

COMPTES RENDUS RÉCAPITULATIFS

ONZIÈME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE
TRACHOME

**PLANIFIONS L'ÉLIMINATION DU TRACHOME, DISTRICT
PAR DISTRICT**

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Georgia
29 au 31 mars 2010

Avec l'appui de :
Conrad N. Hilton Foundation
Lions Clubs International Foundation
Pfizer Inc

cnhf



Lions Clubs International
FOUNDATION



THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

**“Planifions l'Elimination du Trachome,
District par District”**

**Onzième Revue Annuelle des Programmes de Lutte
Contre le Trachome**



Le Centre Carter
Atlanta, Georgie

29-31 mars 2010

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	i
Sigles.....	ii
Résumé Analytique.....	iii
Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie.....	1
Programme de lutte contre le trachome au Mali.....	8
Programme de lutte contre le trachome au Niger.....	12
Programme de lutte contre le trachome au Nigeria.....	17
Programmes de lutte contre le trachome au Soudan et au Soudan du Sud.....	21
 Cartographie, Tableaux Récapitulatifs et Graphes	
Carte 1: Prévalence de TF chez les enfants 1-9 ans, Soudan, Soudan du Sud, et Ethiopie.....	32
Carte 2: Prévalence de TT chez les adultes >15 ans, Soudan, Soudan du Sud, et Ethiopie.....	33
Carte 3: Prévalence de TF chez les enfants 1-9 years, Ghana, Mali, Niger, et Nigeria.....	34
Carte 4: Prévalence de TT chez les adultes >15 ans, Ghana, Mali, Niger, and Nigeria.....	35
Tableau 1: Récapitulatif des données nationales du programme national de lutte contre le Trachome.....	36
Tableau 2: Cibles annuelles 2010 du programme national de lutte contre le trachome.....	37
Tableau 3: Implémentation de la Stratégie CHANCE, pays aidés par le Centre Carter.....	38
Tableau 4: Implémentation de la Stratégie CHANCE, pays aidés par le Centre Carter.....	39
Fig. 1: Villages avec éducation sanitaire, pays aidés par le Centre Carter.....	40
Fig. 2: Latrines familiales construites, pays aidés par le Centre Carter.....	41
Fig. 3: Distribution d'azithromycine, pays aidés par le Centre Carter.....	42
Fig. 4: Personnes opérées du trichiasis, pays aidés par le Centre Carter.....	43
 Présentations Spéciales	
Lions Clubs de l'Ethiopie : Mise à jour du District 411A.....	44
Mise à jour de l'Organisation mondiale de la Santé.....	45
Helen Keller International : En route vers 2020.....	46
Mise à jour sur Pfizer Inc.....	48
Mise à jour sur l'Initiative internationale du trachome.....	49
Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées : Mise à jour de RTI.....	50
L'approche au développement du Centre Carter.....	51
Mise à jour sur l'étude de la lutte améliorée contre le trachome : Northern Amhara (TANA).....	53
Le projet TTT : Barrières à la chirurgie et formation sur DVD.....	55
Initiative internationale du trachome : Une vue générale de l'atlas du trachome.....	56
Cartographie intégrée des maladies tropicales négligées.....	58
Analyse économique des coûts d'enquête.....	59
Planifier l'élimination du trachome cécitant dans les Etats au Nord du Soudan.....	61
Prévalence du trachome dans les régions de Kayes et de Koulikoro quatre années après l'arrêt de la distribution des antibiotiques.....	62
Services chirurgicaux mobiles au Mali.....	64
Où sont-ils à présent ? Une étude de la productivité et du taux d'abandon chez les chirurgiens du TT en Ethiopie.....	66
Le projet de la boîte à outils pour les enquêtes sur le suivi de l'élimination du trachome.....	67
Evaluer la couverture, l'observance et les déterminants des traitements de masse à base d'antibiotique au Nord de l'Ethiopie.....	68
Revue des méthodes utilisées par les enquêtes sur la couverture.....	69
Annexe I: La maladie.....	71
Annexe II: Articles avec Revue Collégiale 2009.....	73
Annexe III: Figures et tableaux sur les accomplissements liés aux buts finals d'intervention.....	75
Annexe IV: Ordre du jour.....	93
Annexe V: Liste des participants.....	96

REMERCIEMENTS

Le Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter souhaite faire mention du soutien apporté par les donateurs suivants :

Sociétés :

Pfizer Inc
Environmental Systems Research Institute, Inc.

Fondations et organisations:

The Richard Allan Barry Family Charitable Foundation
The Arthur M. Blank Family Foundation
Bill & Melinda Gates Foundation
Community Foundation of Western Massachusetts
Conrad N. Hilton Foundation
Delta Gamma Fraternity, Theta Chapter
The Elfenworks Foundation
The Hayes Foundation
The John C. and Karyl Kay Hughes Foundation
The John P. Hussman Foundation, Inc.
Lions Clubs International Foundation
London School of Hygiene and Tropical Medicine
National Democratic Institute for International Affairs
Newpeak Foundation
The New York Eye and Ear Infirmary
Francis I. Proctor Foundation
Rock Paper Scissors Foundation
Saint Alban's of Bexley Episcopal Church
The Stahl Family Foundation
UNICEF

Individus:

Edward E. Altemus
Charles et Deborah Austin
Richard C. Blum
Carol A. Crotty
John et Cheryl Dimar
Stanley et Wendy Drezek
Donal Grogan
William et Mary Ann Hardman
Kathleen Hayes et Stephen Updegrove
John et Terri Hussman
Morton P. Hyman
Ann L. Kalhorn
Mark et Sandra Niblick
John J. Moores
William H. Overby
Greg Randolph
Walter et Tracy Schier
Lalit et Veneta Shahani
Virginia O. Skinner
Alan et Melodie Solway
Ruth D. Wagoner

Et à de nombreuses autres personnes, toute notre reconnaissance.

SIGLES

AES	Agent d'extension Sanitaire	LCIF	Fondation international des Lions Clubs
AMREF	Fondation Africaine Médical et Recherche	LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
ATPC	Assainissement total piloté par la communautaire	MALTRA	Programme Paludisme et Trachome
BFI/T	But final d'intervention/traitement	MFS	Ministère fédéral de la Santé
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques	MS	Ministère de la Santé
cbm	Christoffel Blindenmission	MTN	Maladie tropicale négligée
CCC	Comité des conseillers du centre	OLS	Operation Lifeline Soudan
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	OMD	Objectif du millénaire pour le développement
CEI	Conseil d'examen institutionnel	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CET	Comité expert du trachome	ONG	Organisation non-gouvernemental
CGA	Collectivité gouvernementale locale (unité administrative spécifique au Nigeria)	ORDA	Organization for Rehabilitation and Development in Amhara
CNHF	Fondation Conrad N. Hilton	PDG	Président directeur général
CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du Visage, Changement Environnemental	PDPP	Personnes déplacées dans leur propre pays
CNHF	Fondation Conrad N. Hilton	PNLC(C)	Programme national de lutte contre la cécité
CTP	Chimiothérapie préventive	PNPC	Programme national pour la prévention de la cécité
DANIDA	Agence danois pour le développement international	PSC	Prévention de la surdité et de la cécité
DDPS	Département du développement des programmes de Santé	RBT	Rotation bilamellaire du tarse
DFID	Département de développement international du Royaume-Uni	RCP	Réaction en chaine par polymérase
DMA	Distribution en masse des antibiotiques	RTI	Research Triangle Institute International
ERT	Evaluation rapide du trachome	SAFE	Equivalent anglais de CHANCE
ESG	Enquête par sondage en grappes	Sanplat	Modified Mozambique Sanitation Platform
FINIDA	Agence finlandais pour le développement international	SSI	Sightsavers International
FI	Fourchette interquartile	STTEM	Boite à outils pour les enquêtes sur le suivi de l'élimination du trachome
FL	Filariose lymphatique	TANA	Etude de la lutte améliorée contre le trachome dans le nord d'Amhara
GET2020	Alliance global pour l'élimination du trachome d'ici 2020	TF	Trachome folliculaire
GOS	Gouvernement du Soudan	TI	Trachome inflammatoire
GOSS	Gouvernement du Soudan du Sud	TT	Trichiasis trachomateux
GTM	Garbet Tehadisso Mahber (ONG �thiopien)	TTT	Traitement du trichiasis trachomateux
HKI	Helen Keller International	UNICEF	United Nations Children's Education Fund (Le Fond des Nations Unies d'Enfance)
HTS	Helminthes transmises par le sol	USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
ITI	Initiative international du trachome		
JAMAL	Equivalent arabe de CHANCE		

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Planifions l'élimination du trachome, district par district

La onzième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome s'est tenue au Centre Carter du 29 au 31 mars 2010. Outre les six programmes recevant une assistance du Centre Carter, sont venus se joindre à nous nos donateurs et partenaires de l'Organisation mondiale de la Santé, des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, de l'Initiative internationale du trachome, d'Helen Keller International, de l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, de l'Université de Californie San Francisco, de la Fondation Conrad N. Hilton, de Pfizer Inc, de la Fondation Arthur M. Blank, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de Research Triangle Institute, de Task Force for Global Health, de Sight Savers International, et de la Fondation internationale des Lions Clubs. Sous l'égide du thème « **Planifions l'élimination, district par district**, », les présentations ont parlé des progrès réalisés par les programmes en vue d'atteindre les buts de l'élimination, créant une vision commune voulant que chaque district où le trachome est endémique ait accès à la stratégie CHANCE d'ici 2015. Tous les districts d'endémicité doivent juguler le trachome d'ici 2015 pour répondre au but de l'Élimination d'ici 2020 !

A l'instar des années précédentes, la revue de programmes avait pour objectifs de faire le point des programmes nationaux de lutte contre le trachome, de faire ressortir les obstacles et défis rencontrés au niveau de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, de discuter des solutions, de partager les expériences et d'encourager le partage et la standardisation de l'information. Si les discussions lors des réunions de la revue de programme se rapportent spécifiquement aux divers pays en question, l'impact pourtant est de nature mondiale. Les accomplissements, les défis, les solutions et les leçons retenues continuent de guider l'évolution de l'Alliance GET 2020.

Le présent compte rendu présente les idées, discussions et propositions faites lors de la onzième Revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome. Les réunions de la revue de programme offrent un forum unique dans le cadre duquel les responsables des programmes de lutte contre le trachome, le personnel du Centre Carter et les partenaires s'assoient à la même table pour revoir les accomplissements et tracer l'avenir. Cette année, c'est avec une urgence perceptible que les planificateurs, partenaires et praticiens ont recommandé de passer de la phase du contrôle à l'élimination et de formuler des plans pour éliminer le trachome cécitant de chaque district. Le groupe a été inspiré par le coordinateur du Soudan qui a présenté les données sur la prévalence du trachome pour chaque district du Soudan du Nord – une immense superficie demandant pratiquement 100 enquêtes séparées qui ont pris presque trois années. A présent, il est possible de planifier l'élimination du trachome dans les états au Nord du Soudan (sauf à Darfur où l'insécurité et l'instabilité de la population ont empêché la réalisation du travail d'enquête).

Au titre des points saillants des sessions spéciales de la revue de cette année, on notera les présentations des programmes de recherche opérationnelle collaboratives en Ethiopie avec l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et la Fondation Francis I. Proctor, l'Université de Californie San Francisco (UCSF). L'Ecole de Londres cherche à retenir les meilleures pratiques pour la prise en charge des cas de trichiasis. La collaboration avec UCSF permettra de déterminer l'utilisation la plus rationnelle des

antibiotiques dans les programmes de lutte contre le trachome. Ensemble, ces deux programmes de recherche collaborative permettront de peaufiner la mise en œuvre du programme mondial de lutte contre le trachome, afin que nous puissions accomplir davantage, aller plus vite et faire mieux pour ceux souffrant du trachome et ceux exposés au cycle vicieux de la maladie, de la dépendance et de la pauvreté qu'elle laisse dans son sillon.

La revue a mis en relief le partenariat entre la Fondation internationale des Lions Clubs et la Fondation Conrad N. Hilton avec le Centre Carter. A nouveau figurent au premier plan les Lions Clubs de l'Ethiopie et la Bureau régional de santé de l'Amhara. A tel moment en 2010, ce partenariat distribuera sa 50 millionième dose d'azithromycine, opérera le 200 millièm patient et dépasser les 1,5 million de latrines familiales. Au Mali et au Niger, un vaste groupe de soutien aux programmes nationaux les guident droit vers l'élimination en 2015. Ces partenariats sont autant d'exemples vivants pour ceux participant à la lutte contre le trachome nous montrant que l'élimination est chose tout à fait possible et qu'il n'y aucune raison d'être effectué par l'ampleur de la tâche ou le terrain rugueux. En effet, s'il est possible d'éliminer le trachome cécitant pour chaque district au Nord du Soudan, dans l'Amhara, en Ethiopie, au Mali et au Niger, et de mettre sur pied de solides programmes, alors nul doute nous saurons vaincre le trachome partout ailleurs.

Programme de lutte contre le trachome de l'Ethiopie

Présenté par le Dr Asrat Genet Amnie, Chef du Bureau régional de la santé de l'Amhara, Ethiopie

Données générales

In 2006, le Ministère fédéral de la santé en Ethiopie a réalisé une enquête nationale sur la cécité et les problèmes de vision, soutenue par le Centre Carter, l'Initiative internationale du trachome, cbm et d'autres partenaires. Les résultats de cette enquête ont montré que la prévalence de la cécité en Ethiopie, se situant à 1,6% d'après les estimations, est parmi les plus élevées au monde. La cécité imputable au trachome entre pour 12% dans la cécité globale nationale, au deuxième rang de toutes les causes après la cataracte. La prévalence nationale du trachome (TF degré clinique) parmi les enfants âgés de 1 à 9 ans s'élevait, d'après les estimations, à 26,2% et le trichiasis parmi les adultes de 15 ans et plus était de l'ordre de 3,1%. Au deuxième rang des pays comptant la plus large population au monde, l'Ethiopie se situe parmi les pays où le trachome revêt le caractère le plus endémique. Si la prévalence du TF et du TT varie par région, il existe pourtant 67 millions de personnes exposées au risque de contracter le trachome au sein d'une population nationale d'environ 75 millions de personnes et presque 1,2 million de personnes ont été privées de la vue par suite du trachome. Le Tableau 1 montre la distribution du TF et du TT par région.

Tableau 1 Données sur la prévalence en 2006, par région

Région	% de TF chez les enfants (1-9 ans)	% de TT chez les adultes (15 ans et plus)
Afar	1,9	1,0
Addis Ababa	0,5	0,9
Amhara	39,1	5,2
B-Gumz	0,9	0,1
Dire Dawa	0,5	0,7
Gambella	14,6	2,5
Harari	2,6	1,2
Oromiya	24,5	2,8
Somali	16,7	4,2
SNNP	26,4	2,0
Tigray	20,8	2,3

L'état régional d'Amhara de l'Ethiopie est celui au caractère d'endémicité le plus élevé parmi tous les dix états régionaux. Pour ce état comptant une population de presque 18 millions de personnes, l'enquête de 2006 indique une prévalence régionale de TF chez les enfants de 39,1% et de TT chez les adultes de 5,2%.

Calendrier des événements

En octobre 2000, le Bureau régional de santé d'Amhara a choisi quatre *woredas* (districts) dans la zone de South Gondar pour démarrer les activités de contrôle du trachome avec le soutien et le financement de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter : Dera, Ebinat, Estie, et Simada. Les activités dans ces districts ont couvert 155 *kebeles* (communautés), avec une population totale dépassant un million de personnes. Après

que les activités de lutte contre le trachome ont commencé, le Bureau régional de santé d'Amhara, l'Equipe de prévention de la cécité du Ministère fédéral de la santé et le Centre Carter ont réalisé en décembre 2000 une enquête communautaire sur la prévalence du trachome dans les quatre *woredas*. Les résultats de l'enquête concordaient avec divers autres indices indiquant une prévalence extrêmement élevée du trachome actif et du trachome cécitant (TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans de l'ordre de 49-90% ; TT chez les adultes de l'ordre de 3,2-5,4%). On a également réalisé, un mois plus tard, toujours dans les mêmes districts, une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) avec des focus groups, des entretiens informels et une enquête auprès des ménages. Les résultats de l'enquête CAP ont été utilisés pour mettre au point du matériel d'information sanitaire y compris des affiches, des boîtes à images, des brochures, un programme de formation pour l'école primaire et un manuel de formation pour les agents de santé communautaires.

En 2005, le premier plan stratégique national de la lutte contre le trachome a été mis au point couvrant la période 2006-2010. Dans le plan quinquennal, le Ministère fédéral de la Santé a fixé 2015 comme la date cible de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique.

En Ethiopie, l'effort d'élimination du trachome bénéficie de la participation très active des Lions Clubs locaux. Sous leur direction, le programme de lutte contre le trachome de l'Amhara est devenu l'un des plus producteurs au monde.

Activités régionales

Avec le soutien des partenaires, les bureaux régionaux de santé mettent en oeuvre des activités de lutte contre le trachome et coordonnent les interventions CHANCE, dans le cadre d'un système décentralisé du ministère fédéral de la santé.

Tableau 2 Liste des régions et des partenaires

Région	Population en 2009	Partenaires
Afar	4 532 8756	AMREF
Amhara	17 812 960	Le Centre Carter, cbm, Lions Clubs de l'Ethiopie, Menschen fur Menschen
Oromiya	28 756 503	cbm, GTM, Vision Mondiale
SNNP	15 927 649	ORBIS International
Somali	4 672 984	cbm, Light for the World
Tigray	4 532 875	cbm, Lions Clubs de l'Ethiopie

Lutte contre le trachome dans la région de l'Amhara

En partenariat avec les Lions Clubs de l'Ethiopie et du Centre Carter, le Bureau régional de santé d'Amhara a étendu les activités de lutte contre le trachome, partant des quatre *woredas* de départ pour atteindre tous les 151 *woredas* avec la stratégie CHANCE. En 2007, les activités de lutte contre le trachome ont été intégrées à la lutte contre le paludisme, d'où le projet « MalTra » (« Mal » pour malaria / paludisme, et « TRA » pour trachome). Au début du projet MalTra, on a réalisé une enquête initiale pour déterminer la prévalence du trachome par zone (voir Tableau 3). Dans le cadre de MalTra, les activités de lutte contre le trachome et le paludisme ont été intégrées au niveau de

l'éducation de la santé et des semaines semi-annuelles de MalTra, dans le cadre desquelles des antibiotiques sont distribués à toute la population avec, à l'appui, un dépistage et un traitement actifs des cas de paludisme.

La première semaine historique de MalTra, organisée en novembre 2008, a facilité la distribution de plus de cinq millions de doses d'antibiotiques en l'espace d'une semaine. Trois autres semaines MalTra ont été réalisées depuis. Grâce à la stratégie de la semaine de MalTra, on a réussi à distribuer plus de 26 millions de traitements d'antibiotiques dans la région d'Amhara depuis 2008.

Tableau 3 Prévalence du TF et du TT par zone dans la région de l'Amhara (Données de l'enquête de base de MalTra, 2006-2007)

Domaine	TF	TT	TT
	(âges 1-9 ans)	(âges 0-14 ans)	(âges 15 et au-delà)
	Prévalence (%)	Prévalence (%)	Prévalence (%)
Région Amhara	32,7	0,3	6,2
Zones			
North Gondar	34,7	0,0	4,3
Waghernira	60,1	0,5	6,3
South Gondar	28,9	0,1	3,8
North Wollo	51,9	0,8	9,4
West Gojjam	33,1	0,4	10,0
Awi	38,9	0,1	5,4
East Gojjam	48,3	0,3	7,1
South Wollo	12,6	0,3	3,2
Oromia	28,7	0,1	2,4
North Shewa	23,2	0,3	9,0

Accomplissements du programme en 2009

Le programme national a fait un grand pas en avant, se rapprochant de ses Buts finals d'intervention (BFI) dans le cadre de la stratégie CHANCE. Le Tableau 4 présente un récapitulatif des objectifs ciblés et des accomplissements. Bien que le programme n'ait pas pu atteindre tous ses objectifs, son rendement classe l'Ethiopie au rang de l'un des programmes de lutte contre le trachome les plus producteurs au monde. En 2009, l'Ethiopie a célébré la construction de sa millionième latrine familiale.

Tableau 4 Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Objectifs du programme national	Rendement du programme national	Objectifs du Centre Carter (Amhara)	Rendement du Centre Carter (Amhara)
Personnes opérées du trichiasis	207 480	72 123	100 400	35 681
Formation de chirurgiens du trichiasis	177	82	192	82
Doses d'azithromycine distribuées	25 100 000	15 695 222	14 718 780	13 395 792
Doses de tétracycline distribuées	512 000	403 099	340 295	324 881
Villages couverts par l'éducation sanitaire	*	*	3 465	3 432
Construction de latrines familiales	*	*	439 915	544 205

*Non présentées

Chirurgie du trichiasis (CH)

En Ethiopie, la chirurgie du trichiasis est offerte gratuitement dans le cadre des services de santé réguliers et des campagnes chirurgicales mobiles. Les partenaires travaillant avec les bureaux régionaux de la santé apportent un soutien pour l'achat de trousse chirurgicales et autres fournitures nécessaires. Les chirurgiens du trichiasis suivent une formation portant sur la procédure Trabut et ils sont certifiés en utilisant les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une fois qu'ils ont terminé avec succès leur formation, les chirurgiens reçoivent des trousse chirurgicales qu'ils pourront utiliser pendant leur travail régulier et lorsqu'ils participent aux campagnes. Certains chirurgiens partent à la recherche de patients, en faisant des visites individuelles dans les communautés où ils travaillent dans les *kebele*, d'autres travaillent dans le cadre de campagnes à grande envergure qui attirent des centaines de patients par voie de radio et d'autres formes de mobilisation. En 2009, 446 campagnes de chirurgie du trichiasis ont été déployées dans la région d'Amhara pendant lesquelles 33 230 personnes ont été opérées. En outre, 2 451 personnes ont été opérées dans les services de santé ordinaires. Le programme juge que 64% des personnes opérées en 2009 étaient des femmes. Les Lions Clubs de l'Ethiopie ont joué un rôle de premier plan au niveau du plaidoyer pour les campagnes du trichiasis.

Avec le soutien de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter dans l'Amhara, 82 nouveaux chirurgiens du TT ont été formés en 2009. Le programme a indiqué un total cumulatif de 671 chirurgiens certifiés dont 467 restent actifs. Il n'existe pas de données nationales disponibles sur le nombre de chirurgiens actifs bien que le programme national travaille avec cbm, ORBIS et les Lions Clubs de l'Ethiopie pour renforcer les capacités en matières de soins oculaires complets.

Le BFI actuel pour la chirurgie dans la région d'Amhara s'élève, d'après les estimations, à 473 824 personnes. Ce BFI est calculé sur la base des données d'enquêtes zonales de 2007 et comptes rendus de la productivité chirurgicale en 2009. D'après l'enquête de 2006, l'estimation nationale pour les personnes en attente de chirurgie du TT sont de l'ordre de 1,2 million de personnes.

Distribution d'antibiotiques (A)

En Ethiopie, la distribution d'antibiotiques emprunte l'infrastructure sanitaire existante, notamment les superviseurs des *woredas* et les agents d'extension sanitaire (AES) des *kebele*. Le superviseur au niveau du *woreda* a une responsabilité générale et il supervise tous les superviseurs de terrain. Les superviseurs de terrain sont le personnel des centres de santé qui supervisent chacun trois ou quatre équipes. La distribution d'antibiotiques est observée directement et notée dans les registres et les fiches de pointage des *kebele*. Une campagne de distribution dure parfois dix jours et elle est déployée d'abord dans des endroits pratiques spécifiés à l'avance dans les *kebele* avant que les équipes ne se mettent à la recherche des familles manquantes, en faisant du porte à porte.

Dans la région d'Amhara, le traitement à base d'antibiotiques est dispensé dans le cadre d'une approche intégrée via les semaines MalTra. En 2009, un total de 134 *woredas* (sur 151) ont bénéficié d'une distribution d'antibiotiques dans l'Amhara, avec un taux de couverture notifiées de 77% de la population à risque. Les bureaux régionaux de la santé prêtent main forte à la micro-planification, répartissent le personnel dans les campagnes, versent les salaires lors des périodes de campagne et fournissent les moyens de transport chaque fois que possible. Depuis que le programme de lutte contre le trachome de l'Ethiopie a commencé à administrer les antibiotiques, un total cumulatif de presque de 50 millions de doses a été distribué dont 36 millions ont été distribués dans la région d'Amhara.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

L'éducation sanitaire est une activité continue pour les AES. Ces derniers utilisent leur programme de promotion de la santé pour encourager les familles à construire des latrines, à observer une bonne hygiène et garder propres les visages de leurs enfants. Pendant les campagnes de chirurgie et d'antibiotiques, les AES ont un rôle important dans la mobilisation sociale. Ils font connaître les avantages du traitement auprès de ceux exposés au risque de contracter l'infection à trachome ou ceux risquant de perdre la vue suite au trichiasis.

Dans l'Amhara, 3 432 *kebeles* ont reçu une éducation sanitaire continue en 2009 avec l'appui du Centre Carter. Les messages sur le trachome apportent une information sur la source et la cause du trachome, le mode de transmission, le traitement et la prévention du trachome, une démonstration du nettoyage du visage, le traitement et la conservation de l'eau à domicile ainsi que sur la construction de latrines. Le BFI pour l'Amhara est de couvrir tous les *kebeles* d'endémicité avec l'éducation sanitaire et d'atteindre la population entière via la radio.

Changement environnemental (CE)

Le Ministère fédéral de la santé de l'Ethiopie a retenu l'assainissement dans les ménages comme une intervention prioritaire du programme des AES et, en 2009, a adopté une forme d'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC). Le Bureau régional de la santé d'Amhara a également adopté l'approche ATBC cherchant à dépasser l'Objectif du Millénaire pour le Développement 7 en diminuant de 100% la proportion de ménages qui n'ont pas accès à l'assainissement (l'OMD cible une réduction de 50%).

Dans la région d'Amhara sont adoptées les latrines traditionnelles à fosses. Ce type de latrines peut être construit avec des matériaux locaux, tant pour la fosse que pour la superstructure. Les AES font fonction de formateurs pour leurs communautés, recrutant d'autres membres communautaires comme volontaires. Le programme donne les moyens aux chefs de ménage de construire leur latrine familiale dans toutes les zones du projet, sans formation spécifique de maçons ou d'artisans.

Le programme de lutte contre le trachome dans l'Amhara a fixé son BFI régional pour la construction de latrines à 1 189 166 latrines familiales. Le soutien apporté à ce volet d'assainissement vient sous forme de formation des AES et des membres communautaires pour leur apprendre à construire les latrines familiales. Le bureau régional de la santé de l'Amhara collabore avec le Centre Carter, DANIDA, FINIDA et la Banque africaine de développement en vue d'appuyer la construction des latrines.

L'approvisionnement en eau salubre relève d'une priorité pour le Ministère de l'eau et d'autres ONG partenaires, y compris l'UNICEF, la Banque mondiale, Plan international, Vision Mondiale, Millennium Water Alliance, et Save the Children. Dans l'Amhara, l'accès à une eau salubre parmi les ménages ruraux est de 56%, d'après les estimations. En 2006, un total de 119 petites installations d'approvisionnement en eau ont été construites dans les zones où le trachome est endémique et qui bénéficient d'une aide des Lions-Centre Carter dans le cadre d'un partenariat avec les Lions Clubs de l'Ethiopie, cbm, ORDA, et le Centre Carter. Environ 10 613 ménages dans 57 *kebeles*, soit 38 098 personnes ont bénéficié de ce projet.

Cibles pour 2010

Chirurgie (CH)

- Opérer 235 374 personnes du TT (79 284 dans la région d' Amhara avec le soutien de Lions-Centre Carter);
- Former 187 chirurgiens du TT (141 dans la région d'Amhara avec le soutien de Lions-Centre Carter);

Antibiotiques (A)

- Distribuer de l'azithromycine à 27 270 000 personnes (15 890 435 dans la région d'Amhara avec le soutien de Lions-Centre Carter);
- Distribuer de la tétracycline à 556 000 personnes (432 385 dans la région de l'Amhara avec le soutien de Lions-Centre Carter);

Education sanitaire et nettoyage du visage (N)

- Apporter une éducation sanitaire à 3 465 villages où le trachome est endémique (région d'Amhara uniquement avec le soutien de Lions-Centre Carter);

Changement environnemental (CE)

- Faciliter la construction de 903 911 latrines familiales (région d'Amhara uniquement avec le soutien de Lions-Centre Carter).

Tableau 5 Accomplissements aidés par SightFirst Lions-Centre Carter, 2001 – 2009 dans la Région de l'Amhara, Ethiopie

Indicateur	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI atteint
Personnes opérées du trichiasis	815	4 019	6 840	23 676	22 097	7 283	28 425	31 561	35 681	27,0%
Chirurgiens du trichiasis formés	8	11	19	67	75	27	193	185	82	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	0	0	100 256	625 422	1 680 394	2 925 569	5 195 937	12 631 132	13 395 792	75,7%*
Doses de tétracycline distribuées	1 042	7 964	35 106	125 208	256 048	261 733	343 963	352 152	324 881	N/D
Villages couverts par éducation sanitaire	N/D	138	155	654	654	654	1 447	2 898	3 432	100,0%
Latrines familiales construites	N/D	1 333	2 151	89 096	144 750	75 621	41 228	373 677	544 205	47,1%

*Les BFI dans le volet des antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus de tétracycline distribuées; ce pourcentage reflète les doses d'azithromycine plus de tétracycline distribuées.

Programme de lutte contre le trachome au Mali

Présenté par le Dr. Sanoussi Bamani, Coordinateur national, Programme national de prévention de la cécité, Mali

Données générales

La première enquête nationale sur la prévalence du trachome au Mali, réalisée en 1996-1997, avait constaté que cette maladie revêtait un caractère endémique dans chaque région du Mali. A cette époque, la prévalence générale du trachome actif (TF et/ou TI) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et la prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans était de 2,5%. Résultats qui ont poussé à la création du Programme national de prévention de la cécité (PNLC). En octobre 1999, on assistait au lancement du Programme de lutte contre le trachome au Mali dans le cadre d'une cérémonie officielle à Koulikoro avec l'ancien Président américain Jimmy Carter, le Chef d'état de l'époque le Général Amadou Toumani Touré (l'actuel Président du Mali) et l'ancien Président du Lions Clubs International, Jim Ervin.

Le PNLC a réalisé des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) dans la région de Koulikoro en 1996 et en 2000 pour collecter des données sociologiques de base servant à formuler les stratégies d'éducation sanitaire. Une enquête a constaté qu'en 2001, 23% des ménages à échelle nationale n'avaient pas de latrines (30% dans les zones rurales). En 2003, la Division nationale de l'hygiène au Mali et le Programme de lutte contre le trachome ont démarré la promotion de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou avec l'assistance de l'Initiative internationale du trachome (ITI) et du Centre Carter. Le Centre Carter aide depuis toujours le programme nationale en appuyant les interventions N et CE dans les régions de Ségou et de Mopti. Fin 2008, la Centre Carter a étendu son soutien à la stratégie CHANCE intégrale grâce au soutien renouvelé de la Fondation Conrad N. Hilton en partenariat avec Helen Keller International (HKI).

En 2009, le Programme de lutte contre le trachome au Mali a réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome au niveau des districts dans les régions de Kayes, de Kidal et de Koulikoro. Les cartographies dans les régions de Ségou et de Sikasso ont été achevées au début de 2010.

Calendrier des évènements

- 1994 : Démarrage du programme national de prévention de la cécité
- 1996-1997 : Enquête initiale nationale sur la prévalence
- 1999 : Démarrage du programme de lutte contre le trachome au Mali
- 2000 : Début de la distribution du Zithromax® donné par Pfizer Inc
- 2006 : Démarrage du programme des maladies tropicales négligées
- 2008 : Le Centre Carter et Helen Keller International renforcent leur soutien pour aider à mettre en œuvre la stratégie CHANCE intégrale
- 2015 : Date cible pour l'élimination du trachome cécitant

Accomplissement du programme en 2009

Tableau 1 Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Cibles du programme national	Rendement du programme national	Cibles du Centre Carter	Rendement du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	17 100	11 196	4 200	5 481
Chirurgiens du trichiasis formés	25	0	25	0
Doses d'azithromycine distribuées	7 245 423	6 290 754	0	0
Doses de tétracycline distribuées*	147 866	125 883	147 866	0
Villages couverts par l'éducation sanitaire	9 000	10 491	1 834	1 722
Latrines familiales construites	16 000	23 701	15 000	12 828

*Le Centre Carter achète le TEO pour le programme national mais ne couvre pas le coût de la distribution.

Chirurgie (CH)

La chirurgie du trichiasis est disponible dans le cadre des services de santé réguliers sur l'ensemble du Mali. Par ailleurs, le nombre de chirurgies du trichiasis restant faible dans les établissements de santé, le programme national soutient également des campagnes mobiles pour que la chirurgie du trichiasis devienne plus accessible à la population cible. Ces campagnes prennent diverses formes : soit un seul chirurgien du trichiasis se rend d'une communauté à l'autre sur sa moto ou alors des campagnes de grande portée sont mises sur pied avec des équipes entières de chirurgiens qui se déplacent dans des véhicules. En 2009, un total de 11 196 chirurgies ont été effectuées dont 503 dans le cadre des services de santé ordinaires. Un total de 3 312 chirurgies ont été réalisées dans le cadre des campagnes de motocyclettes et 7 381 par le biais de l'approche de la campagne de grande envergure. Le BFI actuel pour la chirurgie porte à 46 629 le nombre de personnes qui doivent être opérées pour que ce but soit atteint (ne compte pas la productivité de 2009).

Actuellement, aucun des 158 chirurgiens formés du TT n'a été certifié selon les directives de certification de l'OMS, qui n'est pas disponible actuellement en français. Le programme estime qu'il existe actuellement 100 trousse de TT qui sont disponibles pour l'emploi dans le pays. On ne connaît pas les taux d'abandon des chirurgiens et de récidence du trichiasis.

Distribution d'antibiotiques (A)

Au Mali, la distribution d'antibiotiques est dirigée par la communauté et se fait porte à porte ainsi que dans les endroits publics. La distribution de masse des antibiotiques est appuyée par l'Initiative des maladies tropicales négligées, financée par l'USAID, avec HKI comme partenaire de l'exécution. Le Centre Carter fournit des pommades oculaires à base de tétracycline pour répondre aux besoins du programme national. En 2009, un total de 6 290 754 doses d'azithromycine et de 125 883 doses de pommade à base de tétracycline ont été distribuées dans les régions de Kidal, Gao, Tombouctou, Ségou, Sikasso et Mopti, outre quelques districts dans les régions de Koulikoro et de Kayes. Le programme juge qu'il a atteint 88,6% de la population totale dans les zones d'intervention en 2009 (non compris les populations urbaines).

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

L'éducation sanitaire est dispensée par de nombreuses filières. Les stations radiophoniques communautaires sont recrutées pour diffuser les messages sur la lutte contre le trachome et appuyer la mobilisation pour les campagnes de chirurgie et de distribution des antibiotiques. Actuellement, le programme atteint 10 491 villages leur apportant une éducation sanitaire sous une forme ou une autre. La formation des agents de santé communautaires, appelés les relais, est soutenue par le Centre Carter dans les régions de Mopti, de Ségou et de Sikasso. Le programme soutient également la formation des groupements féminins. Le Ministère de l'Éducation collabore actuellement avec le Ministère de la Santé pour inclure la lutte contre le trachome au programme d'enseignement de l'école primaire.

Changement environnemental (CE)

Le programme national encourage la construction de latrines familiales avec Modified Mozambique Sanitation Platforms (dalles Sanplat). Les maçons suivent pendant deux jours une formation portant la construction des dalles Sanplat. La famille leur donne environ un dollar pour leur travail. Le coût de chaque latrine est estimé à \$50 y compris le ciment, les barres en fer et la contribution du ménage sous forme de main-d'œuvre, le sable et coûts de superstructure.

L'approvisionnement en eau reçoit un soutien par des partenaires comme Vision Mondiale, Water Aid, UNICEF, et le gouvernement malien.

Cibles pour 2010

Chirurgie (CH)

- Opérer 12 910 personnes souffrant de trichiasis (6 240 avec le soutien du Centre Carter) ;
- Certifier des chirurgiens actifs du trichiasis en fonction des directives de l'OMS ;

Antibiotiques (A)

- Distribuer 3 764 289 doses d'azithromycine ;
- Distribuer 70 847 doses de tétracycline ;

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 12 000 villages leur apportant une éducation sanitaire (1 700 avec le soutien du Centre Carter) ;

Changement environnemental (CE)

- Construire 25 000 latrines familiales (12 000 avec le soutien du Centre Carter).

Tableau 2 Productivité nationale de CHANCE au Mali, présentée lors des revues de programmes du Centre Carter, 1999-2009

Indicateur	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI atteint
Personnes opérées du trichiasis	1 500	2 500	2 500	4 150	4 500	2 758	5 872	5 272	2 890	4 180	11 196	55,2%
Chirurgiens du trichiasis formés	N/D	22	N/D	N/D	N/D	20	N/D	N/D	0	35	0	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	N/D	200 000	300 000	750 000	1 150 000	2 688 061	3 575 000	3 935 247	1 767 877	5 445 392	6 290 754	98,5%
Doses de tétracycline distribuées	N/D	25 000	300 000	30 000	N/D	N/D	75 000	0	0	98 232	125 883	N/D
Villages couverts par éducation sanitaire	N/D	N/D	N/D	383	581	277	548	809	4 371	8 487	10 491	87,4%
Latrines familiales construites	N/D	N/D	N/D	0	1 577	3 327	12 199	14 557	11 891	13 410	23 701	46,2%

Les BFI dans les volets des antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus de tétracycline distribuées. Ce pourcentage reflète les doses d'azithromycine et de tétracycline distribuées.

Programme de lutte contre le trachome du Niger

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

Données générales

Le programme national de lutte contre la cécité au Niger (PNLCC) a été créé en 1987. Les ministères de la santé, de l'éducation et de l'eau & du développement social ont mis sur pied en 1999 une équipe spéciale de lutte contre le trachome. La stratégie CHANCE intégrale a commencé à être mise en œuvre dans la région de Zinder en 2002 et le premier plan national stratégique de la lutte contre le trachome a été adopté en 2004. Font également partie de cette équipe spéciale, des représentants d'organisations sanitaires partenaires dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, cbm, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Agence Africaine-Musulmane et l'Organisation mondiale de la Santé.

L'enquête la plus récente sur la prévalence du trachome à l'échelle nationale a été faite en 1997-1999, grâce à une assistance financière de l'Union Européenne et du Centre Carter. Elle a constaté qu'une moyenne de 44% des enfants de 1 à 9 ans souffraient du trachome actif (TF ou TI) et 1,7% des femmes de plus de 15 ans étaient atteintes de trichiasis. L'enquête initiale a montré qu'environ 50% des ménages avaient accès à une eau salubre dans un rayon d'un kilomètre, et environ 4% des ménages avaient accès à une latrine. La prévalence de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 10 ans s'élevait à 52%. L'enquête nationale a été utilisée pour planifier des interventions au niveau du pays et les régions orientales de Diffa, Maradi et Zinder ont été retenues en priorité au vu de taux élevés de trachome actif. Des enquêtes faites ultérieurement sur la prévalence au niveau district ont été l'occasion pour le programme national de préciser ses buts finals d'intervention (BFI) grâce à des estimations plus solides sur la prévalence du trachome. En 2006, le programme du Niger a obtenu un don du programme intégré de l'USAID pour la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Axé généralement sur la promotion des volets N et CE, le soutien du Centre Carter a été élargi et englobe à présent la stratégie CHANCE intégrale dans des régions choisies du Niger grâce au financement renouvelé de la Fondation Conrad N. Hilton en 2008. Le Centre Carter travaille avec HKI et d'autres partenaires pour soutenir le programme national afin qu'il puisse déployer CHANCE sur l'ensemble du pays.

En 2009, le programme national a commencé à réaliser des enquêtes sur la prévalence du trachome dans le but de mettre à jour les données au niveau district. Des enquêtes ont été faites dans six districts avec le soutien du Centre Carter : Gaya; Loga; Maine Soroa; N'guigmi; Matameye; Magaria; Tessaoua; et Commune de Maradi. Le programme national prévoit des enquêtes supplémentaires dans les régions de Tahoua, Tillabéri et Dosso en 2010.

Calendrier des évènements

- 1997-2001 : Enquêtes initiales sur la prévalence du trachome
2002 : Lancement du plan stratégique de 5 ans
2005 : Enquêtes sur l'impact dans deux districts de la Région de Zinder
2006 : Enquêtes sur l'impact dans quatre districts de la Région de Zinder
2007 : Démarrage du programme de lutte contre les maladies tropicales négligées
2008 : Le Centre Carter et Helen Keller International intensifient leur soutien pour aider à mettre en œuvre la stratégie CHANCE intégrale
2015 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant au Niger

Accomplissements du programme en 2009

Tableau 1 Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Cibles du programme national	Rendement du programme national	Cibles du Centre Carter	Rendement du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	15 650	6 743	3 000	3 252
Chirurgiens du trichiasis formés	35	42	N/D	4
Doses d'azithromycine distribuées	9 491 097	7 341 878	1 017 847	753 147
Doses de tétracycline distribuées	194 164	184 198	21 241	17 969
Villages couverts par l'éducation sanitaire	*	571	450	571
Latrines familiales construites	15 000	18 979	15 000	12 099

*Non présentées

Chirurgie (CH)

Le programme de lutte contre le trachome au Niger apporte un soutien aux opérations du trichiasis tant dans les centres de santé que dans le cadre des stratégies communautaires. En 2009, 38 campagnes chirurgicales ont été mises sur pied et 6 743 personnes ont été opérées. On ne dispose pas de données sur les services réguliers. Un total de 42 nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés. Certains obstacles viennent entraver le bon déroulement des activités chirurgicales : demandes de recouvrement des coûts dans les établissements de santé, autres activités non liées au trachome et qui demandent elles aussi du personnel et du financement, ainsi que supervision irrégulière des chirurgiens du trichiasis. Les chirurgiens du trichiasis actifs actuellement n'ont pas encore été certifiés selon les directives de certification de l'OMS car le manuel n'est pas encore disponible en français. Selon les données les plus récentes des enquêtes au niveau du district, le BFI actuel porte à 58 518 le nombre de personnes qui doivent être opérées pour arriver à une prévalence du trichiasis de moins d'une personne sur 1 000.

Antibiotiques (A)

La distribution d'azithromycine au Niger est à base communautaire. Des distributeurs se rendent dans chaque maison du village. C'est l'Initiative de l'USAID sur la lutte contre les maladies tropicales négligées qui soutient la distribution d'azithromycine dans 26 districts. Le Centre Carter a appuyé la distribution d'azithromycine et de pommade oculaire à base de tétracycline dans la commune de Zinder et le district de Mirriah. En

2009, 7 341 878 doses d'azithromycine ont été distribuées, d'après les informations, de pair avec 184 198 doses de tétracycline.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2009, un total de 571 villages dans les trois régions cibles (Zinder, Maradi et Diffa) ont bénéficié de sessions régulières d'éducation sanitaire sur la prévention du trachome grâce au soutien du Centre Carter. Le programme fait appel aux mass médias pour diffuser les messages sur les quatre volets de la stratégie CHANCE combattant le trachome. Des agents de santé communautaires sont formés, avec le soutien du Centre Carter afin qu'ils puissent réaliser des sessions d'éducation sanitaire. Les femmes suivent une formation portant sur la fabrication de savon avec les matériaux locaux. Les dirigeants communautaires et les dirigeants religieux sont formés pour encourager la participation aux activités du programme de lutte contre le trachome et les enseignants sont formés pour dispenser une éducation sanitaire dans les écoles.

Des messages d'éducation sanitaire sont mis au point et diffusés dans les langues locales par les stations radiophoniques communautaires afin d'élargir au possible la portée de la campagne éducative du programme sur l'ensemble du Niger. Des artistes et des éducateurs de la santé réalisent des sketches dans les villages et sur les places du marché pour informer les personnes qui n'ont pas de radio. Le programme n'arrive pas à estimer le nombre de personnes couvertes par l'éducation sanitaire en passant par la radio.

Changement environnemental (CE)

La promotion de latrines a démarré en 2002 dans le but de réduire la population de mouches *Musca sorbens* qui se mettent dans les yeux, partout dans les villages où le trachome est endémique ainsi que pour améliorer l'hygiène en général. Le programme national recommande les latrines Sanplat. En 2009, les partenaires ont aidé le programme à construire 18 979 latrines familiales et sur ce nombre, le Centre Carter a financé la construction de 12 099 latrines dans les régions de Diffa, Zinder et Maradi. Le programme devra construire plus de 920 000 latrines pour atteindre la cible 7 des Objectifs du Millénaire pour le Développement, à savoir réduire de moitié la proportion de ménages privés d'accès à l'assainissement d'ici 2015. Impossible d'atteindre ce but au rythme actuel des travaux de construction. Aux fins de promouvoir les latrines, des maçons communautaires sont formés pour construire des latrines (367 ont été formés en 2009).

L'UNICEF et le Ministère de l'hydraulique apportent un soutien à la construction et à la remise en état des points d'eau au Niger. Le programme national a signalé que 270 points d'eau améliorés ont été construits en 2009.

Cibles pour 2010

Chirurgie (CH)

- Opérer 13 900 personnes atteintes de trichiasis (6 000 avec le soutien du Centre Carter);

Antibiotiques (A)

- Distribuer 3 724 747 doses d'azithromycine (1 466 468 avec le soutien du Centre Carter);
- Distribuer 76 015 doses de tétracycline (29 928 avec le soutien du Centre Carter);

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 571 villages leur apportant une éducation sanitaire (571 avec le soutien Du Centre Carter) ;

Changement environnemental (CE)

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



Session d'éducation sanitaire à Gueni au Niger.

Tableau 2 Productivité nationale de CHANCE au Niger, présentée lors des revues de programmes du Centre Carter, 1999-2009

Indicateur	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI atteint
Personnes opérées du trichiasis	704	4 172	5 739	4 592	4 858	5 286	6 500	4 500	2 804	2 500	6 743	74,8%
Chirurgiens du trichiasis formés	40	117	110	N/D	44	10	10	44	6	0	42	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	N/D	N/D	N/D	95 000	710 230	1 915 456	2 429 500	2 532 047	5 958 174	5 750 612	7 341 878	56,6%*
Doses de tétracycline distribuées	N/D	N/D	N/D	N/D	68 606	48 886	60 781	61 504	120 000	146 843	184 198	N/D
Villages couverts par éducation sanitaire	95	226	276	276	1 122	4 438	4 512	4 512	4 512	4 500	571	45,1%
Latrines familiales construites	N/D	N/D	N/D	1 282	1 303	5 355	7 940	6 777	10 725	11 636	18 979	7,0%

* Les BFI d'antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus tétracycline distribuées ; ce pourcentage reflète les doses d'azithromycine plus tétracycline distribuées.

Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

Présenté par le Dr Onwusoro M.I., Coordinateur national, Programme national de prévention de la cécité, Nigeria

Données générales

Le Nigeria est le pays qui compte le plus grand nombre d'habitants en Afrique, environ 140 millions de personnes, selon le recensement de 2006. On soupçonne que le trachome ne soit endémique dans les états au nord, le long de la frontière avec la République du Niger, bien que la cartographie de la prévalence dans ces régions ne soit pas achevée. La lutte contre le trachome au Nigeria est confiée au Programme national de prévention de la cécité qui fait partie du Ministère fédéral de la Santé.

Depuis 2000, on réalise des enquêtes et des évaluations rapides sur la prévalence du trachome dans neuf états. Le Centre Carter, SightSavers International et Helen Keller International apportent un soutien à la réalisation de ces enquêtes. Se fondant sur les données actuelles, le programme national estime que 75 millions de personnes sont exposées au risque de contracter le trachome (dont 28 millions habitent dans les 11 états d'endémicité connue). L'unité d'intervention est la collectivité gouvernementale locale (LGA) qui correspond à un district.

Calendrier des événements

- 1991: Démarrage du programme national de prévention de la cécité
- 2001: Début du programme national de lutte contre le trachome et création de l'équipe spéciale du trachome
- 2005: Réalisation de l'enquête nationale sur la cécité
- 2007: Le Nigeria est approuvé pour recevoir un don de Zithromax[®] de Pfizer Inc
- 2015: Date cible de l'élimination du trachome cécitant au Nigeria

Epidémiologie du trachome au Nigeria

D'après les enquêtes sur la prévalence réalisées dans les états de Yobe, Borno et Sokoto, la prévalence du trachome parmi les enfants âgés de 1 à 9 ans dépassent leur seuil de 10% du TF indiquant la nécessité d'une intervention. La prévalence du TT parmi les personnes âgées de 15 ans et plus grimpe jusqu'à 23% dans un district de l'état de Borno. Des enquêtes faites dans les états du Plateau et de Nasarawa en 2007 constataient que la prévalence du TF dans les LGA parmi les enfants âgés de 1 à 9 ans variait dans une fourchette de 2 à 15%. En 2009, ont été effectuées une enquête sur la prévalence dans l'état de Kano et une évaluation du programme de lutte contre le trachome dans les états de Kebbi et de Zamfara (les résultats ne sont pas encore disponibles).

Tableau 1 Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Cibles du programme national	Rendement du programme national	Cibles du Centre Carter	Rendement du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	8 000	13 500	N/D	N/D
Chirurgiens du trichiasis formés	15	50	N/D	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	1 435 800	0	N/D	N/D
Doses de tétracycline distribuées	40 000	15 000	N/D	N/D
Villages couverts par l'éducation sanitaire	13 240	9 200	823	823
Latrines familiales construites	10 500	7 500	7 500	5 032

Chirurgie (CH)

Au Nigeria, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans les services de santé réguliers et dans le cadre de campagnes d'extension communautaire. En 2009, six campagnes ont été organisées dans six états d'endémicité, durant chacune une semaine et comptant des équipes de 50 chirurgiens. Le programme national a indiqué que 13 500 personnes ont été opérées lors de ces campagnes. Venant le soutenir pour les interventions chirurgicales en 2009, le Gouvernement du Nigeria compte sur les partenaires suivants : Sightsavers International, cbm, Helen Keller International et le Ministère fédéral de la Santé.

Le programme national a indiqué que 50 chirurgiens sont actifs actuellement et que chacun avait obtenu la certification de l'OMS. Une formation est également donnée aux agents de santé communautaires pour qu'ils sachent dépister les cas de trichiasis et réaliser des activités d'éducation sanitaire pour recommander la chirurgie. D'autres enquêtes de prévalence devront être réalisées pour que le programme puisse estimer le nombre de personnes qui attendent d'être opérées au Nigeria.

Antibiotiques (A)

De 2004 à 2006, Sightsavers International a acheté de l'azithromycine aux fins de distribution dans deux communautés de la collectivité (LGA) de Sabon Birni de l'état de Sokoto. Le Nigeria a été approuvé pour recevoir un don de Zithromax[®] en 2007 et la première distribution en masse est prévue pour 2010. En 2009, la distribution en masse d'antibiotiques se limitait à la tétracycline et n'a été faite que dans certaines communautés. Un total de 15 000 doses de tétracycline ont été distribués.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Des activités d'éducation sanitaire sont réalisées dans le cadre des programmes scolaire et la mobilisation pour la lutte contre le trachome est menée dans les communautés, sur les places du marché, dans les églises et dans les mosquées. Le programme national utilise la télévision et la radio dans son approche de mass médias. En 2009, un total de 9 200 villages ont bénéficié, d'après les informations, d'une éducation continue en santé sur le BFI actuel de 13 240 villages (nombre total de villages dans les 11 états d'endémicité).

Dans les états du Plateau et de Nasarawa, l'éducation sanitaire est réalisée par des agents de santé communautaire qui ont reçu une formation en la matière et qui sont soutenues par le Centre de santé. Ces équipes d'agents de santé sont de nature diverse, regroupant les membres de l'équipe sanitaire intégrée au niveau de l'état, les membres de l'équipe sanitaire intégrée LGA, les volontaires villageois et les distributeurs de médicaments dirigés par la communauté. Cherchant à économiser sur le temps et sur les ressources, le programme de lutte contre le trachome est mis en œuvre dans le contexte d'un programme intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées qui communique de multiples messages de santé.

Changement environnemental (CE)

Le Nigeria recommande les latrines Sanplat utilisant la dalle modifiée pour réduire la quantité de ciment nécessaire. Cette option à coût plus faible est mise en avant dans les états du Plateau et de Nasarawa. Le programme forme actuellement des maçons de la communauté en matière de construction de latrines et les ONG partenaires fournissent et transportent le ciment aux communautés. Le programme nigérian estime que le BFI pour la construction de latrines est de 962 600 latrines familiales dans les zones d'intervention actuelles.

Au Nigeria, l'approvisionnement en eau relève d'une collaboration entre les ministères et d'un partenariat entre les parties concernées. La Fondation Tulsi Chanrai a notamment remis en état 690 puits forés et 30 villages ont été équipés de nouveaux points d'eau.

Cibles pour 2010

Le programme national prévoit de réaliser les enquêtes suivantes sur la prévalence du trachome :

- Etat du Niger
- Etat d'Adamawa

Chirurgie du trichiasis (CH)

- Opérer 10 000 personnes du trichiasis ;
- Former 20 nouveaux chirurgiens du trichiasis ;

Antibiotiques (A)

- Distribuer 1 247 332 doses d'azithromycine (763 038 dans les zones d'intervention du Centre Carter des états du Plateau et de Nasarawa);
- Distribuer de la pommade oculaire à base de tétracycline à 40 000 personnes (15 260 dans les zones d'intervention du Centre Carter);

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Cibler 13 240 villages accessibles pour leur apporter une éducation sanitaire afin de promouvoir l'hygiène personnelle et la construction de latrines (853 avec le soutien du Centre Carter);

Changement environnemental (CE)

- Promouvoir la construction de 10 500 latrines familiales dans les villages d'endémicité (3 500 dans les régions recevant un soutien du Centre Carter).

Tableau 2 Productivité nationale de CHANCE au Nigeria, présentée lors des revues de programmes du Centre Carter, 2003-2009

Indicateur	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI Atteint
Personnes opérées du trichiasis	75	3 830	6 096	5 572	19 610	9 672	13 500	11,7%
Chirurgiens du trichiasis formés	N/A	30	34	4	8	0	50	N/A
Doses d'azithromycine distribuées*	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Doses de tétracycline distribuées	5 971	45 582	25 102	25 102	5 201	10 782	15 000	0,5%**
Villages couverts par éducation sanitaire	108	172	8 449	446	1 117	6 425	9 200	8,9%
Latrines familiales construites	420	1 871	5 958	4 986	6 458	6 121	7 500	1,9%

*Le Nigeria a été approuvé pour le don Zithromax® de Pfizer Inc en 2007, mais la première expédition et distribution aura lieu en 2010

**Les BFI d'antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus tétracycline distribuées; mais le Nigeria n'a pas encore reçu de l'azithromycine à distribuer et ce pourcentage se fonde uniquement sur la tétracycline.

Programme de lutte contre le trachome du Sudan : Gouvernement du Sudan

Présenté par le Dr Awad Hassan, Coordinateur national, Programme de lutte contre le trachome, Ministère fédéral de la Santé, Gouvernement du Sudan

Données générales

Aux termes de l'Accord de paix signé en 2005, le Sudan est un pays disposant de deux systèmes administratifs gouvernementaux : le Gouvernement du Sudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Sudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud. Le GOS et le GOSS font partie tous deux du Gouvernement de l'Unité nationale. Les zones du GOS comptent une population d'environ 20 millions de personnes dont quatre millions de personnes déplacées dans leur propre pays.

L'Administration pour la prévention de la cécité a été mise en place sous les auspices du Ministère fédéral de la Santé (MFS) en 1962. Les activités de lutte ont été réduites fin des années 70 car le trachome n'était plus vu comme un problème de santé publique. Par ailleurs, certains indices laissent à penser à la résurgence du trachome bien que peu de données soient jusqu'en mai 1999. C'est à ce moment là que le MFS soudanais a terminé ses premières enquêtes sur la prévalence du trachome, à base de population, avec l'assistance du Centre Carter. Une enquête faite dans le district de Wadi Halfa a confirmé que le trachome était effectivement une cause de grave infirmité et de cécité significative.

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

En 2006, le Programme de lutte contre le trachome du Sudan a commencé à réaliser des enquêtes sur la prévalence pour cartographier le trachome au niveau des localités (districts), avec l'assistance du Centre Carter. Des enquêtes ont été démarrées dans la localité de Dongola de l'état du Nord, la localité de Kassala de l'état de Kassala et les camps de réfugiés internes de Khartoum. En mars 2010, toutes les localités de tous les états seront cartographiées à l'exception des trois états de Darfur qui sont inaccessibles du fait de l'insécurité qui y règne.

Une fois achevée la carte de la prévalence du trachome dans les régions du GOS, le programme national pourra déterminer des objectifs réalistes, basées sur des données probantes pour arriver à l'élimination du trachome cécitant d'ici 2015. Le programme national a retenu deux districts, El Galabat East et Gaissan, ayant un TF supérieur à 10% chez les enfants de 1 à 9 ans et 20 districts où la prévalence du TT est supérieure à 1% chez les adultes âgés de 15 ans et plus.

Calendrier des événements

- 2000: Début des dons de Zithromax®
- 2005: Programme national de lutte contre le trachome confié au MFS
- Avril 2005: Début des enquêtes sur la prévalence initiale
- 2006: Mise au point du protocole de participation communautaire
- 2006: Adaptation du manuel de chirurgie du TT pour la formation en arabe ; manuel des soins oculaires primaires est modifié pour inclure le système de classement simplifié de l'OMS pour le trachome ; mise au point du protocole de l'enquête
- 2010: Cartographie de l'enquête sur la prévalence devant être achevée (à l'exception des trois états de Darfur)
- 2015: Date cible de l'élimination du trachome cécitant au Gouvernement du Soudan

Tableau 1 : Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Cibles du programme national	Rendement du programme national	Cibles du Centre Carter	Rendement du Centre Carter
Personnes opérées du TT	3 000	1 974	2 000	399
Chirurgiens du trichiasis formés	8	12	8	12
Doses d'azithromycine distribuées	292 164	284 783	292 164	284 783
Doses de tétracycline distribuées	5 743	5 510	5 743	5 510
Villages couverts par l'éducation sanitaire	239	239	239	239

Chirurgie (CH)

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

En 2009, 20 campagnes chirurgicales ont été déployés pendant lesquelles 210 personnes ont été opérées. De plus, 1 365 chirurgies ont été réalisées lors de la prestation de services de santé de routine. Et 399 personnes ont également été opérées lors des exercices de formation des chirurgiens. Le programme reçoit une assistance de nombreuses organisations pour réaliser des chirurgies du trichiasis, y compris du Centre Carter, Fondation Al Basr, National Health Insurance et Help Age International, Sudanese Islamic Medical Association, UNICEF, et Zakat Chamber.

On ne connaît pas la productivité chirurgicale par chirurgien ni le taux de récurrence du trichiasis. A l'heure actuelle, il existe 72 assistants médicaux formés pour réaliser une chirurgie du TT en fonction des directives de certification de l'OMS bien que ne soit pas indiqué le taux d'abandon des chirurgiens formés.

Le programme national prévoit d'encourager la coordination entre partenaires pour augmenter la productivité des campagnes de chirurgie du trichiasis et vérifier que toutes les données sur les interventions chirurgicales soient saisies dans le système de notification. Il est important d'analyser les données sur la prévalence du trachome pour déterminer les groupes par âge et par sexe qui sont touchés de manière disproportionnée par le trichiasis, ce qui permettra d'étayer les stratégies d'éducation sanitaire et de mobilisation afin d'attirer un plus grand nombre de personnes dans les services de chirurgie.

Distribution d'antibiotiques (A)

La distribution d'antibiotiques dans les zones du GOS est décentralisée et effectuée par les ministères de la santé au niveau des divers états, avec l'assistance du programme national. Les superviseurs locaux et les agents de santé villageois organisent et réalisent la distribution des médicaments, en se rendant d'une maison à l'autre. Cette distribution est précédée par une mobilisation communautaire et une éducation sanitaire. Les communautés d'endémicité fixent les dates de la distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et sensibilisent à la campagne.

En 2009, la distribution des antibiotiques s'est faite dans la localité de Dongola (état au Nord) et dans la localité de Baw (état du Blue Nile). Ces localités ont bénéficié respectivement de trois et deux ans de distribution de masse d'antibiotiques. Un total de 284 783 doses d'azithromycine et de 5 510 doses de pommade de tétracycline ont été distribuées en 2009.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Le Programme national de lutte contre le trachome continue d'appuyer les activités d'éducation sanitaire dans les localités de Dongola et de Baw. En 2009, 239 villages ont ainsi bénéficié d'une éducation sanitaire, grâce à l'appui du Centre Carter, couvrant environ 380 930 personnes. Dans ces zones, l'éducation sanitaire est dispensée essentiellement dans les écoles primaires, par le biais des programmes radiophoniques et dans le cadre de sessions d'éducation sanitaire au niveau communautaire. En 2009, un total de 35 enseignants ont été formés pour pouvoir ensuite dispenser une éducation sanitaire. Des modules de soins oculaires primaires sont intégrés au programme scolaire fondamental et des modules de trachome seront également inclus au nouveau programme des agents d'extension sanitaire.

Lors de la distribution en masse d'antibiotiques, des messages ont été diffusés à la radio ; 2 500 affiches ont été distribuées ; 660 T-shirts JAMAL ont été donnés ; et 660 volontaires ont été formés en matière de trachome. De plus, le manuel de formation sur le trachome a été revu, le livret Rabbit Hasson a été imprimé aux fins de distribution aux élèves de l'école primaire et de nouvelles boîtes à images, affiches ainsi que de nouveaux autocollants ont été distribués.

Changement environnemental (CE)

Le programme de lutte contre le trachome du GOS n'encourage pas encore les latrines familiales dans ses zones d'intervention. Le programme est représenté depuis 2005 par l'équipe spéciale de l'eau et de l'assainissement environnemental de l'UNICEF. Le Programme national continue de préconiser auprès de l'UNICEF l'approvisionnement en eau dans les localités de Baw et Gaissan (état du Blue Nile) et dans la localité d'East Al Galabat (état d'Al Gedarif).

Cibles pour 2010

Chirurgie (CH)

- Opérer 3 000 personnes du trichiasis (2 000 avec le soutien du Centre Carter) ;
- Former 20 chirurgiens pour réaliser des chirurgies du trichiasis (20 avec le soutien du Centre Carter);

Antibiotiques (A)

- Distribuer 300 327 doses d'azithromycine dans les localités de Gaissan et El Galabat East (300 327 avec le soutien du Centre Carter);
- Distribuer 6 000 doses de tétracycline dans les localités de Gaissan et El Galabat East (6 000 avec le soutien du Centre Carter);

Nettoyage du visage (N)

- Mettre au point une stratégie de changement de comportement pour encourager l'élimination du trachome cécitant ;
- Dispenser une éducation sanitaire dans 477 communautés (293 avec le soutien du Centre Carter);

Changement environnemental (CE)

- Continuer à travailler avec les partenaires locaux et le Ministère de l'Eau et de l'Assainissement environnemental pour encourager la construction et l'utilisation des latrines familiales.

Tableau 2 Productivité nationale de CHANCE au Gouvernement du Soudan, présentée lors des revues de programmes du Centre Carter, 1999-2009

Indicateur	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI atteint
Personnes opérées du trichiasis	N/D	115	122	729	338	276	1 949	1 183	2 059	1 380	1 974	9,2%
Chirurgiens du trichiasis formés	N/D	N/D	N/D	43	0	83	43	12	8	10	12	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	N/D	12 671	85 674	157 502	186 246	266 630	132 755	29 962	179 698	248 559	284 783	16,1%**
Doses de tétracycline distribuées	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	4 056	4 072	5 510	N/D
Villages couverts par éducation sanitaire	N/D	N/D	73	N/D	664	N/D	N/D	27	120	239	239	N/D
Latrines familiales construites	N/D	N/D	N/D	617	1 933	70	1156	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

*Les BFI d'antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus de tétracycline distribuées; Ce pourcentage reflète le doses d'azithromycine plus de tétracycline distribuées.

**Le programme de lutte contre le trachome du GOS n'a pas encore encouragé les latrines familiales dans ses zones d'intervention.

N.B. Après la signature de l'Accord de Paix en janvier 2005, le Gouvernement du Soudan n'était plus responsable de la mise en œuvre du programme dans le Sud.

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

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

Données générales

De 1989 à 2005, les activités du programme de lutte contre le trachome au Soudan du Sud étaient apportées sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan (OLS), consortium d'agences des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales dans le but d'apporter une aide humanitaire coordonnée en un temps de conflit.

Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Au terme de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud.

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des organisations non gouvernementales pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans des régions soutenues par l'OLS. L'Initiative internationale du trachome a inclus le Soudan dans sa liste de bénéficiaires des dons de Zithromax® de Pfizer Inc. Les activités sont coordonnées par le Centre Carter de Nairobi avec l'assistance d'ONG partenaires et d'organisations humanitaires du Soudan du Sud. Des enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre *payams* (sous-districts) en 2001 et dans trois *payams* supplémentaires en 2002. Le bureau du Centre Carter a été transféré de Nairobi, Kenya, à Juba au Soudan, en 2005 après la signature de l'accord de paix.

Le Centre Carter dans le Soudan du Sud soutient la stratégie CHANCE intégrale dans les états de l'Eastern Equatoria et de Jonglei avec un financement de la Fondation des Lions Clubs International (LCIF), de la Fondation Conrad N. Hilton et du Dr et de Mme John et Terri Hussman.

Calendrier des événements

- 2001: Les activités de lutte contre le trachome commencent
- Janvier 2005: Signature de l'accord de paix
- 2006: Ministère de la santé, Gouvernement du Soudan du Sud mis en place
- 2007: Programme de lutte contre le trachoma MS GOSS mis en place
- 2008: Première revue annuelle des programmes de lutte contre le Trachome s'est tenue ; équipe spéciale mise en place
- 2009: Seconde revue annuelle des programmes de lutte contre le Trachome s'est tenue
- 2020: Date cible pour l'élimination du trachome cécitant pour le Gouvernement du Soudan du Sud

Epidémiologie du trachome dans le Soudan du Sud

Utilisant des données du recensement de 2008, le programme national estime que plus de 3 millions de personnes sont exposées au risque de contracter le trachome dans le Soudan du Sud. Le programme de lutte contre le trachome du GOSS intervient dans des régions où la prévalence du trachome cécitant est extrêmement élevée et où même les enfants de moins de 5 ans souffrent déjà du trichiasis. Parfois il est difficile pour le programme d'avoir accès à ceux qui sont le plus exposés au risque, à cause de l'insécurité et du mauvais état des routes. Cette situation est compliquée par une infrastructure sanitaire précaire, une infrastructure physique réduite au minimum et de solides croyances culturelles qui freinent le changement comportemental. Il existe de nombreux groupes nomades mobiles et un grand nombre de personnes déplacées dans leur propre pays.

Des enquêtes sur la prévalence réalisées dans les états comme Nile, Jonglei, Unity, Eastern et Central Equatoria, indiquent une prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans se situant dans une fourchette allant de 33,2 à 80,1%. La prévalence de TT chez les enfants âgés de moins de 15 ans se situe dans une fourchette allant de 0,1 à 5,2 % et, parmi les personnes âgées de plus de 15 ans, elle est de l'ordre de 1,3 à 17,0%.

En 2009, Malaria Consortium a apporté un soutien aux évaluations rapides du trachome dans les états d'Unity et Northern Bahr El Ghazal. Les données semblent indiquer que le trachome est un problème de santé publique dans l'état d'Unity bien que les données suggèrent que la prévalence du trachome ne dépasse pas 5% chez les enfants de 1 à 9 ans (grade TF) dans le Northern Bahr El Ghazal.

Tableau 1 Prévalence du trachome dans le Soudan du Sud

Comté (<i>Payam</i>)	Enfants âgés de 1-9 ans			Enfants âgés < 15 ans	Adultes âgés de > 15 ans
	TF	TI	TF & TI	TT	TT
Ayod	80,1	60,7	88,3	5,2	14,6
Budi (Kimatong)	40,0	41,9	60,3	3,5	17,0
Juba (Katigiri)	45,5	24,5	50,0	0,2	1,3
Kapoeta East (Narus)	35,4	23,8	41,5	0,6	6,3
Kiech Kuon	63,0	51,9	80,2	2,2	14,7
Pibor (Boma)	53,1	39,4	60,3	3,0	12,3
South Bor (Padak)	65,2	63,6	76,5	0,1	10,0
South Bor (Paluer)	77,2	63,6	87,8	0,5	10,0
Terekeka (Tali)	64,7	35,3	72,6	0,3	4,1
Twic East (Kongor)	33,2	29,2	43,3	0,1	5,5

Tableau 2 : Accomplissements du programme en 2009

Indicateur	Cibles du programme national	Rendement du programme national	Cibles du Centre Carter	Rendement du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	5 000	1 558	3 000	1 232
Chirurgiens du trichiasis formés	12	11	11	7
Doses d'azithromycine distribuées	515 788	370 431	480 000	359 006
Doses de tétracycline distribuées	20 730	15 799	20 000	15 099
Villages couverts par l'éducation sanitaire	4 662	3 441	4 662	3 441

Chirurgie (CH)

La cartographie du trachome dans le Soudan du Sud n'est pas encore achevée. Dans les 16 comtés (des états de Western, Eastern, et Central Equatoria, Unity, Upper Nile, et Jonglei) pour lesquels il existe des données sur la prévalence, un BFI chirurgical de 72 275 personnes a été calculé. Une fois que les enquêtes supplémentaires ont été menées, le « backlog » augmentera probablement. Contrairement à de nombreux endroits où le trachome est endémique et où le trichiasis est constaté uniquement chez les personnes âgées, les enfants présentent souvent cet état. Dans le comté d'Ayod de l'état de Jonglei, la prévalence du TT pédiatrique dépasse 5%.

Dans le Soudan du Sud, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé des grandes villes. La chirurgie est également disponible dans le cadre des campagnes chirurgicales au niveau communautaire. Les partenaires soutenant la chirurgie avec le Gouvernement du Soudan en 2009 étaient les suivants : Le Centre Carter, cbm, et International Medical Relief Fund (IMRF). Un total de 18 camps de chirurgie ont été déployés en 2009, durant lesquels 714 personnes ont été opérés. De plus, 844 chirurgies ont été réalisées lors de la prestation de services de routine. Actuellement, 26 chirurgiens ont obtenu la certification de l'OMS et 20 sont actifs dans les états de Jonglei et Eastern Equatoria.

Antibiotiques (A)

La distribution en masse d'antibiotiques (DMA) se déroule dans des endroits choisis au sein de la communauté. Les stations de distribution sont choisies à l'aide des responsables de terrain, des communautés où le trachome est endémique et du gouvernement local, en tenant compte des déplacements de la population vers les pâturages et les points d'eau. La mobilisation commence au moins cinq jours à l'avance et les équipes de distribution sont composées de quatre à cinq agents de santé communautaires formés en plus des responsables de terrain du Centre Carter. Le programme ne pourra pas calculer son but final d'intervention en ce qui concerne la distribution d'antibiotiques tant que les enquêtes ne sont pas achevées. En 2009, 16 comtés ont bénéficié de la distribution d'antibiotiques. Un total de 394 899 doses d'antibiotiques (azithromycine et tétracycline) ont été distribués par rapport à l'objectif visé de 536 518 (73,6% de la cible) en 2009. Le programme national a démarré l'administration massive de médicaments dans le comté de Fashoda de l'Upper Nile et prévoit de l'étendre à d'autres comtés des états de l'Upper Nile et d'Unity en 2010.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Dans les zones d'intervention du gouvernement du Soudan du Sud, l'éducation sanitaire est confiée à des agents de santé communautaires formés, notamment des superviseurs du trachome, de la dracunculose et des volontaires communautaires, des enseignants du primaires, des animateurs communautaires et des agents d'hygiène travaillant pour les ONG partenaires intervenant au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Lors des activités d'extension communautaire, les agents de terrain et les conseillers techniques travaillent avec des volontaires pour passer en revue les vidéos en langues locales sur le trachome et le ver de Guinée.

La promotion de l'éducation en matière d'hygiène par le biais des écoles s'est étendue à plus grande échelle en 2009 avec 28 participants au programme. La mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire a été soutenue avec 197 cassettes intitulées « combattons les maladies » distribuées par les éducateurs sanitaires dans les comtés de Ayod, Fangak, Akobo et Bor. Le programme estime qu'il a atteint 4 762 villages avec une éducation sanitaire continue. Le BFI concernant l'éducation sanitaire est d'atteindre les 4 762 villages d'endémicité. Le programme espère encourager les communautés à identifier leurs propres indicateurs, à fixer des stratégies et des buts et à mettre au point des outils pour la mise en œuvre du programme

Changement environnemental (CE)

En 2009, Le Centre Carter et le Ministère de la Santé ont appliqué l'approche pilote assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans le comté d'Ayod. L'approche ATBC encourage l'utilisation des matériaux locaux pour construire les latrines à fosses au lieu des latrines plus chères avec des dalles en ciment. Les latrines avec des dalles en ciment ne sont pas viables pour le moment dans le Soudan du Sud à cause des frais élevés pour transporter le ciment importé dans les zones rurales.

L'approvisionnement en eau relève de la responsabilité du Ministère des Coopératives et du Développement Rural. Ce même ministère est responsable de la formulation de directives pour l'approvisionnement en eau et de la protection et de la remise en état des puits creusés à la main et des puits forés construits avec l'aide des partenaires ONG. Suite au caractère co-endémique de la dracunculose et du trachome, le programme du trachome a bénéficié d'interventions d'approvisionnement en eau entrant dans le cadre de la lutte contre la dracunculose.

Cibles pour 2010

Le programme national a l'intention de réaliser des enquêtes sur la prévalence du trachome dans les régions suivantes :

- 8 comtés dans Unity;
- 5 comtés dans Northern Bahr El Ghazal;
- 8 comtés dans Lakes;

Chirurgie du trichiasis (CH)

- Former 28 nouveaux chirurgiens du trichiasis (6 avec l'aide du Centre Carter);
- Opérer 6 500 personnes du trichiasis (3 000 avec l'aide du Centre Carter);

Antibiotiques (A)

- Distribuer de l'azithromycine à 803 000 personnes (645 000 dans les zones d'intervention du Centre Carter des états de l'Eastern Equatoria et Jonglei ;
- Distribuer de la pommade à base de tétracycline à 17 000 personnes (13 000 avec l'aide du Centre Carter);

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Cibler 4 762 villages accessibles avec une éducation sanitaire sur l'hygiène personnelle et la construction de latrines (4 662 avec l'aide du Centre Carter) ;

Changement environnemental (CE)

- Promouvoir la construction de 411 latrines familiales dans les villages d'endémicité (382 avec l'aide du Centre Carter).



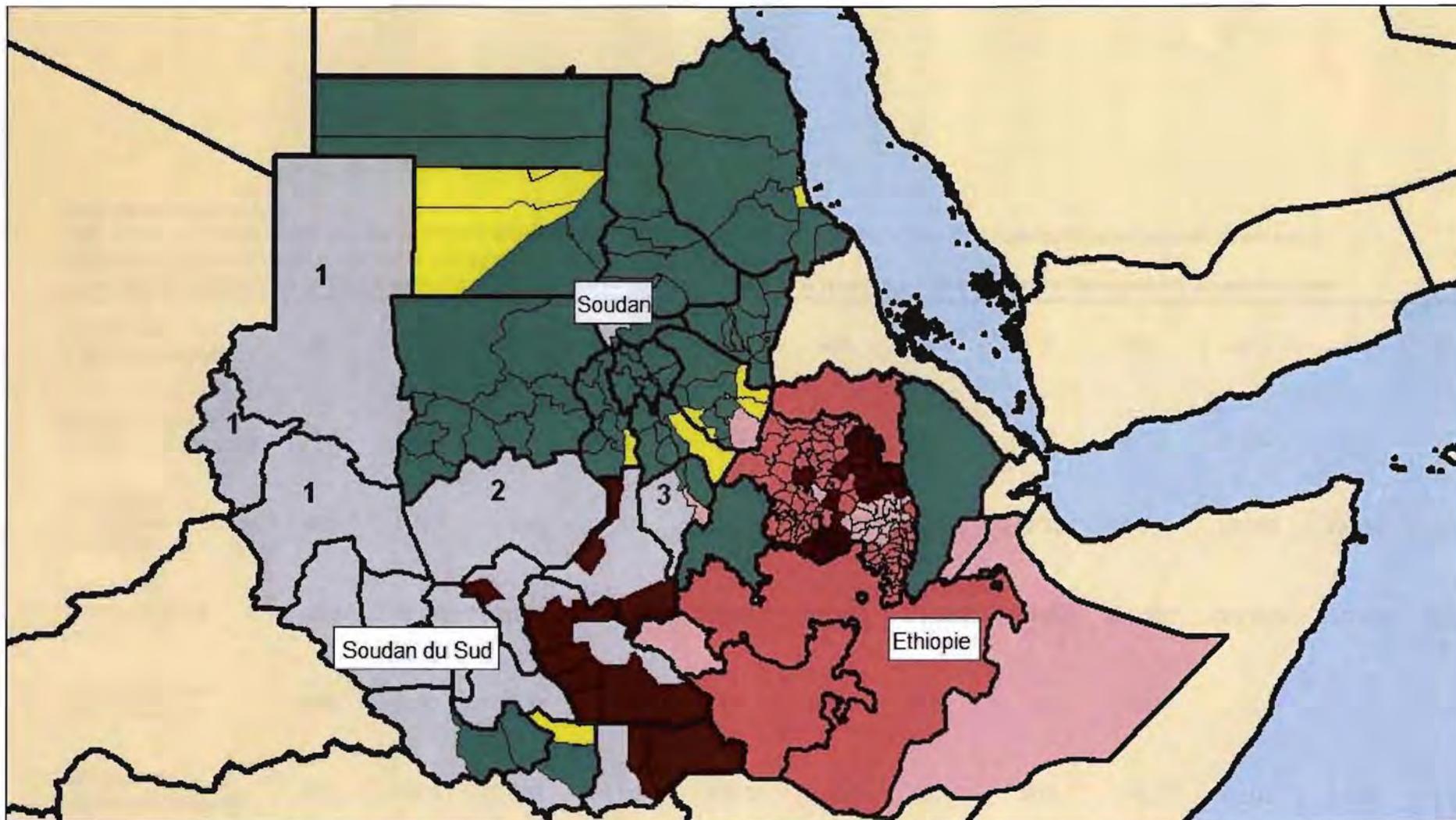
Un agent de distribution apporte une éducation sanitaire lors de la distribution en masse des antibiotiques à Korfulus, état de Jonglei.

Tableau 2 : Productivité nationale de CHANCE au Gouvernement du Soudan du Sud, présentée lors des revues de programmes du Centre Carter, 1999-2009

Indicateur	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% BFI Atteint
Personnes opérées du trichiasis	N/D	153	966	1 481	1 072	1 481	604	563	1 475	3 704	1 558	4,8%
Chirurgiens du trichiasis formés	N/D	N/D	N/D	N/D	14	N/D	9	46	10	10	11	N/D
Doses d'azithromycine distribuées	N/D	40 000	30 161	31 731	117 317	180 317	84 096	109 405	275 382	464 974	370 431	10,8%*
Doses de tétracycline distribuées	N/D	N/D	N/D	N/D	40 197	43 105	22 435	115 324	48 398	13 668	15 799	N/D
Villages couverts par éducation sanitaire	N/D	N/D	406	405	424	1 346	429	901	1 371	4 662	3 441	N/D
Latrines familiales construites	N/D	N/D	197	220	252	980	269	175	N/D	N/D	128	0,5%

* Les BFI d'antibiotiques se fondent sur le nombre de doses d'azithromycine plus tétracycline distribuées; ce pourcentage reflète les doses d'azithromycine plus de de tétracycline distribuées.

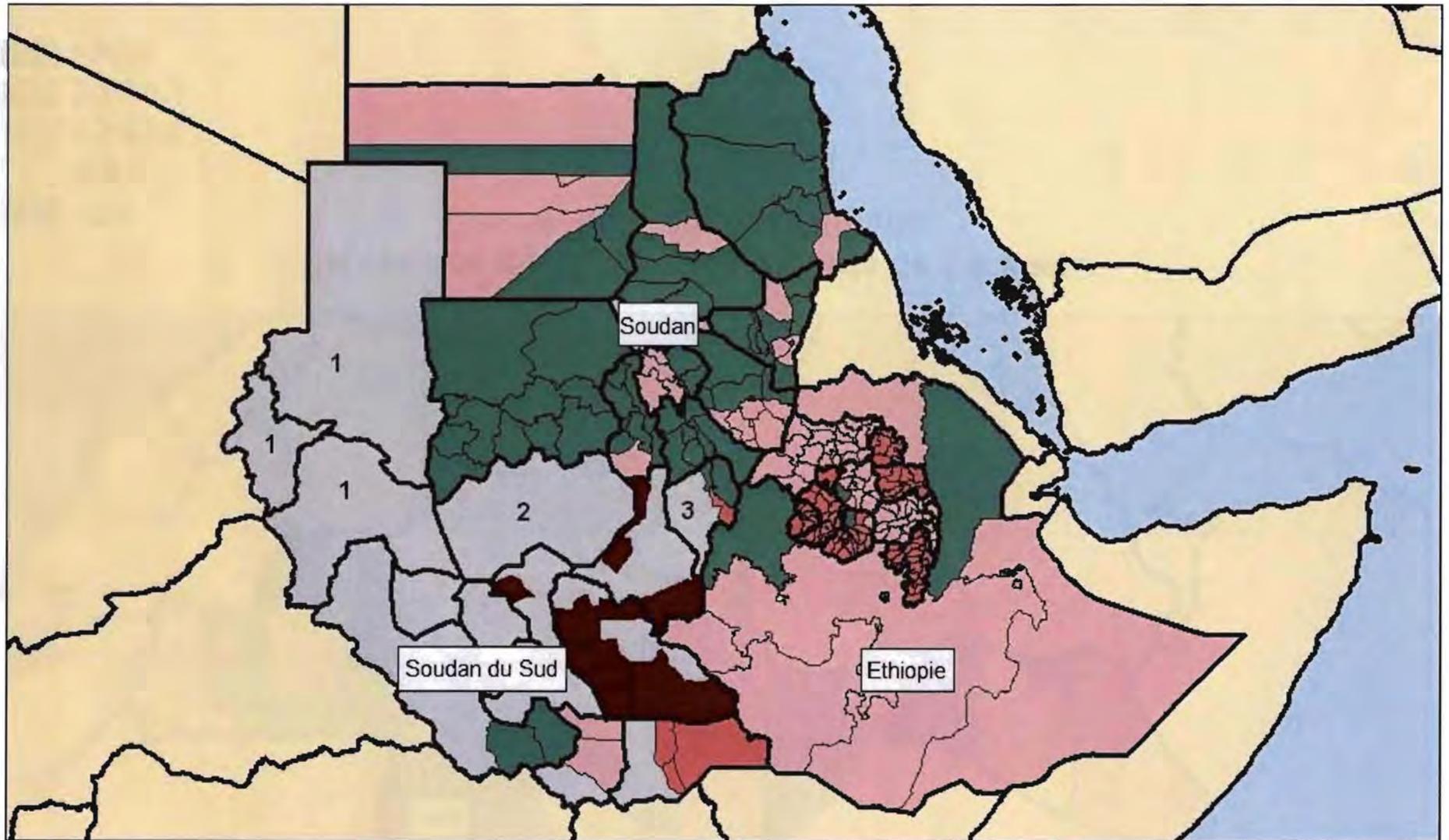
N.B. Après la signature de l'Accord de paix en janvier 2005, le Gouvernement du Soudan n'était plus responsable de la mise en œuvre du programme dans le sud.



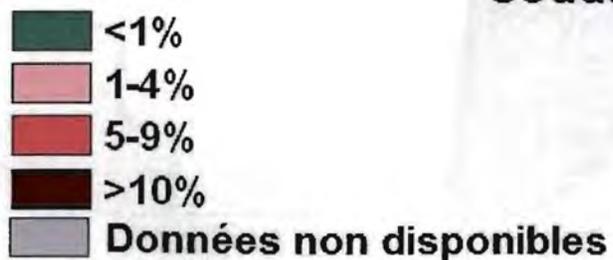
**Prévalence du TF chez les Enfants de 1 à 9 ans,
Soudan, Soudan du Sud, et Ethiopie**



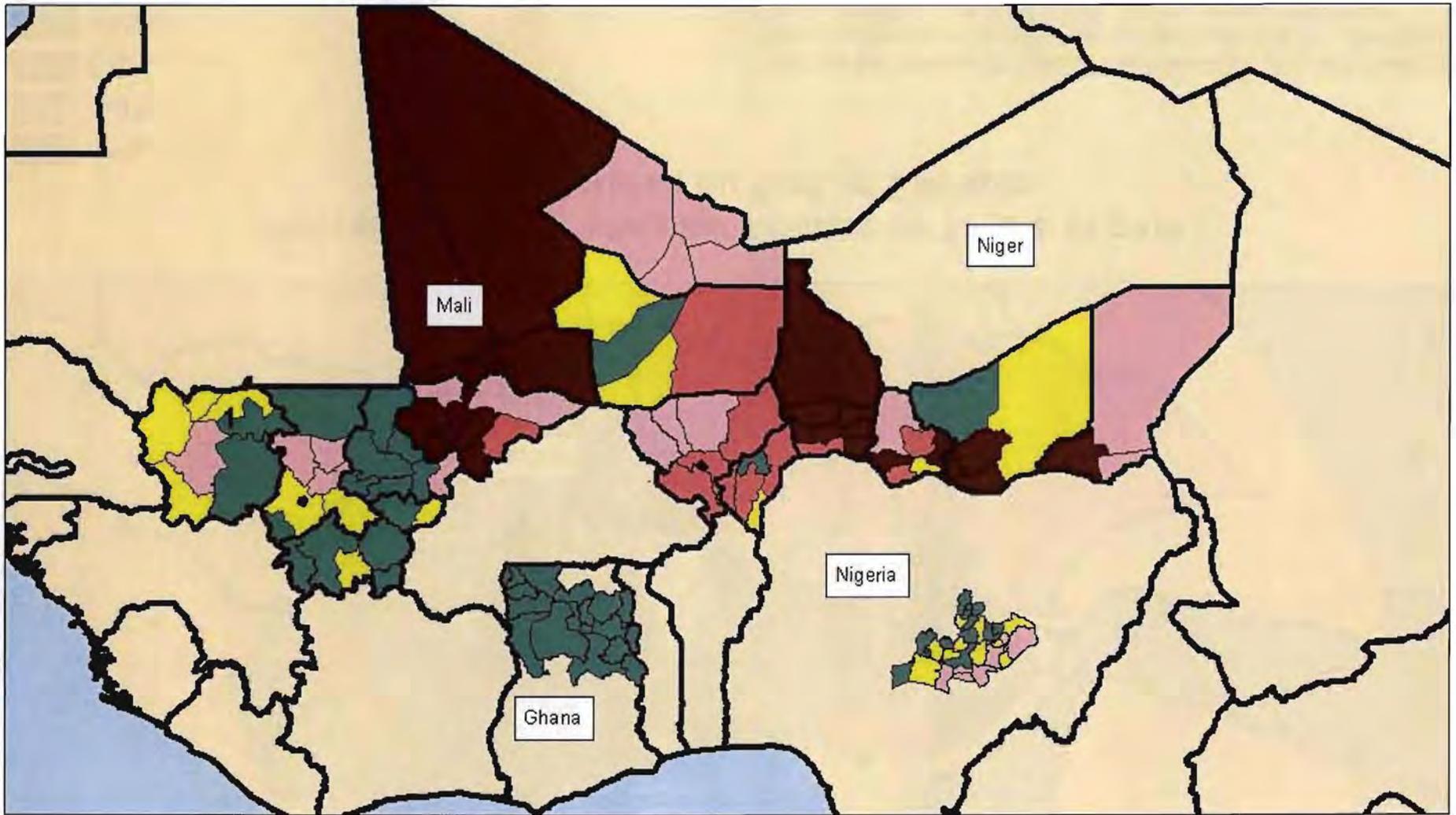
Note sur les données du Soudan: Les enquetes n'ont pas encore pris place dans les états de Darfur pour raison de sécurité (1). Données du South Kordofan (2) et de la localité de Kurmuk ne sont pas encore disponibles.



Prévalence du TT chez les Adultes de 15 ans et plus Soudan, Soudan du Sud, et Ethiopie

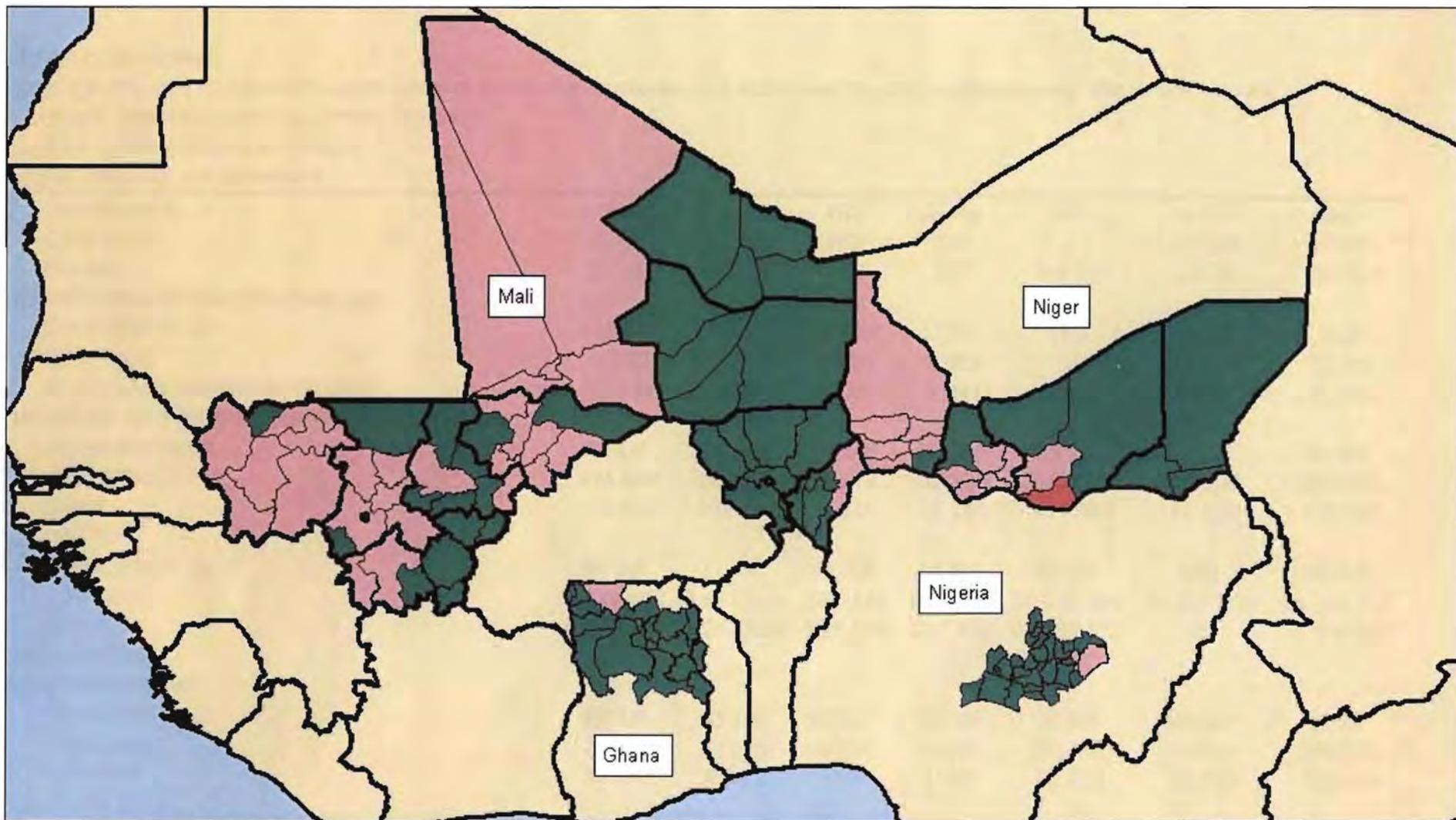


Note sur les données du Soudan: Les enquêtes n'ont pas encore pris place dans les états de Darfur par raison de sécurité (1). Données de South Kordofan (2) et la localité de Kurmuk ne sont pas encore disponibles



**Prévalence du TF chez les Enfants de 1 à 9 ans
Ghana, Mali, Niger et Nigeria**

- <5%
- 5-9%
- 10-19%
- 20-29%
- >30%



**Prévalence du TT chez les Adultes de 15 ans et plus
Ghana, Mali, Niger, et Nigeria**

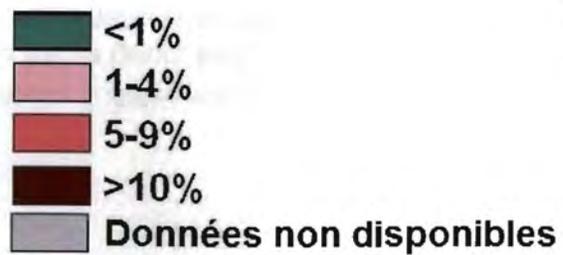


Tableau 1 Récapitulatif des données nationales provenant des interventions du programme de lutte contre le trachome (pays aidés par le Centre Carter)

Données nationales indiquées pour 2009 lors de la 11e revue annuelle de programmes, Atlanta, Georgie, 29 au 31 mars 2010

	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux
			GOS**	GOSS***			
Chirurgie (CH)							
Chirurgies	11 196	6 743	1 974	1 558	72 123	13 500	107 094
Cible 2009	17 100	15 650	3 000	5 000	207 480	8 000	256 230
Couverture en %	65.5%	43.1%	65.8%	31.2%	34.8%	168.8%	41.8%
Antibiotiques (A)							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	6 290 754	7 341 878	284 783	370 431	15 695 222	0	29 983 068
Cible 2009	7 245 423	9 491 097	292 164	515 788	25 100 000	14 358 000	57 002 472
Couverture en %	86.8%	77.4%	97.5%	71.8%	62.5%	N/D	52.6%
<i>Tetracycline</i>							
Doses	125 883	184 198	5 510	15 799	403 099	15 000	749 489
Cible 2009	147 866	194 164	5 743	20 730	512 000	40 000	920 503
Couverture en %	85.1%	94.9%	95.9%	76.2%	78.7%	37.5%	81.4%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)							
Villages avec éducation sanitaire	10 491	571	239	3 441	3 432	9 200	27 374
Cible 2009	9 000	*	239	4 662	*	13 240	27 141
Couverture en %	116.6%	N/D	100.0%	73.8%	N/D	69.5%	N/D
Changement environnemental (CE)							
Latrines	23 701	18 979	N/D	128	544 205	7 500	594 513
Cible 2009	16 000	15 000	N/D	500	*	10 500	42 000
Couverture en %	148.1%	126.5%	N/D	25.6%	N/D	71.4%	N/D

*Cible nationale non présentée

**GOS: Gouvernement du Soudan

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud

N.B. Ce sont des données au niveau national provenant d'interventions appuyées par tous les partenaires, pas exclusivement par le Centre Carter.

**Tableau 2 Cibles annuelles 2010 du programme national de lutte contre le trachome
(pays aidés par le Centre Carter)**

Cibles présentées lors de la 11e revue annuelle de programmes, Atlanta, Georgie, 29-31 mars 2010

	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
			GOS**	GOSS***			
Chirurgie							
Personnes à opérer du trichiasis	12 910	13 900	3 000	6 500	235 374	10 000	281 684
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine à distribuer†	3 542 332	3 724 747	300 327	803 000	27 270 000	1 435 800	37 076 206
Doses de pommade de tétracycline à distribuer	70 847	76 015	6 000	17 000	556 000	40 000	765 862
Nettoyage du visage							
Villages à atteindre avec l'éducation sanitaire	12 000	571	477	4 762	*	13 240	31 050
Changement environnemental							
Latrines familiales à construire	25 000	15 000	*	411	*	10 500	50 911

*Cible non présentée.

**GOS: Gouvernement du Soudan.

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud

†Les cibles pour les antibiotiques ne reflètent pas les distributions de Zithromax® approuvés par ITI.

Tableau 3 Implémentation de la Stratégie CHANCE, pays aidés par le Centre Carter

Récapitulatif des interventions par pays, janvier - décembre 2009

Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux	
				GOS*	GOSS*				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/D	5 481	3 252	399	1 232	35 681	N/D	46 045
	Personnes ciblées	N/D	4 200	3 000	2 000	3 000	100 400	N/D	112 600
	Pourcentage	N/D	130,5%	108,4%	20%	41,1%	35,5%	N/D	40,9%
	Chirurgiens du trichiasis formés	N/D	0	10	12	7	82	N/D	111
A	Doses d'azithromycine distribuées	N/D	0	595 388	284 783	359 006	13 395 792	N/D	14 634 969
	Population ciblée	N/D	N/D	848 860	292 164	480 000	14 718 780	N/D	16 339 804
	Pourcentage	N/D	N/D	70%	97,5%	74,8%	91,0%	N/D	89,2%
	Doses of tétracycline distribuées	N/D	0	17 577	5 510	15 099	324 881	N/D	363 067
N	Villages couverts par éducation sanitaire	N/D	1 722	571	239	3 441	3 432	823	10 228
	Ecoles couverts par éducation sanitaire	N/D	N/D	450	35	13	6 922	N/D	7 420
	Personnes formées pour éducation sanitaire	N/D	763	1 062	561	438	35 966	1 057	39 847
CE	Latrines familiales construites	502	12 828	12 116	N/D	128	544 205	5 032	574 811
	Latrines ciblées	N/D	15 000	15 000	N/D	500	439 915	7 500	477 415
	Pourcentage	N/D	85,5%	80,8%	N/D	25,6%	123,7%	67,1%	120,4%
	Maçons formés	N/D	740	367	N/D	N/D	N/D	0	1 107

*GOS/GOSS: Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud.

Tableau 4 Implémentation de la Stratégie CHANCE, pays aidés par le Centre Carter

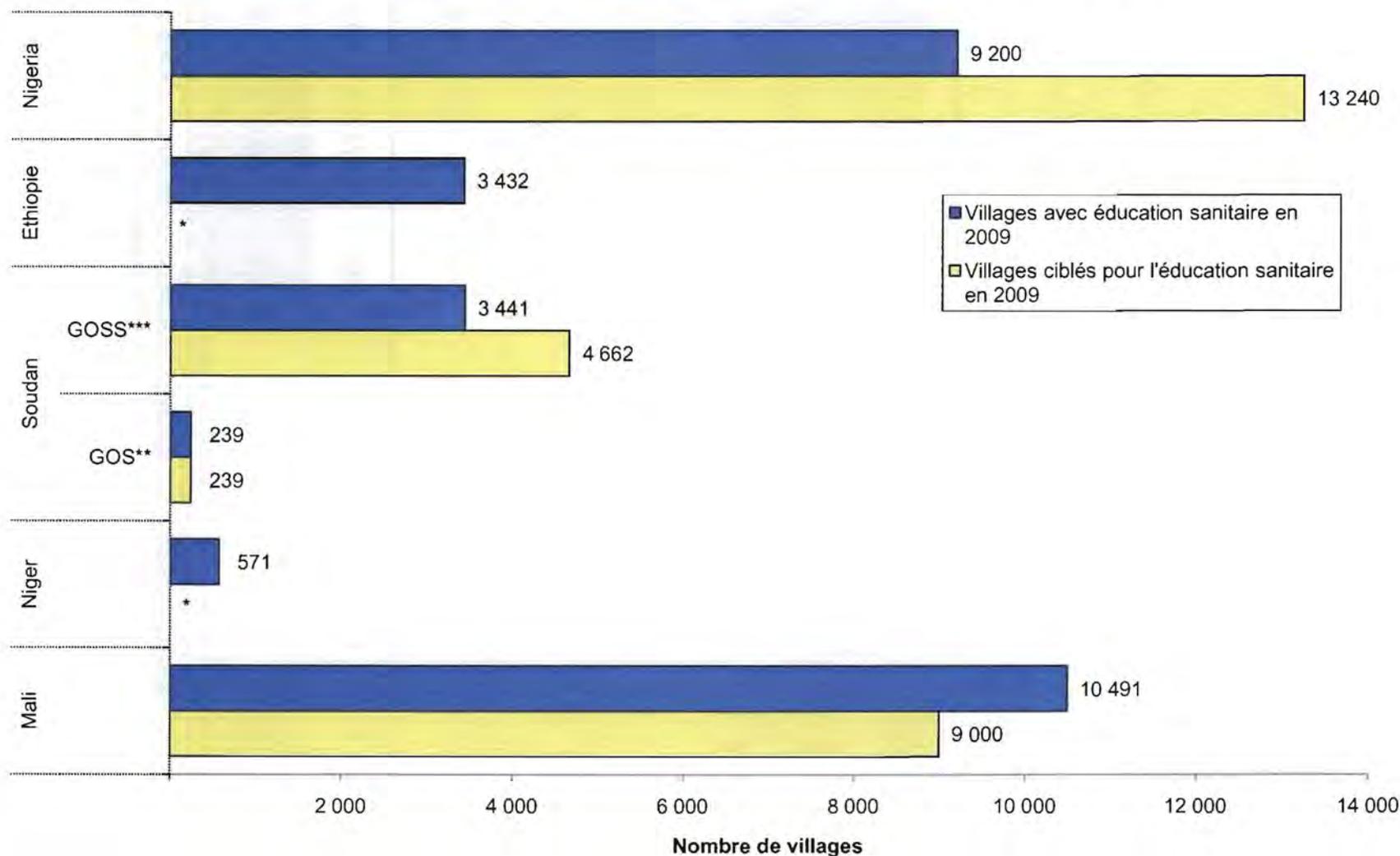
<i>Interventions cumulatifs par pays, 1999-2009</i>									
Indicateurs	Ghana	Mali*	Niger*	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux	
				GOS**	GOSS**				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/D	6 662	3 252	4 667	5 049	160 241	26	179 897
	Chirurgiens du trichiasis formés	N/D	25	10	78	76	667	N/D	856
A	Doses d'azithromycine distribuées	N/D	N/D	595 388	1 584 853	1 653 195	36 149 083	N/D	39 982 519
	Doses of tétracycline distribuées	N/D	N/D	17 577	13 638	226 226	1 708 097	N/D	1 965 538
N	Villages couverts par éducation sanitaire***	50	1 722	571	239	3 574	3 432	845	10 433
	Ecoles couverts par éducation sanitaire***	49	138	450	84	93	6 922	0	7 736
	Personnes formées pour éducation sanitaire	8 079	16 578	5 198	2 215	20 508	97 490	4 098	154 166
CE	Latrines familiales construites	6 997	60 839	43 528	0	567	1 272 061	31 979	1 415 971
	Maçons formés	N/D	3 636	1 303	0	N/D	N/D	1 910	6 849

*Le Centre Carter commençait à soutenir la stratégie intégrale de CHANCE au Niger et Mali en septembre 2008. Donné aussi selon les demandes des programmes nationaux est une aide indirect pour l'implémentation de tous les quatre volets de CHANCE en termes logistiques et techniques.

**GOS/GOSS: Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud.

***Données uniquement de 2009.

Figure 1 Villages avec éducation sanitaire, pays aidés par le Centre Carter
Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2009

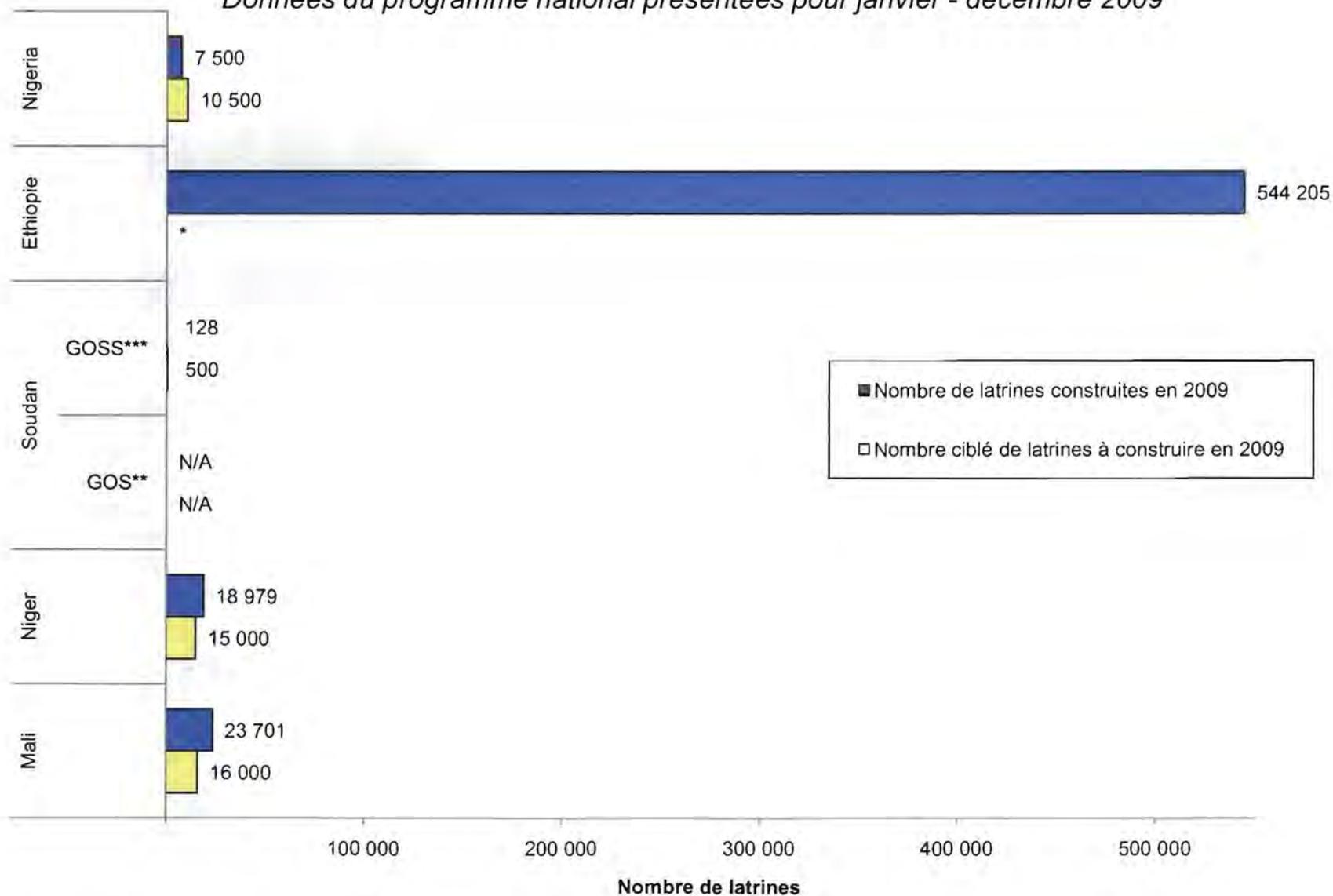


*Données non présentées.

**GOS: Gouvernement du Soudan.

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud.

Figure 2 Latrines familiales construites, pays aidés par le Centre Carter
Données du programme national présentées pour janvier - décembre 2009

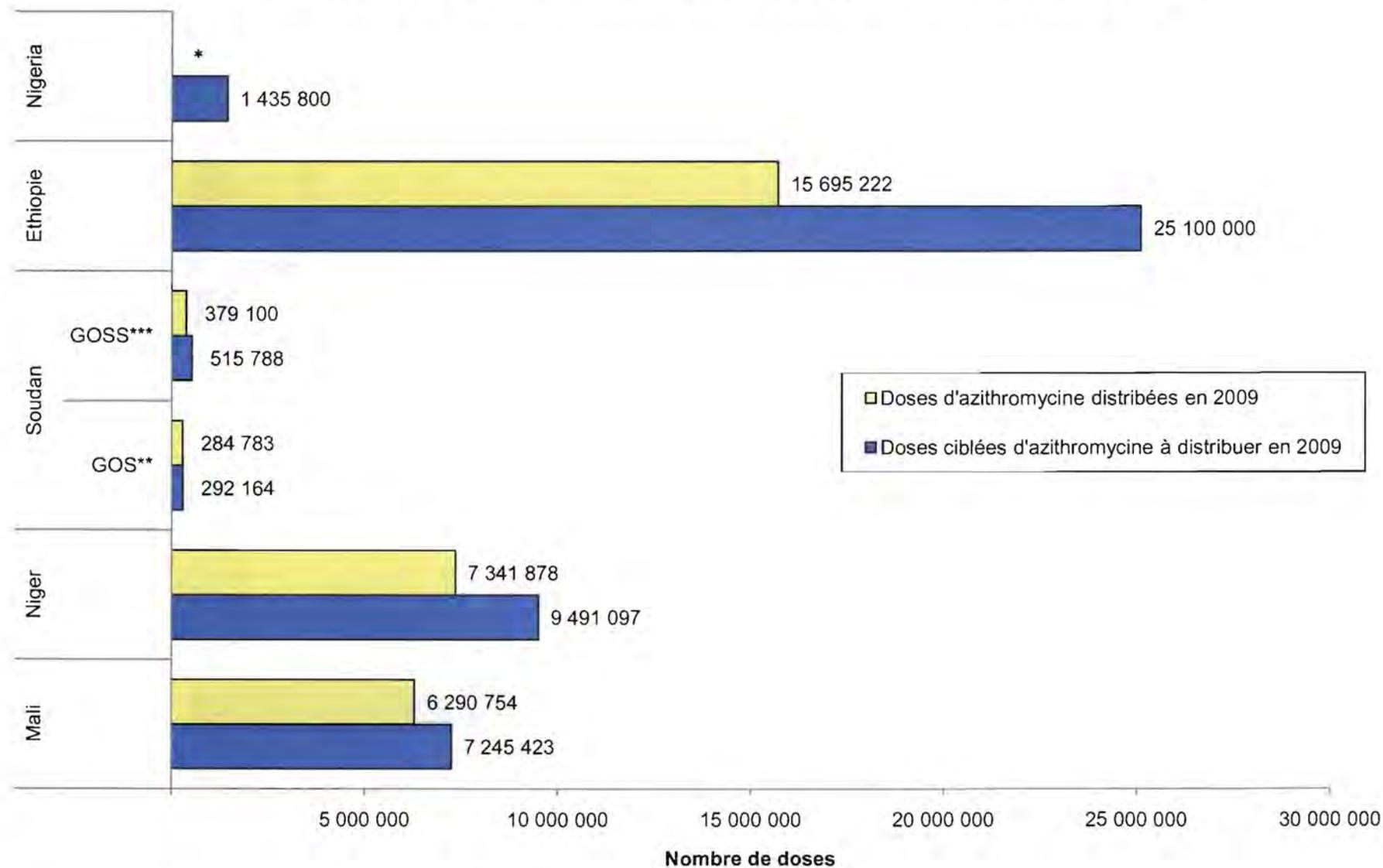


*Données non présentées.

**GOS: Gouvernement du Soudan.

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud.

Figure 3 Distribution d'azithromycine, pays aidés par le Centre Carter
Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2009

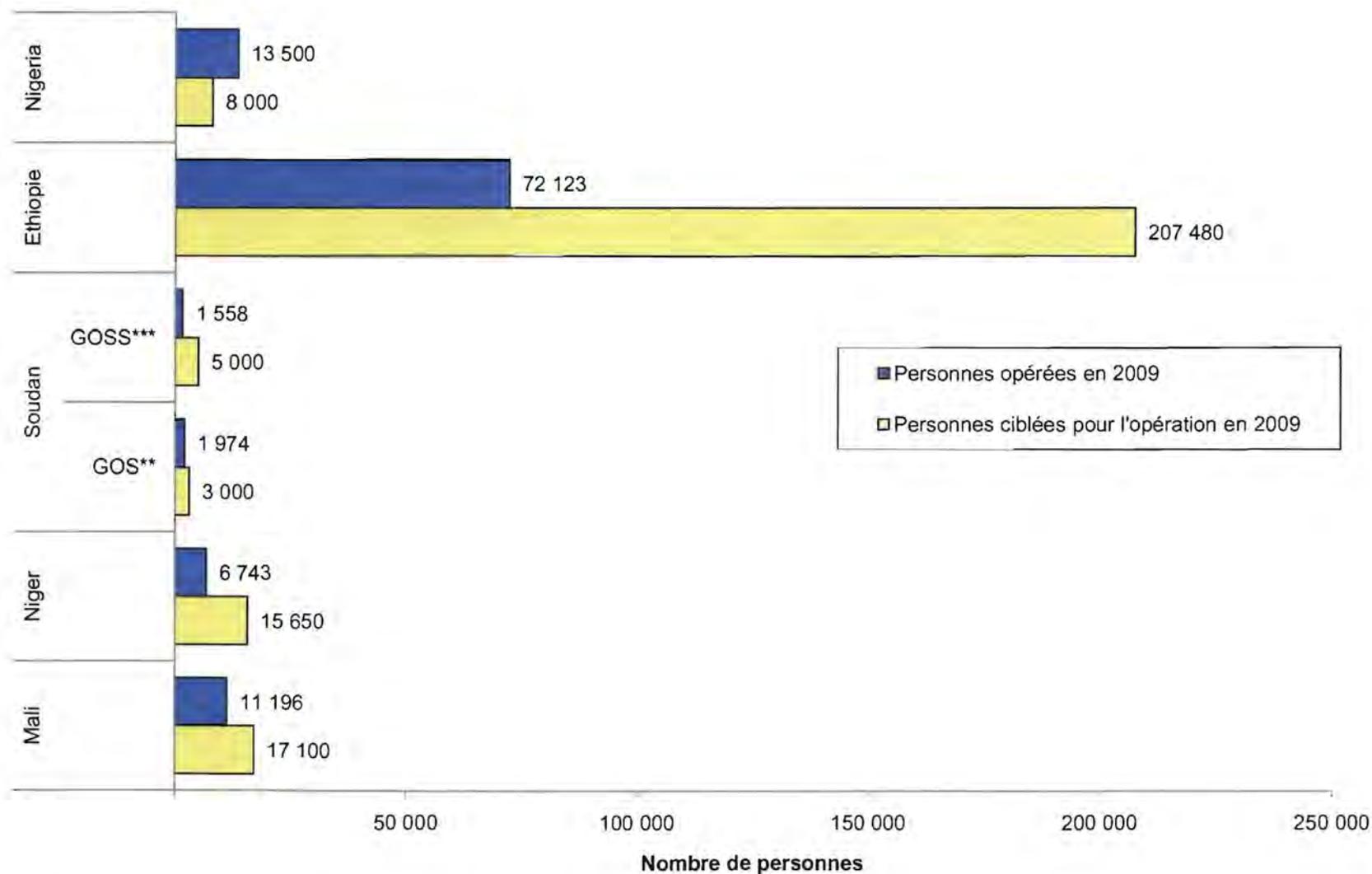


*Nigeria n'a pas reçu le don d'azithromycine en 2009.

**GOS: Gouvernement du Soudan.

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud.

Figure 4 Personnes opérées du trichiasis, pays aidés par le Centre Carter
Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2009



*Données non présentées.

**GOS: Gouvernement du Soudan.

***GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud.

Lions Clubs de l'Ethiopie : Mise à jour du District 411A

Présenté par l'Honorable Lauréat mondial Dr Tebebe Y. Berhan, Lions Clubs de l'Ethiopie



Lions Clubs International FOUNDATION

Les Lions Clubs de l'Ethiopie avaient bien des accomplissements notables à célébrer à leur compte en 2009. Non seulement apportent-ils des services qui sauvent la vue des gens, mais les lions de l'Ethiopie ont également facilité bon nombre d'événements de plaidoyer très visibles qui sensibilisent à la prévention de la cécité.

Avec le don de SightFirst 1176, les Lions éthiopiens ont soutenu la formation d'infirmiers ophtalmologues : 44 infirmiers ont achevé la seconde phase de formation, 26 ont terminé la troisième phase et un autre groupe de 26 sont engagés actuellement dans les exercices de formation de la quatrième phase. Forts de leur réussite précédente dans la fourniture des chirurgies de la cataracte, les Lions éthiopiens ont apporté une assistance à 15 000 chirurgies par le biais du don de SightFirst 1297/411A en 2009.

Dans la lutte contre le trachome, les Lions éthiopiens ont soutenu 38 947 chirurgies du trichiasis dans la région de Tigray. De plus, un mémoire d'accord a été signé entre les Lions et cbm pour la construction de points d'eau salubre dans l'état régional d'Amhara. Un total de \$546 000 a été engagé dans cette entreprise et les Lions apporteront une assistance aux interventions sur le plan de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène dans la zone nord-est de l'Amhara.

Les Lions éthiopiens ont célébré toutes ces avancées du programme de lutte contre le trachome en organisant des cérémonies de lancement pour les campagnes de la semaine MaTra, en déployant un plaidoyer pour le partenariat Lions-Centre Carter et la promotion des Lions éthiopiens parmi la communauté internationale des Lions Clubs lors de la Convention de tous les Lions africains à Mombassa. Les Lions éthiopiens ont également joué un rôle de premier plan dans la visite de Pfizer Inc et de l'Initiative internationale du trachome lors de la troisième semaine de MaTra.

Mise à jour de l'Organisation mondiale de la Santé

Présentée par le Dr Silvio Mariotti, Organisation mondiale de la Santé

La division de la prévention de la surdité de la cécité (PSC) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est en train de mettre au point un système de surveillance pour suivre la réapparition des cas inflammatoires aigus du trachome, pour s'assurer que les cas incidents de trichiasis sont traités et pour documenter les activités de contrôle nécessaires pour la certification. Les Etats Membres ont demandé à l'OMS de fournir un ensemble de directives pour un système qui est souple, fiable, vérifiable et abordable. L'OMS prévoit de réunir un groupe de travail technique en juillet 2010 pour produire ces directives.

Alors que les pays se rapprochent de la phase de certification, il est important de noter que la certification concerne l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique. La certification de l'élimination de la maladie relève d'une fonction centrale de l'OMS qui est réglementée par les procédures de l'OMS.

L'Alliance globale tiendra sa quatorzième réunion annuelle à Genève du 19 au 21 avril 2010. Le thème « seuls dix ans nous restent, » a été retenu pour que soient mis en avant les obstacles qui subsistent dans la voie vers l'élimination du trachome cécitant. Les pays reverront les progrès faits en vue d'atteindre les objectifs CHANCE et les partenaires présenteront leurs activités. C'est le sentiment d'appartenance et de responsabilité propre au sein des pays qui constitue le but primaire de l'Alliance de cette année.

En réponse aux demandes fréquentes faites auprès de l'OMS pour son assistance au niveau des pays, la division de la PSC renforcera sa participation dans la lutte aux maladies tropicales négligées pour mieux défendre la lutte contre le trachome. De plus, l'OMS cherchera à améliorer sa réponse aux pays, formulera des procédures de certification et maintiendra une liste d'experts, engageant également de nouveaux donateurs.

La seconde version de « La Lutte contre le Trachome : un Guide pour les Gestionnaires de Programme » sera disponible en 2010 avec la publication des directives de certification des chirurgiens en français. Le protocole d'évaluation rapide du trachome sera également disponible en français. En 2010, l'OMS a l'intention de distribuer du matériel de prévention à usage scolaire en Chine, au Brésil et au Mexique et donnera son appui à la cartographie globale de la prévalence du trachome et aux activités de la stratégie CHANCE.

Helen Keller International : En route vers 2020

Présenté par M. Chad MacArthur, Helen Keller International

Helen Keller International (HKI) intervient activement depuis les années 50 au niveau de la prévention du trachome. Aujourd'hui, plus de 50 années plus tard, et grâce au financement de multiples donateurs, HKI est un partenaire de premier plan aidant les programmes nationaux à se rapprocher de leur but d'élimination du trachome dans divers pays, que ce soit au Mali, au Niger, en Tanzanie, au Cameroun, en Guinée, au Burkina Faso et au Népal. Cette présentation fait le point des activités actuelles d'élimination du trachome de HKI dans des pays clés et fait également ressortir l'importance de forger de solides partenariats avec les programmes nationaux dans ces pays.

Pour le Mali, HKI reçoit un financement de la Fondation Conrad N. Hilton (CNHF), de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) par le biais du Research Triangle Institute International (RTI), de la Fondation Bill & Melinda Gates par le biais de l'Initiative internationale du trachome (ITI), de l'Union européenne et de la Fondation internationale des Lions Clubs. Avec un financement d'un groupe aussi diversifié de donateurs, HKI est en mesure d'apporter une solide assistance aux voles chirurgie, antibiotiques et nettoyage du visage de la stratégie CHANCE. En voici les activités spécifiques : services chirurgicaux dans la région de Kayes ; distribution d'azithromycine et de tétracycline sur l'ensemble du pays ; messages radiophoniques pour promouvoir le changement de comportement dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou, et Sikasso ; études pour évaluer la couverture réalisée par la distribution en masse des antibiotiques ; l'étendue de la prévalence du trachome après plusieurs séries de traitements à base d'antibiotiques ; l'impact des messages radiophoniques et les résultats chirurgicaux ; et le programme du trachome dans l'école primaire.

HKI obtient un financement de la Fondation Conrad N. Hilton (CNHF) et de la Fondation Bouamatou par le biais de l'ITI pour son programme au Niger. L'essentiel du financement est consacré aux activités suivantes : chirurgies dans les régions de Tahoua, Dosso, et Zinder; formation des chirurgiens dans les régions de Tahoua et Dosso; réparation et remise en état de 18 stations radiophoniques communautaires; diffusions radiophoniques pour promouvoir le changement comportemental ; programme sur le trachome à l'école primaire et formation des enseignants dans la région de Dosso; distribution des affiches pour l'éducation sanitaire ; formation des agents de santé et des dirigeants d'opinion pour la mobilisation sociale ; et études pour évaluer l'impact des messages radiophoniques et des résultats chirurgicaux.

Pour la Tanzanie, HKI reçoit un financement de CNHF, de la Fondation Heart to Heart et de Sabin Vaccine Institute. Ces fonds appuient essentiellement les activités d'élimination du trachome dans les deux régions au sud, Mtwara et Lindi. Les activités sont les suivantes : chirurgies ; formation des chirurgiens ; essai pilote de l'outil de planification et de budgétisation du trachome ; formation des enseignants à échelle du district et programme sur le trachome à l'école primaire ; annonces radiophoniques pour promouvoir le changement comportemental ; et cartographie pour identifier les partenaires clés de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans chaque district.

Les activités de lutte contre le trachome de HKI au Cameroun viennent juste de commencer grâce au financement de l'USAID/RTI. Une cartographie initiale de 26 districts sanitaires sera faite en 2010 dans la région Far North et des 13 districts dans la région North en 2011.

Les buts de l'élimination ne pourront être atteints dans tous ces pays que si on collabore étroitement avec les programmes nationaux et les partenaires dans le cadre de la planification stratégique et de la mise en œuvre de tous les volets de la stratégie CHANCE. Le travail de HKI au Mali et au Niger avec les programmes nationaux et le Centre Carter est un bon exemple de cette approche collaborative. Nos efforts conjoints ont abouti à des plans nationaux concrets pour 2009 et 2010, ce qui nous permet de progresser stratégiquement dans notre avancée vers 2020.

Mise à jour sur Pfizer Inc

Présentée par Mme Lisa Foster, Pfizer Inc

Pfizer Inc cherche à accomplir sa vision d'une meilleure santé dans le monde par le biais de sa mission visant à appliquer ses ressources scientifiques pour améliorer la santé et le bien-être à chaque stade de la vie. Pfizer assume sa responsabilité consistant à répondre aux besoins divers en soins de santé dans le monde et vise des standards toujours plus élevés dans le cadre de sa relation avec les prestataires de soins de santé, les patients et les consommateurs.

La fusion récente avec la société pharmaceutique Wyeth augmente le portefeuille de Pfizer et l'étend à de nouveaux domaines sur le plan des maladies cardiovasculaires, oncologie, santé de la femme et maladies infectieuses. Elle permet également à Pfizer de s'engager dans les travaux de recherche sur les vaccins et la biologie, de pair avec les produits de santé animale. Pfizer entretient une collaboration scientifique indépendante avec l'Organisation mondiale de la Santé par le biais de l'accès à sa bibliothèque de composantes médicinales, formation de chercheurs provenant de pays en développement et recherche pour accélérer la découverte de nouveaux traitements pour les maladies parasitaires.

Entrent actuellement dans la plateforme de responsabilité de Pfizer les programmes suivants : Initiative internationale du trachome, le Partenariat Diflucan, le Programme d'assistance aux patients Sutent, la Mobilisation contre le Paludisme, Connect HIV, Global Health Partnerships, Global Health Fellows, the Infectious Disease Institute and the Alliance for a Healthy Border. Ces programmes utilisent diverses approches pour fournir des soins de santé à ceux dans le besoin.

Outre ses dons de Zithromax[®], Pfizer Inc est engagé à atteindre le but de l'élimination du trachome et collabore à cet effet avec le Royaume-Uni, le Département pour le développement international (DFID) de l'USAID, la Banque mondiale, CARE, WaterAid et l'UNICEF pour que se renforcent encore les engagements liés à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Mise à jour sur l'Initiative internationale du trachome

Présentée par le Dr Danny Haddad, Initiative internationale du trachome

L'Initiative internationale du trachome (ITI) a rejoint Task Force for Global Health en avril 2009. Cette équipe spéciale de dotation de médicaments a été choisie comme hôte de l'ITI en raison de sa relation stratégique avec d'autres programmes luttant contre les maladies tropicales négligées. L'ITI reste au rang des « partenaires parmi partenaires » de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 et s'engage à soutenir les programmes nationaux au niveau de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE en maximisant les dons de Zithromax® dans le contexte des volets CH, N et CE.

L'ITI remplit trois fonctions essentielles : manager de la chaîne d'approvisionnement ; leader du plaidoyer pour l'élimination du trachome cécitant aux niveaux mondial, régional et national ; et partenaire essentiel de la gestion des données provenant des programmes de lutte contre le trachome. ITI vérifie que le Zithromax® donné par Pfizer Inc. arrive dans le pays dans les quantités correctes et prend également part aux exercices de planification. ITI occupe une position unique pour assurer la liaison avec des bailleurs de fonds comme l'USAID, la Banque mondiale et DFID afin d'identifier ensemble de nouvelles sources de financement pour l'élimination du trachome. Enfin, ITI prévoit de gérer les données sur la prévalence du trachome dans un atlas du trachome ce qui facilitera le suivi des progrès vers les buts de GET 2020.

Grâce au don de Zithromax®, ITI vient en aide aux programmes nationaux par le biais du renforcement des équipes spéciales nationales et autres partenariats clés. ITI prévoit d'étendre à plus grande échelle le nombre de traitements donnés par Pfizer Inc pour couvrir de nouveaux pays et étendre la portée géographique dans les pays existants. Dans les prochaines années, ITI prévoit d'inclure 19 pays en plus, passant de 39 millions de traitements annuels d'azithromycine à 80 millions. Pour atteindre ces buts, ITI revoit les prévisions de dons par le biais d'une procédure annuelle de demande. Le Comité des experts du trachome (TEC) est composé de spécialistes de la stratégie CHANCE qui revoient toutes les demandes pour déterminer les distributions de Zithromax®.

ITI cherche également à vérifier que les programmes d'élimination du trachome saisissent les possibilités d'intégration présentées par le programme des maladies tropicales négligées. Au Mali, ITI est en train de déterminer si Zithromax® peut être co-administré avec l'ivermectine et l'albendazole, dans le cadre d'un don de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées : Mise à jour de RTI

Présenté par le Dr Eric Ottesen, Research Triangle Institute International

RTI International a reçu un don de 100 millions de dollars, sur cinq ans, de l'USAID pour soutenir la lutte contre les maladies tropicales négligées dans le contexte de l'intégration. Le don de l'USAID cible cinq de ces maladies : filariose lymphatique (FL), onchocercose, schistosomiase, helminthes transmises par le sol (HTS) et trachome. La lutte contre les maladies tropicales négligées représente une possibilité attirante pour le gouvernement des Etats-Unis de financer des programmes de faibles coûts susceptibles d'alléger la charge de maladies comptant une morbidité élevée grâce à l'utilisation de la chimiothérapie préventive (CTP).

Les objectifs du don de l'USAID sont d'appuyer la conception et l'expansion de la CTP et de démontrer que la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées est efficace par rapport aux coûts et plus efficiente que les programmes non intégrés. RTI administre le don pour le compte de l'USAID et sous-traite avec des organisations partenaires pour mettre en œuvre les activités de CTP. Le programme a utilisé des projets pilotes au Burkina Faso, au Ghana, au Mali, au Niger et en Ouganda pour établir un plan en vue d'arriver à une mise en œuvre intégrale. Le Bangladesh, Haïti, le Népal, la Sierra Leone et le Soudan du Sud ont été introduits lors de la deuxième année du don et le Cameroun et le Togo pendant la troisième année.

Pendant les trois premières années du don du programme, plus de 19 millions de personnes ont été traitées contre le trachome avec le soutien de l'USAID. RTI International a indiqué le besoin de renforcer les activités de cartographie de la prévalence et de surveillance dans les régions prévues pour la CTP.

Le rôle de RTI international dans le cadre des futurs dons de l'USAID n'a pas encore été décidé bien que RTI ait l'intention de documenter les meilleures pratiques liées à la mise en œuvre des programmes intégrés en collaboration avec les programmes nationaux et l'Organisation mondiale de la Santé. RTI prévoit également de soutenir les évaluations de l'impact et les stratégies de surveillance lors de l'année finale du don.

L'approche au développement du Centre Carter

Présenté par Mme Nicole Kruse, Centre Carter, Atlanta

Fondé en 1982 par l'ancien Président américain Jimmy Carter et l'ancienne Première Dame Rosalynn Carter, le Centre Carter a pour mission de faire avancer les droits humains et de soulager les souffrances humaines inutiles dans plus de 70 pays du monde.

Le Centre est guidé par un conseil d'administration de 19 membres sous la présidence de M. Kent "Oz" Nelson. Il bénéficie des expériences distinguées et polyvalentes des membres de ce conseil qui proviennent de diverses sphères : affaires, finances, philanthropie, éducation, politique, films et médias.

Quatre membres émérites sont reconnus pour leurs services, notamment M. John Moores, généreux donateur et extraordinaire défenseur du travail du Centre en vue d'éliminer les maladies cécitantes, surtout l'onchocercose et le trachome. Est également reconnu le Comité des Conseillers du Centre (CCC), mis en place en 1987, en tant que groupe consultatif qui cherche à mieux faire comprendre le Centre au public. M. Ken Byers est le président actuel du CCC.

Le Conseil d'administration, le Président et le Président directeur général (PDG) s'occupent de la supervision, de la prise de décision et de la direction des missions, programmes, plaidoyers, appels de fonds et administration financière du Centre. Le Conseil d'administration est l'organe accordant l'autorisation finale pour le lancement de toute nouvelle activité ou expansion d'une activité existante, et de l'approbation budgétaire connexe. Le Président et PDG, le Dr John Hardman, dispose du pouvoir d'approuver toute mémoire d'accord. Les activités sur le terrain doivent recevoir l'approbation du Conseil d'examen institutionnel (CEI) de l'Université Emory. L'approbation d'une nouvelle activité ou de l'extension d'une activité dépend de la disponibilité des fonds.

Le Centre est dirigé par trois vice-présidents : Le Dr John Stremmler, qui dirige cinq programmes de Paix ; le Dr Donald Hopkins, qui dirige dix programmes de santé et M. Phil Wise, qui supervise les unités d'opérations. Le Département du développement des programmes de santé (DDPS), qui fait partie de l'Unité des opérations, travaille en étroite collaboration avec le Dr Donald Hopkins ainsi que les directeurs et le personnel des dix programmes de santé du Centre.

Le département DDPS est une unité centralisée avec cinq membres du personnel au sein du Centre Carter, établie au siège à Atlanta. Le département qui s'occupe essentiellement des programmes de santé approuvés par le Conseil est responsable des activités suivantes : 1) analyser les objectifs du programme et les besoins financiers des programmes de santé du Centre Carter ; 2) obtenir un financement annuel et à long terme ; 3) diriger les activités d'appels de fonds et forger des partenariats de financement ; 4) gérer les fonds ; et 5) gérer la coordination de la participation aux appels de fonds par les cadres du Centre et le personnel de programme. Le département est également responsable des négociations avec les bailleurs de fonds, la

mise au point des propositions et des contrats, les accords de dons et les rapports financiers et d'activités.

En une année quelconque, les programmes de santé du Centre nécessitent un soutien financier de l'ordre de 45 à 60 millions de dollars pour les dix programmes de santé dans 20 pays (Brésil, Mexique, Guatemala, Colombie, Equateur, Haïti, République dominicaine, Venezuela, Nigeria, Ethiopie, Soudan, Niger, Mali, Ghana, Ouganda, Cameroun, Afrique du Sud, Roumanie, Liberia et Etats-Unis). Le Centre reçoit également sous forme de dons en nature, un soutien de l'ordre de 75 à 150 millions de dollars, essentiellement sous forme de médicaments.

Pendant l'année fiscale de 2009, le Centre Carter a reçu des dons d'environ 167 millions de dollars de plus de 116 000 donateurs. Plus de 90% du budget du Centre pour l'exercice fiscal 2009 ont été utilisés pour ses programmes (79,7% pour les dépenses des programmes de santé). Le Centre Carter a accordé une reconnaissance spéciale aux donateurs du trachome et du paludisme qui étaient présents, notamment les représentants de la Fondation Conrad N. Hilton Foundation, de la Fondation Lions Clubs International, de Pfizer Inc, de Vestergaard Frandsen, de Clarke Mosquito Control, de la Fondation John P. Hussman et de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Mise à jour sur l'étude de la lutte améliorée contre le trachome : Northern Amhara (TANA)

Présentée par le Dr Jeremy Keenan, Fondation F. I. Proctor

Le but de l'étude de TANA est de se pencher sur le rôle des antibiotiques et de la construction des latrines dans la lutte contre le trachome dans les zones d'hyperendémicité, surtout dans le district de Goncha Siso Enese de la Région du nord de l'Amhara de l'Ethiopie. Cette étude a pu être réalisée grâce à un partenariat entre le Centre Carter, la Fondation Proctor à l'Université de Californie San Francisco et le Ministère de la Santé en Ethiopie, y compris le Bureau régional de la santé d'Amhara.

Toutes les dix visites de recherche de l'étude ont été achevées et pratiquement 25 000 participants ont été recrutés.

Efficacité des latrines

Nous avons étudié dans quelle mesure une promotion intense de la construction de latrines influence le taux de récurrence de l'infection oculaire dans une communauté après la distribution en masse des antibiotiques. Vingt quatre communautés choisies aléatoirement ont bénéficié au départ d'une seule distribution massive d'azithromycine sur l'ensemble de la communauté. Douze communautés ont encore une fois été retenues aléatoirement pour recevoir une intense promotion de latrines.

Pendant la première année de l'étude, notre projet a réalisé d'intenses activités de construction de latrines, mettant en place des « équipes de latrines » dans la section promotion des latrines. Dix huit agents d'extension sanitaire (AES) ont suivi une formation portant sur la construction de latrines et ensemble, ils ont construit un total de 2 193 nouvelles latrines. Nous avons fait une enquête sur les latrines à 12 et 24 mois dans des ménages choisis aléatoirement. La couverture en latrines s'élevait environ à 80% dans la section de promotion de latrines et à 30% dans la section contrôle, aux deux moments indiqués. Une utilisation récente des latrines a été observée dans presque les deux tiers des ménages dans la section promotion des latrines et dans moins de 25% des ménages dans la section contrôle, aux deux moments indiqués.

Cette étude n'a pas pu faire la différence dans l'infection du trachome entre le groupe latrine et le groupe non latrines, sur la période de deux ans. Au départ, l'infection chez les enfants de 0 à 9 ans était de 43% dans le groupe sans latrines et de 46% dans le groupe latrines. A 24 mois, après une distribution d'antibiotiques et des activités de construction de latrines, les niveaux d'infection avaient baissé dans les deux groupes, à 14,6% et à 14,8% respectivement.

Protection

Nous avons étudié si les enfants formaient un groupe central de transmission du trachome et si le fait de réduire les infections parmi les enfants permettait également de réduire l'infection parmi les membres non traités de la communauté. Dans douze communautés choisies aléatoirement, seuls les enfants âgés de 1 à 10 ans ont été traités pendant trois mois sur une année. Dans 12 autres communautés, aucun traitement n'a été administré jusqu'à la conclusion de l'étude (12 mois après le stade initial).

Les taux d'infection chez les enfants âgés de 1 à 10 ans ont chuté, passant de 48% au stade initial à 4% à 12 mois. Dans le groupe du traitement retardé (groupe témoin), l'infection était de 45,6% à 12 mois. Cette prévalence élevée dans les communautés témoins est la preuve qu'il n'existe pas de tendance régulière à la baisse dans la prévalence du trachome dans cette région de l'Ethiopie.

Du fait qu'on a traité uniquement les enfants, l'infection chez les personnes de plus de 10 ans a également été réduite de moitié, passant de 15% au stade initial à 8%, après 12 mois ($p=0,002$). Cette prévalence de 8% de l'infection était plus faible que la prévalence de 13% observée chez les personnes de plus de 10 ans dans le groupe témoin, après 12 mois ($p=0,04$). C'est bien la preuve d'une protection collective pour les membres non traités de la communauté.

Sur une base annuelle ou biannuelle

Nous avons étudié si l'élimination de la chlamydia oculaire est faisable si des traitements répétés et massif d'azithromycine sont administrés et si la fréquence de ces traitements est importante. Nous avons choisi au hasard 12 communautés qui allaient recevoir des traitements biannuels (tous les 6 mois) pendant 4 ans. La collecte de données a été achevée et le test réaction en chaîne par polymérase (RCP) sur écouvillons de prélèvement oculaire est en train d'être réalisé. Les résultats seront disponibles dans les mois à venir.

Résistance aux pneumocoques nasopharyngiens

Nous avons étudié si des traitements massifs et fréquents d'azithromycine provoquaient une résistance aux antibiotiques dans le cas des pneumocoques nasopharyngiens. Nous avons prélevé des écouvillons nasopharyngiens auprès d'un échantillon aléatoire d'enfants provenant du groupe traité d'enfants et du groupe de traitement retardé. La prévalence de la résistance à l'azithromycine a augmenté passant de 6% au stade initial, à 62% après un an (après 3 traitements massifs d'azithromycine pour les enfants), niveau donc plus élevé que la résistance de 12% constatée dans les communautés témoins à un an ($p=0,0001$). Aucune résistance à la pénicilline n'a été observée dans les communautés traitées et un seul isolat résistant à la pénicilline a été observé dans les communautés témoins. Vu que les macrolides sont utilisés si rarement en dehors des programmes de lutte contre le trachome, qu'aucune résistance n'a été constatée à la pénicilline, et que la mortalité a baissé dans les groupes de traitement (voir ci-après), la résistance aux macrolides pneumococciques nasopharyngiens n'aura probablement que peu de signification clinique.

Mortalité

Nous avons étudié si la mortalité infantile était influencée par les traitements massifs d'azithromycine. Pendant la première année de l'étude, nous avons comparé la mortalité infantile dans les communautés traitées (composées de groupes d'enfants traités uniquement sur une base annuelle et biannuelle) et dans les communautés non traitées (groupe de traitement retardé). La mortalité dans le groupe des enfants de 1 à 5 ans était de 12,1 pour 1000 personnes-années dans le groupe non traité et de 5,7 pour 1000 personnes-années dans le groupe traité ($TM=0,50$, $p=0,01$). Et comme preuve supplémentaire, la mortalité chez les enfants de moins d'un an, dont aucun n'avait reçu de l'azithromycine, n'était pas différente d'une manière statistiquement significative dans les 2 groupes : 42,9 pour 1000 personnes-années dans le groupe non traité et 35,8 pour 1000 personnes-années dans le groupe traité ($p=0,51$).

Le projet TTT : Barrières à la chirurgie et formation sur DVD

Présenté par le Dr Saul Rajak, Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres

Barrières à la chirurgie

Plus de huit millions de personnes dans le monde souffrent de trichiasis, d'après les estimations. Et malgré tous les efforts qui sont déployés, les interventions chirurgicales sont en nombre insuffisant pour opérer tous ceux qui vivent actuellement avec un trichiasis trachomateux. Même lorsque la chirurgie du trichiasis est dispensée gratuitement, le taux de couverture s'étend de 18 à 60% des personnes souffrant de trichiasis. Lors du recrutement pour le projet de Traitement du Trichiasis trachomateux (TTT), les enquêteurs ont eu l'occasion de demander aux patients pourquoi ils ne s'étaient pas présentés au traitement lors des campagnes chirurgicales précédentes.

Dans le cadre du projet TTT, les campagnes chirurgicales ont été annoncées à l'avance et sur les places du marché, dans les églises et dans les écoles. Tous les participants ont répondu à un questionnaire d'entretien en amharique pour identifier les caractéristiques démographiques et établir les antécédents du trichiasis de chaque patient.

Tout au long du projet, un entretien a été organisé avec un total de 2 591 patients du TT. Soixante douze pourcent de l'échantillon était composé de femmes, d'un âge médian de 50 ans et des niveaux élevés d'analphabétisme (93%). Les patients ont mentionné plusieurs barrières à l'intervention chirurgicale dont le manque de temps, les contraintes financières et le fait que personne n'était disponible pour les accompagner. Dans les cas d'un trichiasis mineur, les patients ne se sont pas présentés à la chirurgie car ils ne souffraient pas de symptômes graves.

Des campagnes bien organisées devront être organisées proches de l'endroit où vivent les patients du TT pour qu'augmente le taux d'utilisation des services de chirurgie. On abaissera ainsi les obstacles logistiques et financiers associés aux déplacements pour se rendre au service de chirurgie.

DVD de formation pour la chirurgie du trichiasis

Un DVD de formation pour la chirurgie du trichiasis a été présenté. Le filmage est complet et le DVD sera prêt fin 2010. Cette vidéo comprend des exercices de formation qui aideront le chirurgien débutant à faire divers exercices pour améliorer sa technique. Des instructions sont données sur la méthode Trabut et la rotation bilamellaire du tarse (RBLT) avec des directives sur le nombre de patients, l'évaluation et le suivi. La vidéo sera produite en anglais, en prévoyant des traductions ultérieures.

Initiative internationale du trachome : Une vue générale de l'atlas du trachome

Présentée par Mme PJ Hooper, Initiative internationale du trachome

L'Initiative internationale du trachome a obtenu un don de recherche opérationnelle de la Fondation Bill & Melinda Gates intitulé « vers une plus grande viabilité et portée des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées grâce à l'intégration au niveau national et mondial. » Le don a commencé en 2006 et se terminera en septembre 2012. Voici certaines des activités qui entrent dans le cadre du don :

- Etudier l'innocuité de la co-administration de Zithromax[®], Mectizan[®] et albendazole pour le trachome et la filariose lymphatique (FL);
- Changement intégré du comportement d'hygiène, sous-traité à HKI pour l'exécution au Mali;
- Cartographies intégrées, surveillance intégrée, évaluations intégrées de l'impact pour faire le test d'un nouveau "déclencheur" épidémiologique pour les dons de Zithromax[®] (activités sous-traitées aux CDC);
- Evaluer l'impact de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène sur les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et définir la meilleure formule de collaboration entre les organisations de l'eau/assainissement et les programmes des maladies tropicales négligées.

Le but de l'activité de l'Atlas du trachome est de fournir un outil d'envergure mondiale et d'accès libre contenant l'information sur la distribution actuelle de la maladie du trachome et les activités de lutte contre le trachome. L'Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres (LSHTM) a été recrutée en tant que sous-traitant de ce projet, de janvier 2010 à août 2011 et travaillera en collaboration avec l'OMS. La cartographie des données sur la prévalence du trachome facilitera la planification pour les programmes nationaux et servira d'outils aux partenaires pour définir les besoins actuels sur le plan mise en œuvre, informera l'intégration programmatique avec d'autres programmes sur les maladies tropicales négligées et facilitera le plaidoyer en vue d'éliminer le trachome cécitant aux niveaux mondial, régional et national.

Cet atlas du trachome recoupera les estimations désagrégées du TF et du TT au niveau des villages et agrégera ces estimations au niveau du district. On pourra faire ainsi une cartographie détaillée de la distribution de la maladie et noter les futurs changements dans les frontières administratives.

Au départ, on se concentrera sur la collecte de données provenant de pays recevant un soutien d'ITI/Pfizer Inc et les régions à charge élevée et ensuite on pourra étendre l'activité au reste du monde. On puisera dans les données d'enquêtes en utilisant les bases de données électroniques, la littérature grise et les enquêtes non publiées de l'OMS, de l'ITI et de LSHTM. On utilisera de stricts critères d'inclusion afin que soient incluses uniquement les études sur la prévalence avec des échantillons communautaires aléatoires ou complets. Les données seront saisies dans des bases de données connexes préformées pour gérer les données communautaires et de district. Des procédures standardisées seront utilisées pour assigner des coordonnées

longitudinales et latitudinales à chaque emplacement de l'enquête si on ne dispose pas des coordonnées effectives. Enfin, des cartes récapitulatives au niveau district seront compilées et placées sur un site web ouvert à tous.

Les demandes de données seront envoyées par email aux responsables de programmes, aux ONG partenaires et aux contacts universitaires pour trouver l'information pertinente, notamment sur les plans suivants :

Données sur la prévalence empirique

- **Emplacement** : type d'emplacement, nom de la communauté, zone administrative ;
- **Détails de l'enquête** : indicateur utilisé (TF, TF/TI, TT), méthode d'enquête, sélection des participants, méthode diagnostique, niveau administratif auquel les méthodes sont représentatives ;
- **Population** : groupe d'âge, sexe ;
- **Prévalence** : les chiffres examinés et le nombre de cas positifs trachome actif et trichiasis.

Données d'intervention : Année, composantes CHANCE, couverture.

Données d'enquêtes supplémentaires : Lavage du visage, ménages avec latrines, accès à l'eau.

Cartographie intégrée des maladies tropicales négligées

Présentée par le Dr Eric Ottesen, Research Triangle Institute International

Cartographier l'endémicité de la maladie est la première étape de la planification stratégique et du démarrage de tout programme national contre les maladies tropicales négligées (MTN). L'Organisation mondiale de la Santé et d'autres donateurs internationaux ont réclamé l'intégration de la cartographie des MTN pour gagner en efficacité par rapport aux enquêtes sur une maladie unique. La cartographie intégrée peut être définie en termes simples comme la création d'un plan d'action géographique servant à la lutte contre ces maladies ou à leur élimination en utilisant efficacement des ressources communes et en respectant les objectifs des programmes de lutte contre des maladies spécifiques. La stratégie de la cartographie des MTN permettra de saisir l'information minimale nécessaire pour chaque maladie afin de déterminer quand l'intervention s'avère nécessaire. Toutefois il reste bien des défis à relever car chaque programme de maladie spécifique a des groupes cibles différents, des approches d'échantillonnage différentes, des techniques diagnostiques différentes ainsi que des compétences et des unités de mise en œuvre qui lui sont elles aussi propres.

Divers organismes sont en train de formuler et d'appliquer des directives pour la cartographie intégrée des MTN. Le Centre Carter a réalisé certaines cartographies intégrées au Nigeria et en Ethiopie au même titre que d'autres organisations dans d'autres contextes, démontrant ainsi que la cartographie intégrée est faisable. Il faudra toutefois plus d'informations pour déterminer si c'est nécessaire et pratique dans des contextes individualisés. Chaque programme national devra se donner une approche individualisée pour la cartographie intégrée en fonction de l'analyse situationnelle et exécuter la cartographie de manière intégrée sachant que l'intégration est une attitude et non pas une formule toute faite.

Analyse économique des coûts d'enquête

Présentée par Mme. Chaoqun Chen, Georgia Institute of Technology

Le Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter vient apporter un soutien aux ministères de la santé concernant la réalisation d'une cartographie de la prévalence du trachome en utilisant les enquêtes aléatoires sur grappes. Ces enquêtes permettent aux programmes nationaux de lutte contre le trachome de déterminer la charge de la maladie au stade initial et ensuite de calculer les objectifs d'intervention nécessaires pour atteindre les buts de l'élimination du trachome cécitant comme problème de santé publique. Les enquêtes sur la prévalence sont répétées pour mesurer l'impact de la stratégie CHANCE sur le trachome et pour mettre à jour les objectifs du programme.

Depuis 2006, le Centre Carter a aidé à réaliser 167 enquêtes au niveau district dans le cadre de sept programmes nationaux de lutte contre le trachome. On a discuté lors d'un certain nombre de réunions internationales de la nécessité de faire des cartographies supplémentaires sur la prévalence pour soutenir la planification des interventions de lutte contre le trachome de la part des partenaires et responsables des programmes nationaux. Le Centre Carter a prévu d'analyser les coûts effectifs des enquêtes passées pour calculer le coût moyen par district et par grappe. Ces résultats permettront aux partenaires d'estimer les futurs coûts des enquêtes ainsi que le coût nécessaire pour établir une carte du trachome.

Le Centre Carter a mis au point un outil standard de collecte de données permettant au personnel de terrain du Centre Carter et aux représentants des programmes nationaux de quantifier le coût des activités liées aux enquêtes par catégorie, par exemple le personnel, les transports et la supervision. Cette analyse étant rétrospective, les programmes ont notifié les données sur les coûts par groupe d'enquêtes (c'est-à-dire par région dans laquelle plusieurs enquêtes au niveau district ont été faites à la fois). Dans l'analyse, chaque région a été prise comme une observation indépendante. Les rapports des finances ont été utilisés pour vérifier les réponses du terrain. Les coûts ont été indiqués en monnaie locale et convertis en dollars américains en utilisant une moyenne de trois ans du taux de change.

Le Tableau 1 récapitule les données sur les coûts notifiés. Le coût médian par district était de \$4 738 (fourchette interquartile : \$3 315 - \$5 898). Le coût médian par grappe était de \$291 (fourchette interquartile : \$110 - \$356). Dans cette analyse, les coûts ont également été analysés pour déterminer les catégories qui représentaient la proportion la plus grande de dépenses. Dans l'ensemble, le personnel (les indemnités journalières) et les frais de transport représentaient 65,5% et 25,7% des coûts respectivement.

Dans cette analyse, n'étaient pas compris les frais du personnel du Centre Carter à Atlanta ni les frais de déplacement. Depuis 2006, on compte 14 voyages du personnel du Centre Carter pour la réalisation des enquêtes. Le coût moyen du billet d'avion, les indemnités journalières et l'hôtel était de \$2 783. Vu que le soutien apporté aux programmes nationaux par le personnel du Centre Carter à Atlanta couvre divers aspects de l'assistance technique à la mise en œuvre intégrale de la stratégie CHANCE, ces coûts ne sont pas jugés des frais supplémentaires devant être attribués uniquement à la réalisation des enquêtes. Par ailleurs, ces coûts du siège sont fonction des directives financières du Centre Carter et ne sont pas généralisables à d'autres

organisations qui peuvent avoir des politiques différentes pour les déplacements et les indemnités journalières.

Tableau 1 Récapitulatif des résultats, par programme national

Programme	Districts	Grappes	Distance parcourue sur les routes (km)	Total coûts	Coût moyen par district
Ghana	18	720	5 472	\$72 249	\$4 014
Mali	36	660	47 489	\$75 899	\$2 108
Nigeria	13	260	16 841	\$23 942	\$1 842
GOS*	76	1 098	33 626	\$353 267	\$4 648
GOSS**	1	20	0	\$23 500	\$23 500
Niger	8	160	25 600	\$51 691	\$6 461
Ethiopie	15	250	-	\$47 132	\$3 142

*Gouvernement du Soudan

**Gouvernement du Soudan du Sud

Ces données seront analysées avec d'autres enquêtes qui doivent être achevées en 2010 pour générer un modèle de régression à multiples variables sur les coûts des enquêtes. Cette analyse permettra de modéliser le coût des enquêtes du trachome dans différentes conditions opérationnelles. De plus, une analyse du coût-avantage sera faite pour déterminer si les programmes peuvent économiser en temps et argent s'ils font des enquêtes avant de démarrer la mise en œuvre du programme.

Planifier l'élimination du trachome cécitant dans les Etats au Nord du Soudan

Présenté par le Dr Awad Hassan, Ministère fédéral de la Santé, Soudan

Nombreux sont les indices nous indiquant depuis longtemps que le trachome endémique sévit dans les états au nord du Soudan. Cherchant à comprendre l'épidémiologie actuelle du trachome, plutôt que dépendre d'indices et d'informations informelles, l'Administration nationale de Prévention de la Cécité a commencé à cartographier la prévalence du trachome pour chaque emplacement (district) en 2006. En enquêtant chaque localité, le programme national a pu formuler un plan fondé sur des données probantes en vue d'éliminer le trachome cécitant en tant que problème de santé publique d'ici 2015. Les données au niveau des localités permettent également au programme national de concentrer ses ressources limitées sur les localités qui demandent véritablement une intervention.

De 2006 à 2010, le programme national, aidé par le Centre Carter, a fait une enquête dans 87 localités de 12 états. Pour chaque localité, 6 à 15 grappes ont été choisies en utilisant une probabilité proportionnelle à la taille. Une fois les enquêtes réalisées, on a utilisé la méthode de « carte et segment » pour choisir 24 à 30 ménages en s'assurant que tous les ménages comptaient (dans la mesure du possible) la même chance d'être choisis. Un dépistage était fait dans les ménages choisis de tous les membres pour dépister les signes du trachome.

Durant cette enquête, 112 850 personnes ont reçu un dépistage pour noter les signes du trachome. Les résultats indiquent que seules deux localités, Gaissan et El Galabat East, avaient une prévalence de TF de grade clinique qui dépasse 10% chez les enfants âgés de 1-9 ans. Au total, on a 12 localités où la prévalence du TF se situe entre 5% et 10%. Dans 20 localités, la prévalence du TT chez les adultes de 15 ans et plus dépasse 1%. Le programme national a l'intention de terminer la cartographie sur la prévalence du trachome dans la localité d'Al Kurmok de l'état du Blue Nile en avril 2010, à présent que la situation sur le plan de la sécurité s'est améliorée.

Le programme national a utilisé les données des enquêtes pour calculer les BFI nécessaires pour atteindre les buts de l'élimination d'ici 2015. Actuellement, le programme estime que plus de 50 000 personnes ont besoin d'une chirurgie du trichiasis, qu'un traitement à base d'antibiotiques devra être distribué à au moins 300 000 personnes dans deux districts, qu'une campagne d'éducation sanitaire devrait être déployées dans tous les états et que 120 000 latrines familiales devront être construites dans des districts où le TF dépasse 5% pour atteindre l'Objectif du millénaire pour le Développement 7.

Le programme national a également déterminé les conditions programmatiques qui permettraient d'atteindre l'objectif de l'élimination d'ici 2015. Il faudra notamment améliorer la coordination entre les partenaires de la chirurgie, analyser les données de l'enquête sur la prévalence pour dépister les groupes, par âge et par genre, qui nécessitent probablement une couverture renforcée en éducation sanitaire et campagne chirurgicale et pour achever la cartographie du trachome dans les trois états du Darfur. En dépit des insuffisances qui ont été retenues, les données des enquêtes placent le Soudan dans une solide position pour planifier les interventions programmatiques maximisant l'impact sur le trachome cécitant et arriver ainsi à l'élimination d'ici 2015.

Prévalence du trachome dans les régions de Kayes et de Koulikoro quatre années après l'arrêt de la distribution des antibiotiques

Présenté par le Dr Sanoussi Bamani, Programme National de Lutte contre la Cécité du Mali

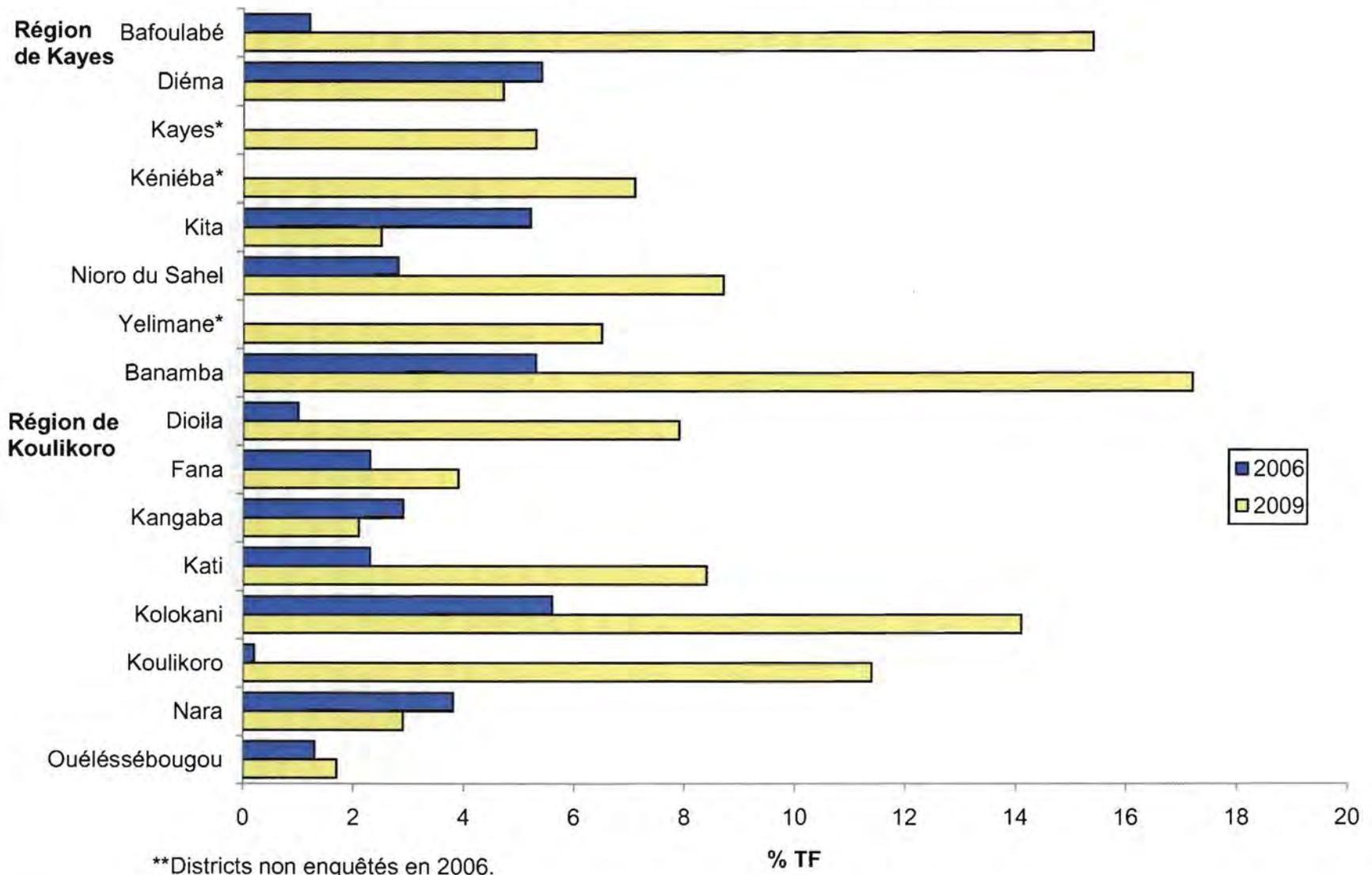
Une enquête nationale faite en 1997 a fait ressortir le caractère endémique du trachome au Mali. Des interventions de lutte contre le trachome, notamment la distribution en masse des antibiotiques avec de l'azithromycine, ont été démarrées dans les régions de Kayes et de Koulikoro en 2003. Cette distribution massive de médicaments a été arrêtée dans tous les districts, après trois séries annuelles en 2006 et une fois réalisée l'enquête sur l'impact. Nous avons fait une nouvelle enquête dans tous les districts de Kayes et de Koulikoro en 2009 pour réévaluer la prévalence du trachome et déterminer les futurs objectifs de l'intervention.

Des enquêtes en grappes, à base de population, ont été réalisées dans chacun des neuf districts de la région de Koulikoro en 2006 et en 2009 alors que dans la région de Kayes, une enquête a été faite dans quatre des sept districts en 2006 et dans tous les sept districts en 2009. Les membres des ménages présents ont été examinés pour détecter les signes cliniques du trachome. Dans l'ensemble, 29 179 personnes de 2 528 concessions, dans 260 grappes, ont été examinées en 2006 et 32 918 de 7 533 ménages dans 320 grappes en 2009.

La prévalence du trachome actif en 2006 se situait en dessous du seuil d'intervention initiale dans tous les districts enquêtés et le programme national a donc arrêté la distribution d'antibiotiques. La prévalence du trachome inflammatoire folliculaire (TF) en 2009 est restée nettement inférieure aux niveaux de 1998 (Figure 1). Par contre, dans 8 des 13 districts comparés, la prévalence du trachome actif était plus élevée en 2009 qu'en 2006. Trois années d'intervention antibiotique n'ont pas abouti à une réduction durable du TF, dans tous les districts, trois à quatre années après la fin de la distribution. Aucune activité de surveillance n'a été réalisée une fois que les interventions ont cessé. Les interventions chirurgicales ont probablement diminué la charge du trachome cécitant bien qu'il faille renforcer ces interventions surtout pour les femmes. En effet, les données indiquent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de contracter le TT et moins susceptibles d'avoir accès aux services de santé.

Sur la base des directives de l'OMS guidant la prise de décisions, quatre districts, de Bafoulabé dans la région de Kayes et Banamba, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro continuent de répondre aux critères déterminant une mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale, sur l'ensemble du district, puisque le TF chez les enfants dépasse 10%. Une approche communauté par communauté à la lutte contre le trachome est probablement nécessaire à présent dans les douze autres districts. Il faut également renforcer la promotion du nettoyage du visage et un bon comportement d'hygiène. Depuis 1997, un grand pas en avant a été fait dans la lutte contre le trachome cécitant et pourtant il faudra encore renforcer ces efforts pour arriver à atteindre le but de l'élimination en 2015.

Figure 1 Prévalence du TF chez les enfants < 10 ans d'âge, par district dans les régions de Kayes et de Koulikoro, Mali, 2006 et 2009



Services chirurgicaux mobiles au Mali

Présentés par M. Yaya Kamissoko, Centre Carter au Mali

Le Programme national de lutte contre la cécité au Mali (PNLC) s'est donné 2015 comme date cible de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique. Le PNLC a effectué des enquêtes sur la prévalence du trachome, district par district, dans les régions de Kayes, Kidal, Koulikoro, Ségou et Sikasso. Les données provenant de ces enquêtes permettent au programme de retenir les districts qui nécessitent des services d'extension chirurgicale intense. Selon les données les plus récentes sur la prévalence du trichiasis, le programme juge qu'à l'heure actuelle plus de 58 000 personnes souffrent d'un trichiasis non encore opéré. Si on se base sur les données de la population de 2009 et la productivité chirurgicale, le programme national situe le BFI en matière chirurgicale à environ 35 000 personnes. Si on veut atteindre les buts de l'élimination, il faudra diminuer la prévalence du trichiasis à moins d'un cas pour 1000 personnes au sein de la population totale et un système devra être mis en place pour prendre en charge les cas ultérieurs.

Au Mali, la chirurgie du trichiasis est réalisée par des assistants médicaux ophtalmologues et des techniciens ophtalmologues qui ont été formés à la technique Trabut. D'après les estimations du PNLC, 158 chirurgiens sont actifs actuellement sur l'ensemble du pays. La productivité chirurgicale est faible dans les services de santé de routine, et le PNLC essaye donc d'utiliser trois types de campagnes d'extension chirurgicale pour élargir l'accès à la chirurgie : auto, moto et campagne mixte (équipe dans un endroit communautaire et ensuite, extension par auto et moto).

Le PNLC dépend de l'éducation sanitaire par le biais de la radio communautaire, des crieurs de la ville, des agents de santé et des groupements féminins pour encourager la consultation des services chirurgicaux. Dans le cadre des campagnes auto, le personnel du programme national se rend dans les communautés difficiles à atteindre en se déplaçant à l'aide d'un véhicule qui transporte une équipe de quatre chirurgiens et leur équipement et qui déploieront des campagnes de 12 jours. Par contre, dans le cadre de la stratégie moto, les chirurgiens se déplacent en moto pour se rendre dans les communautés de leur district sanitaire. Le chirurgien se rend dans les communautés sur une période de dix jours chaque mois, à la recherche de cas nécessitant une opération. Dans les régions dont on connaît la prévalence élevée du trichiasis, le programme national met en œuvre l'approche de la campagne mixte dans le cadre de laquelle une équipe de chirurgiens offre des services dans un centre de santé, une école ou autre endroit bien situé. Ils dépendent de la mobilisation sociale pour attirer les clients. Cette approche permet aux chirurgiens de travailler ensemble comme équipe pour évaluer et traiter les patients sur une période de 2 à 4 jours. Une fois traitée la première vague de patients, les chirurgiens se déplacent ensuite dans les communautés distantes pour fournir d'autres services mobiles d'extension communautaire.

Tous les patients du trichiasis reçoivent des instructions sur les soins de suivi au moment de l'intervention chirurgicale. Le matériel nécessaire, conseils à l'appui, est remis au médecin ou à l'infirmier en chef du dispensaire pour retirer les points de suture et apporter des soins de suivi, une fois que la campagne est terminée. Dans certains cas, suivant l'endroit où se trouvent les patients, c'est le chirurgien qui enlève les points de suture.

Le PNLC compte actuellement cinq partenaires qui apportent un appui à la réalisation de la chirurgie du trichiasis en 2009: Le Centre Carter (Kayes, Ségou, Sikasso and Mopti); Helen Keller International (Kayes); l'Initiative internationale du trachome (Ségou); Sightsavers International (Koulikoro); et le PNLC et l'Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) (Bamako).

Où sont-ils à présent ? Une étude de la productivité et du taux d'abandon chez les chirurgiens du TT en Ethiopie

Présenté par le Dr Saul Rajak, Ecole d'Hygiène et de médecine tropicale de Londres

Plus de soixante cinq millions d'éthiopiens vivent dans des régions où le trachome est endémique et 138 000 personnes ont déjà perdu la vue suite au trichiasis. Dans la seule région d'Amhara, on trouve plus de 500 000 personnes vivant actuellement avec le trichiasis, avec des taux de prévalence par zone allant de 2,4 à 10,0% des adultes de quinze ans et plus.

De 2001 à 2008, un total de 524 chirurgiens du trichiasis ont suivi une formation grâce au soutien de l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter et du Bureau régional de santé de l'Amhara. Les chirurgiens du trichiasis sont recrutés parmi un groupe de praticiens de la santé dont des infirmiers et des assistants médicaux. Souvent, ce personnel est réaffecté dans de nouveaux endroits et en plus, un grand nombre des chirurgiens du trichiasis est formé pour travailler dans des régions reculées où il n'existe que peu de possibilités de supervision directe.

Cherchant à évaluer la productivité de ces chirurgiens, le Centre Carter et le Bureau régional de santé de l'Amhara ont localisé tous les chirurgiens formés dans le South Gondar, North Gondar, East Gojjam et West Gojjam. Puis, on leur a demandé de répondre à un questionnaire leur demandant s'ils étaient toujours actifs. On a également demandé aux chirurgiens actifs de noter le nombre de chirurgies réalisées, la qualité de leurs instruments chirurgicaux et d'apporter plus d'informations sur leur expérience de chirurgiens. Aux chirurgiens notés comme inactifs, on a demandé de donner les raisons pour lesquelles ils ont quitté le service, d'indiquer également les problèmes qu'ils ont rencontrés en tant que chirurgien du TT et de signaler d'autres caractéristiques démographiques.

Cette étude est encore en cours. Un total de 161 entretiens avec les chirurgiens a été analysé jusqu'à présent. Les résultats préliminaires indiquent des taux d'abandon très élevés, pouvant aller jusqu'à 50%. Chez les femmes chirurgiennes on note des taux d'abandon plus faibles ainsi que dans les centres de santé mieux installés et mieux équipés. La productivité des services fixes de chirurgie est faible et l'étude retient de multiples barrières à la réalisation de la chirurgie.

Le projet de la boîte à outils pour les enquêtes sur le suivi de l'élimination du trachome

Présenté par le Dr Jeremiah Ngondi, Centre Carter

Les enquêtes sur le trachome sont indispensables pour quantifier la charge de morbidité, déterminer les interventions nécessaires et fixer les buts du programme. Des enquêtes de suivi sont également nécessaires pour suivre les progrès faits par les programmes et décider quand il faut arrêter les interventions.

Des enquêtes effectuées correctement revêtent une importance capitale si on veut atteindre les objectifs de l'Alliance pour l'élimination globale du trachome cécitant d'ici l'année 2020 (Alliance GET2020). Le plan de l'enquête par sondage en grappes (ESG) est idéal et fournit une méthode faisable à base de la population, peu chère et pouvant être exécutée régulièrement. Un grand nombre de programmes nationaux de lutte contre le trachome font preuve de ces bonnes pratiques en réalisant régulièrement des enquêtes sur le trachome. Ces dernières s'avéreront indispensables au-delà de l'année 2020. Aussi, est-il évident qu'il faille continuer à renforcer les capacités des programmes nationaux pour qu'ils puissent faire régulièrement ces enquêtes.

Au fil des ans, le Centre Carter a mis au point, en collaboration avec les programmes nationaux, du matériel de formation portant sur les enquêtes et des routines de supervision et de gestion des données. Le projet Boîte à outils pour les enquêtes sur le suivi de l'élimination du trachome (STTEM de son sigle anglais) vise à compiler ces manuels d'enquête en une seule application qui pourra ensuite être distribuée aux programmes nationaux et aux partenaires internationaux. Il s'agira d'un jeu de documents en anglais et en français qui sera distribué sous une forme conviviale et accessible, via les médias électroniques et l'internet.

La démonstration du STTEM comprend divers volets dont l'introduction aux enquêtes sur le trachome, un manuel de formation sur les enquêtes, des études de fiabilité, un manuel des activités de terrain entrant dans les enquêtes, des modules de gestion des données et une estimation des tailles des échantillons.

Aspect novateur de l'application est sa routine de l'étude de fiabilité qui permet de compiler une banque de photographies standardisées avec une gamme de signes du trachome. La routine permettra de faire des études de fiabilité en choisissant aléatoirement un ensemble de photographies et en montrant les diapositives échantillonnées dans un ordre aléatoire. Une telle caractéristique sera importante pour vérifier la standardisation rigoureuse des examinateurs du trachome, surtout dans les contextes où les signes du trachome ne relèvent plus d'un problème de santé publique et où de telles études de fiabilité ne peuvent pas être réalisées sur le terrain en utilisant des sujets.

L'ensemble STTEM traverse encore une période de perfectionnement avec formatage et identification des documents, collation d'une bibliothèque de photos pour les diapositives de l'étude de fiabilité et mise au point d'une routine pour calculer l'accord inter-observateur et les statistiques kappa.

Evaluer la couverture, l'observance et les déterminants des traitements de masse à base d'antibiotique au Nord de l'Ethiopie

Présenté par M. Teshome Gebre, Centre Carter Ethiopie

Cette étude visait à déterminer la proportion générale de ménages qui ont participé au programme de traitement de masse à base d'antibiotiques et leur observance dans les cycles successifs du traitement annuel. L'étude cherchait également à déterminer le niveau de participation entre les divers groupes au sein de la population et à retenir les facteurs associés à l'observance du traitement. Ont également été étudiés les avantages perçus et les effets indésirables du programme de traitement de masse.

L'étude utilisait un échantillonnage par grappes stratifiées dans le cadre duquel 340 ménages de cinq districts ont été échantillonnés. Des méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives ont été utilisées. Des questionnaires structurés ont été administrés aux femmes chefs de ménage et des entretiens approfondis et des focus groups ont été organisés avec des groupes d'hommes, de femmes et d'agents d'extension sanitaire.

Cette étude a constaté que les communautés avaient toutes accès à un dispensaire sanitaire et à une école primaire. La plupart des répondants (70,0%) avaient une bonne connaissance de la maladie du trachome. Pratiquement 93,8% des ménages sondés ont indiqué qu'ils avaient participé au moins une fois aux trois séries annuelles de traitement de masse, dans leur communauté respective. Une analyse de régression à multiples variables a fait ressortir une association significative entre les femmes chefs de ménage de plus de 25 ans, la résidence, la connaissance du trachome et la connaissance du lieu et de l'heure du traitement avec l'observance du traitement. Les avantages perçus du programme de traitement de masse à base d'antibiotiques étaient très élevés.

Les résultats de l'enquête mettent en exergue une disparité énorme entre la participation notée pendant l'enquête et la couverture de traitement indiquée dans les registres des établissements de santé. En effet, les rapports des établissements de santé indiquent une couverture moyenne de traitement de l'ordre de 80,0% pour toutes les trois doses annuelles d'antibiotiques et les résultats de l'enquête montrent une couverture de traitement moyenne par série de distribution de l'ordre de 54,1%.

Cette évaluation nous montre combien il est important de concevoir une méthode pour déterminer exactement la couverture de population d'un traitement de masse. En outre, les résultats indiquent également qu'il faut augmenter la fiabilité de la supervision pour détecter les problèmes de gestion de données quand ils se présentent. On recommande par ailleurs d'intensifier les activités d'éducation sanitaire pour sensibiliser continuellement la communauté. Il est vivement recommandé de faire des études supplémentaires pour examiner les causes des irrégularités de notification aux divers niveaux du système d'information pour la gestion en santé.

Revue des méthodes utilisées par les enquêtes sur la couverture

Présentée par Mme Elizabeth Cromwell, Centre Carter, Atlanta

Il n'est guère facile d'arriver à une couverture élevée de la population ou de la communauté dans le cadre de l'administration en masse de médicaments ou d'autres programmes de distribution massive. Lorsque la mobilisation sociale est inadéquate, quand la capacité logistique ou organisationnelle est faible et que les ressources humaines sont limitées, les interventions en sont entravées dans la population ciblée. Et pourtant, la proportion de la population cible effectivement atteinte par les interventions de masse est une composante clé du suivi de tels programmes. Les estimations sur la couverture de la population permettent de vérifier la gestion des stocks, de suivre la performance des organisations gouvernementales et non gouvernementales au niveau de la mise en œuvre des services et nous apportent par ailleurs une information démographique importante pour les services de santé locaux. Il est difficile pour les responsables de programmes d'imputer telle réduction dans la prévalence de la maladie aux niveaux d'intervention réalisés s'ils ne disposent pas d'estimation exacte sur la couverture de la population.

Dans le cas des programmes de lutte contre le trachome, la couverture de distribution d'antibiotiques est calculée actuellement à l'aide de l'une des trois méthodes : 1) estimer la couverture à partir des registres sur la distribution d'antibiotiques et des données sur la population (doses distribuées divisées par la population totale) ; 2) indiquer la couverture géographique (nombre de districts atteints/nombre de districts ciblés) ; et 3) utiliser les réponses des entretiens avec les ménages lors des évaluations de l'impact. Si les données des comptes rendus de la distribution et les réponses aux enquêtes sont certes utiles, elles n'en comportent pas moins par ailleurs un certain nombre de limitations, notamment le fait qu'elles dépendent des registres de distribution et que les données démographiques risquent d'être incomplètes, inexactes que se soit par accident ou délibérément ou encore biaisées par les erreurs de rappel des participants. Par ailleurs, il n'existe pas d'autre méthode standard pour évaluer la couverture de la population pour les programmes de lutte contre le trachome.

L'approche idéale à la mesure de la couverture de la population consisterait à utiliser une méthode d'enquête qui permettrait au programme national de prélever un large échantillon représentatif, détenant une grande précision, et qui représenterait avec justesse une unité d'intervention. Dans l'idéal, cette approche serait d'une exécution simple et efficace par rapport aux coûts, favorisant la réalisation de multiples enquêtes. Malheureusement, il est peu probable qu'une telle méthode devienne disponible pour les programmes de lutte contre le trachome.

Vu qu'il nous faut une méthode pour enquêter la couverture des programmes de lutte contre le trachome, nous avons fait un examen de la littérature pour trouver les pratiques actuelles d'autres programmes de santé publique qui utilisent une approche de distribution de masse. Une liste de ces programmes est donnée sur le tableau suivant avec un récapitulatif de leurs méthodes correspondantes d'enquête sur la couverture.

Tableau 1 Récapitulatif des méthodes d'enquête sur la couverture

Programme	Méthode	Forces	Limitations
Programme élargi de vaccinations	Enquête aléatoire par grappes "30 x 7" utilisant une sélection des ménages en marchand au hasard dans la communauté	Simple à exécuter Comparable Généralisable Vérifiable s'il existe des fiches de vaccination	La méthode de la marche au hasard ne garantit pas une probabilité de sélection égale pour tous les ménages
Programme élargi de vaccinations	Echantillonnage d'assurance de qualité (LQAS)	Identifie les communautés à haute et faible performances	N'est pas un échantillon aléatoire N'apporte pas d'estimation sur la prévalence Risque de classer incorrectement les communautés Complexe
Lutte et élimination de la filariose lymphatique	Enquête aléatoire sur grappe (marche au hasard, carte et segment, proximité au site de distribution sont recommandés pour la sélection des ménages)	Généralisable Le questionnaire pour les ménages présente des possibilités de collecter de plus de données sur les participants	Pas de méthode pour la vérification des réponses Dépend de la méthode de sélection des ménages, peut introduire un biais
Lutte et élimination de l'onchocercose	Echantillonnage raisonné, échantillonnage pratique, examen des registres de distribution communautaire	Peut identifier les régions à haute et faible performances	N'est pas un échantillon aléatoire N'est pas une méthode de vérification des réponses

Une fois identifiées les méthodes pour chaque programme, on a passé en revue la littérature pour trouver des études qui comparent deux ou plusieurs méthodes dans la même unité d'intervention. Les résultats de cette comparaison de méthodes ont montré que les enquêtes aléatoires sur grappes produisent généralement des résultats analogues pour la couverture de la population en dépit des différentes méthodes de sélection des ménages. Les enquêtes aléatoires sur grappes reviennent moins chères et peuvent être exécutées plus rapidement que les méthodes d'échantillonnage d'assurance de qualité, et en plus elles fournissent des estimations sur la prévalence qui sont généralisables.

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

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

Des progrès récents nous laissent espérer que cette maladie pourra être contrôlée. En 1987, des experts des soins oculaires et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point un simple système de classement du trachome qui a permis de faciliter et de standardiser le diagnostic et l'identification de tous les stades du trachome. En 1996, l'OMS mettait sur pied l'Alliance GET2020 qui réunit toutes les organisations internationales de développement non gouvernementales, les bailleurs de fonds et les chercheurs afin qu'ils concourent tous à l'élimination du trachome. De plus, grâce au soutien de la Fondation Edna McConnell Clark (FEMC) et de l'OMS, la stratégie CHANCE a été créée pour combattre le trachome dans le cadre des interventions communautaires.

Autre développement important : l'*azithromycine*, antibiotique oral pris une ou deux fois annuellement, est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement quotidien avec la pommade à base de tétracycline, traitement qui avait été recommandée auparavant. Le fabricant de l'azithromycine, Pfizer Inc, s'engage à soutenir l'effort mondial de la lutte contre le trachome en dotant la quantité de l'azithromycine nécessaire pour arriver à l'élimination. Depuis le commencement du don de l'azithromycine en 1998, Pfizer Inc a donné environ 150 million de doses de Zithromax®. L'Initiative internationale du trachome (ITI) gère le don de Zithromax® dans

13 pays. En 2011 et 2011, le soutien de l'ITI étendra dans 19 pays supplémentaires. Le don d'azithromycine de Pfizer Inc est le plus grand don de produits pharmaceutiques brevetés dans l'histoire et l'existence même de ce programme de don a donné l'impulsion nécessaire à d'autres programmes de lutte contre le trachome.

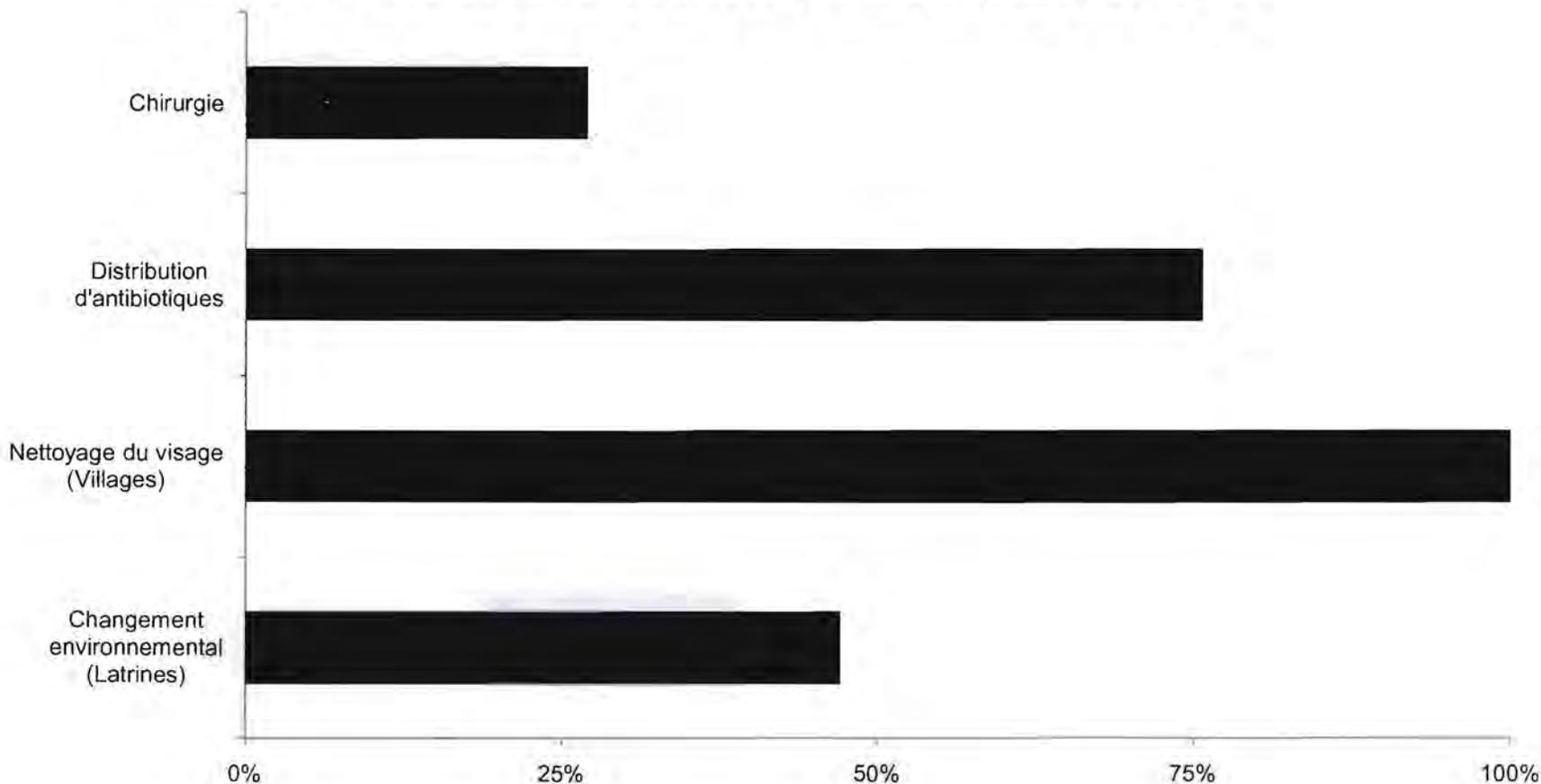
**ANNEXE II: ARTICLES AVEC REVUE COLLÉGIALE DES PROGRAMMES DE
LUTTE CONTRE LE TRACHOME DU CENTRE CARTER 2009**

1. Cromwell EA, Ngondi J, Gatpan G, Becknell S, Kur L, McFarland D, King JD, & Emerson PM. (2009) Estimation of population coverage for antibiotic distribution for trachoma control: A comparison of methods. *International Health* 1: 182-189
2. Rotondo LA, Ngondi J, Rodgers AF, King JD, Kamissoko Y, Amadou A, Jip N, Cromwell EA, & Emerson PM. (2009) Evaluation of community intervention for trachoma control with pit latrines in Ghana, Mali, Niger and Nigeria. *International Health* 1: 154-162
3. Ngondi J, Gebre T, Shargie EB, Adamu L, Teferi T, Zerihun M, Ayele B, Cromwell EA, King JD, & Emerson PM. (2009) Estimation of effects of community intervention with Antibiotics, Facial cleanliness, and Environmental improvement (A,F,E) in five districts of Ethiopia hyper-endemic for trachoma. *British Journal of Ophthalmology* doi:10.1136/bjo.2009.168260
4. Heggen A, Valerio M, Thoar GG, Rodgers A, King JD, Kur LW, Becknell S, & Emerson PM. (2009) Examining Media Habits: Implications for health promotion programs among the Toposa in Southern Sudan. *International Health*, 1: 45-52
5. King JD, Eigege A, Richards F Jr, Jip N, Umaru J, Deming M, Miri E, McFarland D, & Emerson PM. (2009) Integrating NTD mapping protocols. Can surveys for trachoma and urinary schistosomiasis be done simultaneously? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 81: 793-798
6. Porco TC, House J, Ayele B, Keenan J, Hong KC, Gebre T, Zhou Z, Stoller N, Ray KJ, Whitcher JP, Emerson PM, Gaynor BD, & Lietman TM. (2009) Effect of mass distribution of azithromycin for trachoma control on overall mortality in Ethiopian children: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 302:962-968
7. Dumpert JW, Paterson KG, & Emerson PM. (2009) Performance assessment for the VIP toilet in the Upper West Region of Ghana. *Waterlines*, 28: 250-259, doi:10.3362/1756-3488.2009.026
8. Rumunu J, Brooker S, Hopkins A, Chane F, Emerson P, & Kolaczinski J. (2009) Southern Sudan: An opportunity for NTD control and elimination? *Trends in Parasitology*, 25: 301-307, doi:10.1016/j.pt.2009.03.011
9. Cromwell EA, Courtright P, King JD, Rotondo L, Ngondi J, & Emerson PM. (2009) The excess burden of trachomatous trichiasis in women: a systematic review and meta-analysis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103: 985-992, doi:10.1016/j.trstmh.2009.03.012

10. Yayemain D, King JD, Debrah O, Emerson PM, Aboe A, Ahorsu F, Wanye S, Ansah MO Gyapong JO, & Hagan M. (2009) Achieving trachoma control in Ghana after implementing the SAFE strategy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103: 993-1000, doi:10.1016/j.trstmh.2009.02.007
11. Ngondi J, Reacher MH, Matthews FE, Brayne C, Gatpan G, Becknell S, Kur L, King JD, Callahan K, & Emerson PM. (2009) Risk factors for trichomatous trichiasis in children: cross-sectional household surveys in Southern Sudan. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, doi:10.1016/j.trstmh.2008.08.024
12. Ngondi J, Gebre T, Shargie EB, Adamu L, Ejigsemahub Y, Teferi T, Zerihun T, Ayele B, Cevallos V, King J, & Emerson PM. (2009) Evaluation of three years of the SAFE strategy (Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness and Environmental improvement) for trachoma control in five districts of Ethiopia hyper-endemic for trachoma. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103: 1001-1010, doi:10.1016/j.trstmh.2008.11.023
13. House JI, Ayele B, Porco TC, Zhou Z, Hong KC, Gebre T, Ray KJ, Keenan JD, Stoller N, Whitcher JP, Gaynor BD, Emerson PM, & Lietman TM. (2009) Assessment of herd protection against trachoma due to repeated mass antibiotic distributions: a cluster-randomised trial. *Lancet* 373; 1111-1118
14. Emerson PM & Ngondi J. (2009) Mass antibiotics treatment alone does not eliminate ocular chlamydial infection. *Public Library of Science Neglected Tropical Diseases* 3: e394. doi:10.1371/journal.pntd.0000394
15. Ngondi J, Matthews F, Reacher M, Baba S, Brayne C, & Emerson PM. (2009) What will happen if we do nothing to control trachoma: health expectancies for blinding trachoma in Southern Sudan. *Public Library of Science Neglected Tropical Diseases*, 3: e396, doi:10.1371/journal.pntd.0000396
16. Ngondi J, Reacher M, Matthews F, Brayne C, & Emerson PM. (2009) Trachoma survey methods: a review of literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 87; 143-151, doi:10.2471/BLT.07.046326

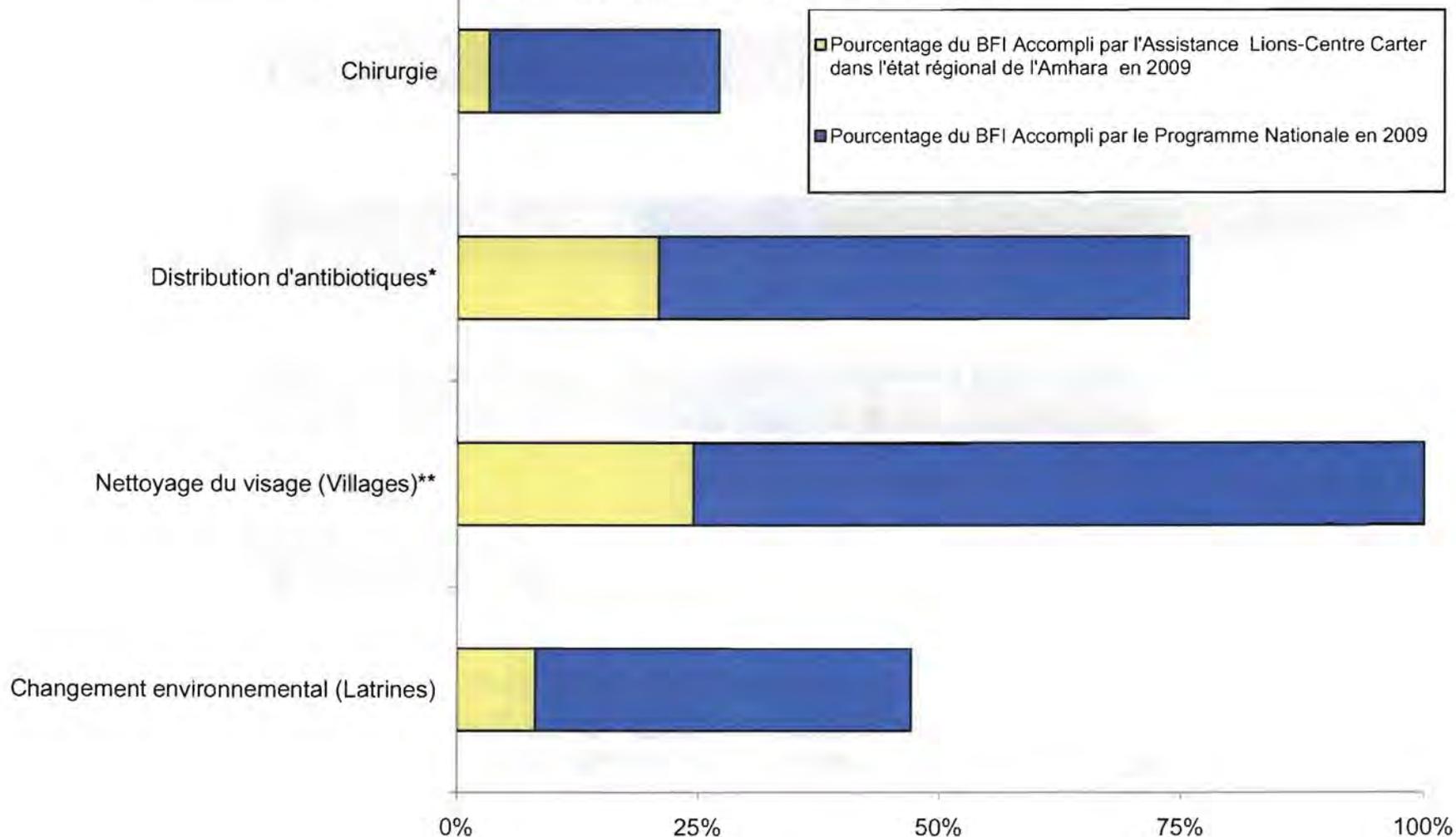
Annexe III : Figures et tableaux sur les accomplissements liés aux buts finals d'intervention

Figure 1 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 dans l'état régional d'Amhara, Ethiopie*



*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 2 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance Lions-Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 dans l'état régional d'Amhara, Ethiopie



*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement.

**Le BFI pour nettoyage de visages se base sur la région de l'Amhara; les données pour le pays entier n'ont pas été disponibles.

Tableau 1 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans l'état régional d'Amhara, Ethiopie

Intervention	Accomplissements cumulatifs avec assistance Lions-TCC	BFI état régional d'Amhara	Pourcentage du BFI atteint avec l'assistance Lions-TCC
Chirurgie	159 582	590 000	27.0%
Distribution d'antibiotiques	37 856 138	50 000 000	75.7%
Nettoyage du visage (Villages)	3 432	3 432	100.0%
Changement environnemental (Latrines)	1 272 061	2 703 218	47.1%

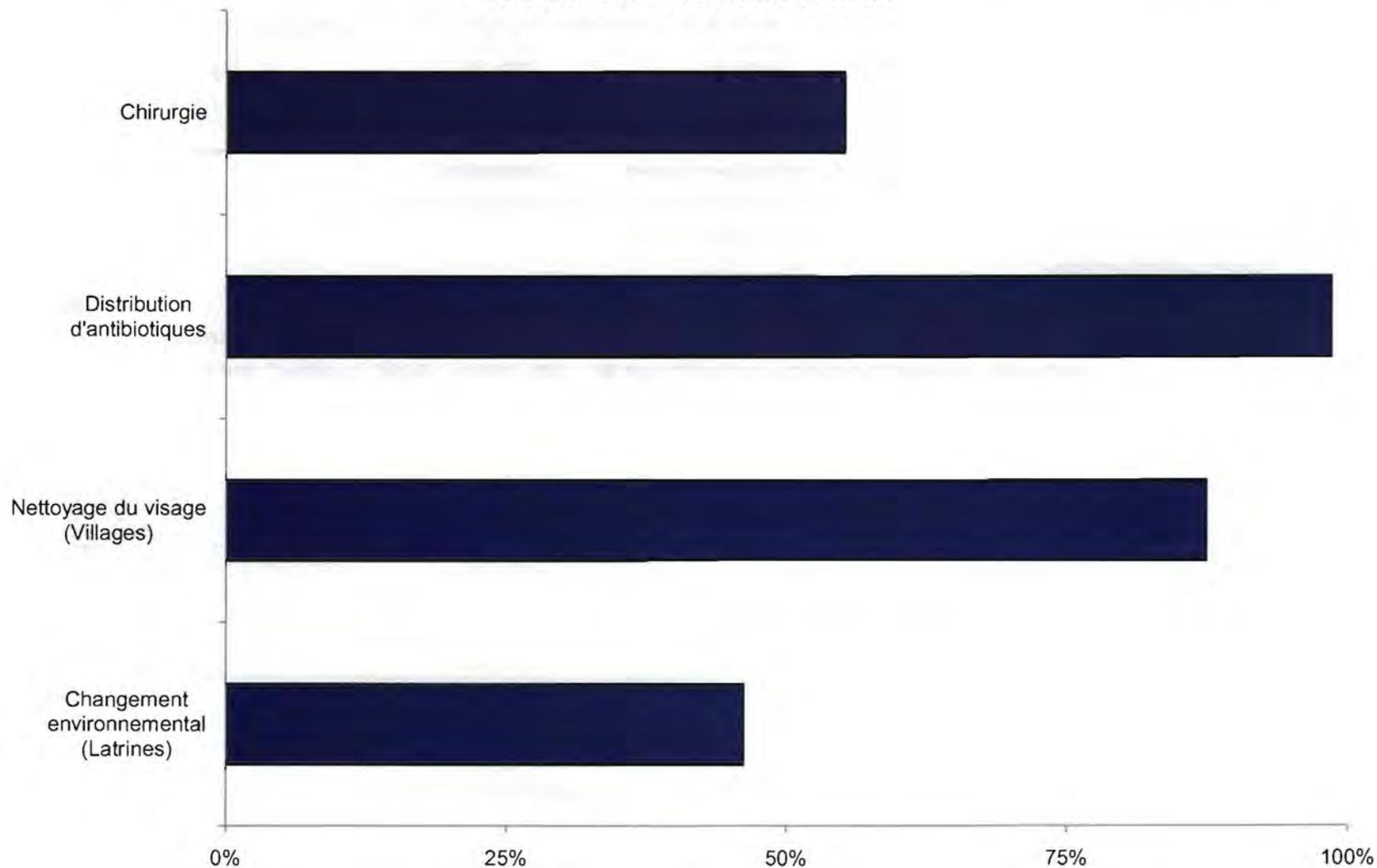
77

Tableau 2 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention en Ethiopie

Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements avec assistance Lions-Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI accompli avec l'assistance du programme national	Pourcentage du BFI accompli avec l'assistance Lions-TCC
Chirurgie	72 123	35 681	1 100 000	6.6%	3.2%
Distribution d'antibiotiques	16 098 321	13 720 673	65 800 000	24.5%	20.9%
Nettoyage du visage (Villages)	3 432	3 432	14 000	24.5%	24.5%
Changement environnemental (Latrines)	544 205	544 205	6 700 000	8.1%	8.1%

N.B. Les données présentées dans le Tableau 1 indiquent le pourcentage du BFI atteint par rapport aux objectifs du BFI dans l'état d'Amhara. Les données présentées dans le Tableau 2 indiquent le pourcentage du BFI atteint par rapport aux cibles nationales du BFI.

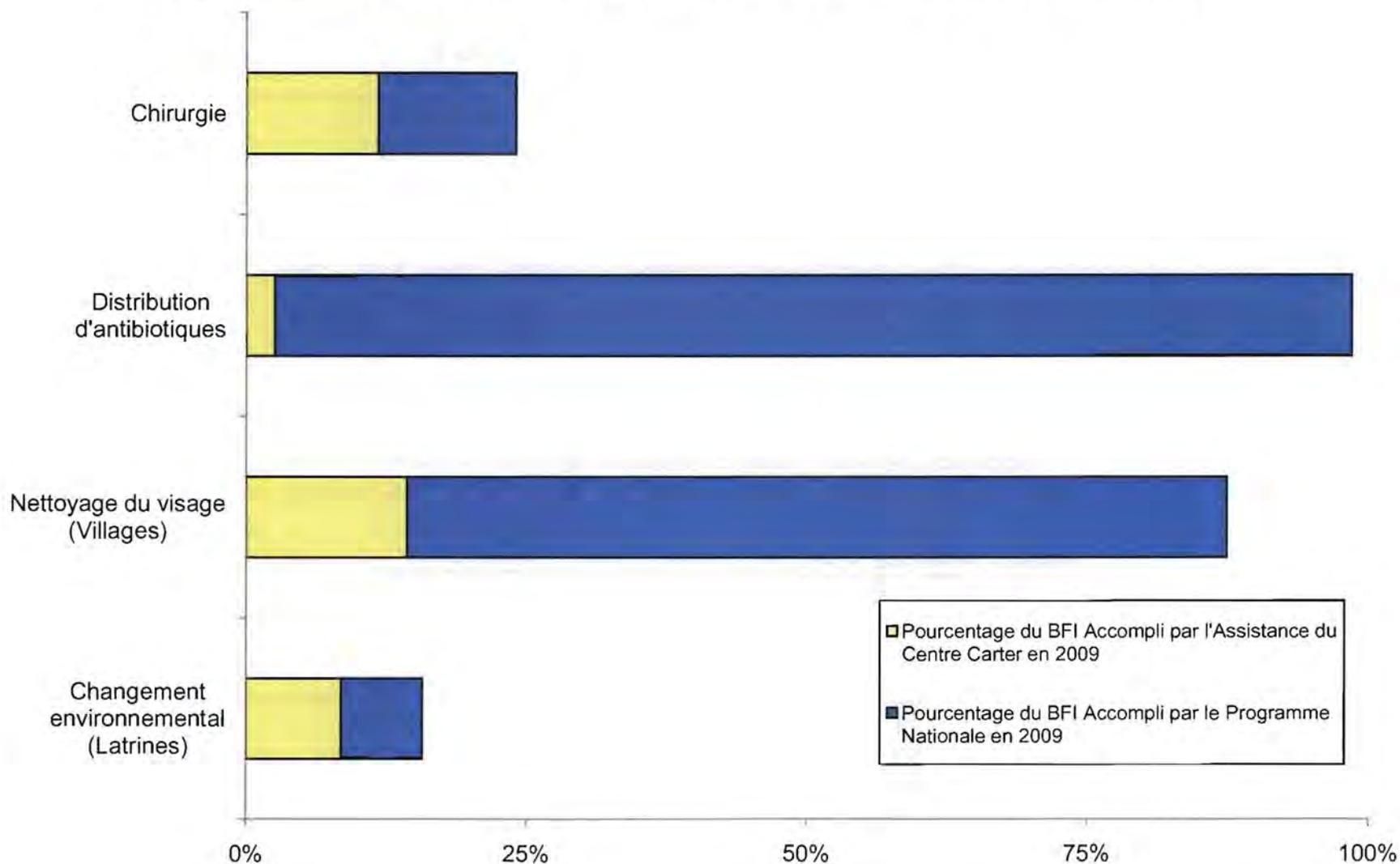
Figure 3 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 au Mali



78

*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 4 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant en 2015 au Mali



79

*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement.

Tableau 3 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention au Mali

Intervention	Accomplissements nationaux (2000-2009)	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie*	47 318	85 700	55.2%
Distribution d'antibiotiques**	6 303 337	6 400 000	98.5%
Nettoyage du visage (Villages)	10 491	12 000	87.4%
Changement environnemental (Latrines)	69 762	151 056	46.2%

*BFI chirurgical en 2000 était de 85 700. Selon données à jour sur prévalence et population, BFI actuel = 46 629 personnes à opérer de 2009-2015.

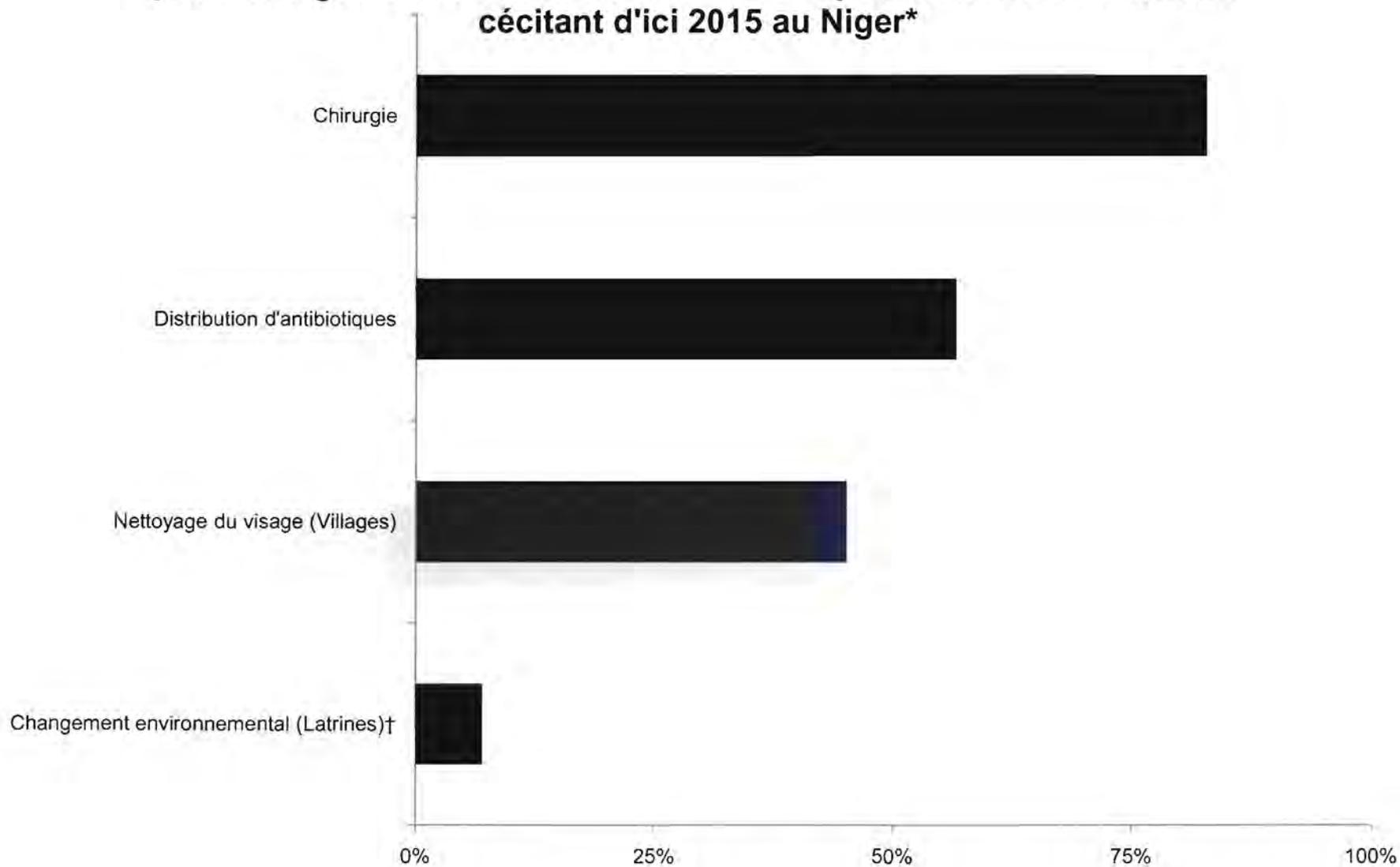
**Accomplissements et BFI pour antibiotiques sont présentés pour 2009 seulement et se basent sur les objectifs annuels de traitement (OAT). Les accomplissements du Centre Carter se basent sur l'achat de pommade oculaire à base de tétracycline.

08

Tableau 4 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance Centre Carter, en pourcentage des buts finals d'intervention au Mali

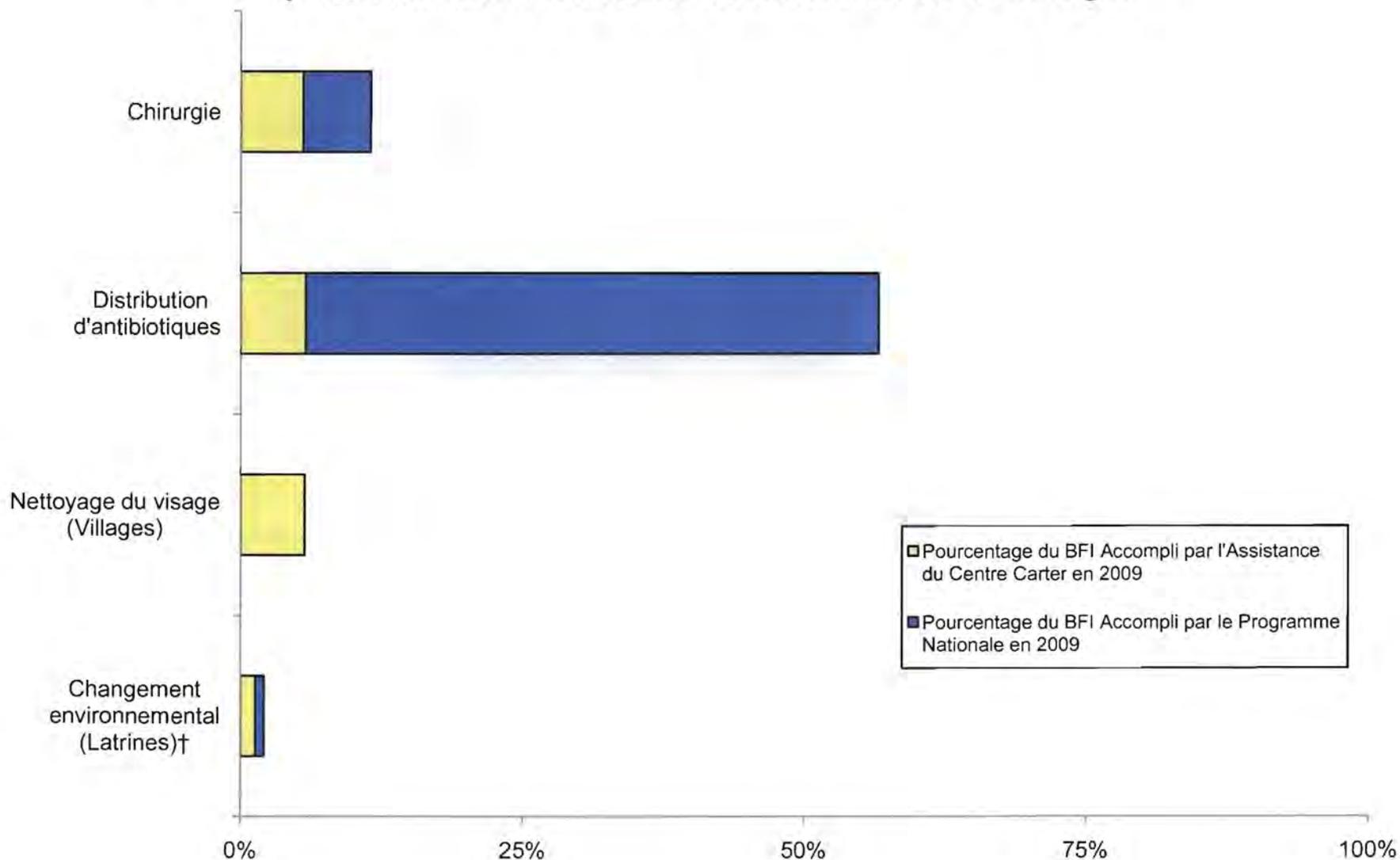
Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements assistance TCC	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national	Pourcentage du BFI atteint avec assistance de TCC
Chirurgie	11 196	5 481	46 629	24.0%	11.8%
Distribution d'antibiotiques**	6 303 337	164 842	6 400 000	98.5%	2.6%
Nettoyage du visage (Villages)	10 491	1 722	12 000	87.4%	14.4%
Changement environnemental (Latrines)	23 701	12 828	151 056	15.7%	8.5%

Figure 5 Accomplissements cumulatifs CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 au Niger*



*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 6 Accomplissements 2009, niveau national et assistance Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 au Niger



*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement.

Tableau 5 Accomplissements cumulatifs CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention au Niger

Intervention	Accomplissements nationaux (2000-2009)	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie*	48 398	64 680	74.8%
Distribution d'antibiotiques**	7 526 076	13 300 000	56.6%
Nettoyage du visage (Villages)	4 512	10 000	45.1%
Changement environnemental (Latrines)†	63 997	920 028	7.0%

*BFI chirurgical en 2000 = 64 680. Selon les données à jour sur la prévalence et la population, BFI actuel est de 58 518 personnes à opérer en 2009-2015.

**Accomplissements et BFI pour antibiotiques sont présentés pour 2009 uniquement.

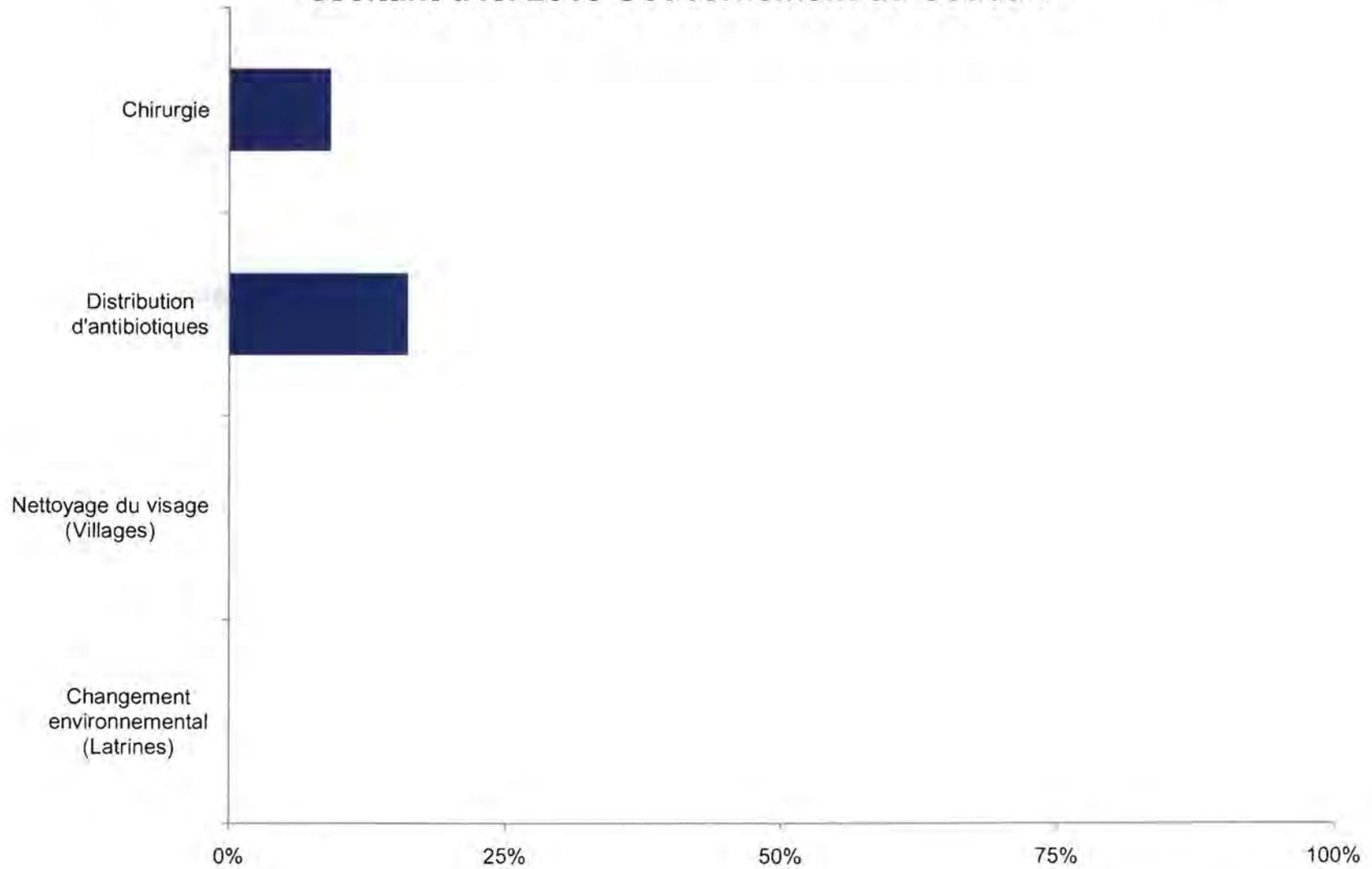
†Données actuelles sur couverture en latrines non disponibles. Selon rapport EDS 2006, la couverture en latrines est estimée à 7%.

Tableau 6 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance Centre Carter, en tant que poucentage du BFI buts au Niger

Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements assistance TCC	BFI*	BFI atteint par le programme national	Pourcentage du BFI atteint avec l'assistance TCC
Chirurgie	6 743	3 252	58 500	11.5%	5.6%
Distribution d'antibiotiques**	7 526 076	771 116	13 300 000	56.6%	5.8%
Nettoyage du visage (Villages)	571	571	10 000	5.7%	5.7%
Changement environnemental (Latrines)	18 979	12 099	920 028	2.1%	1.3%

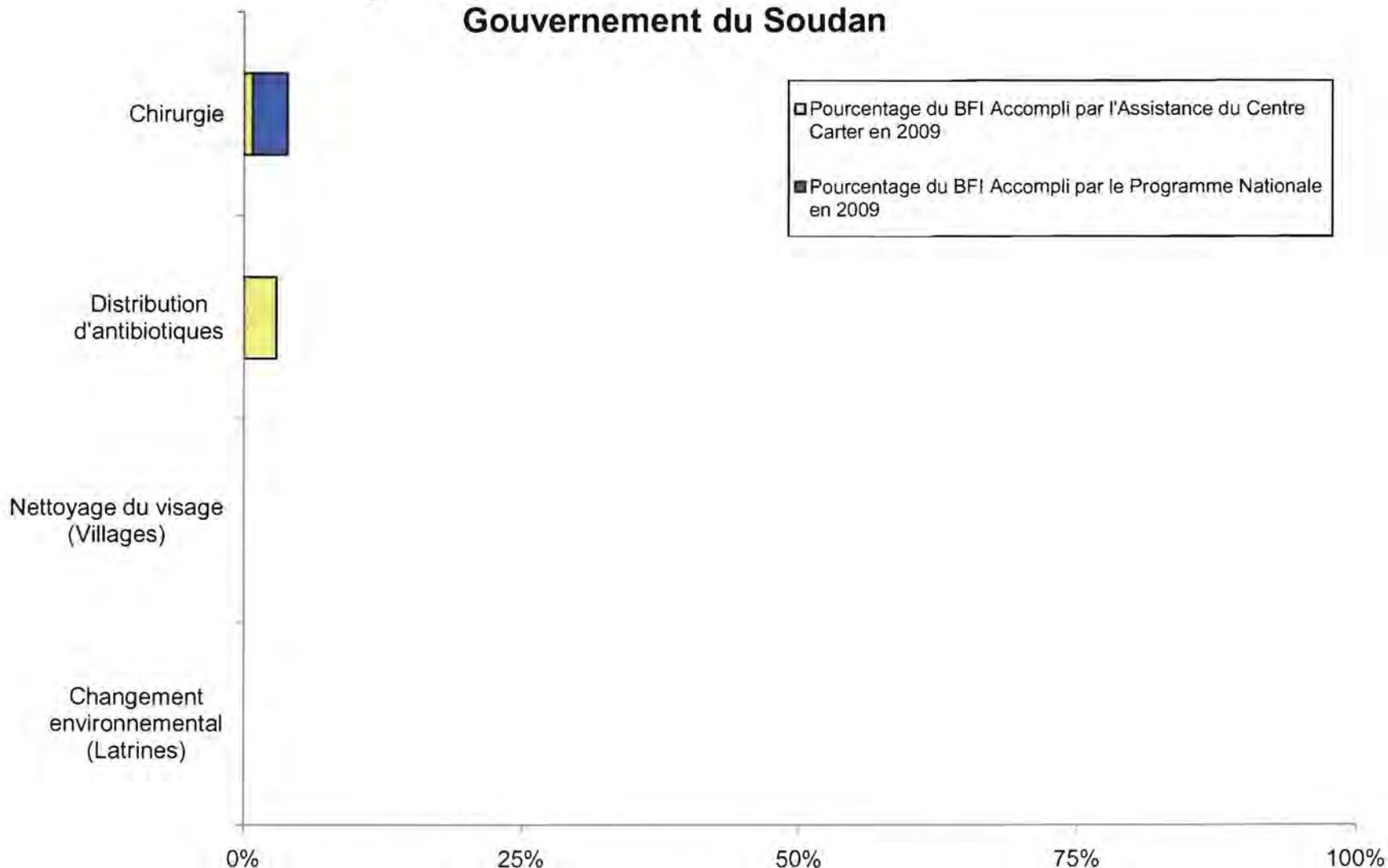
**Accomplissements et BFI pour antibiotiques sont présentés uniquement pour 2009.

Figure 7 Accomplissements cumulatifs CHANCE en tant que pourcentage des Buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 Gouvernement du Soudan*



*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 8 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 dans le Gouvernement du Soudan



85

*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement.
 Les BFIs d'éducation sanitaire nationale National health education et d'assainissement n'ont pas été présentées.

Tableau 7 Accomplissements cumulatifs de CHANCE, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans le Gouvernement du Soudan

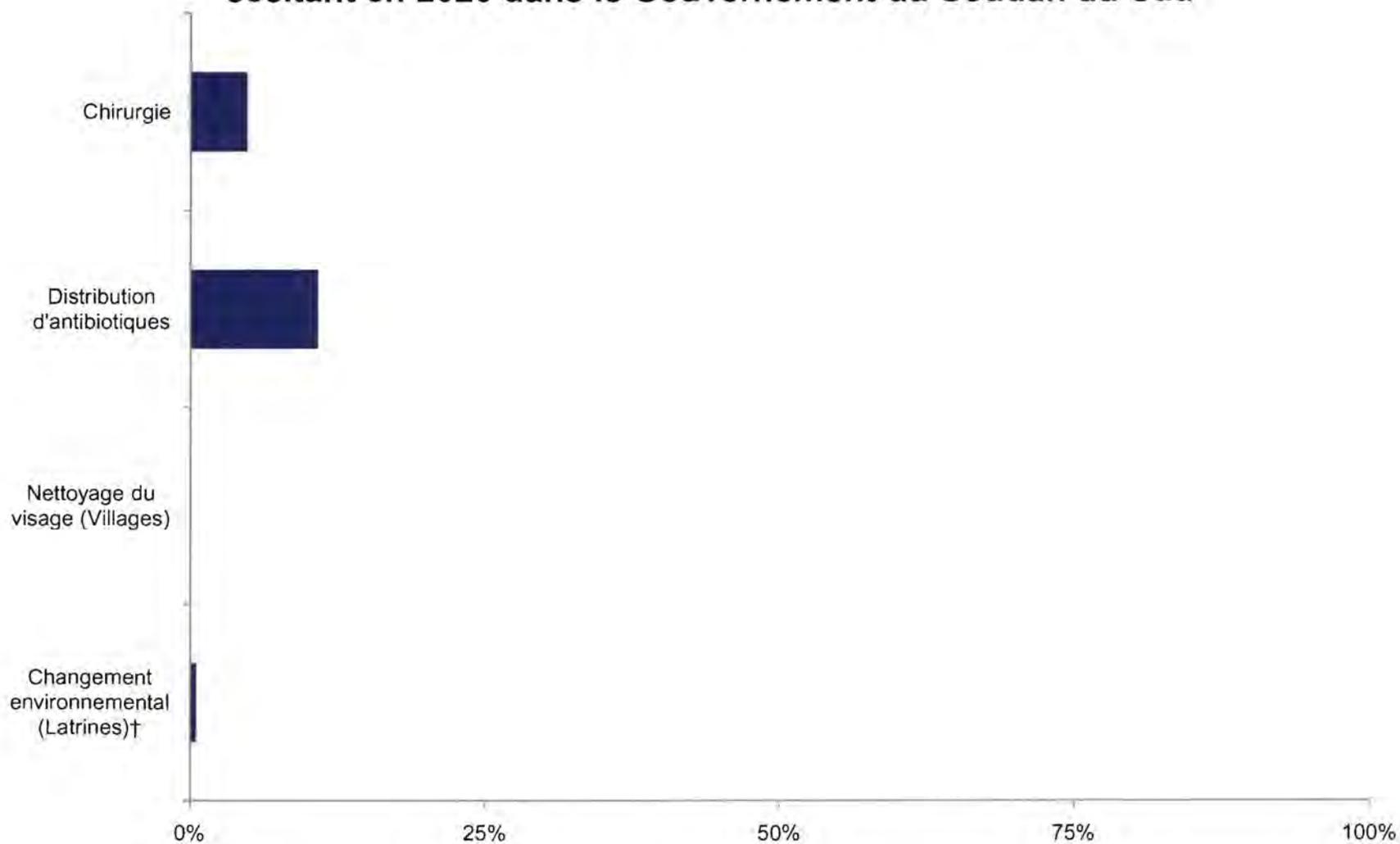
Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	4 667	50 707	9.2%
Distribution d'antibiotiques	1 598 118	9 900 000	16.1%
Nettoyage du visage (Villages)	239	N/D	N/D
Changement environnemental (Latrines)	0	654,000	0.0%

86

Tableau 8 Accomplissements 2009 de CHANCE, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que % des buts finals d'intervention dans le Gouvernement du Soudan

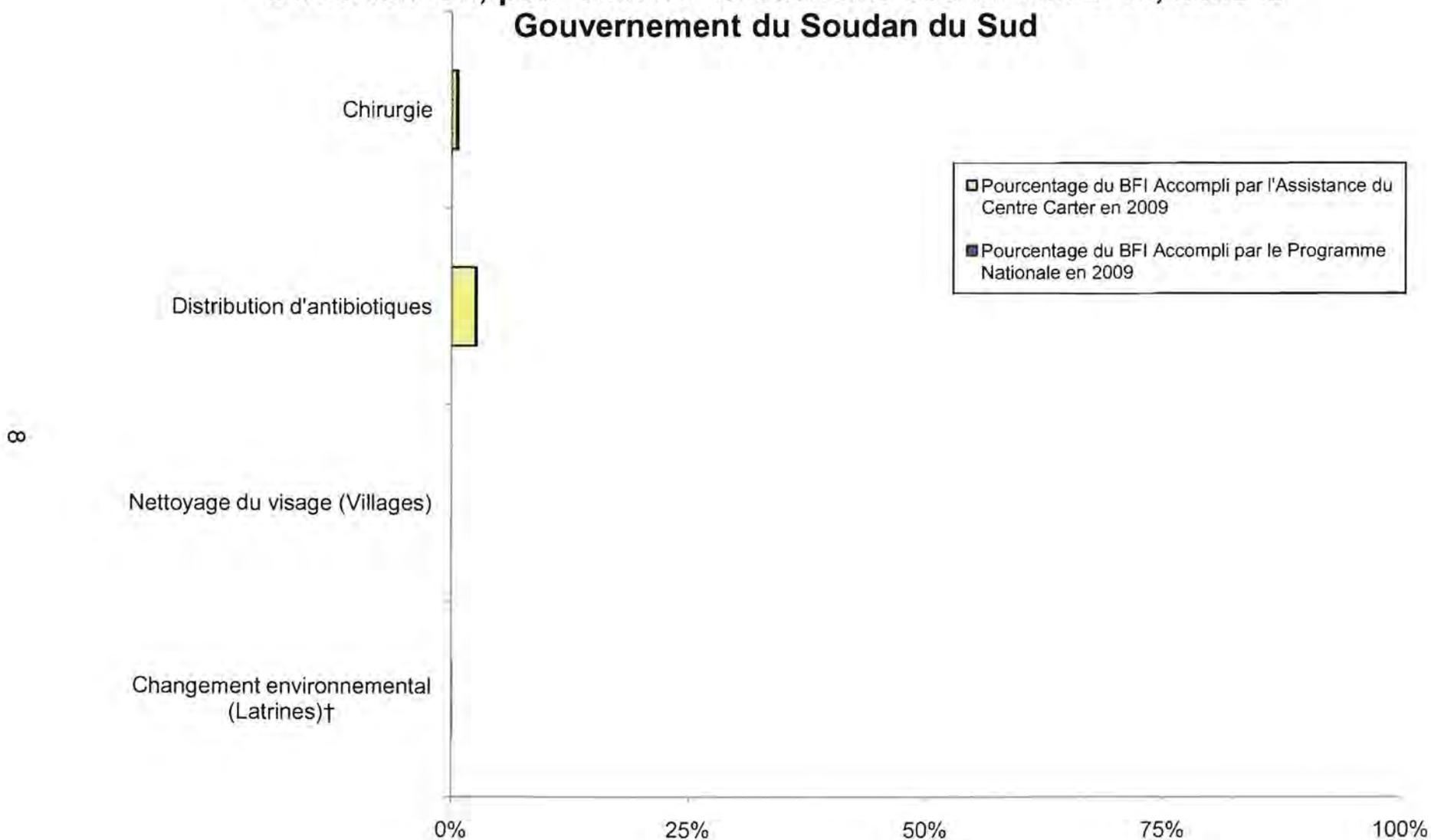
Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements assistance TCC	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national	Pourcentage du BFI atteint avec l'assistance du TCC
Chirurgie	1 974	399	50 707	3.9%	0.8%
Distribution d'antibiotiques	290 293	290 293	9 900 000	2.9%	2.9%
Nettoyage du visage (Villages)	239	239	N/D	N/D	N/D
Changement environnemental (Latrines)	0	0	654 000	0.0%	0.0%

Figure 9 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant en 2020 dans le Gouvernement du Soudan du Sud*



*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 10 Accomplissements CHANCE 2009, niveau national et assistance Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention, pour éliminer le trachome cécitant en 2020, dans le Gouvernement du Soudan du Sud



*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement. Les BFIs se basent sur les estimations de prévalence disponibles.

Tableau 9 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans le Gouvernement du Soudan du Sud

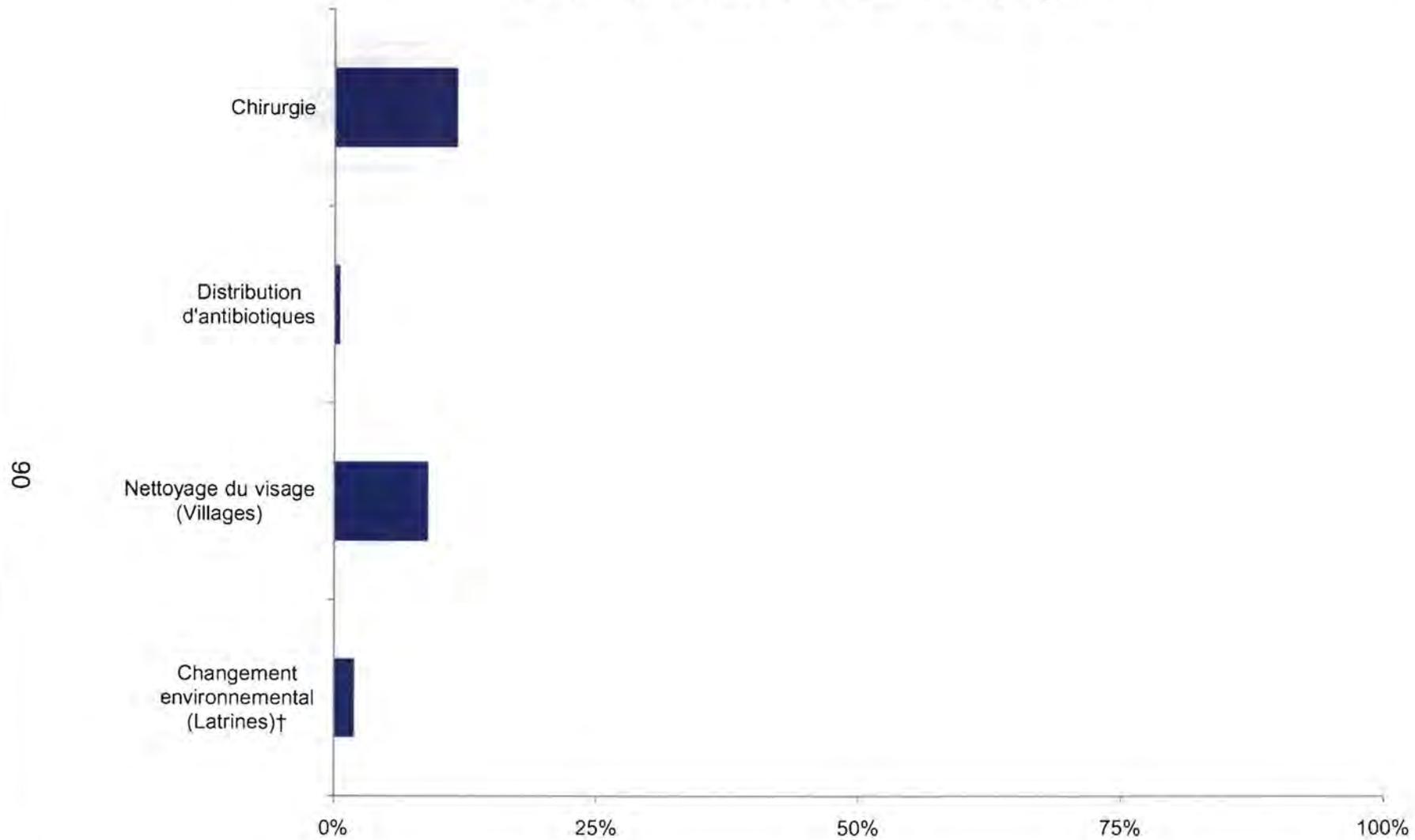
Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	11 316	236 100	4.8%
Distribution d'antibiotiques	1 587 364	14 700 000	10.8%
Nettoyage du visage (Villages)	3 574	N/D	N/D
Changement environnemental (Latrines)	5 046	980 000	0.5%

69

Tableau 10 Accomplissements 2009 de CHANCE, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans le gouvernement du Soudan du Sud

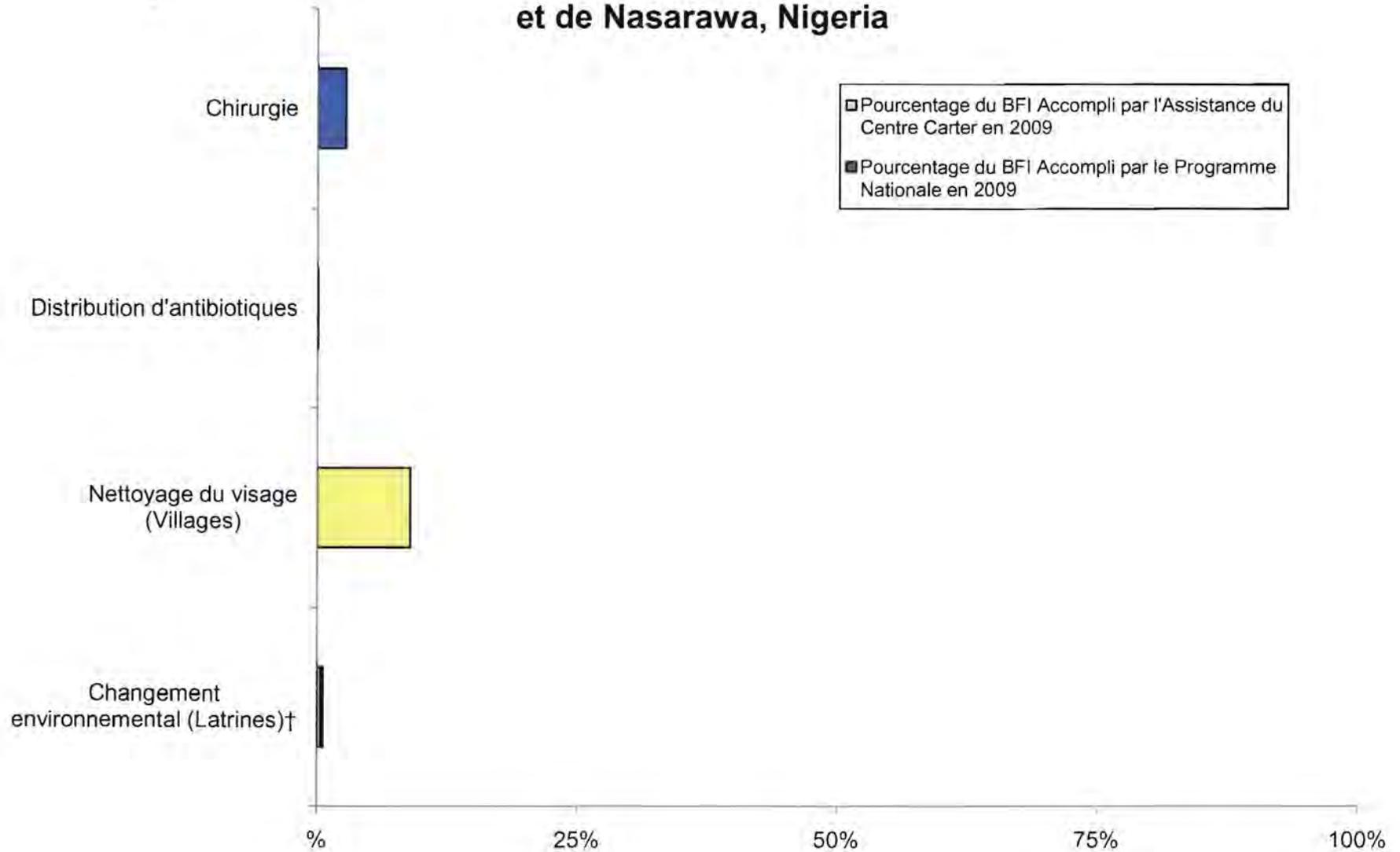
Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements avec assistance du TCC	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national	Pourcentage du BFI atteint avec l'assistance du TCC
Chirurgie	1 558	1 232	236 100	0.7%	0.5%
Distribution d'antibiotiques	386 230	374 105	14 700 000	2.6%	2.5%
Nettoyage du visage (Villages)	3 441	3 441	N/D	N/D	N/D
Changement environnemental (Latrines)	128	128	980 000	0.0%	0.0%

Figure 11 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2015 dans les états du Plateau et de Nasarawa, Nigeria



*Données présentées lors des Revues Annuelles de Programmes du Trachome au Centre Carter.

Figure 12 Accomplissements 2009, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention pour éliminer le trachome cécitant d'ici 2020 dans les états du Plateau et de Nasarawa, Nigeria



*Personnes traitées avec les antibiotiques se base sur les objectifs annuels de traitement.

Tableau 11 Accomplissements cumulatifs de CHANCE en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans les états du Plateau et Nasarawa

Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	58,328	499,000	11.7%
Distribution d'antibiotiques	138,642	28,000,000	0.5%
Nettoyage du visage (Villages)	823	9,200	8.9%
Changement environnemental (Latrines)	26,956	1,400,000	1.9%

6 **Tableau 12 Accomplissements 2009 de CHANCE, niveau national et assistance du Centre Carter, en tant que pourcentage des buts finals d'intervention dans les états du Plateau et de Nasarawa, Nigeria**

Intervention	Accomplissements nationaux	Accomplissements avec assistance du TCC	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national	Pourcentage du BFI atteint avec l'assistance du TCC
Chirurgie	13,500	0	499,000	2.7%	0.0%
Distribution d'antibiotiques	15,000	0	28,000,000	0.1%	0.0%
Nettoyage du visage (Villages)	823	823	9,200	8.9%	8.9%
Changement environnemental (Latrines)	7,500	5,032	1,400,000	0.5%	0.4%

ANNEXE IV: ORDRE DU JOUR
“Planifions l’Elimination du Trachome, District par District”
 Le Onzième Revue Annuelle des Programmes de Lutte Contre le Trachome
 29-31 mars 2010

Lundi 29 mars

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:30	Bienvenue et présentations des participants	Dr Donald Hopkins
9:30 – 10:00	Planifions l’Elimination du Trachome, District par District	Dr Paul Emerson
10:00 – 10:30	<u>Pause café et photo de groupe</u>	
10:30 – 11:30	Ethiopie	Dr Asrat Genet
11:30 – 12:30	Gouvernement du Soudan	Dr Awad Hassan
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	<u>Annonces</u>	
2:00 – 2:30	Mise à jour de l’Organisation mondiale de la Santé	Dr Silvio Mariotti
2:30 – 2:45	Helen Keller International : En route vers 2020	M. Chad MacArthur
2:45 – 3:30	Mise à jour sur Pfizer Inc et mise à jour sur l’Initiative internationale du trachome	Mme. Lisa Foster Dr Danny Haddad
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées : Mise à jour de RTI	Dr Eric Otteson
4:30 – 5:00	L’approche au développement du Centre Carter	Mme. Nicole Kruse
5:30	*Départ de la navette pour l’hôtel Indigo*	

ANNEXE IV: ORDRE DU JOUR
"Planifions l'Élimination du Trachome, District par District"
 Le Onzième Revue Annuelle des Programmes de Lutte Contre le Trachome
 29-31 mars 2010

Mardi 30 mars

8:00	*Navette à l'hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Mali	Dr Bamani Sanoussi
10:00 – 11:00	Niger	Dr Kadri Boubacar
11:00 – 11:30	<u>Pause café</u>	
11:30 – 12:00	Mise à jour sur l'étude de la lutte améliorée contre le trachome : Northern Amhara (TANA)	Dr Jeremy Keenan
12:00 – 12:30	Le projet TTT : Barrières à la chirurgie et formation sur DVD	Dr Saul Rajak
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	<u>Annonces</u>	
2:00 – 2:30	Initiative internationale du trachome : Une vue générale de l'atlas du trachome	Mme. PJ Hooper
2:30 – 3:00	Cartographie intégrée des maladies tropicales négligées	Dr Eric Otteson
3:00 – 3:30	Analyse économique des coûts d'enquête	Mlle. Chaoqun Chen
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Planifier l'élimination du trachome cécitant dans les États au Nord du Soudan	Dr Awad Hassan
4:30 – 5:00	Prévalence du trachome dans les régions de Kayes et de Koulikoro quatre années après l'arrêt de la distribution des antibiotiques	Dr Bamani Sanoussi
5:30 – 7:00	Réception au Musée du Centre Carter *Départ de la navette pour l'hôtel Indigo*	

ANNEXE IV: ORDRE DU JOUR

“Planifions l’Elimination du Trachome, District par District”

Le Onzième Revue Annuelle des Programmes de Lutte Contre le Trachome
29-31 mars 2010

Mercredi 31mars

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Gouvernement du Soudan du Sud	Dr Lucia Kur
10:00 – 11:00	Nigeria	Dr Maduka Ihemelandu Onwusoro
11:00 – 11:30	<u>Pause café</u>	
11:30 – 12:00	Services chirurgicaux mobiles au Mali	Mr Yaya Kamissoko
12:00 – 12:30	Où sont-ils à présent ? Une étude de la productivité et du taux d’abandon chez les chirurgiens du TT en Ethiopie	Dr Saul Rajak
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	Annonces	
2:00 – 2:30	Le projet de la boîte à outils pour les enquêtes sur le suivi de l’élimination du trachome	Dr Jeremiah Ngondi
2:30 – 3:00	Evaluer la couverture, l’observance et les déterminants des traitements de masse à base d’antibiotique au Nord de l’Ethiopie	M. Teshome Gebre
3:00 – 3:30	Revue des méthodes utilisées par les enquêtes sur la couverture	Mme. Elizabeth Cromwell
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 5:00	Conclusions et Recommendations	
5:30	*Départ de la navette pour l’hôtel Indigo*	

ANNEXE V: LISTE DES PARTICIPANTS

Ethiopie

M. Teshome Gebre (Le Centre Carter)
Dr Asrat Genet
Dr Zerihun Tadesse (Le Centre Carter)
M. Tesfaye Teferi (Le Centre Carter)
M. Mulat Zerihun (Le Centre Carter)

Gouvernement du Soudan

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

Gouvernement du Soudan du Sud

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

Mali

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

Niger

Dr Kadri Boubacar
Dr Sabo Hassan Adamou (Le Centre Carter)
M. M. Salissou Kané (Le Centre Carter)

Nigeria

Dr Abel Eigege (Le Centre Carter)
Dr Nimzing Jip (Le Centre Carter)
Dr Emmanuel Miri (Le Centre Carter)
Dr Maduka Onwusoro

AID Village Clinics, Inc.

Mme. Mary Alice Rice

Fondation Bill & Melinda Gates

Mme. Erin Shutes

The Centers for Disease Control and Prevention

Dr Els Mathieu

Fondation Conrad N. Hilton

M. Gregory Anderson
Dr Shaheen Kassim-Lakha

Fondation Francis I. Proctor

Dr Jeremy Keenan
Mme. Nicole Stoller

Georgia Institute of Technology

Mlle. Chaoqun Chen

Helen Keller International

Dr Seydou Goita (HKI Mali)
Mme. Emily Heck
M. Chad MacArthur

Initiative Internationale du Trachome

Dr Danny Haddad
Mme. Lisa Rotondo
Mme. Vivian Singletary
Mme. Anyess Travers

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr Paul Courtright

Fondation Internationale des Lions Clubs

M. Karim Bengraïne

Lions Clubs-Ethiopia

L'Honorable Laureat mondiale Dr Tebebe Y. Berhan

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr Saul Rajak

Operation Eyesight Universal

Mme. Lynda Cherry
M. Todd Simpson

Organization mondiale de la Santé

Dr Silvio Mariotti

Pfizer Inc

Mme. Rekha Chalasani
Mme. Lisa Foster

Research Triangle International

Dr Eric Otteson

Rollins School of Public Health

Dr Christine Moe
Mlle. Rachael Ross

Taskforce for Global Health

Mme. PJ Hooper
Dr Mark Rosenberg

ANNEXE V: LISTE DES PARTICIPANTS

Le Centre Carter

Mme. Rebecca Brookshire
Mme. Kelly Callahan
Mme. Elizabeth Cromwell
M. Don Denard
Dr Paul Emerson
Mme. Maureen Goodman
Dr Patricia Graves
Dr John Hardman
Mme. Madelle Hatch
Dr Donald Hopkins
Mme. Nicole Kruse
M. Jonathan King
M. Aryc Mosher
M. Kent "Oz" Nelson
Dr Jererniah Ngondi
Mme. Stephanie Palmer
Dr Frank Richards
Mme. Paige Rohe
Dr Ernesto Ruiz-Tiben
M. Randy Slaven
Mme. Emily Staub
M. Craig Withers