé aux chefs des villages de nommer deux personnes dans leur village (de préférence un homme et une femme) qui seront formées comme volontaires. On a bien insisté sur le fait qu'il s'agissait d'un travail de volontaire (nous voulions en effet de véritables volontaires qui ne recevraient pas de paiement).

Voici les critères de sélection. Les volontaires :

- 1) devaient habiter dans le village
- 2) devaient être capables de lire et d'écrire dans au moins une langue
- 3) s'ils savaient lire et écrire en français, c'était un avantage
- 4) devaient être prêts à travailler sans paiement mais avec des cadeaux occasionnels comme des casquettes et des teeshirts.

Les volontaires ont été invités à se rendre dans un centre de santé pour une formation de deux jours, en groupes de 20. On leur a donné des informations sur le trachome et on leur a appris à utiliser du matériel d'éducation sanitaire, leurs -1.s()anté poue vol0.00006 Tc 0.

Renforcer les programmes de santé publique dirigés par la communauté en utilisant les systèmes de filiation en Afrique subsaharienne

Présenté par le Dr. Moses Katarwa, Epidémiologiste du Programme de Lutte contre l'Onchocercose, Centre Carter, Atlanta

Alors que nous étendons à plus grande échelle la distribution d'azithromycine, la question du coût lié à la distribution de chaque dose prend une importance toujours plus grande. D'après certaines informations, le coût de l'administration en masse de ce médicament varie allant de 0,15\$ en Ethiopie à 0,60\$ au Niger.

entière de l'effort bascule : de distribution d'un programme on passe à distribution à la famille, plus qu'un effort, à présent il s'agit d'épauler la famille. Pour les distributeurs, il ne s'agit plus tant d'assumer ses responsabilités mais davantage de traiter celui qui fait partie de son clan. Aussi, est-ce une tâche que l'on fait avec plaisir – non seulement on s'entraide mais vient également le danger – dire non à la famille ne va pas sans représailles. Et pourquoi donc risquer d'être excommunié par la famille parce qu'on n'a pas apporté l'aide qu'on était supposé donner ?

Outre les obligations sociales et morales au sein d'un clan, il existe également ces rivalités qui perdurent depuis des générations. Même si elles sont prises sur un ton de plaisanterie, elles n'en sont pas moins profondément ancrées. Aucun membre de telle famille rivale de l'autre groupe apprendrait avec plaisir que les gens de l'autre groupe ont été mieux traités que ceux du sien. C'est ce type de rivalité qui assure la pérennisation du programme. L'expérience a montré que les distributeurs commencent à demander des médicaments auprès des superviseurs au moment de la distribution annuelle et le programme n'a plus besoin de les recruter par la suite.

L'utilité des structures apparentées ne se limite pas à la distribution de médicaments. Il faut également intervenir par le biais de ces clans familiaux pour apporter une éducation sanitaire à une proportion importante de la population et pour susciter un changement de comportement durable. Si on ignore le tissu social et les systèmes juridiques connexes et si on met en péril la manière normale de vivre, guère de chance d'arriver à un impa

ANNEXE I : La maladie

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

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

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

ANNEXE II : ORDRE DU JOUR FINAL
STRATEGIES D'EXPANSION
Sixième Revue annuelle des Programmes de Lutte
contre le Trachome
Centre Carter, Cecil B Day Chapel
28 février – 2 mars 2005

Lundi 28 février

7h30 – 8h00	<u>Petit déjeuner/foyer Ivan Allen</u>	
8h00 – 8h30	Bienvenue et remarques de présentation	Dr Donald Hopkins
Volets N&CE de la stratégie CHANCE		
8h30 – 9h00	Présentation et discussion de l’Ethiopie	Ato Teshome Gebre
9h00 – 9h30	Présentation et discussion du Ghana	Dr Maria Hagan
9h30 – 10h00	Présentation et discussion du Mali	Dr Bamani Sanoussi
10h00 - 10h30	<u>Pause café/foyer Ivan Allen</u>	
10h30 – 11h00	Présentat.Ø 0.48 -27.72 ref	

International Trachoma Initiative

M. Ibrahim Jabr

Dr Peter Kilima

Dr Jacob Kumaresan

Dr Lorenzo Martinez

Dr Amos Sam-Abbenyi

M. Christian Stengel

**London School of Hygiene and Tropical
Medicine**

Dr. Anthony Solomon

Pfizer Inc.

Mr Robert Mallett

Ms. Atiya Ali

World Vision USA

M. Samuel Jackson

Dr Joseph Riverson

Organisation Mondiale de la Santé

Dr Silvio Mariotti

Emory University

M. Ayman Elsheikh

M. Sadi Moussa

Dr Nicolas Menzies

Fondation Proctor

Dr Jaya Chidambaram

Sight Savers International

Ms. Catherine Cross

Consultante indépendante

Dr Laura Frost