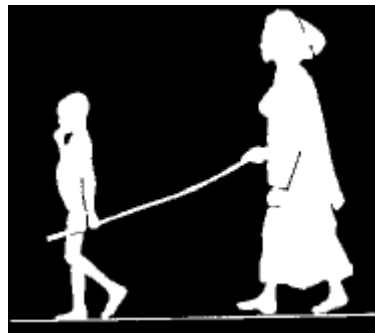


COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

TROISIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME
REALISES AVEC L'ASSISTANCE DU CENTER CARTER

Augmenter le nettoyage des visages
et réduire les mouches!



Le Centre Carter
11-12 Mars 2002

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

cnhf



REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter est financé grâce à des dons généreux de la Fondation Conrad N. Hilton, de la Fondation *Lions Clubs International* (LCIF), ainsi que par des dons généreux, en nature, de Zithromax® faits à certains pays par Pfizer Inc, par l'entremise de l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI). La troisième revue annuelle de programmes, pour les programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter, a pu être réalisée grâce à la générosité de la Fondation Hilton, de LCIF et de Novartis Ophthalmics, Amérique du Nord.

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

Ms Misrak Makonnen	Le Centre Carter
Ms Jennifer Moore	Le Centre Carter
Ms Robin Poovey	Le Centre Carter

Note :

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

RESUME ANALYTIQUE

La troisième revue annuelle de Programmes, pour les programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter, s'est tenu les 11 et 12 mars 2002 au siège du Centre Carter, à Atlanta. La réunion s'est déroulée sous le thème suivant : **Augmenter le nettoyage des visages, réduire les mouches !** A l'instar des années précédentes, la Revue de Programmes avait pour objet d'évaluer l'état d'avancement de chaque programme national de lutte contre le trachome, d'identifier les problèmes rencontrés pour la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre le trachome, d'évaluer les obstacles et les problèmes au niveau de la mise en oeuvre des programmes et de discuter des solutions, ainsi que de promouvoir le partage et la standardisation de l'information. A cet égard, lors de notre troisième année ensemble, une attention spéciale a été accordée à l'amélioration de l'hygiène environnementale, surtout par le biais du contrôle des mouches. La discussion de la surveillance du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre le trachome a continué, s'inspirant de séances spéciales organisées lors de chacune des deux précédentes revues annuelles de programmes.

Les coordinateurs nationaux et régionaux de programmes de lutte contre le trachome, représentant les Ministères de la Santé du Ghana, du Mali, du Niger, du Nigeria et du Soudan, ont assisté à la revue annuelle. En outre, les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les représentants du Ghana, Ethiopie, Mali, Niger, Nigeria et Soudan ont également participé à la réunion. Y participaient par ailleurs des représentants de la Fondation Conrad N. Hilton, de la Fondation *Lions Clubs International* (LCIF), de Pfizer Inc, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de *Helen Keller Worldwide* (HKW), de l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), de *World Vision International*, des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des Etats-Unis, du *Medical Research Council* du Royaume-Uni et de *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et de l'Université Emory. Cette année, le médecin chef du Mouvement de Libération du Soudan (Peoples' Liberation Movement ou SPLM) a assisté à la revue de programme pour discuter des activités de lutte contre le trachome mises en oeuvre dans les zones recevant une assistance d'OLS/S-Soudan.

Chaque programme de pays a fait des présentations sur la situation actuelle et les projets pour l'année suivante, suivies par des discussions ouvertes. Cette année, les présentations des programmes des divers pays étaient réparties en deux groupes : les composantes nettoyage du visage et changement de l'environnement (N&CE) ont été discutées pendant le premier jour, la chirurgie et le traitement antibiotique (CH&A) le second jour. Ce changement structurel attirait l'attention des participants sur des aspects particuliers de CHANCE et encourageait un examen plus approfondi et plus équilibré de chaque programme national en insistant sur les composantes N&CE. Les présentations comportaient des données épidémiologiques et des études sociologiques sur le trachome dans chaque pays, ainsi qu'une mise à jour des interventions déployées dans le cadre des programmes. On a également présenté des plans de suivi et d'évaluation des programmes et les partenariats avec d'autres ministères et organisations de développement international. Les discussions portaient sur les réussites, les contraintes et les défis rencontrés par chaque programme. Des recommandations pour chaque pays pour améliorer leurs activités de lutte contre le trachome ont été proposées et discutées par tous les participants. Il convient de noter deux des accomplissements les plus importants de la troisième revue

annuelle de programme: chaque programme national a fixé des objectifs mesurables pour l'année 2002 et des progrès très importants ont été faits par le groupe entier en vue de standardiser les indices du suivi et d'évaluation des programmes.

TABLE DES MATIERES

SIGLES	5
INTRODUCTION	6
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU GHANA	8
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU MALI	14
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGER	18
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU SOUDAN	23
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DE L'ETHIOPIE	32
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU NIGERIA	37
RECOMMANDATIONS GENERALES	43
TABLEAUX ET GRAPHIQUES RECAPITULATIFS	44
SUIVI ET EVALUATION	48
CONTROLE DES MOUCHES	52
DOSAGE D'AZITHROMYCINE PAR TAILLE	56
INITIATIVE DE FORMATION EN SANTE PUBLIQUE DE L'ETHIOPIE	58
UTILISATION DE QUICKEN POUR GERER LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS	60
ANNEXE I : LA MALADIE	61
ANNEXE II : ORDRE DU JOUR DE LA REVUE DE PROGRAMME	62
ANNEXE III : LISTE DES PARTICIPANTS	64

SIGLES

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

INTRODUCTION

Le Programme de Lutte contre le Trachome mis en œuvre par le Centre Carter a démarré en 1998, grâce à un don de la Fondation Conrad N. Hilton. Grâce à ce don, le Centre Carter travaille en collaboration avec des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome au Ghana, au Mali, au Niger, au Yémen et au Nigeria. En 1999, dans le cadre de l'Initiative *SightFirst* de Lions-Centre Carter, le Centre a élargi ses activités de lutte contre le trachome et a également commencé à apporter une assistance à l'Éthiopie et au Soudan. Le Centre Carter travaille directement avec des gouvernements nationaux et régionaux, des Lions Clubs locaux et d'autres organisations partenaires, s'attaquant au trachome par le biais d'interventions à base communautaire, de recherche opérationnelle et de plaidoyer. Au Mali, au Soudan et au Ghana, les programmes nationaux de lutte contre le trachome ont reçu, en 2001, des dons de Zithromax de Pfizer Inc, par le biais de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome.

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

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

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

d'autres partenariats. Ce concept a été appliqué avec succès au Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières de Global 2000 et, depuis 1999, au Programme de Lutte contre le Trachome.

Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana

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

Données générales

La cataracte et le glaucome sont les principales causes de cécité au Ghana, suivies par le trachome. Le trachome, source de cécité, est surtout présent dans les régions chaudes et sèches au Nord du pays, surtout dans les régions au Nord et à l'Extrême Ouest (NR et UWR) (voir cartes). Il est intéressant de noter qu'il n'existe que peu de cas de trachome et de dracunculose dans la région à l'Extrême Est, qui est située près des deux régions où le trachome est endémique. Cette situation est probablement due à sa configuration géologique, lui conférant un meilleur accès à de l'eau potable. Une évaluation rapide du trachome (TRA3) a été faite en juillet 1999, avec l'aide de l'Equipe spéciale nationale du Trachome, CBM et le Centre Carter, en utilisant une méthodologie OMS modifiée. Le TRA3 a établi l'existence du trachome, source de cécité, dans les régions NR et UWR et a aidé à classer par ordre prioritaire les villages où le trachome est endémique pour y déployer des activités de traitement et de prévention. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de Lutte contre le Trachome à réaliser la première enquête, auprès de la population, sur la prévalence du trachome, dans les régions de l'Extrême Ouest et du Nord.

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

Réalisations du programme en 2001

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène environnementale

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana dispose d'*agents de première ligne* (enseignants, agents de santé environnementale, agents de santé communautaires et volontaires villageois) qui fournissent une éducation en matière de santé et d'hygiène aux communautés où le trachome est endémique. Les canaux utilisés pour l'éducation en matière de santé sont les suivants :

- Présentations et discussions sur l'éducation sanitaire, en face-à-face et en groupe.
- Annonces et programmes de discussion à la radio.
- Présentation de vidéos mobiles dans les communautés où le trachome est endémique.
- Sketches communautaires et durbars (réunions dans les villages du Ghana avec divertissements, présentations et discussions).

En 2001, l'éducation sanitaire sur les activités de lutte et de prévention du trachome comportaient 93 annonces radiophoniques, 42 séances de sketches/théâtre, 12 séances de chefs et de dirigeants d'opinion et 10 présentations de vidéos dans des communautés des deux régions où le trachome est hyper endémique.

Agents de première ligne

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana a formé 134 enseignants et 93 agents de santé communautaires en 2001. Ces agents de première ligne apportent une éducation en matière d'hygiène en milieu scolaire, aident les volontaires villageois au niveau de l'éducation sanitaire et aident également les agents de santé à enregistrer les membres communautaires pour le traitement à base d'antibiotiques. On apprend aux enseignants à inspecter quotidiennement l'hygiène des élèves, à faire un dépistage pour la conjonctivite et à organiser des journées de nettoyage de l'environnement.

En 2001, le programme a également formé 54 agents de santé environnementale en vue d'inspecter les concessions familiales, tout en mettant l'accent sur l'évacuation des eaux usées et des ordures. En outre, ils fournissent une éducation en matière d'hygiène aux membres de la communauté et mobilisent les communautés pour les journées de salubrité. Les agents de santé environnementale travaillent avec des assemblées locales et des ONG pour construire des structures sanitaires. Le classement prioritaire des communautés où le trachome est endémique est mis à jour par les agents de santé environnementale.

Quatre-vingt-treize agents de santé communautaires ont reçu une formation dans le cadre du PLT du Ghana en 2001. Ces agents de santé intègrent leurs activités de lutte contre le trachome à leur travail régulier avec les mères et les enfants et supervisent également les volontaires villageois qui exécutent des activités de lutte contre le trachome. Lors des campagnes communautaires de traitement par antibiotiques, les agents de santé communautaire apportent une éducation sanitaire, individuelle et collective à la communauté. Plus de 600 volontaires villageois ont reçu une formation. Ces volontaires font des présentations d'éducation sanitaire en utilisant du matériel mis au point avec l'assistance de World Service Trust de la BBC.

La supervision revêt une grande importance dans le cadre du travail avec les agents de première ligne. Le programme a mis au point une liste de vérification de la supervision pour renforcer cette supervision et des formulaires pour collecter des données de routine sur les activités d'éducation sanitaire dans les communautés où le trachome est endémique (voir Figure I).

Chirurgie

En 2001, trois districts de la région du Nord ont enregistré 218 patients du trichiasis, dont tous ont bénéficié d'une intervention chirurgicale pour corriger leur trichiasis. La région de l'Extrême Ouest a enregistré 129 avec des interventions chirurgicales pour 118 (91%). Un total de 347 patients ont été enregistrés et 336 (67%) chirurgies ont été réalisées.

Antibiotiques

Grâce au don généreux de zithromax par Pfizer, on a pu réaliser la première distribution de 100 000 doses d'Azithromycine dans deux régions où le trachome est endémique. Avant le traitement communautaire avec les antibiotiques, les agents de santé avaient reçu une formation sur la

pharmacologie du médicament, le mélange, le dosage en utilisant des bâtons pour mesurer la taille et sur le suivi des effets secondaires. L'Azithromycine a été donnée à tous sauf aux femmes enceintes, aux enfants de moins d'un an et aux personnes très malades, qui ont reçu à la place la pommade tétracycline pour les yeux. Les communautés avec des taux de TF/TI supérieurs à 20% ont reçu un traitement de masse avec l'Azithromycine. Les communautés où le trachome est endémique avec des taux de TF/TI inférieurs à 20%, ont reçu un traitement ciblé où seuls les femmes et les enfants ont été traités. Dans l'ensemble, 71 438 (81%) des 88 237 personnes enregistrées ont été traitées avec de l'Azithromycine et 6 196 avec de la tétracycline pommade pour les yeux.

Cibles pour 2002

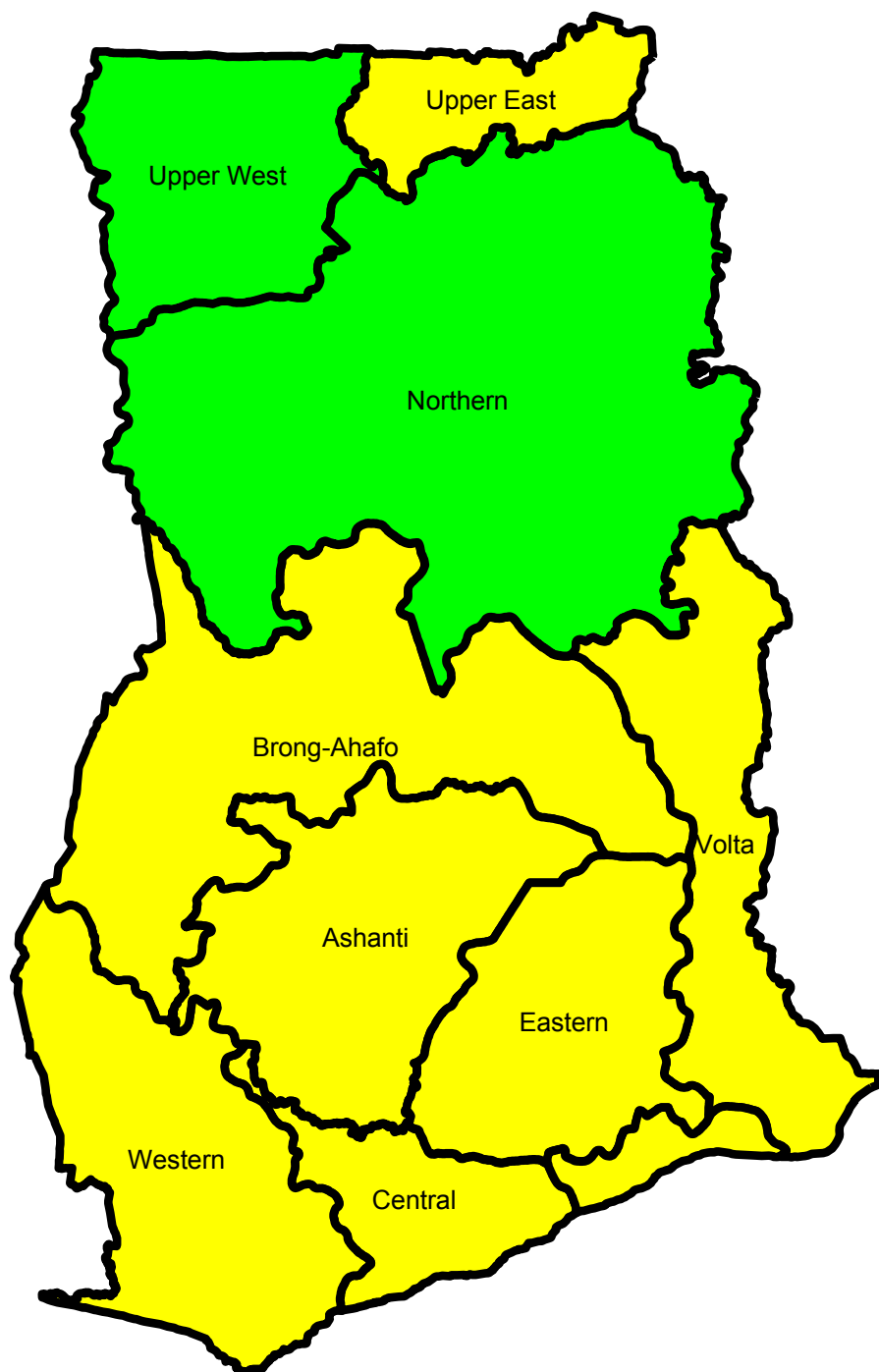
- Augmenter de 25% le nombre des villages d'intervention, le faisant passer de 225 à 280 villages.
- Réaliser une éducation en matière d'hygiène dans les 280 villages ciblés.
- Construire 300 latrines et installer 30 points d'eau pour les villages où le trachome est endémique.
- Traiter 100 000 personnes avec l'Azithromycine.
- Réaliser 500 chirurgies du trichiasis et former six chirurgiens en matière de trichiasis.

Recommandations




- Le PLT du Ghana devrait terminer son étude proposée du caractère saisonnier du trachome actif.
- Des clubs d'écoute à la radio devraient être organisés dans les villages où la maladie est hyper endémique. Le Centre Carter fournira une assistance technique et financière à cette fin.
- Le PLT du Ghana devrait chercher des partenaires pour travailler au niveau de l'approvisionnement en eau.

CARTE DU GHANA

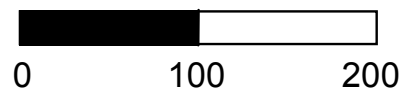
INDIQUANT LES ZONES D'INTERVENTION
POUR LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME



LEGENDE

-  Regions
-  Pas d' intervention
-  Zone d'intervention

KM



CARTE DU NORD DU GHANA

INDIQUANT LES ZONES D'INTERVENTION
POUR LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

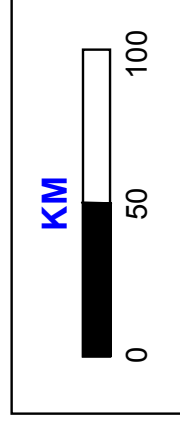
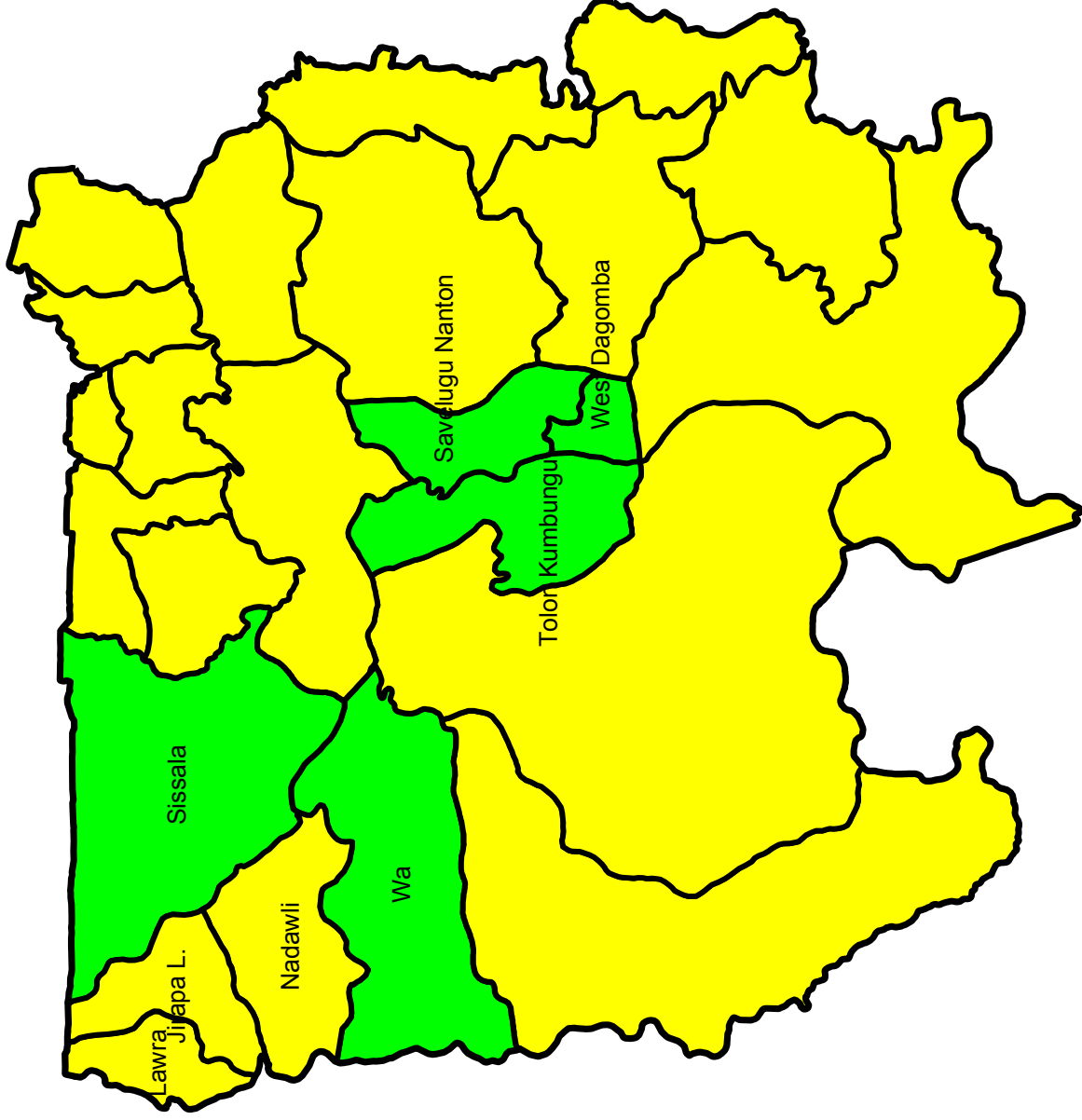
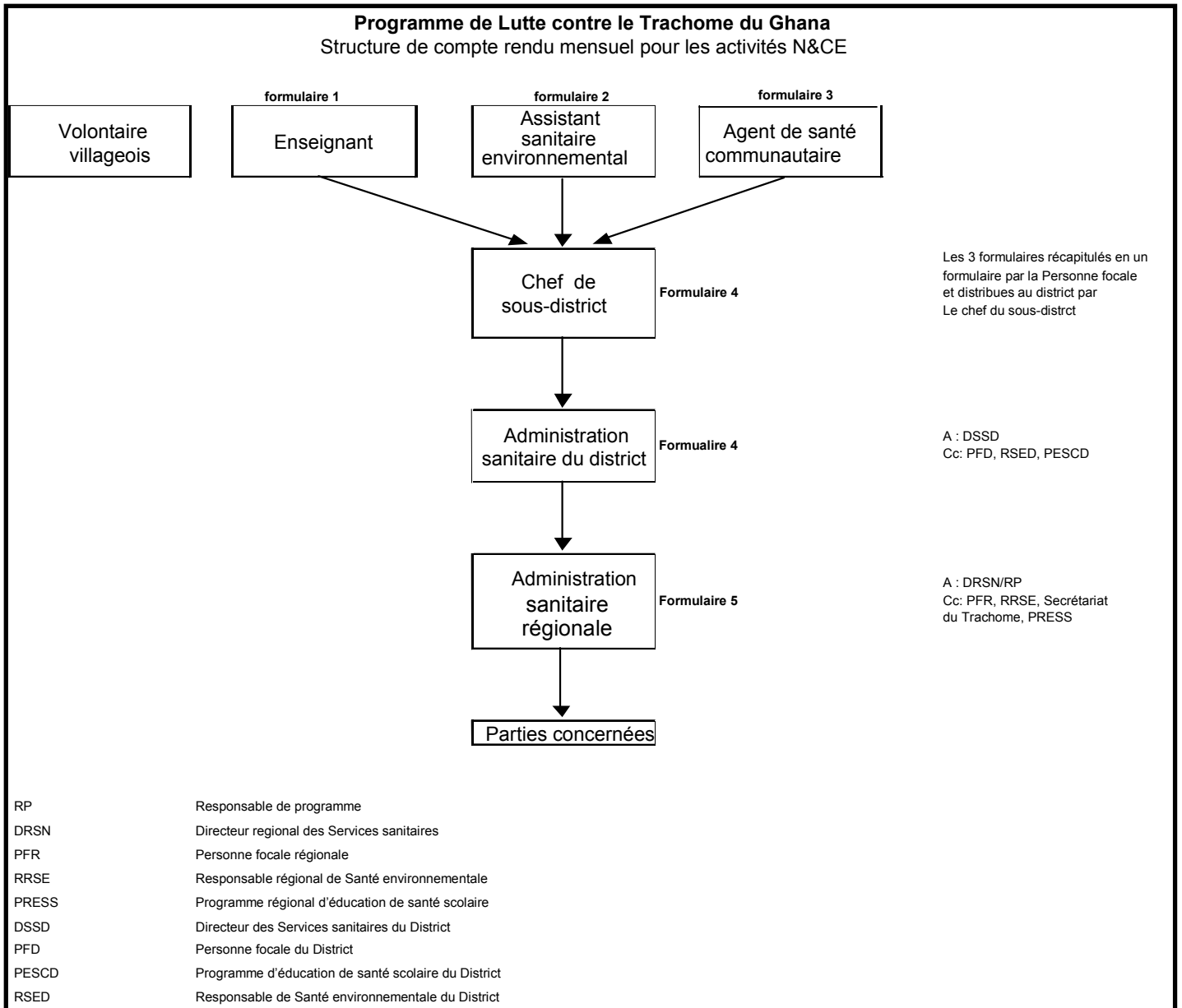


FIGURE I



Programme de Lutte contre le Trachome du Mali

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

Données générales

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

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

Réalisations du programme en 2001

Nettoyage du visage et changement de l'environnement

Au Mali, les activités « N » et « CE » sont basées sur l'éducation sanitaire. A cette fin, le programme a préparé des messages et du matériel d'éducation sanitaire. Mille cinq cents boîtes à images et 500 cassettes audio ont été préparées et distribuées. Les activités de formation en 2001 sont réalisées par les équipes régionales suivantes chargées de l'éducation sanitaire :

- Koulikoro** • 30 formateurs d'éducation sanitaire PLT
- 400 éducateurs sanitaires
- Ségou** • 30 formateurs d'éducation sanitaire
- 350 éducateurs sanitaires
- Kayes** • 30 formateurs d'éducation sanitaire

Le programme de santé scolaire, mis au point avec l'assistance d'Helen Keller International, a continué en 2001. Des « journées de communication » scolaires ont été organisées pour permettre aux élèves de communiquer les messages sur la lutte contre le trachome à leur communauté par l'intermédiaire de chansons, danses, poèmes et sketches. En outre, le Mali a célébré, pour la deuxième année consécutive, la *Journée mondiale de la Vue* et en a fait une *Semaine de Prévention de la Cécité*, du 11 au 17 octobre, avec le thème suivant : *Ensemble pour l'élimination du trachome au Mali*. Lancée par le Ministère de la Santé, la semaine a permis de

réaliser de nombreuses activités visant à sensibiliser au trachome et à renforcer la lutte contre cette maladie. Conférence de presse, ateliers de dépistage et de traitement du trachome, films et débats à la télévision et à la radio nationales étaient au titre des activités déployées.

Chirurgie

Deux stratégies ont été employées pour la chirurgie de correction des paupières pour les patients du trichiasis dans les centres de santé et dans le cadre de stratégies avancées (camps de soins oculaires). Environ 2 500 patients atteints de trichiasis ont été opérés en 2001.

Antibiotiques

L'année passée, environ 300 000 tubes de pommade ophtalmique à base de tétracycline ont été vendus dans les hôpitaux, centres de santé et pharmacies du Mali. Toutefois, cela n'a pas permis de répondre aux besoins de la population. En 2001, le Mali a reçu son troisième don de Zithromax, provenant de Pfizer Inc. Environ 300 000 personnes ont obtenu un traitement à base de Zithromax, dont 200 000 ont été traitées pour la seconde fois. Une étude de coût-efficacité comparant les différentes stratégies de distribution est en cours de réalisation.

Suivi et évaluation

En juillet 2000, le PLT a tenu un atelier à Bamako pour formuler des indicateurs de suivi et d'évaluation, avec l'assistance du Centre Carter. Lors de l'atelier, un ensemble d'indicateurs a été proposé pour la collecte régulière de données, ces indicateurs ont été raffinés en 2001. En outre, une évaluation du PLT du Mali a été faite avec un financement du Centre Carter. L'évaluation se basait sur des enquêtes de prévalence et des enquêtes CAP afin de mesurer l'impact des activités PLT. Actuellement, les enquêtes sont en train d'être analysées avec l'assistance du Centre Carter.

Coordination du programme

En 2001, le PLT du Mali n'avait pas encore consolidé la collaboration interinstitutions nécessaire pour un programme réussi. L'Equipe spéciale nationale de Lutte contre le Trachome connaissait des problèmes organisationnels et ne s'était rencontrée qu'une seule fois en 2001. Toutefois, les partenaires PLT avaient organisé des réunions au moins une fois par trimestre.

Défis et contraintes

- Les programmes de prévention de la cécité ne reçoivent pas le soutien politique nécessaire de la part du Ministère de la Santé, ni des autorités administratives et politiques.
- La politique sanitaire du Mali encourage l'intégration des activités de santé à tous les niveaux du programme. On considère qu'un grand nombre d'activités du PLT sont de nature verticale.
- Manque de personnel médical et de santé publique qualifié.

Cibles pour 2002

- Evaluer la qualité des activités de lutte contre le trachome, surtout l'éducation en matière de santé, dans les 2 800 villages ciblés.
- Elargir la portée de l'éducation sanitaire pour inclure toute la région de Kayes et commencer à déployer des activités dans la région de Sikasso.
- Etendre la distribution d'Azithromycine aux deux nouveaux cercles. Augmenter à 700 000 le nombre de personnes traitées.

- Augmenter la disponibilité et l'utilisation de la pommade tétracycline ophtalmique.
- Achever l'étude sur le coût-efficacité des stratégies de distribution d'azithromycine.
- Réaliser la chirurgie de la paupière pour 5 000 patients du trichiasis (20% de la prévalence estimée).
- Etudier les causes de la faible demande/utilisation pour la chirurgie du trichiasis.

Recommandations

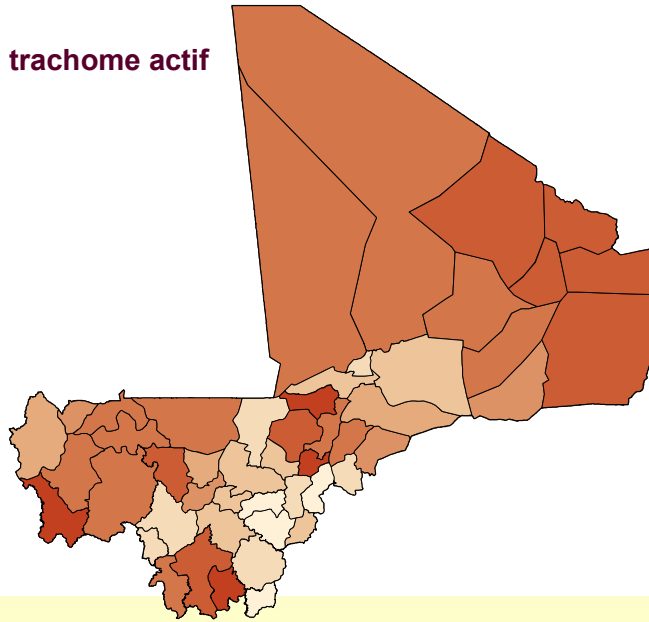
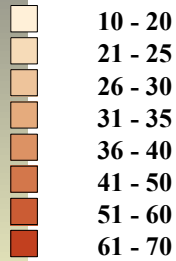
- Finaliser le plan d'action quinquennal (2003-2007) pour les activités de lutte contre le trachome.
- Utiliser les tableaux de classement prioritaire des villages où le trachome est endémique pour le suivi du PLT.
- Evaluer les activités d'éducation sanitaire dans les villages où le trachome est endémique et mettre au point des outils de suivi.
- Faire appel aux volontaires de la dracunculose pour les activités d'éducation sanitaire et de surveillance dans tous les villages où la dracunculose est endémique actuellement et où elle l'était par le passé.
- Déterminer et expliquer pourquoi les hommes sont exclus des campagnes de distribution d'antibiotiques.
- Etudier les possibilités pour faire participer les Lions locaux aux activités de lutte contre le trachome.

TRACHOME ACTIF PAR CERCLE AU MALI

ENQUETE NATIONALE SUR LE TRACHOME (1996)

Enfants de moins de 10 ans

Prévalence trachome actif

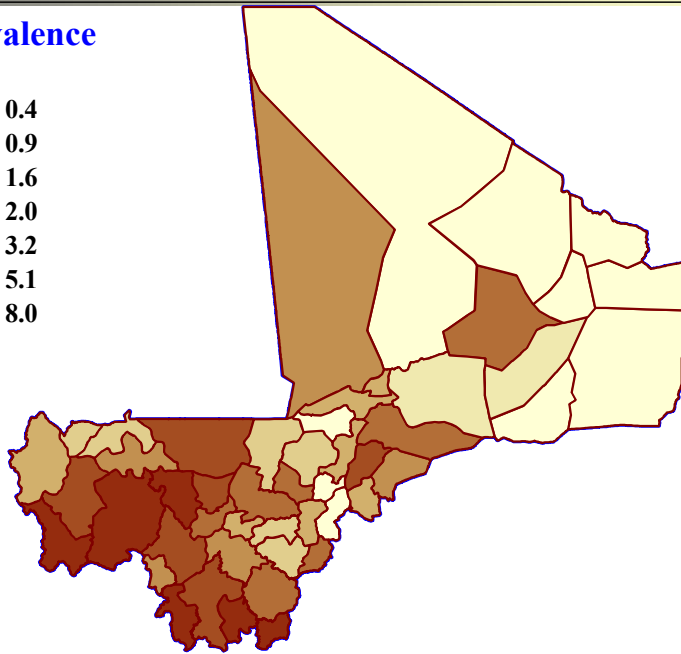
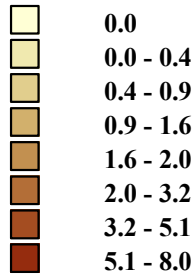


ENTROPION TRICHIASIS AU MALI

ENQUETE NATIONALE SUR LE TRACHOME (1996)

Femmes de plus de 14 ans

Prévalence



Programme de Lutte contre le Trachome du Niger

Présenté par le Docteur Abdou Amza, Directeur/ADJ PNLCC, Ministère de la Santé du Niger et Monsieur Salissou Kane, Conseiller technique Résident du Centre Carter/Niger. L'assistance du Centre Carter au Niger est financée par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

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

Des enquêtes faites par le Programme national de Prévention de la Cécité du Niger, avec l'assistance de l'Union européenne et du Centre Carter, ont trouvé qu'en moyenne 43,7% sont des enfants de moins de 10 ans avaient un trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des femmes de plus de 15 ans avaient un trichiasis. A l'échelle nationale, selon les estimations, 68 300 hommes et femmes ont besoin, d'une chirurgie pour le trichiasis. La prévalence la plus élevée du trachome a été notée dans les départements de Zinder (TF/TI 63%, TT 4%), de Diffa (TF/TI 55%, TT 1%) et de Maradi (TF/TI 46%, TT 3%) (voir cartes). Quatre enquêtes CAP ont été faites depuis 1997. Les résultats de trois enquêtes CAP faites à Zinder, à Diffa et à Maradi sont disponibles. Les données de l'enquête CAP les plus récentes, faite à Zinder par le World Service Trust de la BBC, ne sont pas encore disponibles.

Réalisations du programme en 2001

Le Programme de Lutte contre le Trachome (PLT) du Niger a connu de nombreuses réussites en 2001, dont le renforcement des partenariats, la mobilisation des agents villageois de la dracunculose pour le combat contre le trachome, la mise au point de boîtes à images améliorées couvrant tous les aspects de la stratégie CHANCE et la formation des agents de santé communautaire, des enseignants des écoles publiques et religieuses et des maçons pour les activités de lutte contre le trachome.

Nettoyage du visage et amélioration de l'environnement

Le Centre Carter a aidé le PLT du Niger à exécuter les composantes N&CE de la stratégie CHANCE dans 276 villages. Le matériel d'éducation sanitaire (boîtes à images, affiches, chansons, théâtre et programmes à la radio) a été mis au point et ce matériel est utilisé actuellement sur le terrain. Dans trois cercles des départements de Zinder, Magaria, Mirriah et Matameye, 60 maçons ont reçu une formation pour la construction de latrines. Un programme sanitaire scolaire mis en place avec l'assistance de HKI dans des écoles primaires a permis de former 104 enseignants et 79 enseignants coraniques traditionnels (marabouts) pour élargir les activités d'éducation/information du PLT national.

Antibiotiques

L'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI) a approuvé la demande du Niger pour un don de zithromax de Pfizer Inc. La distribution de 100 000 doses de traitement de zithromax est prévue dans les cercles de Magaria et de Matameye en 2002.

Chirurgie

En 2001, un total de 5 739 chirurgies correctives de la paupière a été réalisé gratuitement, un accroissement notable par rapport aux 700 chirurgies du trichiasis faites en 1999. Cent dix infirmiers ont reçu une formation pour effectuer des chirurgies du trichiasis et ont reçu du matériel et des produits. Seize infirmiers ont reçu une formation pour devenir des superviseurs.

Suivi et évaluation

L'utilisation d'un système complet de suivi et d'évaluation continue à être problématique. On a fait un classement prioritaire de tous les villages où le trachome est endémique et cette liste est utilisée sur le terrain (voir Tableau I).

Contraintes

- Manque de connaissance du trachome en tant que maladie multisectorielle.
- Les ONG partenaires ne financent que des parties de la stratégie CHANCE.
- Les patients du trichiasis ont peur de la chirurgie.
- Difficultés au niveau du diagnostic du trachome.
- Manque de produits et d'équipement.

Problèmes/défis

- Inclusion du PLT au plan de réduction de la pauvreté du Niger afin de faciliter son acceptation par le gouvernement et les communautés.
- Engagement politique face à la prévention de la cécité au vu de multiples priorités sanitaires.
- Formation et équipement des populations pour qu'elles puissent administrer les soins oculaires.
- Mise au point d'une stratégie intégrale de suivi/surveillance, exécutée au niveau local.

Cibles pour 2002

- Elargir le programme pour exécuter la stratégie CHANCE complète sur l'ensemble des départements de Diffa et de Maradi.
- Augmenter et renforcer le suivi et l'évaluation en utilisant les tableaux de classement prioritaire et les enquêtes.
- Améliorer l'éducation sanitaire (en insistant notamment sur l'hygiène et l'assainissement).
- Fournir une éducation sanitaire à tous les 276 villages cibles.
- Construire 1 300 latrines familiales et 10 latrines scolaires.
- Fournir 50 chariots à bœufs pour le transport de l'eau aux groupements féminins dans les zones rurales.
- Former 40 groupements féminins des zones rurales concernant la production traditionnelle du savon.

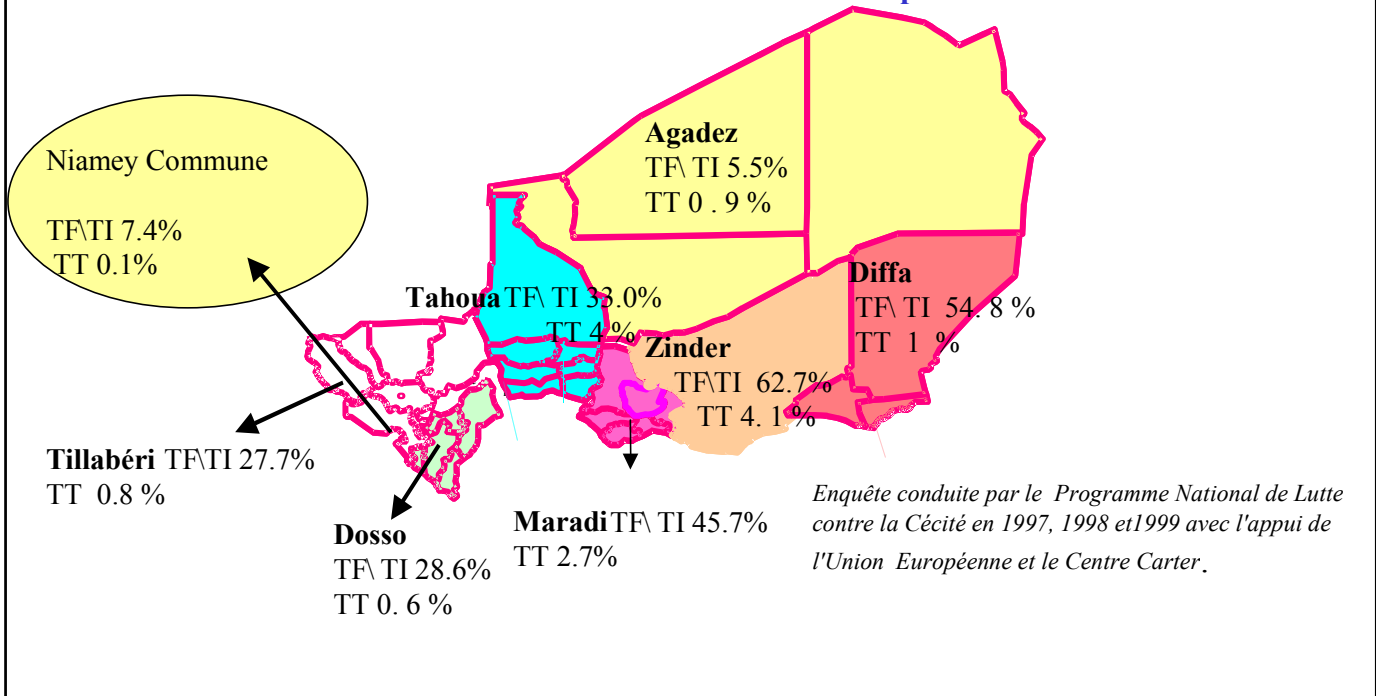
- Former 425 volontaires villageois, 180 enseignants et 160 marabouts pour qu'ils puissent donner une éducation en matière d'hygiène dans le cadre des activités de lutte contre le trachome.
- Traiter 100 000 personnes avec l'azithromycine, 10 000 avec de la pommade à base de tétracycline.
- Réaliser 5 000 chirurgies de la paupière.

Recommandations

- Formuler un plan d'action pour les activités de lutte contre le trachome, avec une composante suivi et évaluation avec des objectifs et repères spécifiques.
- Mettre en place des systèmes de suivi et de surveillance pour le programme.
- Etudier la possibilité de faire participer les Lions locaux aux activités de lutte contre le trachome.

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

Prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans



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

REGION DE ZINDER

Population:

- Région de Zinder 1.434.420
- Matamèye & Magaria 743.931

Ressources humaines

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

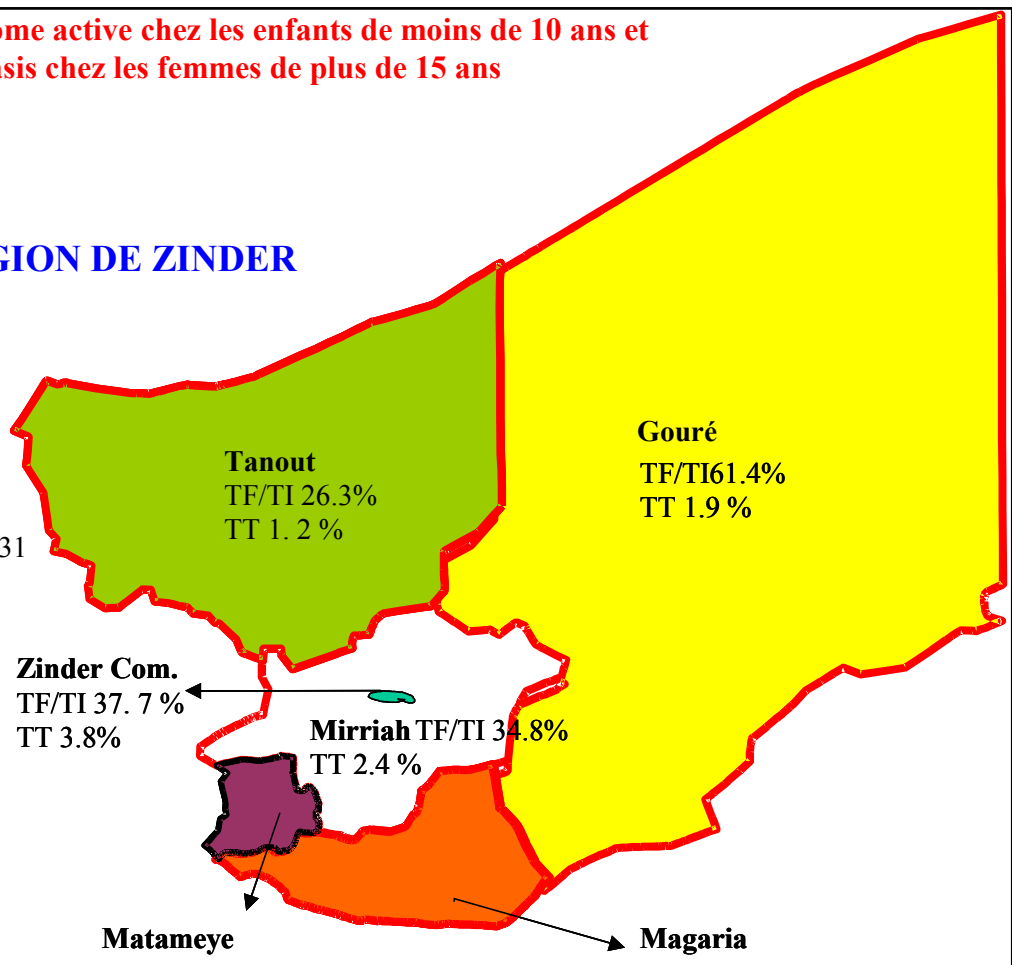


TABLEAU I : Liste prioritaire de communautés choisies où existe le trachome actif, région de Zinder, Niger

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA CECITE											
LUTTE CONTRE LE TRACHOME											
REGION: ZINDER			DEPARTEMENT: GOUNGARA				DATE:				
N°	CANTON	CSI	VILLAGES	POP	#AC	#ENS	#MARAB	OPT	AEP	#LATR	bre Trich
	BANDE										
		BANDE									
1			ARASOFOUA	2726	2	1			1F-, 5PT, 2PM	5	
2			BANDE	2914				1	PM	PM	
3			BANDE BOUG,	1949	2			1	1F-, 1PM	0	
4			LAKIRE	643	2	1			1F-, 1PT, 1PM	0	
5			MALAN LEKO	435	2				1F-, 1PM	0	
	DANTCHIAO										
		DANTCHIAO									
6			DAN NOMAO	244	2				1F+, 1PT	6	
7			H. DAWAKI B&K	2083	2				2F+, 1PT, 1PM	0	
8			KOUNDIRI	281	2				1F+	10	
9			MAILALE	981	2				1F+, 2PT	1	
10			ROUAN SARKI	1663	2				1F+, 1PT, 1PM	2	
11			TCHAMA	683		1		1	1F+, 1PT	1	
	DUNGASS										
		DOGODOGO									
12			ANG.GAO	400	2	1			1F+, 1PM	4	
13			BOBORI	701	2	1		1	1F-, 1PM	8	
14			BOURDODO H&B	1387	2	1			2F+, 1PM, 2PT	0	
15			DINA	731	2	1		1	1F+, 2PT	4	
16			TOUMBI	350	2				1F+, 1PT	0	
	DUNGASS										
		DUNGASS									
17			ANG.LILI	1366	2				1F+, 3PT	0	
18			ANG.MANDA	999	2				1F+, 1PT	0	
19			G.ISSA	900	2				1F-, 1PT	5	
20			G.LIMAN	411					2F+, 1PT	3	
21			G.MAJA	814					1F+, 1PM	5	
22			JAN MAJE B&H	1367	2				2F+, 3PT	5	
23			KANASSANE	600	2				1F+, 1PM, 1PT	0	
24			MAISTAMA	500	2				1F+, 1PM	0	
25			TANTIZ.GAGAJA	625	2				2F+, 1PT	2	
		KARAM									

Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan

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

Données générales

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

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

Le Soudan est le plus vaste pays d'Afrique et c'est l'un des plus pauvres du point de vue revenu par habitant. Son vaste territoire, son infrastructure précaire et l'insécurité, surtout au Sud du pays, représentent des obstacles de taille pour toutes les activités de santé publique. Le Soudan compte une population d'environ 30 millions de personnes, dont 22 au moins vivent dans les états du Nord. Le Soudan a été dévasté par la guerre civile qui a sévi pendant 34 des 45 années depuis l'Indépendance en 1956. La dernière phase de la guerre civile continue, la plus longue qu'est connue l'Afrique, sévit depuis 1983. Depuis 1989, une aide humanitaire est apportée au Sud du Soudan, sous l'égide de l'OLS, consortium d'organisations des Nations Unies et de plus de 40 d'organisations non gouvernementales. Le Gouvernement du Soudan contrôle pratiquement tout le Nord du pays, ainsi que certaines poches de territoire au Sud, où se déroule l'essentiel des combats.

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

La direction du Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan (PLT) est confiée au Comité national consultatif technique du Trachome, qui a été créé en juin 1999, en tant qu'organe du Ministère fédéral de la Santé. Le comité comprend huit spécialistes techniques (dont un épidémiologiste/responsable de programme, des ophtalmologues, un pharmacologue clinique et un éducateur de la santé) ainsi qu'un représentant du Centre Carter. Les activités dans les régions sous contrôle du GS sont coordonnées et suivies à partir de Khartoum par le MFSS, avec l'assistance du Centre Carter. Les activités dans les régions recevant une assistance de l'OLS sont coordonnées et suivies à partir de Nairobi par le Centre Carter, avec l'assistance d'ONG partenaires et d'unités humanitaires des forces de l'opposition. Les comités locaux supervisent les activités dans chacune des régions opérationnelles. Des réunions de coordination avec les responsables de programmes du GS et de l'OLS sont organisées sur une base trimestrielle aux fins de renforcer au maximum la coordination du programme national. Une information sur le programme est collectée des deux côtés puis analysée et communiquée par l'Office du Coordinateur national qui représente le programme national lors des réunions internationales.

Le PLT du Soudan a démarré ses activités de terrain en 2000 avec l'application de la stratégie CHANCE dans la région de Malakal. Le programme s'est élargi en 2001, couvrant d'autres communautés autour de Malakal (notamment les régions dont l'accès est possible par le biais de l'OLS), Wadi Halfa et Mayo (camp de personnes déplacées près de Khartoum) (voir carte). En 2001, le PLT du Soudan a réalisé des activités d'éducation sanitaire dans 905 villages, a traité 115 835 personnes avec du zithromax donné par Pfizer Inc. et a réalisé 1 088 chirurgies du trichiasis. Le programme utilise un classement prioritaire pour tous les villages où le trachome est endémique afin de suivre les activités sur le terrain (voir Tableau I et Tableau II).

Réalisations du programme en 2001, zones desservies par le Gouvernement du Soudan

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène de l'environnement

Dans toutes les régions où intervient le programme, des volontaires et des agents de santé communautaires ont reçu une formation en matière d'éducation sanitaire et du matériel. Le programme réalise une recherche opérationnelle pour perfectionner son programme d'éducation

sanitaire. Une enquête CAP qualitative avec des groupes de discussion focalisée a été faite à Malakal, en 2001. En voici les principaux résultats :

- Les mères *ne lavent pas* régulièrement le visage des enfants,
- L'eau est utilisée de manière prioritaire pour la cuisine et la boisson,
- Les mères reconnaissent que les maladies des yeux touchent davantage les enfants que les adultes,
- En général, on juge que les mouches sont nuisibles et dangereuses,
- Les mouches *ne sont pas* associées aux maladies oculaires, et
- Les mères indiquent qu'il est « inutile de chasser les mouches »,
- La plupart des villageois défèquent dans les champs ouverts,
- Les serpents rendent dangereuses les défécations loin de la maison, surtout la nuit,
- Il n'y a pas de latrines disponibles,
- Les villageois indiquent qu'ils utiliseraient des latrines si elles étaient construites,
- Les villageois indiquent qu'ils aideraient à construire des latrines.

L'enquête CAP a été suivie par une seconde étude pour évaluer l'impact de la stratégie d'éducation sanitaire qui a été déployée dans deux villages, Daleib Hill et Obel, sur une période de six mois en 2001. En effet, en mai 2001, une enquête a été faite dans les deux villages pour dépister les signes de trachome et les facteurs de risques et, par la suite, les deux villages ont reçu un traitement avec du zithromax dans le cadre de la campagne de traitement de masse. Les villageois de Daleib Hill ont reçu une formation, ainsi que du matériel pour l'éducation sanitaire visant à combattre le trachome. Pendant six mois, ils ont fait des visites à domicile pour conduire des séances d'éducation pour la lutte contre le trachome, avec l'aide des superviseurs du PLT du Soudan. Les villages à Obel n'ont pas reçu une éducation sanitaire analogue. Six mois plus tard, un second ensemble d'enquêtes a été réalisé pour mesurer l'impact de la stratégie d'éducation sanitaire sur la recrudescence du trachome inflammatoire.

L'analyse complète des données est en train d'être faite, mais les résultats préliminaires montrent que les populations de l'étude avaient des niveaux analogues du trachome inflammatoire et de facteurs-risques potentiels. Après six mois, les enfants âgés de 1 à 10 ans à Daleib Hill avaient un TF/TI nettement plus faible que les enfants à Obel (21% comparé à 57%, RR=0,37, 95% IC =0,25-0,55). De plus, les répondants de Daleib Hill ont indiqué que le nettoyage du visage à cet endroit avait augmenté de 10% et que le TF/TI avait diminué de 36%. A Obel, sans éducation sanitaire, le nettoyage des visages a diminué de 11% et le TF/TI a diminué de 12%.

Chirurgie

En 2001, seulement 122 cas de chirurgie du trichiasis ont été réalisés par le PLT du Soudan. Les enquêtes à Malakal, Wadi Halfa et Renk indiquent que les cas de trichiasis non encore opérés dépassent 11 000, tel qu'indiqué sur le tableau ci-dessous.

Région	Population	Population 15+	% TT	TT 15+
				Charge TT
Malakal	170 000	93 500	7,3%	6 826
Wadi Halfa	75 000	41 250	1,9%	784
Renk	48 000	26 400	13,2%	3 485
Total	293 000	202 400		11 095

Reconnaissant l'urgence de la mise en place d'un volet chirurgical durable, le PLT a négocié avec d'éventuels partenaires pour obtenir une formation chirurgicale et du matériel chirurgical. Le fait que le programme ait réussi à apporter du zithromax aux populations rurales et la longue réussite du programme national de lutte contre l'onchocercose et les camps d'opération de la cataracte ont aidé à convaincre les partenaires à se joindre au PLT du Soudan. L'Académie des Sciences et des Technologies médicales aidera à apporter une formation aux chirurgiens en matière de TT et, Help Age et IBM se sont engagés à soutenir la chirurgie du trichiasis dans les zones soudanaises où intervient le GS, dès 2002.

Antibiotiques

Suite à la prévalence élevée du trachome actif dans l'ensemble des régions ciblées, les campagnes de traitement de masse ont été adoptées comme principale stratégie pour réduire rapidement le trachome inflammatoire. Les dons de zithromax par Pfizer et ITI ont été reconnus comme l'élément essentiel permettant au programme de pénétrer dans les communautés rurales, outre le fait qu'il sert à traiter les patients et à enrayer la transmission du trachome. Les activités d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale ont démarré en association avec les campagnes de traitement de masse. En 2001, un total de 85 674 personnes a été traité avec de l'azithromycine dans les régions où intervient le GS, soit un taux de couverture de 118% de la population cible estimée (voir carte).

Cibles pour 2002

Le PLT du Soudan se donne pour objectif de:

- Conduire des activités d'éducation sanitaire dans tous les 102 villages/secteurs des trois provinces.
- Former 73 superviseurs et 392 volontaires en matière de lutte contre le trachome.
- Traiter 287 000 personnes avec de l'azithromycine.
- Approvisionner les formations sanitaires et travailleurs sur le trachome en pommade tétracycline ophtalmique.
- Réaliser 3 000 chirurgies des paupières dans les structures sanitaires fixes.
- Organiser et de faciliter les camps de chirurgie pour atteindre les populations rurales dans les zones d'endemie du trachome.

Réalisations du programme en 2001, zones desservies par l'OLS

Education en matière d'hygiène, nettoyage du visage et hygiène environnementale

Les évaluations préliminaires dans les zones soudanaises, soutenues par le consortium OLS-ONG en 2001, indiquent que le nettoyage des visages est insuffisant. La propreté faciale chez les enfants âgés de 1 à 9 ans s'élevait à 35,2% à Lankien, 19,5% à Oriny, 48,5% à Tali et 70% à Katigiri. Les données montrent qu'il y a peu, voire aucune latrine et, peu d'infrastructure d'eau adéquate dans les endroits où interviennent les partenaires des ONG. La couverture en latrines était inexistante à Lankien, Oriny et Tali. Le taux de couverture en latrines dans le district de Katigiri était de 22% (77/350 ménages).

Une éducation sanitaire portant sur le trachome, de nature très complète, a été réalisée à Lankien, Keew, Oriny et Kiech Kuon. Le matériel d'éducation sanitaire comprend une boîte à images

illustrant toutes les composantes de la stratégie CHANCE et un tee-shirt encourageant le nettoyage régulier des visages des enfants (voir Figure I). En 2001, l'éducation sanitaire a été dispensée aux villages dans le cadre de la stratégie avancée à Lankien, Keew Oriny et Kiech Kuon. La distribution d'azithromycine et les camps d'intervention chirurgicale ont constitué des mécanismes pour délivrer l'éducation sanitaire aux communautés.

Récapitulatif des activités d'éducation sanitaire en 2001

Emplacement	Nombre de villages ciblés	Villages ayant reçu une éducation sanitaire	% de villages qui ont reçu une éducation sanitaire
Lankien	376	111	30%
Keew	372	272	73%
Oriny	47	20	43%
Kiech Kuon	17	3	18%
Total	812	406	50%

En 2001, ADRA a construit 18 latrines à fosse à Kiech Kuon, dont six se seraient effondrées depuis. MEDAIR a continué à promouvoir la pratique consistant à enterrer les matières fécales, comme autre option remplaçant les latrines à fosse. CMA a mis au point un projet de latrines modèles comme moyen servant à mobiliser les communautés à construire et à utiliser les latrines à fosse. Il est évident que le PLT du Soudan en est à l'étape d'apprentissage de cet aspect difficile de la stratégie CHANCE.

Chirurgie

Depuis 1998, CBM continue de faire des campagnes de chirurgie des yeux dans différentes localités des zones accessibles de l'OLS. En moyenne, cinq campagnes chirurgicales sont réalisées chaque année. CBM a déjà réalisé des campagnes de chirurgie du trichiasis à Ikotos, Paluer, Padak, Akobo, Lankien, Keew et Oriny. Malgré les efforts de CBM, il existe un retard important de chirurgies du TT. Les partenaires des ONG servent une population estimée à 530 800 et les retards du TT sont estimés à plus de 31 000 patients. Des stratégies seront utilisées pour accroître la capacité des ONG partenaires afin d'opérer en 2002-2003 les cas de TT qui sont en attente. En 2001, un total de 966 chirurgies du trichiasis a été effectué, dont 71% avec l'assistance de CBM.

Antibiotiques

Toutes les enquêtes de prévalence auprès de la population faites à Oriny, Lankien, Tali et Katigiri ont montré des taux très élevés de TF/TI chez les enfants de 1 à 9 ans (Lankien 54%, Oriny 59%, Tali 71% et Katigiri 50%). Par conséquent, le PLT du Soudan a adopté une stratégie de traitement de masse avec l'azithromycine pour traiter le trachome actif et réduire la transmission. Des campagnes pilotes de traitement de masse ont été effectuées à Lankien, Keew et Oriny en 2001.

Emplacement	Population à risque	Personnes traitées (2001)	Cible de 2002
Lankien	100 000	16 024	20 000
Keew	45 000	8 874	10 000
Oriny	35 000	5 263	10 000
Total	180 000	30 161	40 000

La pommade tétracycline a également été distribuée en quantités suffisantes pour traiter les personnes qui ne peuvent pas recevoir de l'azithromycine, surtout les nourrissons. Dans les endroits où l'on a commencé l'azithromycine, la pommade tétracycline a été fournie pour le traitement individuel régulier dans le cadre des structures existantes de soins de santé primaires. Des efforts plus intenses sont nécessaires pour garantir l'utilisation correcte de la pommade tétracycline.

Suivi et évaluation

La liste des données par tous les villages où le trachome est endémique a été préparé et est utilisé sur le terrain (voir Tableau II).

Cibles pour 2002

- Réaliser des enquêtes de prévalence à Padak/Paluer, Kiech Kuon, Keew et Ikotos.
- Faire des enquêtes CAP à Keew, Kiech Kuon et Tali.
- Déployer des activités d'éducation sanitaire dans tous les 1 617 villages cibles.
- Augmenter à 15% la couverture en latrines familiales (35% à Katigiti).
- Traiter 40 000 personnes avec de l'azithromycine et fournir une pommade de tétracycline, si nécessaire.
- Former les chirurgiens dans toutes les zones du programme.
- Réaliser cinq campagnes chirurgicales.
- Réaliser 17 100 chirurgies du trichiasis.

Recommandations

- Faire une cartographie des villages où le trachome est endémique dans les zones desservies par l'OLS.
- Standardiser les messages N&CE.
- Adapter les affiches pour les messages N&CE pour la majorité de personnes qui ne savent pas lire ou écrire.
- Réaliser des activités de suivi et d'évaluation avec la participation des bénéficiaires.
- Utiliser du ciment (qui sera fourni) pour la construction de latrines -- surtout dans les régions où les nappes phréatiques sont élevées et où les latrines pourraient s'effondrer.

Programme de lutte contre le trachome au Soudan

Prévalence et traitement d'azithromycine, 2001

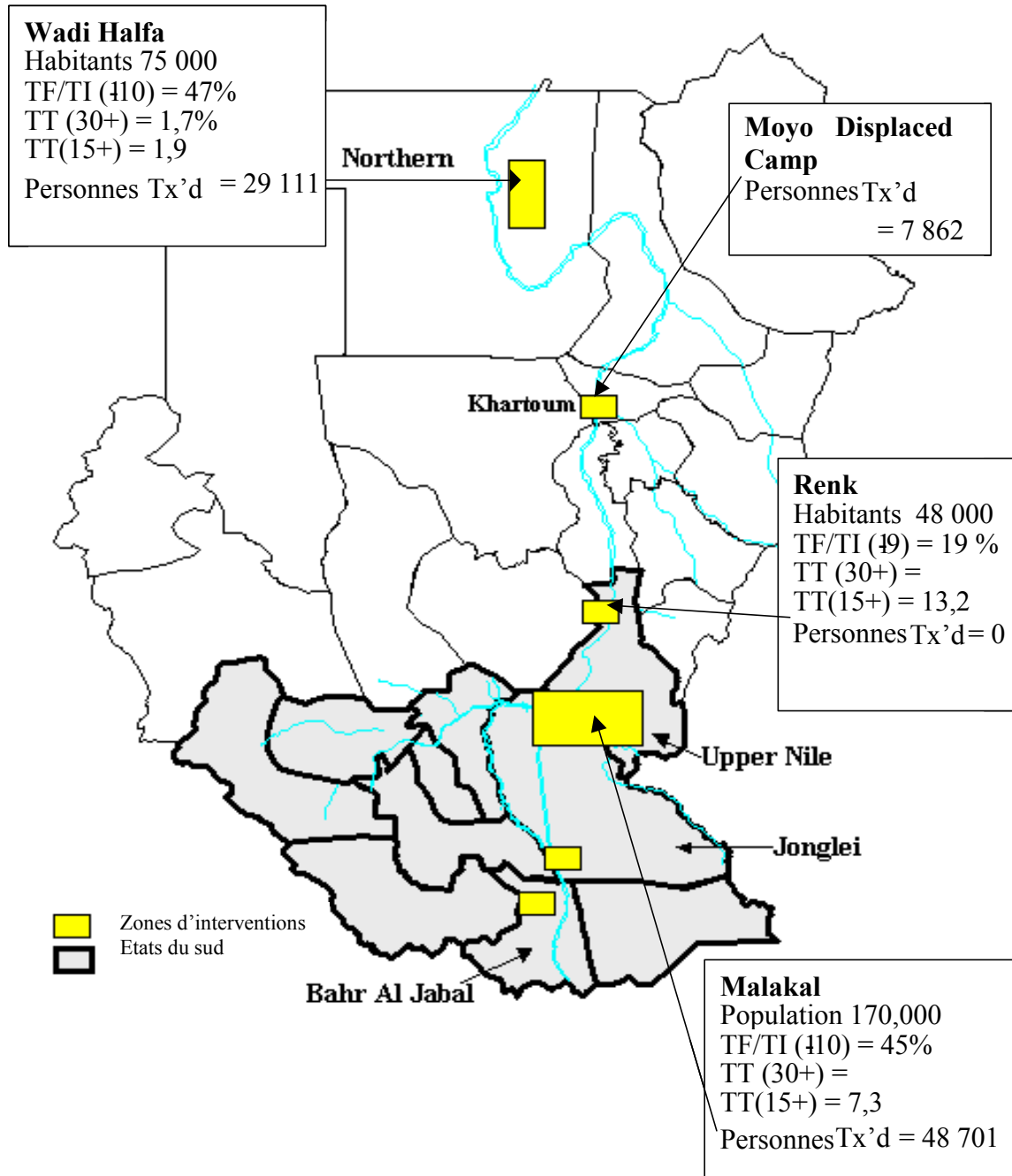


TABLEAU I: Liste des communautés endémiques du programme de lutte contre le trachome (Zones contrôlées par le Gouvernement du Soudan)

Sudan Trachoma Control Program
 Line listing of Villages
 Name of Province **Milakia**
 Name of Council **Milakia**
 TF Prevalence: 1.9
 TT Prevalence: women >40
 Year **2001**

	Villages	County locality	Population	S				A			F			E			
				Number cases of TT Identified or estimated	Number cases of TT Targeted 2001	Number of Lid(TT) Surgeries Conducted	Percentage of target cases who received Surgery	Eligible	1st dose 2001	1st dose Tx rate	% children w/ clean faces	#HE sessions	# trained Health volunteers	#existing toilets/ latrines	#of new toilets/ latrines	#existing safe sources water	#New safe sources water
1	Amy Barracks	Mickria	760					684	617	90.20%							
2	Atar		1,450					1,305		0.00%							
3	Baitary & Airport	Milakia	578					520	353	67.80%			4				
4	Bam East	Bam	1,778					1,600	1,648	102.99%			1				
40	Tarava West	Mickria	1,151					1,036	1,010	97.50%			1				
41	Television	Mickria	1,743					1,569	1,260	80.32%							
42	Wajok		425					383		0.00%							
43	Zandi East	Milakia	2,382					2,144	1,099	51.26%			3				
44	Zandi West	Milakia	789					710	366	51.54%			4				
	Total		11,066					4,109	6,353	154.60%		-	13				

Surgery

TT estimates USE: Survey Estimated 15 and above at 55% of total population

TF/II greater than 20% in 1-9 years olds requires mass tx

TF alone ultimate goal

TF/II greater than 15-20% in 1-9 years olds requires target tx

Antibiotics

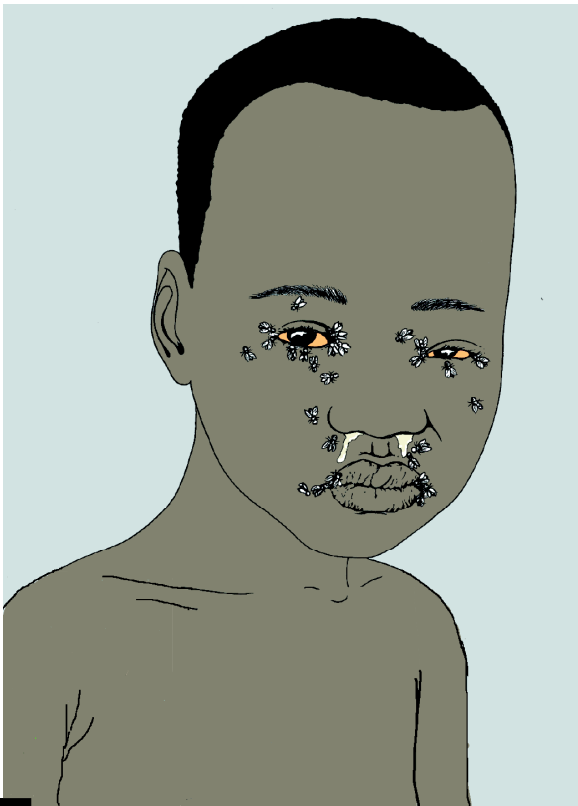
Using 90% of total Population

TABLEAU II: Liste des communautés endémiques du programme de lutte contre le trachome (OLS/S – zones accedes)

NGO	DISTRICT	TARGET VILLAGES	POPULATION SERVED BY NGOs	HOUSEHOLDS	% TTT	% TT	% CLEAN FACES	VILLAGES RECEIVED HEALTH EDUCATION	VILLAGES WITH ACCESS TO SAFE WATER SOURCE	% HOUSEHOLDS WITH LATRINES	PERSONS RECEIVED SURGERY	PERSONS TREATED WITH ZITHROMAX	OCULAR TETRACYCLINE AVAILABLE
Locations supported by Global 2000 of The Carter Center in 2001													
CMA	LANKIEN	376	100,000		54.2%	24.5%	35.2%	111		0%	132	16,024	Y
CMA	KEEW	372	45,000	20,658				272		0%	153	8,874	Y
MEDAIR	ORINY	47	35,000		58.9%	23.6%	19.5%	20			18	5,263	Y
ADRA	KIECH KUON	17	42,000	7,056				3	3	0%	0	0	Y
Additional proposed Locations to be supported by Global 2000 of The Carter Center in 2002/3													
ZOA	TALI	213	55,000	9,821	72.6%	8.5%	48.5%	0		0%	0		Y
ZOA	KATIGIRI	200	65,000		50.0%	3.1%	70.0%	0		23%	0		Y
ACROSS	PALUER	141	140,000	36,931					77		202		Y
MEDAIR	PADAK	251	48,500	36,931							0		Y
Other Locations NOT supported by Global 2000 of The Carter Center													
MEDAIR	MOBILE RESPONSE										295		
MEDAIR/WRI	POCHALLA										42		
SMC	PANYAGOR										124		

FIGURE I

OLS/S Sudan Trachoma Control Program Health Education Flip Chart



F ACIAL CLEANLINESS

Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie

Présenté par Monsieur Teshome Gebre, Conseiller technique Résident, Centre Carter/Ethiopie. L’assistance du Centre Carter en Ethiopie est soutenue par l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

La cécité en Ethiopie (64 millions d’habitants) serait la plus élevée au monde. Selon les estimations, la prévalence de la cécité est estimée à environ 1,5% (> 960 000 personnes) et six millions d’Ethiopiens souffrent d’une faible vision. Les estimations nationales indiquent que les deux grandes causes de la cécité sont la cataracte (40%) et le trachome (30%). Le trachome est un grave problème de santé publique dans toutes les régions du pays. Une enquête nationale n’a pas encore été faite, mais le Ministère de la Santé estime qu’environ un million d’Ethiopiens souffrent du trichiasis (TT) et 10 millions ont un trachome actif (TF/TI). En 1981, une enquête réalisée sous l’égide de l’OMS indiquait que le trachome était la principale cause de la cécité dans le pays (42% de la cécité imputable au trachome). D’autres études régionales ont également montré que le trachome est un grave problème de santé publique dans de nombreuses parties du pays. En 2000, le Bureau sanitaire régional d’Amhara et l’International Centre for Eye Health (ICEH) ont fait une évaluation rapide du trachome dans 11 villages de la zone Sud Gondar. Les évaluations rapides ne dégagent pas de données sur la prévalence, mais le pourcentage d’enfants échantillonnés avec TF/TI s’élevait dans une fourchette allant de 34% à 58% et le pourcentage de personnes avec TT allait de 0,9% à 3,9%, données conformes aux informations provenant des enquêtes sur la prévalence faites sur l’ensemble de l’Ethiopie.

En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l’Initiative *SightFirst* Lions-Centre Carter, a convenu d’intervenir pour le contrôle du trachome dans la région d’Amhara. Suite aux discussions avec le Dirigeant de l’Equipe nationale de Prévention de la Cécité et le personnel du Bureau de Santé régional d’Amhara, on a choisi quatre districts (Simada, Dera, Estie et Ebinat) dans la zone Sud Gondar en tant que sites du projet (voir carte). La zone d’intervention du programme comprend 157 sous-districts, avec une population totale de 1 009 327 habitants.

Suivant l’accord, le Bureau de Santé régional d’Amhara et l’Equipe de Prévention de la Cécité du Ministère de la Santé éthiopien, ainsi que le Centre Carter, ont fait une enquête sur la prévalence et une enquête des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) à caractère communautaire pour obtenir une information initiale sur l’ampleur et l’étendue de la maladie et pour comprendre les opinions et les attitudes des communautés concernant le trachome, dans quatre districts de la zone Sud Gondar. Dans l’ensemble, la prévalence du trachome actif (TF/TI) chez les enfants âgés de 1 à 10 ans était de 88% et ce chiffre représente les proportions les plus élevées de trachome actif rencontré en Ethiopie. La prévalence du trichiasis (TT) chez les femmes \geq 40 ans était de 20%, dépassant de loin le seuil OMS de plus de 1%, niveau auquel on juge que le trachome devient un grave problème de santé publique (voir graphiques I & II). Les résultats de l’enquête CAP ont ensuite été utilisés pour formuler du matériel d’éducation sanitaire.

Un atelier de planification de programme à Bahir Dar a permis de réunir le personnel de bureaux sanitaires régionaux, zonaux et locaux. Lions/Ethiopie, le Centre Carter, ORBIS, World Vision et Christoffel Blindenmission (CBM) étaient parmi les partenaires non gouvernementaux de l'atelier. Un plan d'action a été formulé pour le Programme de Lutte contre le Trachome dans la zone Sud Gondar pour 2001-2005. Le plan comprend les objectifs suivants :

Nettoyage du visage et amélioration de l'environnement

- Pour augmenter les connaissances, attitudes et pratiques communautaires se rapportant à la prévention du trachome.
- Pour augmenter la prévention du trachome dans la communauté, par le biais suivant :
 - porter à environ 25% l'accès aux latrines
 - augmenter à environ 80% la proportion de visages propres chez les enfants ≤ 10 ans
- Recommander un accès élargi à l'eau potable pour environ 25%.

Chirurgie

- Diminuer la prévalence du trichiasis, la faisant passer de 7% à moins de 1% chez les groupes de 15 ans et plus, d'ici la fin de 2005.
- Réaliser 36 000 chirurgies de trichiasis d'ici la fin de 2005.
- Améliorer la capacité des districts et élargir l'accès des membres communautaires à la chirurgie, en formant deux chirurgiens TT par district et en distribuant des trousseaux de chirurgie de trichiasis (quatre par district) pour pouvoir effectuer les chirurgies de trichiasis dans le centre de santé du district.

Ces objectifs seront atteints par l'entremise des camps de chirurgie de trichiasis et dans les centres de santé.

Antibiotiques

- Réduire la prévalence du trachome actif, la faisant passer de 88% à moins de 20%, d'ici la fin de 2005, chez les enfants de 1 à 10 ans.
- Élargir l'accès des membres communautaires à la pommade tétracycline ou à l'azithromycine.

Réalisations du programme en 2001

Le recrutement et l'affectation d'un coordinateur de projet qualifié au niveau des zones était la première étape du processus de mise en œuvre. Un infirmier ophtalmique disposant d'une bonne expérience a été transféré à la zone Sud Gondar afin de devenir le coordinateur du PLT Sud Gondar. En février 2001, les agents à l'atelier de prévention de la cécité ont adopté « MAMENE », sigle de « CHANCE » en amharique.

Nettoyage du visage et amélioration de l'environnement

Un atelier d'éducation sanitaire a été organisé pour mettre au point des activités d'éducation sanitaire. On a commencé à réaliser du matériel d'éducation sanitaire pour démarrer les interventions du programme. Affiches, boîtes à images, livres pour enfants et dépliants ont été mis au point. En outre, un programme sanitaire pour l'école primaire a été conçu et le manuel

OMS 'Soutien communautaire pour la lutte contre le trachome' a été traduit et adapté en langue amharique pour des agents de santé communautaires et d'autres personnes.

Chirurgie

Huit agents de soins de santé des quatre centres de santé de district ont été formés par le chirurgien ophtalmologue régional afin de pouvoir réaliser des interventions chirurgicales des paupières. La formation portait également sur d'autres aspects importants des soins oculaires primaires et la stratégie CHANCE. Le Centre Carter a fourni 50 trousseaux de chirurgie du trichiasis, du matériel de suture et d'autres fournitures nécessaires. Des chirurgies du TT ont été réalisées pour un total de 241 personnes dans le cadre des services de consultation externe, en 2001. Pour diminuer les retards au niveau des cas de trichiasis dans la région du projet, des campagnes chirurgicales (camps oculaires) ont été organisées dans deux des quatre districts. En 2001, un total de 601 patients a subi une chirurgie corrective du trichiasis. Le Centre Carter a également aidé les Lions Clubs locaux à préparer une proposition soumise au programme *SightFirst* de Lions en vue d'apporter un soutien à d'autres camps de chirurgie du trichiasis. La proposition a été présentée au siège de Lions.

Antibiotiques

En 2001, 50 000 tubes de pommade tétracycline pour les yeux ont été distribués par le biais des structures sanitaires et des programmes communautaires. ORBIS, *World Vision International* et le Centre Carter ont collaboré avec l'ITI pour demander un don de zithromax (azithromycine) à Pfizer Inc.

Cibles pour 2002

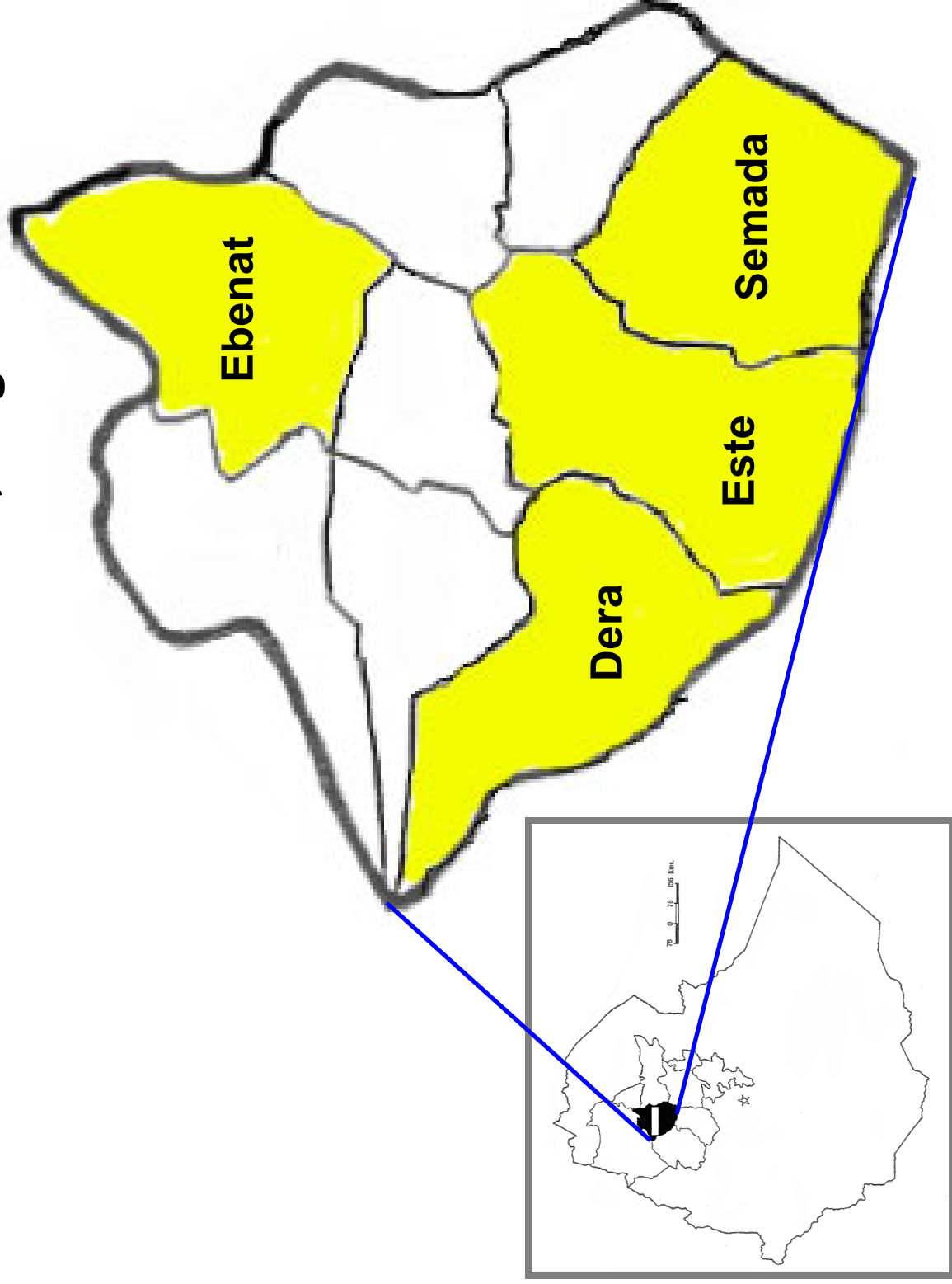
- Former des agents de santé, des enseignants et des volontaires dans tous les villages où le trachome est endémique en matière de lutte et de prévention du trachome.
- Déployer des stratégies d'éducation sanitaire dans au moins 75% des 157 villages ciblés.
- Construire 2 400 latrines de démonstration.
- Traiter 100 000 personnes avec de l'azithromycine et fournir, si nécessaire, la pommade tétracycline.
- Former huit chirurgiens de trichiasis et effectuer 6 000 chirurgies du trichiasis.

Recommandations

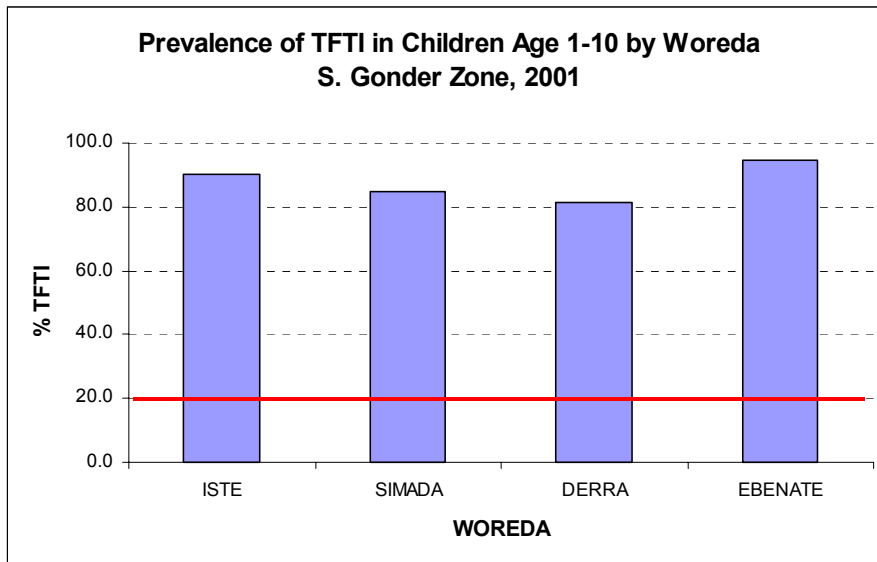
- Exécuter la stratégie CHANCE intégrale dans tous les villages ciblés où le trachome est endémique.
- Mettre en place un système durable de suivi et d'évaluation et commencer à collecter les données pour les classements prioritaires.

Programme de lutte contre le trachome - Ethiopie

Zone du Gondar Sud, Region d'Amhara

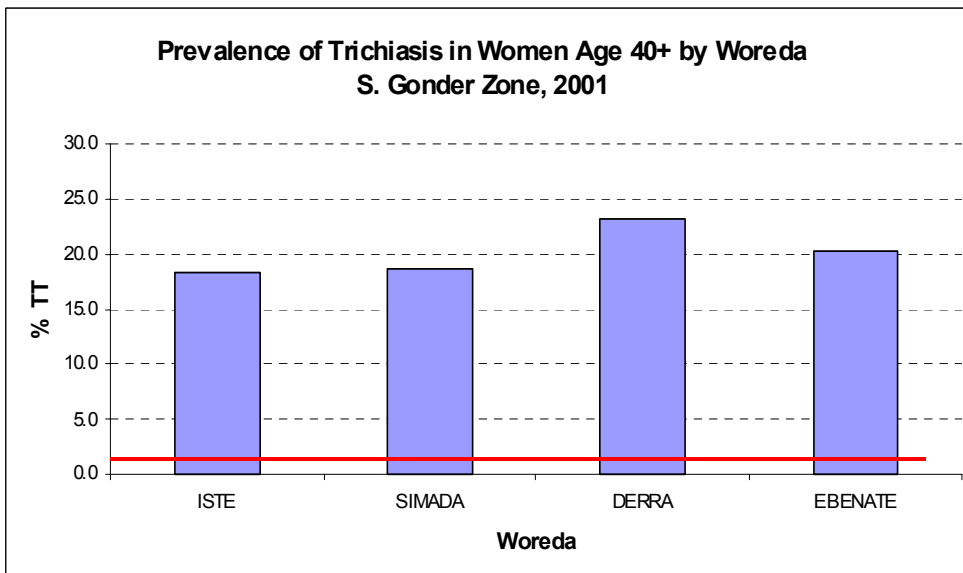


GRAPHIQUE I



La prévalence du TF/TI au-dessus de 20% (ligne solide) est considérée comme un grave problème de santé par l'Organisation mondiale de la Santé.

GRAPHIQUE II



La prévalence du TT au-dessus de 1% (ligne solide) est considérée comme un grave problème de santé par l'Organisation mondiale de la Santé.

Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria

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

Données générales

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome, à base communautaire, n'a pas encore été faite au Nigeria. Un examen des données hospitalières, des thèses universitaires et divers autres indices montre que le trachome est une cause importante de cécité dans les zones au Nord-Est et au Nord-Ouest du Nigeria (voir carte). Les seules enquêtes sur la prévalence du trachome à l'échelle des divers états faites jusqu'à présent ont été réalisées par le Ministère de la Santé, avec l'aide d'*Helen Keller International* (HKI), dans les états de Borno (octobre 2000) et d'Adamawa (mars 2001). Le Centre Carter/Nigeria a apporté une assistance au niveau de l'analyse de données. Ces enquêtes ont constaté que le trachome était un grave problème de santé publique, en fonction des critères standard de l'OMS dans l'état de Borno. Dans l'état d'Adamawa, qui est situé au Sud de l'état de Borno, le trachome et la cécité qu'il entraîne semblent moins graves, situation corroborée par d'autres données.

Le Nigeria ne dispose pas encore d'un programme national de lutte contre le trachome. Pour le moment, la lutte contre le trachome est sous la responsabilité du Programme national de Prévention de la Cécité. Le Coordinateur national du Comité national de Prévention de la Cécité est le coordinateur des programmes de lutte contre le trachome. En 2000, le Centre Carter/Nigeria a commencé à travailler avec des responsables sanitaires des divers états, ainsi qu'au niveau local, pour mettre en place des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa, où le centre apporte déjà une assistance aux activités d'éradication de la dracunculose et au contrôle de l'onchocercose, filariose lymphatique et schistosomiase.

Réalisations du programme en 2001

En juin 2001, le Centre Carter a compilé une proposition en vue de mettre en place un programme national de lutte contre le trachome. La première réunion des parties intéressées s'est tenue le 10 décembre 2001, au bureau national du Centre Carter, à Jos. Le président du Programme national de Prévention de la Cécité représentait le Ministère fédéral de la Santé. Les ONG internationales présentes étaient notamment *Helen Keller International*, *Christoffel Blindenmission* (CBM), *SightSavers International* (SSI) et le Centre Carter. CBM travaille depuis plusieurs années au niveau de la lutte contre le trachome dans la partie Nord-Est du pays, insistant sur la chirurgie du trichiasis. Le soutien de SightSavers au Centre national des soins oculaires de Kaduna a permis d'apporter une formation aux chirurgiens ophtalmologues pour corriger le trichiasis, de distribuer du matériel d'éducation sanitaire et d'apporter une aide administrative au Comité de Prévention de la Cécité.

En 2001, les activités suivantes ont été réalisées en vue de créer des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa :

- Visites de plaidoyer à toutes les collectivités locales (LGA) des états du Plateau et de Nasarawa.
- Mise sur pied d'équipes de lutte préliminaire aux niveaux de l'état et de la collectivité locale.
- Préparation et examen du module de formation pour la gestion du PLT.
- Conception d'une enquête sur la prévalence à base de population, impression des questionnaires et création du programme de saisie de données.
- Formation des équipes d'enquête sur la prévalence dans les états du Plateau et de Nasarawa.

Suivi et évaluation -- formulation des indicateurs

Les indicateurs de résultats et de processus ont été formulés pour suivre et évaluer le programme.

Indicateurs de **résultats** :

- Prévalence de TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans.
- Prévalence de TT chez les personnes âgées de plus de 40 ans.
- Nombre d'enfants avec des visages sales.

Indicateurs de **processus** :

CH

- Nombre total de patients envoyés à la chirurgie l'année précédente ou nombre total de chirurgies réalisées.
- Couverture chirurgicale TT.
- Résultat de la chirurgie (taux de récurrence).

A

- Nombre total de patients traités avec des antibiotiques l'année précédente.
- Couverture en antibiotiques.

N

- % d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec des visages propres.

CE

- % de la population ayant accès à l'eau dans un rayon de déplacement de 1 km ou 30 minutes.
- % de ménages utilisant des latrines couvertes.

Un calendrier de supervision a été mis en place pour les programmes des divers états dans le cadre duquel des visites de supervision sont effectuées à tous les niveaux, du niveau national à celui du village, au moins une fois par mois.

Cibles pour 2002

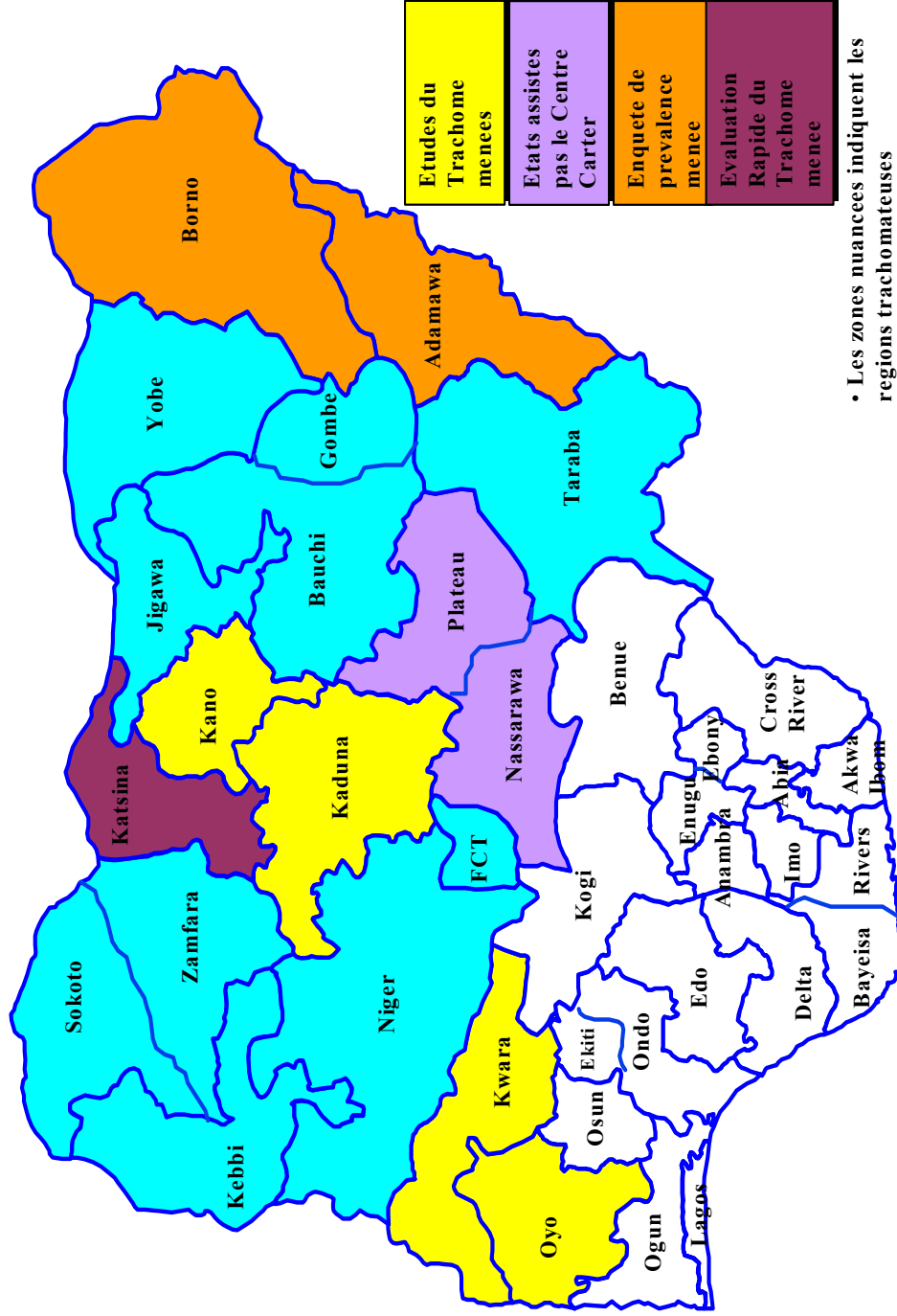
- Terminer les enquêtes à base de population dans les états du Plateau et de Nasarawa.
- Réaliser des enquêtes CAP dans les communautés où le programme commencera et, utiliser les résultats pour formuler et mettre au point des stratégies et du matériel approprié pour l'éducation sanitaire.
- Terminer les modules de formation en gestion et les utiliser pour former les équipes du trachome à tous les niveaux.
- Démarrer les activités d'éducation sanitaire dans 100 villages où le trachome est endémique.

- Aider à assurer l’approvisionnement en eau potable et à construire des latrines dans 20 villages.
- Aider à distribuer la pommade tétracycline dans 300 villages.

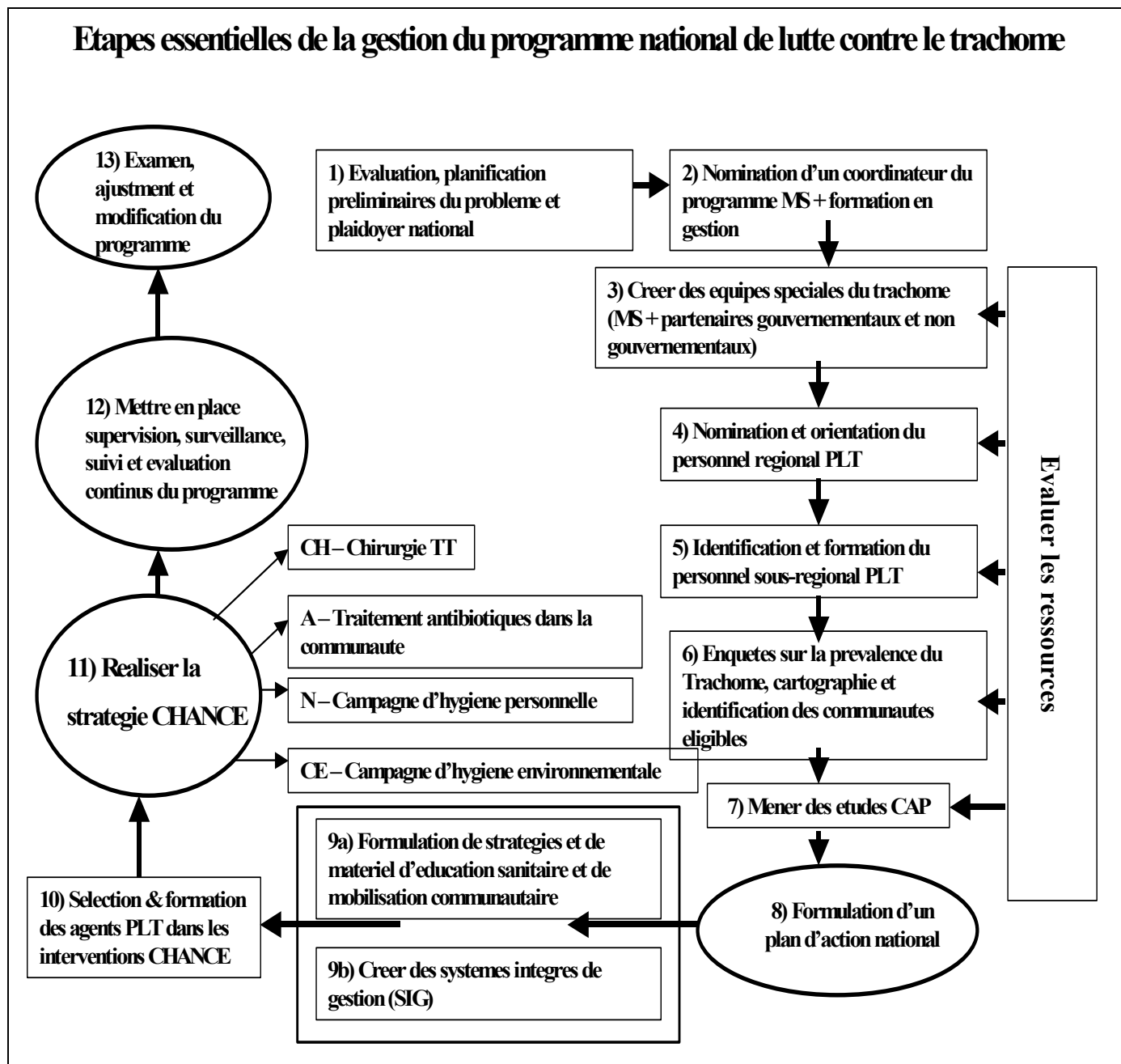
Recommandations

- Achever les enquêtes de prévalence et les enquêtes CAP dans les états du Plateau et de Nasarawa.
- Démarrer les interventions PLT dans des villages endémiques choisis.

Distribution du Trachome au Nigeria



Etapas essentielles de la gestion du programme national de lutte contre le trachome



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

Recommandations générales (non spécifique a un pays)

N&CE

- Les partenaires devraient participer davantage à la promotion de projets d'approvisionnement en eau et d'évacuation des déchets, dans le cadre de la stratégie CHANCE générale.
- Des stratégies devraient être formulées pour réduire les populations de mouches.
- La construction de latrines devrait être intégrée au volet « CE » de CHANCE.

Chirurgie

- Des programmes nationaux devraient continuer la formation des ophtalmologues.

Relations générales

- Les programmes nationaux devraient se rappeler que leur responsabilité est de coordonner les interventions des organisations partenaires afin de vérifier que la stratégie CHANCE intégrale est déployée dans les communautés où le trachome est endémique. Vu qu'il n'est pas possible pour chaque organisation partenaire de déployer *toutes* les interventions CHANCE, il faudra coordonner les activités des multiples partenaires.
- Les programmes devraient faire participer les ONG *locales* aux activités du programme de lutte contre le trachome aussi souvent que possible.

Surveillance, suivi et évaluation

- Des activités devraient être réalisées pour standardiser les formulaires de collecte de données et les systèmes de suivi de la distribution des médicaments dans le cadre de chaque programme national et entre les pays, quand c'est possible. Cela facilitera l'évaluation et la gestion des efforts internationaux.
- Les programmes nationaux devraient préparer des rapports d'activités mensuels. Ces rapports devraient être mis à la disposition des organisations partenaires par le biais de l'équipe spéciale du trachome.
- En formulant les indicateurs du processus pour le volet « N » de CHANCE, il faudrait supprimer la référence aux mouches sur les visages car cela varie en fonction de l'heure, de la journée et ne se rapporte pas à la véritable propreté du visage.
- Il faudrait suivre les résultats chirurgicaux. Au moment de la chirurgie, il faudrait noter dans les registres des chirurgiens les détails du tracé/ligne, l'acuité visuelle, le nom de la personne qui a opéré, la date de l'intervention, les antibiotiques donnés au moment de l'intervention et tout autre détail jugé nécessaire. Ces données peuvent être récapitulées par la suite et corrélées aux résultats chirurgicaux.
- Tout effet secondaire/néfaste grave associé au traitement antibiotique ou à la chirurgie, la résistance aux antibiotiques et les effets indirects du traitement du trachome sur d'autres maladies transmissibles devraient être suivies.

Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome (Janvier - Décembre 2001)

Programme de lutte contre le trachome bénéficiant d'une aide du Centre Carter

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie* S. Gondar	Nigeria* 2 Etats***	Yémen*
				GOS	OLS/S			
N & CE Villages d'intervention:	225	2,800	276	93	812	157	-	-
Education sanitaire	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N
Disponibilité de latrines	N	N	N	Y	N	N	N	N
Approvisionnement en eau	Y	N	121	Y	N	N	N	N
Antibiotiques								
Azithromycin Villages d'intervention:	225	433	0	93	N/A	0	0	0
Traitements (2001)	71,438	300,000	0	85,674	30,161	0	0	0
Population cible	88,237	300,000	0	72,734	40,000	0	0	0
Couverture (%)	81%	100%	N/A	118%	75%	N/A	N/A	N/A
Tétracycline en pommade Villages d'intervention:	225	17 HC**	286	93	N/A	157	-	-
Traitements (2001)	6,196	300,000	Y	Y	1,727	50,000	0	0
Population cible	8,000	-	N/A	-	-	-	-	-
Couverture (%)	77%	-	N/A	-	-	N/A	N/A	N/A
Chirurgie Villages d'intervention:	225	17 HC**	286	-	-	157	-	-
Chirurgie (2001)	336	2,500	5,739	122	966	601	0	0
Population cible	500	-	-	-	17,122	6,000	0	0
Couverture (%)	67%	-	-	-	6%	10%	N/A	N/A

* Les interventions n'ont pas encore commencé

** Activités dans les centres de santé; fournitures des services dans un rayon de 50 km

*** Etats du Plateau et Nararawa

N/A Non applicable au programme

"_" Pas de but déterminé/pas d'information

"0" Aucune activité menée

Objectifs Annuels pour les Programmes de Lutte contre le Trachome (2002)

Programme de lutte contre le trachome bénéficiant d'une aide du Centre Carter

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie S. Gondar	Nigéria 2 Etats	Yémen
				GOS	OLS/S			
N & CE villages d'intervention:	280	2,800	276	102	1,617	157	100	-
Education sanitaire	280	2,800	276	102	1,617	157	100	-
Disponibilité de latrines	300	-	1050 HH	15% HH	15% HH	2,400 HH	20 Villages	-
Approvisionnement en eau	30	-	121	40% HH	-	-	20 Villages	-
Antibiotiques								
Azithromycine villages cibles:	280	-	72	102	1,617	18	-	-
Traitements de masse	100,000	700,000	100,000	287,000	40,000	100,000	-	-
Traitements ciblés	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,000	700,000	100,000	287,000	40,000	100,000	-	-
Tetracycline pommade villages cibles:	280	-	286	102	-	157	300	-
Traitements	8,000	300,000	-	-	-	-	-	-
Chirurgie villages cibles:	280	-	286	-	-	-	-	-
Routine (Centre de Santé)		5,000	5,000	3,000	500	-	-	-
Campagne de chirurgie des yeux	500	0	-	-	1,200	6,000	-	-
Total	500	5,000	5,000	3,000	1,700	6,000	-	-
Monitoring, Eval. & Surveillance								
Enquête de Prévalence (régions)	-	-	-	10	4	-	2	16
Enquête CAP (régions)	-	-	-	3	3	-	2	16
Etablir un système de surveillance (régions)	2	3	3	3	4	1	2	-

HH indique Foyers (households); "-" indique que le programme n'a pas d'objectif fixé; **N/A** Non Applicable

Figure 1

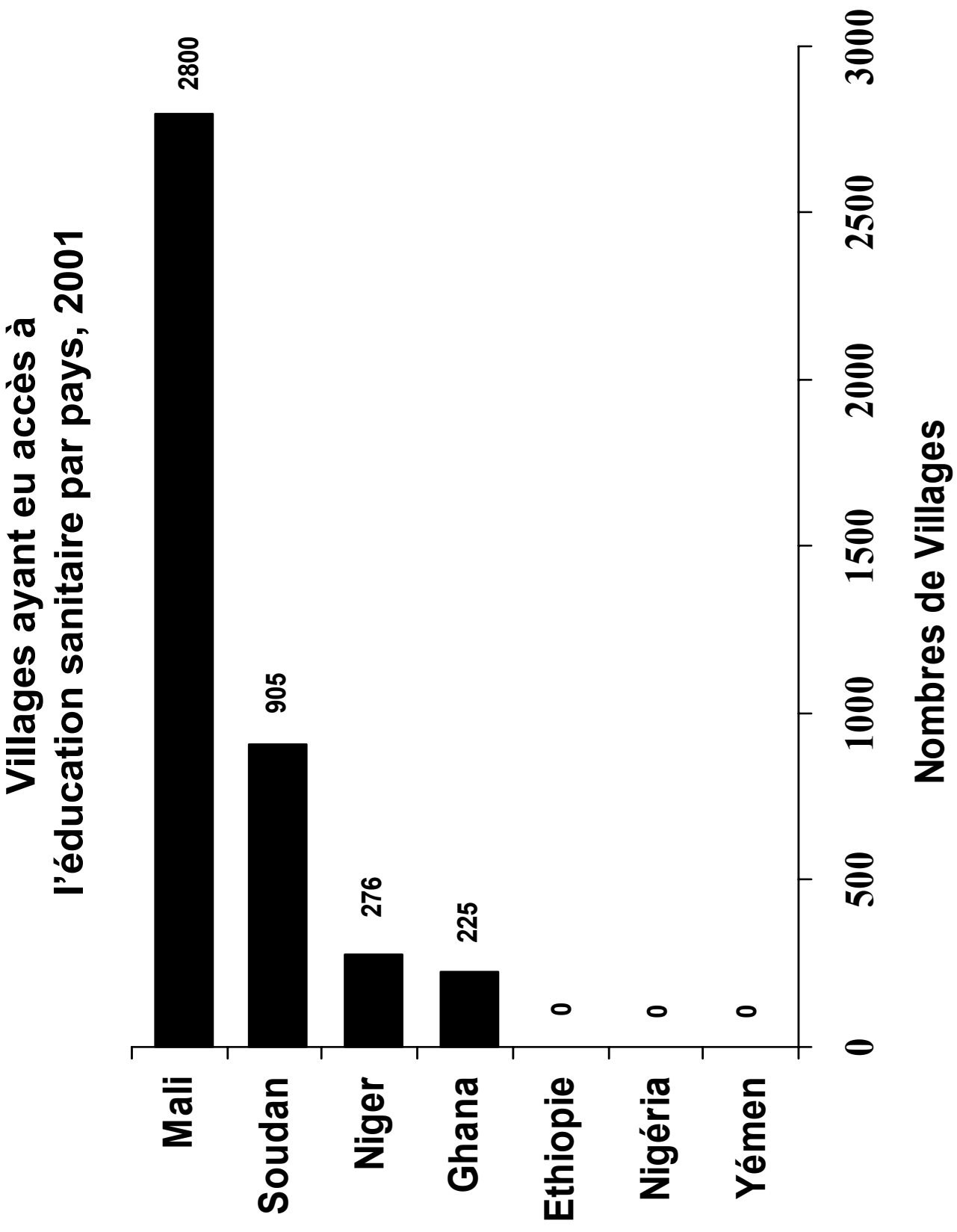
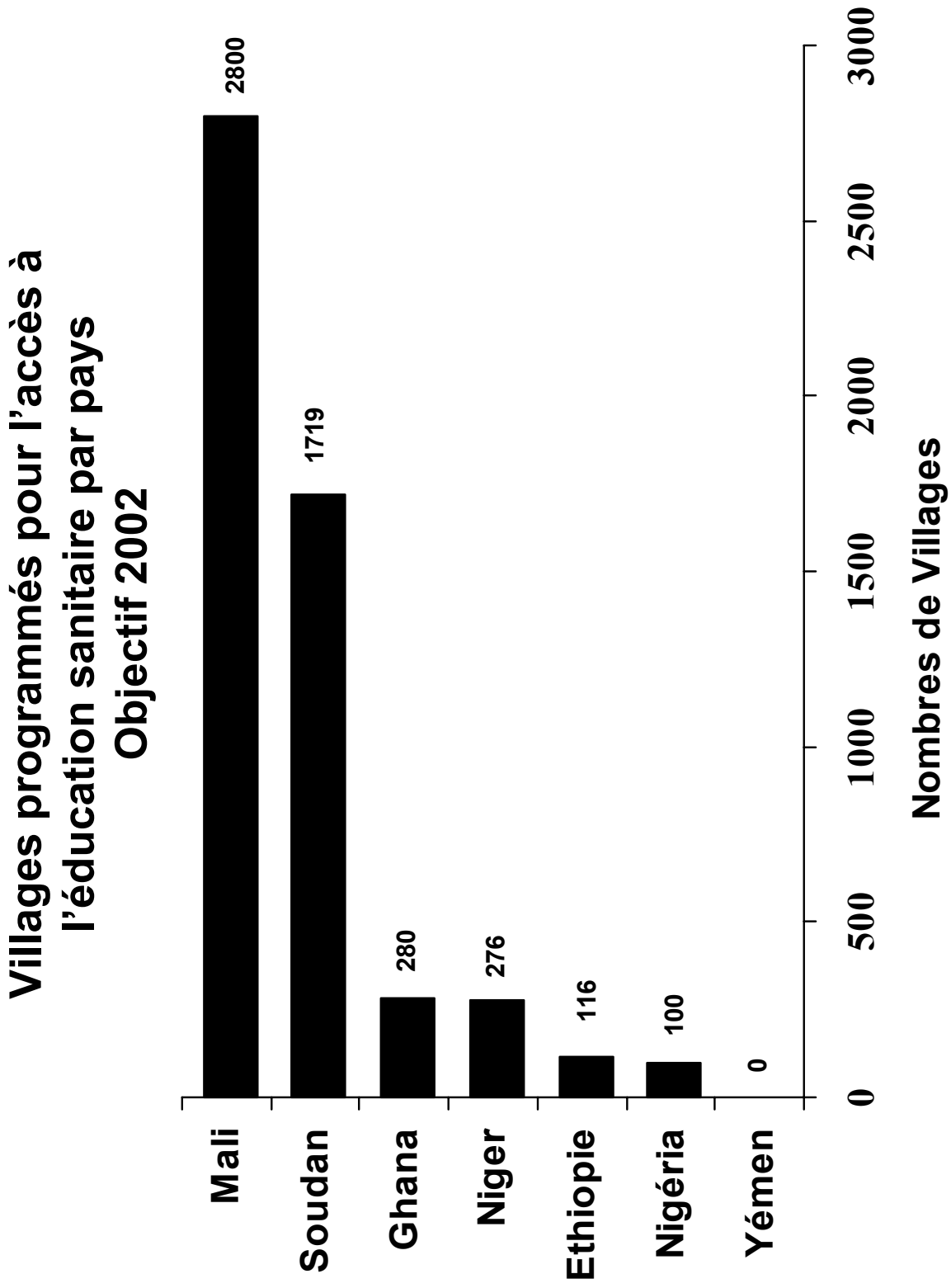


Figure 2



Suivi, évaluation et surveillance

Présenté par le Docteur James Zingeser, Directeur technique, Programme de Lutte contre le Trachome, Centre Carter, Atlanta, USA.

L'une des grandes réussites du Programme d'Eradication de la Dracunculose consistait à démontrer que des systèmes de surveillance réguliers, ciblés, mensuels, mis en place dans les villages peuvent dégager des données ponctuelles et fiables que peuvent utiliser, sur une base continue, les Ministères de la Santé. Tous les pays où le ver de Guinée est endémique ont mis sur pied des systèmes de surveillance nationaux en fonction de sept indicateurs choisis en raison de leur simplicité et utilité pour la prise de décisions et le plaidoyer. Les programmes de lutte contre le trachome intervenant dans des environnements analogues au Programme d'Eradication de la Dracunculose et nécessitant des données analogues pour prendre des décisions, il est utile et encourageant de s'inspirer des accomplissements du Programme d'Eradication de la Dracunculose.

Lors de la première revue des programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter, qui s'est tenu à Atlanta en 2000, les participants ont discuté de la standardisation des indicateurs pour la surveillance ou le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le trachome. Voici un extrait de cette réunion :

La surveillance routinière n'est qu'une partie du système d'information sanitaire (surveillance) que les ministères peuvent utiliser aux fins de gestion du programme. Les systèmes de surveillance comprennent également de nombreuses activités de suivi, de surveillance et d'évaluation. Certaines données, telles que les registres chirurgicaux, seront des dossiers quotidiens détaillés, gardés et utilisés au niveau local, qui peuvent être vus périodiquement dans le cadre d'études spéciales. D'autres données, telles que les enquêtes CAP de suivi, peuvent être réalisées à l'échelle régionale tous les deux ou trois ans. La recherche opérationnelle, telle que les études sur le coût-efficacité, peut s'avérer utile pour la planification et l'évaluation de programme. Ces études spéciales nécessitent une collecte de données détaillées des contrôles de validité. Elles prennent beaucoup de temps et sont très cher. Par ailleurs, la surveillance routinière est nettement moins détaillée et onéreuse car elle doit être pratique, opportune et utile pour la gestion de programme. Les données de surveillance routinière donnent un aperçu ponctuel d'un programme. Des indicateurs de surveillance du trachome, tels que les indicateurs de la dracunculose, devraient être simples, fiables et souples. Au fur et à mesure qu'avancent les programmes, les indicateurs seront plus développés.

Lors de cet examen de programme et de réunions ultérieures, on a mis en place et revu un ensemble d'indicateurs pour les tests et l'évaluation sur le terrain. Les Ministères de la Santé au Niger, au Ghana, au Soudan et en Ethiopie ont commencé à utiliser ces indicateurs, ou un ensemble analogue, dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le trachome. Chaque programme de pays a réuni des données initiales présentées comme classement prioritaire et a mis à jour régulièrement leurs données. Le modèle de classement prioritaire est le suivant :

District	% TFTI	% TT	Pop.	Ed. sanitaire	% visages propres	% maisons avec toilettes/ latrines	Source d'eau potable	Pom. Tet. disponible	Chirurgie des yeux disponible

Les PLT nationaux ont constaté que ces indicateurs et le format de classement étaient très utiles pour l'organisation du programme, l'évaluation, les comptes rendus, le plaidoyer et la prise de décisions continues.

En août 2001, lors d'une réunion organisée à Khartoum, le PLT du Soudan a entrepris la tâche difficile de fusionner les parties éparses pour concevoir un système complet de suivi et d'évaluation. Les participants à la réunion du Soudan ont utilisé leurs vastes connaissances et expériences acquises dans le cadre des programmes de lutte contre l'onchocercose et autres initiatives de santé publique pour élaborer la structure suivante pour leurs activités de surveillance, de suivi et d'évaluation :

- I. **L'enquête triennale** utilisant des méthodes d'échantillonnage statistique pour mesurer la prévalence de la maladie et du changement comportemental (prévalence de TT et de TF/TI [par exemple, examen des yeux par des observateurs formés] et enquête sociologique [par exemple, enquête CAP]). Cette enquête évaluera si les villages reçoivent *une éducation de santé de qualité* et comprendra une évaluation environnementale de l'hygiène et du contrôle des mouches.
- II. **L'évaluation annuelle** qui ne se base pas sur un échantillon aléatoire, mais qui se concentre sur les domaines problématiques soupçonnés en utilisant des évaluateurs externes, des personnes formées pour examiner les yeux et qui permet aux coordinateurs régionaux et locaux d'évaluer des domaines autres que les leurs. Cette enquête se concentrera sur des questions pratiques pour le programme et profitera des occasions de formation et de plaidoyer. Cette évaluation jugera également de la *qualité de l'éducation sanitaire* et comprendra une évaluation environnementale de l'hygiène et du contrôle des mouches.
- III. **Le suivi mensuel** analogue à la surveillance des programmes d'éradication de la dracunculose et intégré à cette surveillance dans les endroits où les deux maladies sont endémiques. Des superviseurs régionaux, locaux et de district se rendront dans les villages et les bureaux des programmes locaux. Des activités de surveillance, de suivi et de supervision feront partie de chaque contact de supervision. Celle-ci consistera notamment à fournir un feed-back aux personnes supervisées, ainsi qu'une formation, le cas échéant. On encourage l'intégration à d'autres programmes communautaires analogues.
- IV. **Des études spéciales** seront également une partie importante de la structure d'évaluation générale. Exemple : un étudiant pourrait compiler des données à partir des dossiers chirurgicaux TT et rendre visite à un échantillon aléatoire de patients de cette chirurgie collectant des données aux fins d'analyse.

C'est un modèle de santé publique pour l'évaluation du programme et non pas un modèle universitaire. Cela veut dire que l'évaluation sera planifiée de sorte à profiter de chaque occasion pour faire progresser le programme et non pas pour ralentir les activités aux seuls fins de l'évaluation et de son analyse. Le PLT du Soudan cherchera à résoudre les problèmes quand ils sont dépistés et au niveau où ils sont dépistés dans le processus d'évaluation. En outre, la supervision sera une partie intégrante du processus, notamment :

1. observation au cas par cas des activités (face-à-face)
2. écoute attentive et discussion avec les personnes supervisées, et
3. prise de décisions (résolution de problèmes) sur place.

En reliant ainsi la supervision au suivi, il sera utile de disposer de ce que l'on appelle des « indicateurs vagues », tels que *l'éducation sanitaire réalisée dans le village*. L'évaluation de la qualité d'une séance observée d'éducation sanitaire (par exemple, nombre et type de personnes présentes, clarté et contenu de la présentation) se fera sur place et des suggestions d'amélioration seront données immédiatement après la séance.

Le Docteur Zingesser a présenté l'ensemble des indicateurs utilisés par les PLT partenaires - Centre Carter et le modèle de surveillance, de suivi et d'évaluation lors d'une réunion importante réalisée sur l'égide de l'OMS pour la *Formulation de directives servant à l'évaluation de l'élimination du trachome cécitant*, à Genève, les 8 et 9 novembre 2001. L'expérience cumulative des PLT partenaires du Centre Carter s'est avérée extrêmement importante lors des délibérations pour formuler un système routinier de suivi et d'évaluation. Les PLT recevant une assistance du Centre Carter étaient les seuls programmes, parmi ceux représentés à la réunion de Genève, qui collectaient et utilisaient les données routinières.

L'ensemble d'*indicateurs fondamentaux* qui sera présenté aux membres de l'Alliance GET2020 était l'un des résultats importants de la réunion de Genève car ces indicateurs seront les fondements sur lesquels les programmes nationaux établiront le suivi et l'évaluation de leurs programmes. Dans l'ensemble, les participants ont convenu des indicateurs déjà utilisés par les programmes recevant une assistance du Centre Carter. Toutefois, ils ont proposé plusieurs améliorations importantes. Plusieurs des ophtalmologues experts du trachome ont vivement recommandé les changements suivants :

1. Ne pas utiliser la conjonctivite pour remplacer l'examen du revers de la paupière pour dépister TF- les infirmiers ou autres agents de santé doivent retourner les paupières sur une base trimestrielle.
2. Utiliser le TF à la place du TF/TI (surtout chez les personnes de plus de 9 ans) car c'est un sur-diagnostic du TI, surtout chez les adultes.
3. Mesurer le TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (inclus) à la place de 1 à 10 ans.
4. Mesurer le TT chez les hommes et les femmes de 40 ans et au-delà.

Tenant compte des améliorations recommandées lors de la réunion de Genève, les indicateurs suivants pour le contrôle du trachome ont été proposés aux fins d'utilisation pour tous les programmes partenaires de la lutte contre le trachome lors de la revue de programmes :

Indicateurs de résultat (épidémiologiques)

1. % d'hommes et de femmes ≥ 40 ans avec TT non corrigé
2. % d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec TF

Indicateurs de processus (opérationnels)

CH

3. % de **personnes ciblées** qui ont subi l'intervention chirurgicale.

A

4. % de **personnes ciblées** traitées avec des antibiotiques (azithromycine et tétracycline)

N

5. % de **villages ciblés** ayant reçu une éducation sanitaire
6. % d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec des visages propres (pas d'écoulement des yeux ou du nez)

CE

7. % de villages endémiques où la plupart des ménages (plus de 50%) ont des toilettes à la maison ou des latrines couvertes.
8. % de villages endémiques où la plupart des ménages (plus de 50%) ont une source d'eau potable dans le village ou dans un rayon de 1 km (temps de déplacement de 30 minutes).

Contrôle des mouches

Présenté par Monsieur Paul Emerson, Conseil de Recherche médicale Royaume-Uni, Gambie.

Mouches et trachome

Les mouches domestiques sont des vecteurs mécaniques d'un grand nombre de maladies et agiraient comme vecteurs mécaniques de la propagation du trachome. Mais il est difficile de prouver le rôle qu'elles jouent au niveau de la transmission du trachome. Cela est dû en partie au fait que les mouches ne sont jamais la seule voie de transmission d'une maladie. Par conséquent, il n'existe que peu de faits prouvant que la lutte contre les mouches aura un avantage sanitaire public. La lutte contre les mouches en elle-même est très difficile car les mouches se reproduisent très rapidement, exploitent tous les sites de reproduction et volent vers de nouveaux endroits si elles sont obligées de le faire.

Les mouches soupçonnées de participer à la propagation du trachome semblent apprécier l'humidité aux coins des yeux humains. La transmission du trachome se ferait quand le pied de la mouche touche l'œil d'une personne infectée par chlamydia car ainsi, elle ramasse la bactérie et l'emmène au coin de l'œil de personne qui n'est pas encore infecté. La transmission de la maladie dépend des conditions climatiques, du nombre et des espèces de mouches dans l'environnement et de l'accessibilité du matériel infectieux.

Etudes sur la transmission du trachome en Gambie

Une étude pilote a été faite dans les zones rurales de la Gambie, dans le cadre de laquelle deux paires de villages ont été suivies pendant trois mois. Un village de chaque paire a bénéficié d'une pulvérisation d'insecticides pour tuer les mouches et l'autre n'avait aucune intervention. Des enquêtes sur le trachome ont été faites au départ (base initiale) et lors du troisième mois.

L'étude constatait qu'en l'absence de mouches domestiques, une réduction de 61% existait au niveau de la prévalence du trachome actif dans la communauté (défini comme la présence de TF, TI ou les deux). De plus, il existait une réduction de 23% du nombre de jours pendant lesquels les enfants avaient la diarrhée dans les villages pulvérisés pour lutter contre les mouches. Cette étude pilote était limitée à cause du nombre relativement petit de participants, parce qu'elle n'a pas été faite pendant toutes les saisons et parce qu'il n'existait pas de validation externe du classement du trachome.

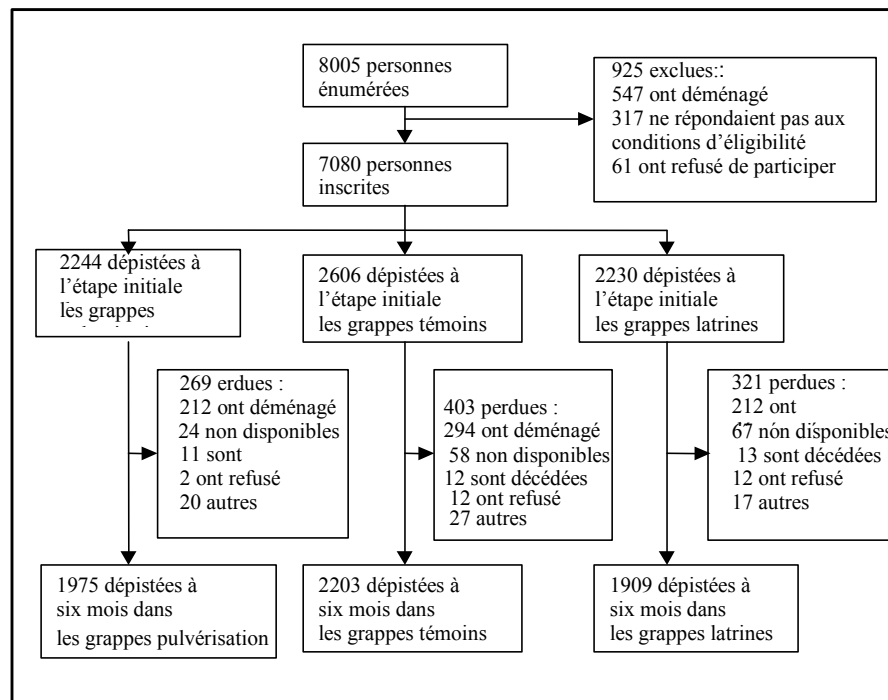
Des études entomologiques descriptives dans les zones rurales de la Gambie ont impliqué *Musca sorbens* comme un vecteur important du trachome. L'enquête a constaté que cette mouche était responsable de 99% des contacts mouche-œil et pourtant, ne représentait que 10% des mouches attrapées avec d'autres méthodes. Les essais sur les lieux de reproduction ont montré que *Musca sorbens* se reproduit dans les matières des chiens, des vaches, des veaux et des humains, mais qu'elle préfère les matières fécales humaines. Les femelles gravides se rendent sur les matières fécales et commencent à pondre des œufs. Intéressant de noter que *Musca sorbens* semble attiré par les matières fécales sur le sol, mais cette mouche n'a pas été attrapée dans les latrines à fosse. Cela suggère que *Musca sorbens* puisse être contrôlé par le biais de l'utilisation des latrines.

Etude sur les mouches et les yeux

L'étude sur les mouches et les yeux a été conçue pour confirmer les résultats de l'étude pilote et évaluer la construction de latrines comme méthode durable du contrôle des mouches. L'étude a été faite lors de toutes les saisons, avait une validation externe du classement du trachome et un échantillon plus important. Des efforts très importants ont été déployés pour garantir une connaissance régionale et au niveau de l'état du projet.

L'étude sur les mouches et les yeux était un essai aléatoire par grappe à base communautaire avec trois « axes » conçus pour dépister une réduction de 35% du trachome (Figure 1). Ces trois axes étaient les suivants : (1) pulvérisation d'insecticides avec du perméthrine, (2) construction de latrines à fosse, et (3) aucune intervention. Sept ensembles de trois grappes étaient nécessaires. Les mesures au niveau des résultats étaient les suivantes : évaluation clinique du trachome au début et à six mois, suivi des populations de mouches, suivi des contacts mouche-œil et suivi des constructions de latrines. Après la période d'étude de six mois, tous les villages participants ont reçu des latrines. Plus de 7 000 villageois ont été dépistés pour détecter le trachome et tous les patients du trichiasis ont été orientés vers une chirurgie corrective. Sous peu, les villages recevront également une éducation sanitaire.

Figure 1. Profil de l'essai



Plus de 6 000 participants ont terminé l'étude. Le dépistage initial a montré que la prévalence du trachome actif était plus faible qu'on ne l'avait pensé, diminuant ainsi le pouvoir de l'étude. Le trachome actif était constaté plus couramment dans les groupes d'âge plus jeunes, surtout ceux

de moins de 10 ans (Figure 2). La jeunesse était le seul facteur prédictif du trachome actif au moment de l'étape initiale.

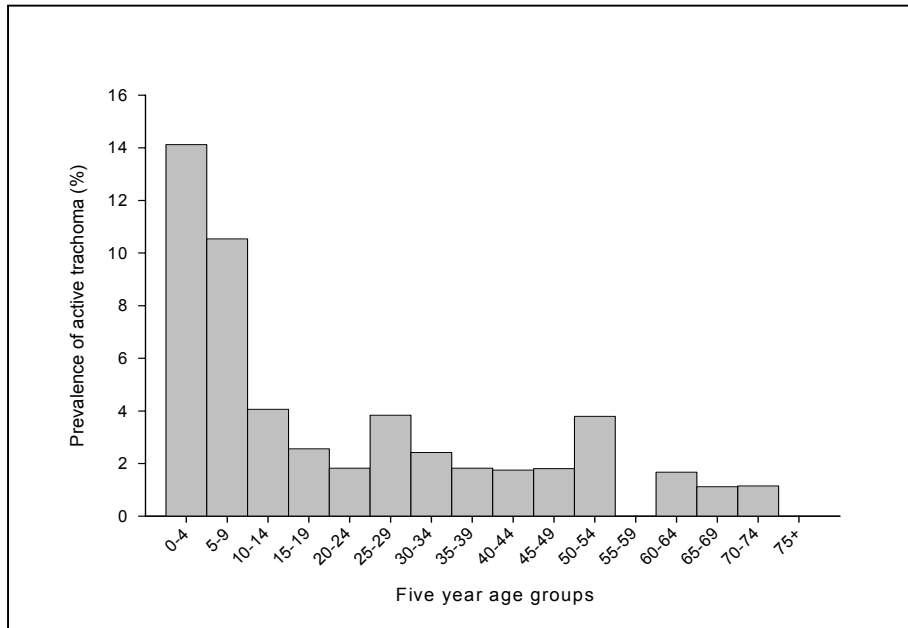


Figure 2. Prévalence du trachome actif par groupe d'âge quinquennal

Résultats du suivi de la pulvérisation d'insecticides

Dans les villages de l'étude, la pulvérisation avec du perméthrine a réduit de 88% le nombre de mouches *Musca sorbens* attrapées au niveau des yeux des enfants ($p < 0,001$). La pulvérisation du perméthrine a également été associée à une réduction de 56% de la prévalence communautaire du trachome, comparé aux villages témoins ($p = 0,01$).

Résultats du suivi de la construction de latrines

La construction de latrines a permis de diminuer de 30% le nombre de mouches *Musca sorbens* attrapées au niveau des yeux des enfants ($p = 0,04$) comparé aux témoins. L'association entre la construction de latrines et la réduction de la prévalence communautaire du trachome était plus faible : 30% ($p = 0,21$), comparé aux témoins. Cela pourrait être dû à la faible prévalence du trachome actif dans la population de l'étude.

Discussion

La lutte contre les mouches est nécessaire dans les régions où le trachome est endémique et où les mouches représentent un problème. L'utilisation de l'insecticide est efficace, mais n'est pas toujours faisable car les machines de pulvérisation ont besoin d'un entretien constant. Les pièges à mouches ne fonctionneront probablement pas parce que l'on n'a pas encore trouvé un tel piège efficace. Par conséquent, c'est la construction de latrines qui est l'intervention préférée pour lutter contre les mouches. Néanmoins, il faut tenir compte de la construction et de l'entretien des latrines pour que l'intervention soit efficace. En effet, on s'est rendu compte que les latrines

collectives ne fonctionnaient bien que s'il existe une personne responsable de leur entretien. L'expérience en Gambie montre que les toilettes collectives ne sont pas utiles car, même le fait de partager une latrine par concession crée des problèmes d'entretien. Dans cette étude, une latrine est fournie par ménage/famille.

La construction de latrines a été confiée à des entrepreneurs locaux du Département du Développement communautaire pour vérifier que la conception correspondait bien aux conditions locales. Le coût total par latrines (y compris la main-d'œuvre) s'élevait à environ 17,35\$US. Les matériaux nécessaires par latrines étaient les suivants : 2 sacs de ciment, 5 brouettes et demie de sable, 6 mètres de barres de fer de 6mm de diamètre et fil de fer. Selon le Département du Développement communautaire, ces latrines sont conçues pour une durée de huit ans. Les latrines familiales construites pour cette étude sont très appréciées par les communautés.

En conclusion, l'on recommande de construire des latrines dans les régions où le trachome est endémique, quand il n'existe pas de structure sanitaire. Le faible coût de construction des latrines est un autre avantage de cette intervention. En outre, elles sont jugées un élément central de la santé, au-delà d'ailleurs de la lutte contre le trachome. L'on recommande que la construction de latrines ne se fasse pas simplement de manière isolée, mais comme partie intégrante de la stratégie CHANCE.

Pour l'essentiel, ces indicateurs ont intégré les excellentes suggestions faites par le groupe des experts de l'OMS. La différence la plus importante entre ces indicateurs et ceux qui ont été proposés à Genève concerne l'utilisation de *cibles* comme base pour mesurer les progrès. Lors des premières années des programmes de lutte contre le trachome, il est très difficile d'évaluer la charge effective de trachome actif ou de trichiasis. S'ils se donnent *des objectifs annuels de traitement*, les programmes peuvent avoir des cibles réalistes chaque année et chercher à les atteindre. Par la suite, une mesure fiable de la prévalence du trachome permettra aux programmes de cibler *leurs buts finals de traitement* et les responsables de programme mesureront leurs progrès en vue de combattre véritablement le trachome dans le monde. L'élaboration de meilleurs outils de suivi nous sera d'une grande aide à cette fin.

Dosage d'azithromycine par taille

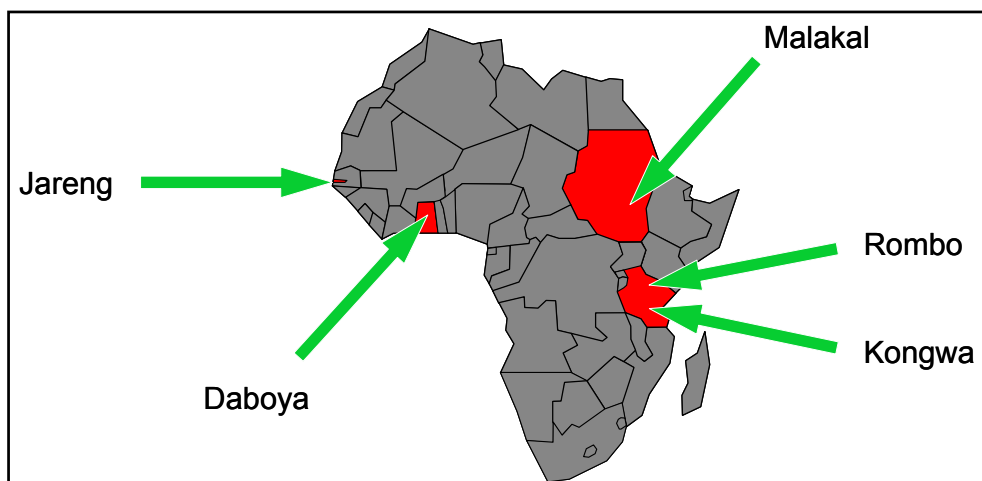
Présenté par le Docteur Anthony Solomon, Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres.

Le projet est un effort conjoint de chercheurs intervenant dans cinq régions de quatre pays. Dans chaque pays, le programme national de lutte contre le trachome souhaitait mettre au point un modèle simple pour doser l'azithromycine par voie buccale en fonction de la taille. Les coauteurs de ce rapport conjoint sont les personnes suivantes :

Dr Solomon	Beatriz Muñoz	James Zingeser	
Rachel Barwick	Matthew Burton	Allen Foster	Robin Bailey
David Mabey	Sheila West		

La recherche dans le pays a été réalisée grâce aux efforts de :

Peter Abugri (Ghana)	Joe Akudibillah (Ghana)	Mamoun Homeida (Soudan)	Patrick Massae (Tanzanie)	Harran Mkocha (Tanzanie)
-------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	-----------------------------



Emplacement des projets de recherche taille : poids

Les chercheurs ont posé trois questions :

1. Est-ce que la taille peut prédire le poids ?
2. Est-ce que la taille peut prédire une dose acceptable de comprimés ou de suspension d'azithromycine ?
3. Est-ce qu'un seul modèle de dosage en fonction de la taille peut être applicable dans plus d'un endroit ?

Méthodes

Un total de 5 558 enfants âgés de 6 mois à 15 ans a été pesé et mesuré. Le dosage déterminé par la taille a été comparé à une dose initiale par poids de 20mg/kg, avec des limites de tolérance de 15-30mg/kg. Les doses données se fondaient sur des comprimés ou millilitres d'azithromycine donné en supposant que l'azithromycine pouvait être disponible dans des suspensions de 40mg/ml ou des comprimés de 250mg qui pouvaient être cassés en deux. On a supposé que les

enfants de moins d'un an (ou 60 cm) soient pesés et non pas mesurés aux fins de dosage. Les données collectées dans les cinq endroits ont été analysées par Madame Muñoz, à l'Université Johns Hopkins, pour déterminer le modèle qui correspond le mieux aux observations du terrain.

Résultats

Dans l'étude auprès de la population, la taille est un bon facteur prédictif du poids et, partant, du dosage. L'âge et le sexe n'expliquent qu'une petite partie de la variance restante du modèle final. L'analyse de données indique que la taille **peut** prédire le poids et que la taille **peut** prédire une dose acceptable de comprimés ou de suspension d'azithromycine. Enfin, on a constaté qu'un seul modèle de dosage en fonction de la taille était applicable dans tous les lieux de la recherche.

cm	dose
167	4 compr
157	3½ compr
146	3 compr
134	2½ compr
120	2 compr
100	1½ compr
71	1 compr
	0 compr
	(susp)

En comparant les données d'un endroit à l'autre, on a constaté que les enfants à Kongwa avaient un poids légèrement supérieur et que les enfants à Malakal avaient un poids légèrement inférieur au groupe témoin. Ensuite, on a comparé l'échelle finale du dosage en fonction de la taille au dosage des mêmes enfants par poids et les résultats pour plus de 97% des enfants se trouvaient dans les limites de tolérance. Plus de problèmes de dosage ont été rencontrés chez les enfants de 1 à 2 ans. Ce groupe de patients devrait être mesuré attentivement dans le cadre des campagnes de traitement.

Initiative de Formation en Santé publique de l’Ethiopie

Présenté par Madame Laura Lester, Responsable de Programme EPHTI, Centre Carter

Données générales

L’Initiative de Formation en Santé publique de l’Ethiopie (EPHTI) a démarré dans les années 1993-1994 suite à une série de conversations entre le Premier Ministre éthiopien, Meles Zenawi, et l’ancien Président des Etats-Unis, Jimmy Carter, concernant la situation en santé publique en Ethiopie. Il n’existait pas un nombre suffisant de personnes formées pour travailler dans les centres de santé des zones rurales et il n’existait pas suffisamment de programmes dans les universités pour former les personnes afin qu’elles puissent travailler dans ces régions. Le gouvernement avait décidé de créer quatre nouveaux programmes universitaires et de former des équipes des centres de santé pour arriver à 600 nouveaux diplômés par an pouvant travailler dans ces centres de santé. Le Docteur Dennis Carlson, consultant du Centre Carter, a aidé l’Ethiopie à former les agents de santé publique.

Principaux objectifs

Les deux grands objectifs de l’Initiative de Formation en Santé publique de l’Ethiopie consistaient, d’une part à renforcer les capacités pédagogiques du personnel et d’autre part, à créer du matériel didactique conçu tout spécifiquement pour répondre aux besoins des équipes des centres de santé.

Le but de l’intervention du Centre Carter était le suivant : créer une infrastructure qui deviendra autosuffisante en l’espace de 10 ans.

Formation

Des consultants internationaux de niveau supérieur forment des équipes des centres de santé comprenant :

- Des responsables de la santé
- Des infirmiers de santé publique
- Des spécialistes de la santé environnementale
- Des techniciens de laboratoire
- Des accoucheurs

Ateliers

Huit ateliers importants se sont tenus depuis 1997, chacun durant une à deux semaines. Des « mini-ateliers » ont également été organisés, durant de trois à cinq jours. Les équipes des centres de santé et la personne universitaire se rencontrent pour concevoir des modules et rédiger des notes de conférence. Vingt modules doivent être mis au point. Les thèmes sont les suivants : paludisme, pneumonie, VIH/SIDA, tuberculose et trachome. Le module sur la lutte contre le trachome a été rédigé par les équipes EPHTI en Ethiopie, avec l’assistance d’experts du Royaume-Uni et du Centre Carter, Atlanta.

Evolution des modules de formation

En premier lieu, les thèmes ont été identifiés et confiés à une équipe universitaire spéciale. L’équipe se rencontre et rédige une proposition qui est ensuite revue par les consultants EPHTI.

Le test final du module est effectué en salle de classe où les changements supplémentaires sont effectués.

Modules de formation et notes de conférence

Quatre modules sont utilisés actuellement dans les universités :

- Malnutrition protéino-énergétique
- Paludisme
- Diarrhée
- Pneumonie

Onze modules sont en train d'être mis au point. Il existe 14 jeux de notes de conférence et 26 en plus sont en train d'être élaborés.

Les modules et les notes de conférence EPHTI sont mis au point pour des Ethiopiens, par des Ethiopiens, et ne sont pas de nature universelle. Toutefois, l'EPHTI partagera sur demande les modules et les notes de conférence avec d'autres ministères de la santé et formateurs en soins de santé. Chose importante, la méthode unique mise au point par l'EPHTI peut être reproduite pour d'autres pays afin de développer des modules et du matériel de formation spécifique au pays en question.

Utilisation du *Quicken* pour gérer la distribution des médicaments

Présenté par Madame Dana Lee, Senior Assistante Administrative, Global 2000/Centre Carter

Introduction

Quicken® est un logiciel comptable utilisé par de nombreux ménages et petits commerces. Il peut être adapté pour enregistrer le reçu, la distribution et le transfert de médicaments. Quicken ne coûte pas cher, il est facile à acheter et à utiliser. Depuis cinq ans, le Programme de Cécité des Rivières de Global 2000 utilise Quicken pour suivre l'approvisionnement/distribution de comprimés d'ivermectine (Mectizan™ donné par Merck & Co. Inc.) destinés à la lutte contre l'onchocercose. Dans ce programme, l'ivermectine est suivi dès le moment où le produit est reçu dans le pays jusqu'au moment où il est remis aux fins de distribution aux responsables sanitaires du district ou du village. Quicken peut être programmé pour compiler des rapports préformatés facilitant la gestion de stock. Le Centre Carter n'a pas adapté ce logiciel au contrôle de l'azithromycine, mais l'utilisation réussie de Quicken, dans le cadre du Programme de Lutte contre l'Onchocercose, montre qu'il s'agit là d'une bonne option pour les programmes de lutte contre le trachome.

Principaux avantages de l'utilisation de Quicken :

- Des documents écrits signés peuvent être produits pour chaque transaction
- Sauvegarde simple des fichiers de données
- Prêts et remboursements organisés au niveau national plutôt qu'au niveau du projet
- Format uniforme
- Simple contrôle du solde

Termes comptables clés utilisés par Quicken pour le contrôle des comprimés d'ivermectine, tels qu'adaptés par le Programme de Cécité des Rivières de Global 2000

- *Devise* : la devise, dans ce cas, ce sont les comprimés d'ivermectine
- *Augmentations* : le nombre de comprimés reçus du bailleur de fonds
- *Diminutions* : le nombre de comprimés distribués endommagés, périmés, vendus ou perdus
- *Avances* : les comprimés donnés sur avance par l'Office national au Bureau du Projet (avant de connaître le pourcentage endommagé ou périmé)
- *Dettes*: prêts d'autres ONG qui sont reçus en dons

Fonctions de Quicken

- *Liste des comptes* : montre le solde final de tous les comptes
- *Registre* : montre toutes les transactions des comptes de comprimés
- *Catégories* : préétabli par les responsables des finances pour aider à classer les options des transactions

Rapports préformatés

- *Inventaire des stocks* : montre les stocks pour chaque compte
- *Rapport d'activité mensuelle*
- *Rapport de récapitulatif mensuel*
- *Rapport de récapitulatif à ce jour*

ANNEXE I : la maladie

Le trachome est une des grandes causes de cécité évitable dans le monde. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, 6 millions de personnes ont perdu la vue à cause du trachome et ces personnes sont essentiellement des femmes. En outre, 540 millions de personnes – presque 10% de la population mondiale- courent le risque de devenir aveugles ou de souffrir de graves problèmes de vue. Le trachome survient suite à des infections répétées causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis* et il peut être prévenu par une simple hygiène. La plupart des cas se présentent dans des zones rurales et arides de pays en développement, par exemple la région sahélienne de l'Afrique, où l'accès à l'eau potable est limité.

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

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

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

ANNEXE II : Ordre du jour de la revue de programme

Lundi 11 mars 2002

8h00 - 8h30	Remarques de bienvenue et de présentation	Dr James Zingeser
N & CE		
8h30 - 9h15	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
9h15 - 9h30	Présentation du Mali	Dr Doulaye Sacko
9h30 - 9h45	Présentation du Niger	Dr Abdou Amza
9h45 - 10h00	Présentation du Soudan	M. Mark Pelletier Mme Kelly Callahan
10h00 - 10h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
10h15 - 10h30	Présentation de l’Ethiopie	M. Teshome Gebre
10h30 - 10h45	Présentation du Nigeria	Dr Nimzing Jip
10h45 - 12h15	Discussions/recommandations	
12h15 - 13h30	<u>Déjeuner au Foyer Ivan Allen</u> <i>(photo de groupe)</i>	
Séances spéciales		
13h30 - 15h00	Lutte contre les mouches	M. Paul Emerson Dr James Zingeser
15h00 - 15h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
15h15 - 17h00	Suivi et évaluation/Surveillance	Dr James Zingeser

Mardi 12 mars

CH & A

8h00 - 8h40	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
8h40 - 9h00	Présentation du Mali	Dr Doulaye Sacko
9h00 – 9h20	Présentation du Niger	Dr Abdou Amza
9h20 - 9h40	Présentation du Soudan	Mme Kelly Callahan Prof. M. Homeida
9h40 - 10h00	Présentation de l’Ethiopie	M. Teshome Gebre
10h00 – 10h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
10h15 - 10h35	Présentation du Nigeria	Dr Nimzing Jip
10h35 - 12h00	Discussions/recommandations	
12h00 – 13h00	<u>Déjeuner au Foyer Ivan Allen</u>	

Séances spéciales

13h00 – 14h00	Utilisation de Quicken pour gérer la distribution de cachets	Mme Dana Lee
	Module sur le trachome - Initiative éthiopienne de Formation sanitaire	Mme Laura Lester
14h00 – 15h00	Données pour la prise de décisions	Dr James Zingeser
15h00 – 15h15	<u>Pause café/Foyer Ivan Allen</u>	
15h15 - 17h00	Conclusions/réflexions générales	Dr Donald Hopkins

ANNEXE III : Liste des participants

Ethiopie

M. Teshome Gebre (Centre Carter)

Ghana

Dr Maria Hagan

Dr Daniel Yayemain

M. Eric Dumakor (Centre Carter)

M. Emmanuel Pupilampu (Centre Carter)

Mali

Dr Doulaye Sacko

Dr Mamadou Bathily (Centre Carter)

Niger

Dr Abdou Amza

M. Salissou Kane (Centre Carter)

Nigeria

Dr Emmanuel Miri (Centre Carter)

Dr Nimzing Jip (Centre Carter)

Soudan

Prof. Mamoun Homeida

Dr Bellario Ahoy Ngong

Ms Kelly Callahan (Centre Carter)

Dr Jeremiah Ngondi (Centre Carter)

M. Mark Pelletier (Centre Carter)

Le Centre Carter

Dr Donald Hopkins

Dr James Zingeser

Ms Misrak Makonnen

Ms Dana Lee

Ms Nicole Kruse

M. Stan Miano

Ms Shandal Sullivan

M. Craig Withers

Ms Laura Lester

Ms Jennifer Moore

Ms Robin Poovey

Dr Frank Richards

Dr Ernesto Ruiz-Tiben

Ms Wanjira Mathai

Ms Sarah Hodgson

Ms Stacy Taylor

M. Marc Tewari

Ms Nwando Diallo

Fondation Conrad N. Hilton

Ms Dyanne Hayes

Ms Rose Arnold

Fondation Lions Clubs International

Ms Rebecca Teel Daou

Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis

Dr Stephen Blount

M. Ross Cox

Dr Mamadou Diallo

Dr Ellen Dotson

Dr Robert Wirtz

Université Emory

Dr Josef Amann

Helen Keller Worldwide

Ms Lisa Tapert

Ms Lorena Morales

Initiative internationale de Lutte contre le Trachome

Dr Joseph Cook

Dr Eric Mouzin

Medical Research Council

M. Paul Emerson

Pfizer Inc

Ms Heather Lauver

Organisation mondiale de la Santé

Dr Silvio Paolo Mariotti

World Vision

Dr Joseph Riverson

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr Anthony Solomon