

COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

HUITIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

*Dix années après le lancement de GET 2020 :
« Où en sommes-nous maintenant ? »*

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

**Atlanta, Georgie
16-18 avril 2007**

**Financée par :
La Fondation Conrad N. Hilton
La Fondation du Lions Clubs International**

COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

HUITIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

*Dix années après le lancement de GET 2020 :
« Où en sommes-nous maintenant ? »*

THE
CARTER CENTER



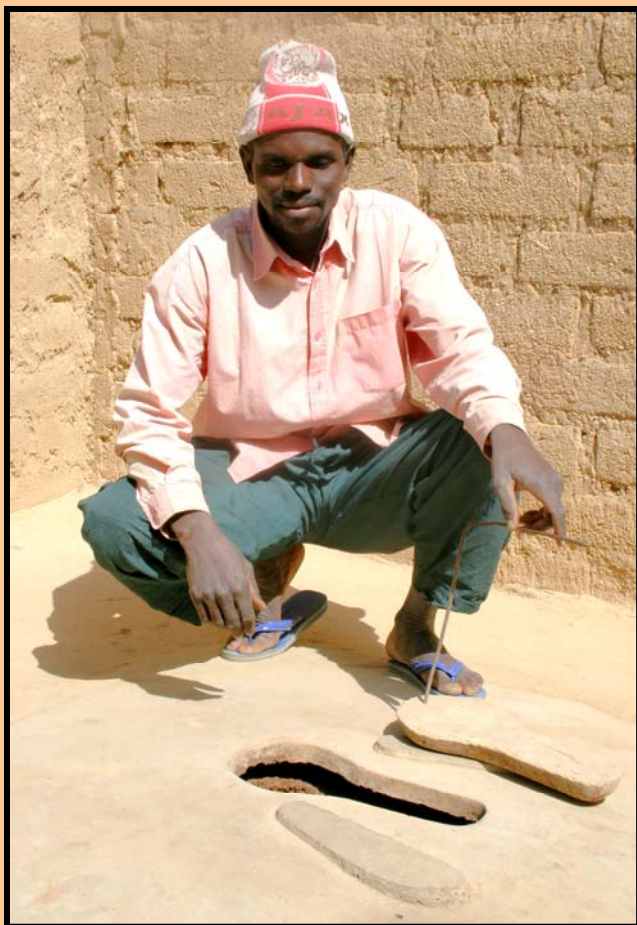
Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

**Atlanta, Georgie
16-18 avril 2007**

**Financée par :
La Fondation Conrad N. Hilton
La Fondation du Lions Clubs International**



Les programmes de lutte contre le trachome soutenus par Lions-Centre Carter en Ethiopie et au Soudan ont distribué un total de 3 064 936 doses d'azithromycine donné par Pfizer en 2006.



Les programmes soutenus par la Fondation Conrad N. Hilton au Niger et au Mali ont construit un total de 17 539 latrines en 2006 et ont formé 563 femmes pour leur apprendre à fabriquer du savon traditionnel pour le lavage du visage.



La huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome
« Dix années après le lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ? »
16 au 18 avril 2007
Atlanta, Georgie



REMERCIEMENTS

Le programme de lutte contre le trachome du Centre Carter est financé grâce à des dons généreux de la Fondation Conrad N. Hilton et de la Fondation des Lions Clubs International (LCIF). La huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome bénéficiant d'une assistance de Centre Carter, a été rendue possible grâce à la générosité de la Fondation Conrad N. Hilton et de LCIF.

Le programme de lutte contre le trachome du Centre Carter aimerait également remercier de leur soutien les fondations et les donateurs :

Richard Blum
Carol A. Crotty
Delta Gamma Fraternity, Theta Chapter
Donal Grogan
Edward E. Altemus
Elliot and Roslyn Jaffe
Francis I. Proctor Foundation
George and Elsie Jones
John and Becky Moores
Kathleen Hayes and Stephen Updegrove
Lions Clubs of New Glarus
Walter and Tracy Schier
Morton Hyman & The New York Eye
and Ear Infirmary

Novartis Pharmaceuticals Corporation
Palm Beach Prayer Team Ministries, Inc.
Pfizer, Inc
Philip and Marla Doss
Richard A. Barry
Robert and Sally Huxley
Robert and Carol Shurman
Rock Paper Scissors Foundation
Saint Alban's of Bexley Episcopal Church
The Hamond Family Foundation
The Emery C. Jr. and Nancy F. Herman
Fund
Bill & Melinda Gates Foundation

Note :

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

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	i
Resume Analytique	ii
Liste de Sigles.....	iv
Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria.....	1
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger.....	7
Programme de Lutte contre le Trachome du Mali.....	13
Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana.....	19
Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan et Sud du Soudan.....	23
Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie.....	36
Récapitulatif des tableaux et graphiques	
Tableau 1: Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....	42
Tableau 2: Objectifs annuels des programmes de lutte contre le trachome.....	43
Tableau 3: Interventions soutenues par le Centre Carter, 1999-2006.....	44
Fig. 1: Villages recevant une éducation sanitaire, par pays.....	45
Fig. 2: Latrines familiales construites, par pays.....	46
Fig. 3: Distribution d’azithromycine, par pays.....	47
Fig. 4: Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	48
Fig. 5: Villages qui ont reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	49
Fig. 6: Latrines familiales construites.....	50
Fig. 7: Personnes ayant reçu des antibiotiques.....	51
Séances spéciales	
Bibliothèque de matériel sur l’éducation sanitaire pour le trachome	52
Evaluation de la promotion de latrines soutenue par le Centre Carter au Ghana.....	53
Effet de la promotion de latrines sur la production locale de latrines au Niger et au Mali	56
Essai aléatoire du nettoyage du visage pour arriver à une définition standardisée d’un visage propre	59
Construction des latrines: Coûts, progrès vers la réalisation des buts et viabilité dans le long terme	61
Comparaison des méthodes d’enquête sur le trachome.....	64
Don de l’USAID pour la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées.....	68
Suivi de la distribution de médicaments: Que faisons-nous?.....	70
Mise à jour de l’étude sur l’amélioration du trachome dans l’Amhara du Nord (TANA).....	74
L’accès à CHANCE est-il égal pour les homes et les femmes?.....	76
Intégration des activités de lutte contre le paludisme et le trachome : l’expérience de MALTRA de l’Ethiopie.....	78
Campagne SightFirst II.....	81
Etudes de fiabilité pour la classification et les questionnaires du trachome.....	82
Annexe I: La maladie.....	85
Annexe II: Ordre du jour final.....	87
Annexe III: Liste des Participants.....	90

RESUME ANALYTIQUE

Dix années après le lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?

La huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome s'est tenue au Centre Carter du 16 au 18 avril 2007. Outre les sept programmes recevant une assistance du Centre Carter, sont également venus nous rejoindre nos partenaires de l'Initiative Internationale du Trachome, Helen Keller International, Kilimandjaro Centre for Community Ophthalmology, Francis I. Proctor Foundation, Sight Savers International, Emory University, Water Advocates et World Vision. Se ralliant au thème de **10 ans après le lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?** les présentations se sont concentrées sur les progrès faits par les programmes vers les buts finals d'intervention, la planification reposant sur des données probantes, la méthodologie d'enquête et la fixation d'objectifs.

A l'instar des années précédentes, les principaux objectifs de la revue de programmes consistaient à évaluer l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre le trachome, à relever les obstacles rencontrés au niveau de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, à discuter des solutions et à partager les expériences ainsi qu'à promouvoir le partage et la standardisation de l'information. Les discussions lors des réunions de revue de programme sont certes spécifiques au pays bien que le but reste d'ordre mondial. Les accomplissements, défis, solutions et enseignement retiré continuent à guider l'évolution de l'Alliance GET 2020, surtout en ce qui concerne les volets N et CE de CHANCE.

Les présents comptes rendus reflètent les idées, les discussions et les propositions faites lors de la huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome. Ces réunions représentent un forum unique pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, le personnel du Centre Carter et les partenaires qui ont ainsi l'occasion de travailler face à face pour faire le point de la situation et poser les jalons de l'avenir. Ce groupe représentant les programmes de sept pays est la première et unique assemblée de coordinateurs et d'experts de la lutte contre le trachome, aux niveaux national et régional, où sont discutées régulièrement les diverses questions se rapportant à l'application pratique de la stratégie CHANCE en insistant tout particulièrement sur les volets N et CE.

Les points saillants de cette année portent sur les évaluations de la promotion de latrines réalisées au Niger, au Mali et au Ghana ainsi que sur une présentation comparative des méthodes et coûts de la construction de latrines dans le but d'encourager l'importance des besoins locaux dans la conception des interventions d'assainissement. Une démonstration a été faite de la bibliothèque électronique du matériel d'éducation en plus des méthodes mesurant la fiabilité inter-observateurs et le suivi des stocks et de la distribution d'azithromycine. La séance spéciale de cette année proposait également une présentation sur l'application équitable de la stratégie CHANCE entre les hommes et les femmes.

La revue met en relief le partenariat entre la Fondation du Lions Clubs International et le Centre Carter et le rôle de chef de file des Lions Clubs de l’Ethiopie dans le combat contre le trachome cécitant dans l’Etat Régional d’Amhara. Une séance a également été présentée sur l’Initiative de l’USAID concernant les maladies tropicales négligées.

Ont également assisté les coordinateurs des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome représentant les ministères de la santé de l’Ethiopie, du Ghana, du Nigeria et du Gouvernement du Soudan. Le personnel des programmes de lutte contre le trachome du Centre Carter de l’Ethiopie, du Ghana, du Mali, du Niger, du Nigeria, du Soudan et du Sud du Soudan ont également participé à la réunion. Notons également la présence de représentants de la Fondation du Lions Clubs International, de la Fondation Conrad N. Hilton et de Pfizer Inc.

LISTE DE SIGLES

BFI/T	But final d'intervention/traitement
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention
CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage, Changement Environnemental
CMA	Christian Mission Aid
CWSA	Community Water and Sanitation Agency, Ghana (Agence communautaire d'approvisionnement en eau et d'assainissement)
FAR	Fellowship for African Relief
GOS	Gouvernement du Soudan
GOSS	Gouvernement du Sud du Soudan
GRBP	Global 2000 River Blindness Program (Programme de cécité des rivières de Global 2000)
HKI	Helen Keller International
ITI	International Trachoma Initiative (Initiative Internationale du Trachome)
LCIF	Lions Clubs International Foundation
NR	Northern Region (Ghana)
OAT	Objectif Annuel de Traitement
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SF	SightFirst
TF	Trachome folliculaire/inflammatoire
TI	Trachome inflammatoire/intense
TT	Trichiasis trachomateux
UWR	Upper West Region (Ghana)
WAWI	West African Water Initiative (Initiative d'approvisionnement en eau de l'Afrique de l'Ouest)
WVI	World Vision International

Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

*Présenté par le Dr Bola Olowu, Coordinatrice nationale
Programme national de prévention de la cécité*

*L'assistance du Centre Carter au Nigeria est financé par la Fondation Conrad N. Hilton
et la Fondation Bill & Melinda Gates*

Données générales

La lutte contre le trachome au Nigeria est déployée sous les auspices du Programme National de Prévention de la Cécité (NPPB) et c'est la coordinatrice nationale de ce programme qui dirige les activités de lutte contre le trachome par l'entremise du groupe composé par le Ministère de la Santé, des ONG et des organismes des Nations Unies. Tant l'examen de données existantes que divers comptes rendus semblent indiquer que le trachome est une grave cause de cécité dans les états au Nord du Nigeria. Depuis octobre 2000, les partenaires de la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états ainsi que des évaluations rapides de cette maladie dans cinq autres états. Une enquête nationale sur la cécité et les diminutions de la vue a été démarrée en février 2005 grâce à l'assistance de Sight Savers International. On n'en connaît pas encore les résultats.

Le trachome serait endémique dans les 19 états au Nord du Nigeria et dix d'entre eux seraient à forte endémicité. D'après les estimations, la prévalence moyenne du trachome actif dans les états d'endémicité se situe aux alentours de 24,7% avec une prévalence du TT estimée à 4,7%. On ne connaît guère l'ordre de grandeur des opérations du trichiasis en attente bien qu'il soit fort probable que dans la seule région du nord, 800 000 personnes attendent d'être opérées, d'où d'ailleurs son appellation de « ceinture du trachome ». A l'heure actuelle, des interventions contre le trachome sont déployées dans 82 collectivités locales de l'ensemble du territoire.

C'est en 2001 qu'a démarré le programme national de la lutte contre le trachome, avec la création de l'équipe spéciale du trachome. Diverses alliances se sont forgées tout du long, notamment Helen Keller International et le Centre Carter en 2001 et Sight Savers et Christoffel Blindenmission (CBM) en 2003. Le gouvernement fédéral a fixé à 2015 la date butoir de l'élimination du trachome cécitant.

En 2000, Le Centre Carter au Nigeria a commencé sa collaboration avec les autorités sanitaires au niveau national et local dans le but de mettre sur pied des programmes de lutte contre le trachome dans les Etats du Plateau et de Nasarawa. Les Ministères de la Santé dans ces états ont réalisé en avril 2002 leurs premières enquêtes sur la prévalence du trachome auprès de la population. D'après les résultats de ces enquêtes, il existe des niveaux modérés de trachome dans ces états (<10%) avec des poches de prévalence élevée dans certaines collectivités locales. L'enquête note également que l'accès aux latrines familiales varie, allant de 21% dans certaines parties du Plateau à 69% dans certaines parties du Nasarawa. Le Centre Carter a également apporté une assistance aux enquêtes dans 10 collectivités locales dans l'Etat de Katsina et constate une prévalence

du TF chez des enfants âgés de 1-9 ans, se situant dans une fourchette allant de 5-24%, et du TT dans la population adulte dans l'ordre de 2,3-8%.

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Des séances d'éducation sanitaire sont réalisées dans les communautés situées dans les zones d'intervention du Centre Carter. Des agents communautaires distribuent à cet effet des affiches et des boîtes à images. Des t-shirts et des casquettes sont fabriqués et distribués pour aider à promouvoir la prévention du trachome.

En 2006, 160 éducateurs sanitaires du trachome ont reçu une formation portant sur l'éducation sanitaire concernant le trachome. Ces éducateurs déploient des campagnes continues d'éducation en santé dans les zones d'intervention, aidés en cela par les partenaires du programme national. Au total, 446 villages bénéficient continuellement d'activités d'éducation, atteignant 934 504 personnes. Plus de 6000 enfants scolarisés apprennent à combattre le trachome avec leur communauté.

Changement environnemental (CE)

Un projet de promotion de latrines a été démarré en 2003, avec l'assistance du Centre Carter, dans les Etats du Plateau et de Nasarawa avec l'assistance du Centre Carter. Le Centre Carter forme les maçons et distribue des matériaux de construction pour les latrines familiales Sanplat. Généralement, deux maçons sont formés par village. Le Centre Carter distribue des matériaux (ciment, pelles etc.) et les communautés fournissent la main-d'œuvre aidant ainsi les maçons. Aucune superstructure spécifique n'est prescrite à la communauté bien qu'on recommande pourtant de construire un toit. Le coût estimé par latrine est l'équivalent de 45,70\$ dont 28\$ viennent de la poche de la famille et de 17,70 qui sont contribués par le Centre Carter.

Le Programme national de prévention de la cécité encourage les comités de prévention de la cécité des divers états à démarcher tant le gouvernement que les collectivités locales pour qu'ils prennent l'initiative de construire des puits et approvisionnent en eau potable les communautés où le trachome est endémique. En 2006, un puits a été creusé à la main et un autre puits foré a été remis en état dans deux communautés (Panwasa, Gwandara et Konvah). RUWATSAN, Water Aid, Unicef, le gouvernement central, les collectivités locales et la Fondation Tulsi Chanrai sont parmi les partenaires qui soutiennent l'approvisionnement en eau.

Chirurgie (CH)

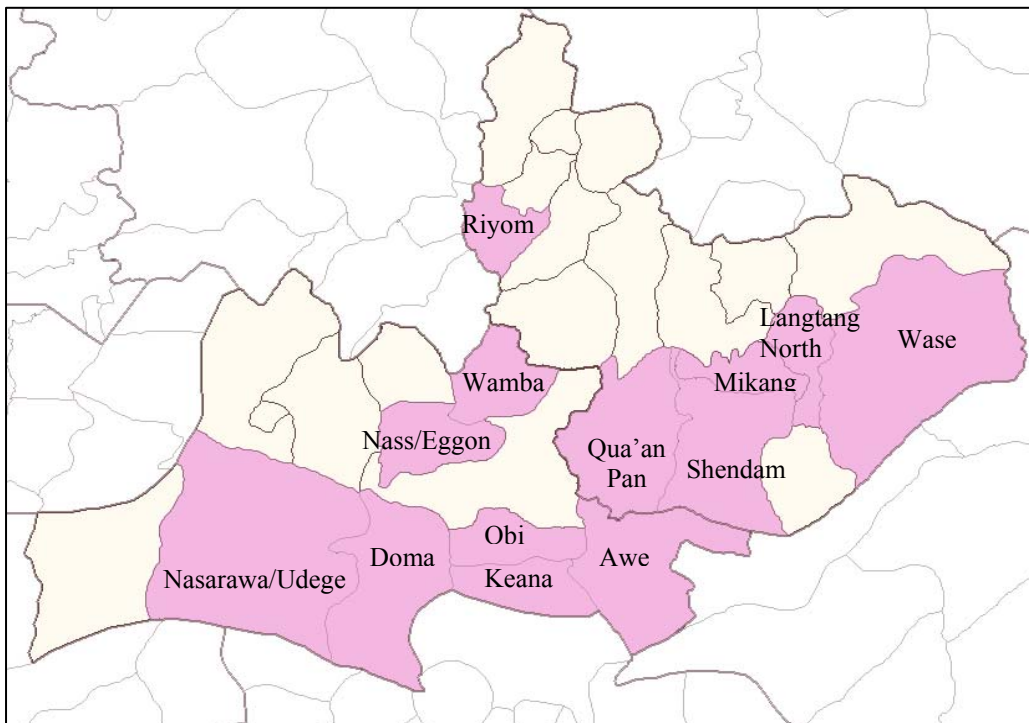
Le programme national organise régulièrement des camps d'opération de la cataracte et du trichiasis tout au long de l'année. CBM, Sight Savers International et Helen Keller International utilisent ces camps pour exécuter des chirurgies du trichiasis. Ces opérations du trichiasis sont d'ailleurs également réalisées dans les dispensaires et dans le cadre de la stratégie avancée. En 2006, 5 572 opérations du trichiasis ont été faites à l'échelle nationale et 4 chirurgiens du trichiasis ont été formés.

Antibiotiques (A)

Le programme du Nigeria ne reçoit pas encore de l'azithromycine donné par Pfizer. Sight Savers International continue à acheter de l'azithromycine et en a distribué à 1 737 personnes dans deux communautés de la collectivité de Sabon Birni de l'état de Sokoto en 2006. En plus, 25 102 tubes de pommade à base de tétracycline ont été distribués dans 56 communautés avec l'aide de Sight Savers International, Helen Keller International et CBM.

Respectant les objectifs de l'assistance fournie par la Fondation Conrad N. Hilton, le Centre Carter n'apporte à l'heure actuelle de soutien ni à la chirurgie ni à la distribution d'antibiotiques au Nigeria.

Enquêtes sur la prévalence du trachome prévues en 2007 Etat de Nasarawa et du Plateau, par collectivité locale



Objectifs pour 2007

Education sanitaire et Nettoyage du visage (N)

- Continuer l'éducation sanitaire sur le trachome dans les états de Borno, Sokoto, Kebbi, Zamfara, Katsina, du Plateau et de Yobe
- Continuer les activités d'éducation sanitaire dans 313 villages (Centre Carter)
- Former 280 volontaires de la lutte contre le trachome (2 par village, Centre Carter)

Changement Environnemental (CE –objectifs du Centre Carter)

- Construire 10 000 latrines
- Fabriquer 140 ensembles d'équipement pour les dalles
- Former 280 maçons (2 par village dans 240 villages)
- Activités régulières de nettoyage dans les villages d'intervention

Antibiotiques (A)

- Intensifier la possibilité de recevoir de l'azithromycine par le biais de l'Initiative internationale du trachome pour réduire le coût du traitement et augmenter le nombre de personnes bénéficiant de la distribution de l'azithromycine
- Démarrer l'utilisation des registres de couverture dans toutes les zones d'intervention

Chirurgie (CH)

- Réaliser un camp de chirurgie du TT au Gamari pour former au moins 4 chirurgiens de la paupière et opérer 500 patients pendant le premier trimestre 2007
- Assurer l'approvisionnement en produits consommables pour les états où se déroulent les interventions chirurgicales
- Opérer 2000 patients par état
- Former un plus grand nombre de chirurgiens de la paupière

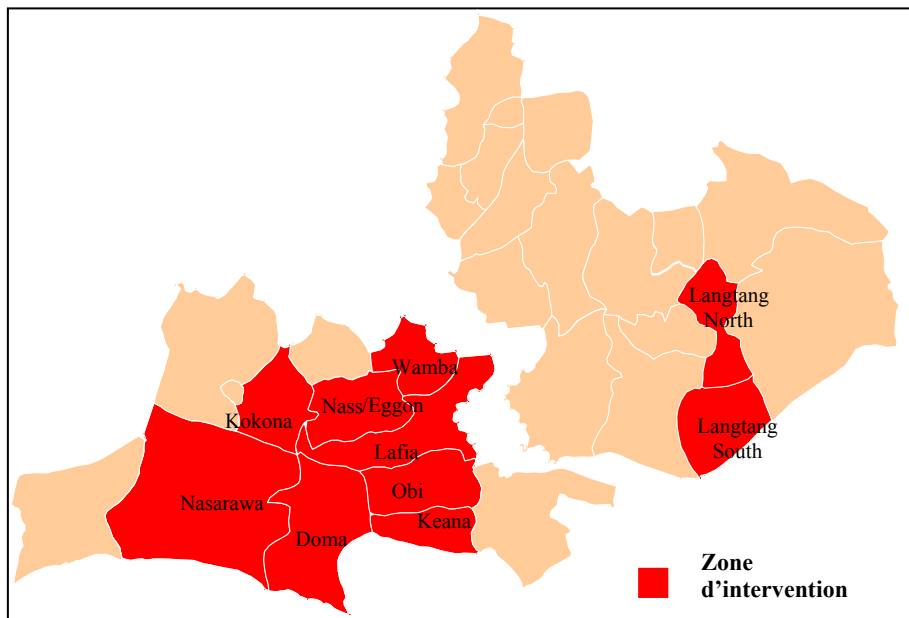


Un agent de santé villageois dispense une éducation portant sur la lutte contre le trachome dans l'état du plateau, Nigeria.

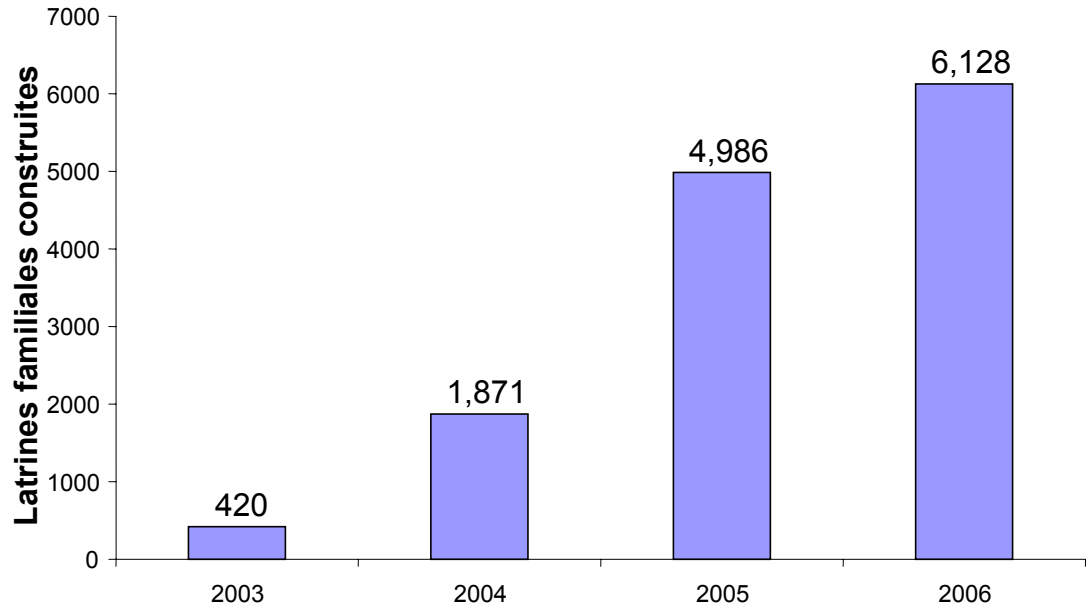
**Etats bénéficiant de l'aide du Centre Carter, 2006
Programme de lutte contre le trachome du Nigeria**



Etats de Nasarawa et du Plateau, avec collectivités locales où intervient le Centre Carter



**Construction de latrines familiales avec l'appui du Centre Carter
2003-2006**



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

L'assistance du Centre Carter au Niger est financée par la Fondation Conrad N. Hilton

Données générales

En 1987 était créé le Programme National de Prévention de la Cécité du Niger (NPBP) et en 1999 les Ministères de la Santé, de l'Éducation ainsi que de l'Eau et du Développement Social mettaient sur pied une équipe nationale du trachome en 1999. Des représentants des organisations sanitaires partenaires dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, CBM, l'Association nigérienne des aveugles, l'Agence africaine musulmane et l'Organisation mondiale de la santé sont également des membres de cette équipe spéciale.

L'enquête nationale sur le trachome la plus récente a été faite en 1997-1999 avec une assistance financière de l'Union européenne et du Centre Carter. Elle constate qu'une moyenne de 44% des enfants de moins de 10 ans souffraient de trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des filles et femmes de plus de 15 ans étaient atteintes de trichiasis. Sur l'ensemble du pays, on estime que 68 300 hommes et femmes ont besoin d'une chirurgie du trichiasis. C'est dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi que la prévalence du trachome est la plus élevée. L'évaluation initiale a montré qu'environ 50% des ménages avaient accès à une eau salubre dans un rayon d'un kilomètre et que 4% des ménages avaient accès à une latrine. A l'échelle nationale, la prévalence initiale (2001) de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 10 ans s'élevait à 52%.

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2006, 4512 villages au total dans trois régions cibles (Zinder, Maradi et Diffa) ont bénéficié de sessions régulières d'éducation sanitaire portant sur la prévention du trachome. A cet effet, une formation en matière de prévention du trachome a été prodiguée à 455 volontaires y compris des agents de santé communautaires et des enseignants afin qu'ils puissent se charger de l'éducation sanitaire communautaire. De 1999 à 2006, on note un accroissement constant du nombre de villages couverts par une éducation sanitaire (voir graphique).

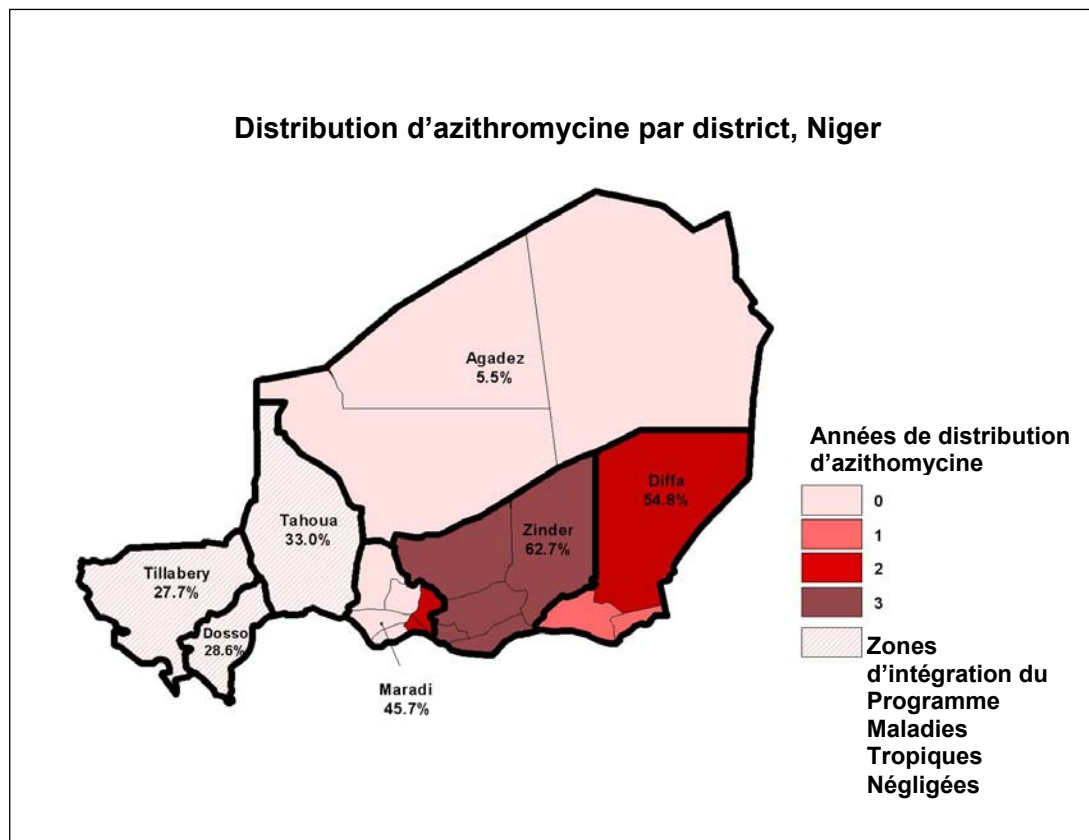
Cherchant à étendre au possible la portée de la campagne d'éducation du programme sur l'ensemble du pays, des messages d'éducation sanitaire ont été produits en langue locale et diffusés sur les stations radiophoniques locales. Des groupes d'écoute radiophonique se sont réunis pour prendre connaissance des 4755 messages qui sont passés sur les ondes au cours de l'année. Et pour ceux qui n'avaient pas accès à une radio, des sketches ont été joués par des artistes et des éducateurs sanitaires dans les grands villages et sur les places du marché. La proportion moyenne d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec un visage propre s'élevait à 86%.

Changement environnemental (CE)

Le projet de promotion des latrines au Niger a démarré en 2002, l'objectif étant de réduire les populations de *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique ainsi que d'améliorer l'hygiène en général. La promotion des latrines reçoit un soutien du programme national, du Centre Carter, des Lions Clubs locaux, de l'Initiative d'approvisionnement en eau de l'Afrique de l'Ouest (WAWI) et de l'UNICEF. En 2006, les partenaires ont prêté main forte au programme pour construire 6 777 latrines familiales à un coût moyen de 15\$ (6 247 de ces latrines ont été construites avec le soutien du Centre Carter). De plus, 411 femmes ont été formées à la fabrication de savon traditionnel et 232 ont appris à construire des latrines. Le programme du Niger a également bénéficié de la construction de 91 nouveaux points d'eau et 15 comités d'eau villageois ont été formés en 2006. Les décideurs ont été sensibilisés à l'importance de l'approvisionnement en eau dans les districts où le trachome est endémique.

Chirurgie (CH)

Un total de 2 532 047 personnes dans les trois régions d'intervention ont reçu de l'azithromycine lors des campagnes de distribution de masse en 2006. De plus, 61 504 personnes ont été traitées avec de la pommade ophtalmique à base de tétracycline. Deux districts dans la région de Maradi (1 016 004 personnes) n'ont pas pu recevoir de l'azithromycine en raison du manque de ressources.



Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Arriver à ce que 80% des enfants aient des visages propres dans les régions soutenues par le Centre Carter
- Former 252 femmes en matière de fabrication du savon traditionnel
- Former 30 comités d'hygiène villageois

Changement Environnemental (CE)

- Former 266 maçons villageois et 30 réparateurs des points d'eau
- Construire 8400 latrines familiales et 60 blocs de latrines scolaires
- Construire 43 nouveaux points d'eau et réparer 44 pompes manuelles

Antibiotiques (A)

- Traiter 6 000 000 personnes avec de l'azithromycine lors de campagnes de traitement de masse
- Continuer la distribution dans 2 districts de la région de Maradi et dans 3 districts de la région de Diffa

Chirurgie (CH)

- Former 66 chirurgiens du trichiasis en plus
- Réaliser des chirurgies correctives de la paupière pour 10 580 personnes (3 399 dans des établissements de santé et 7 181 dans des camps mobiles)

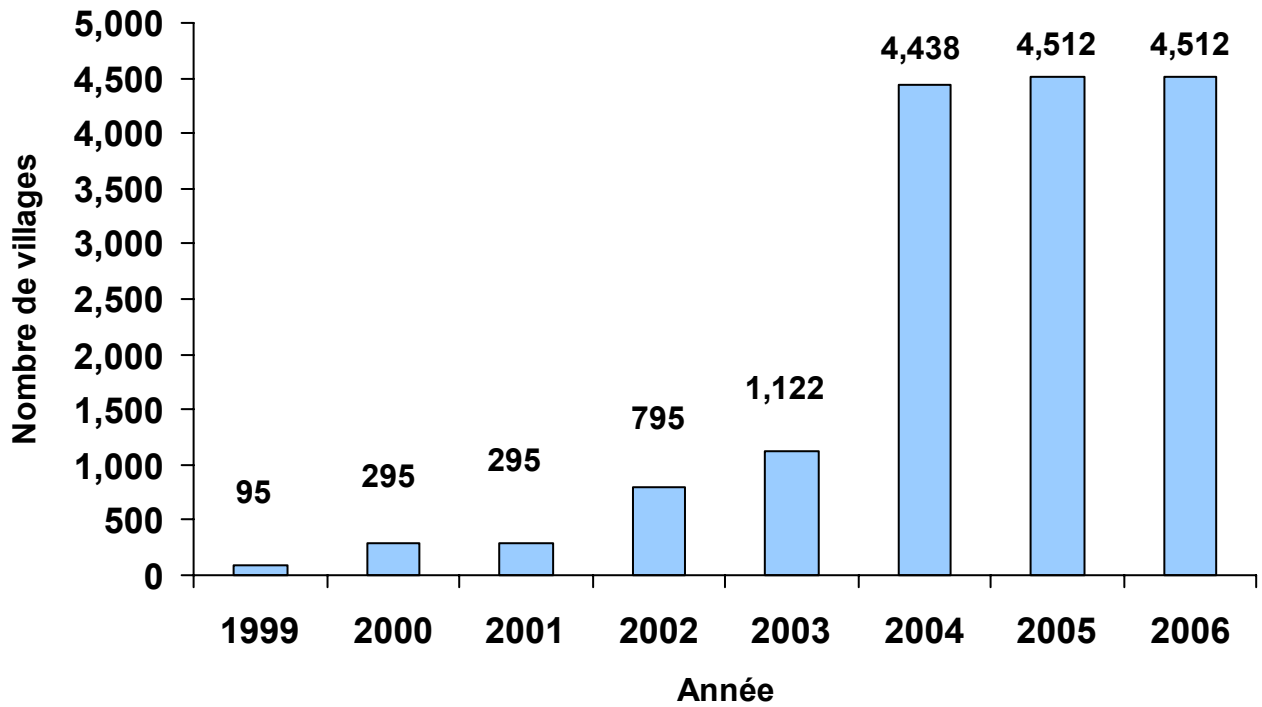
Autre

- Etendre les activités de lutte contre le trachome à 3 nouvelles régions : Tillabéri, Dosso et Tahoua

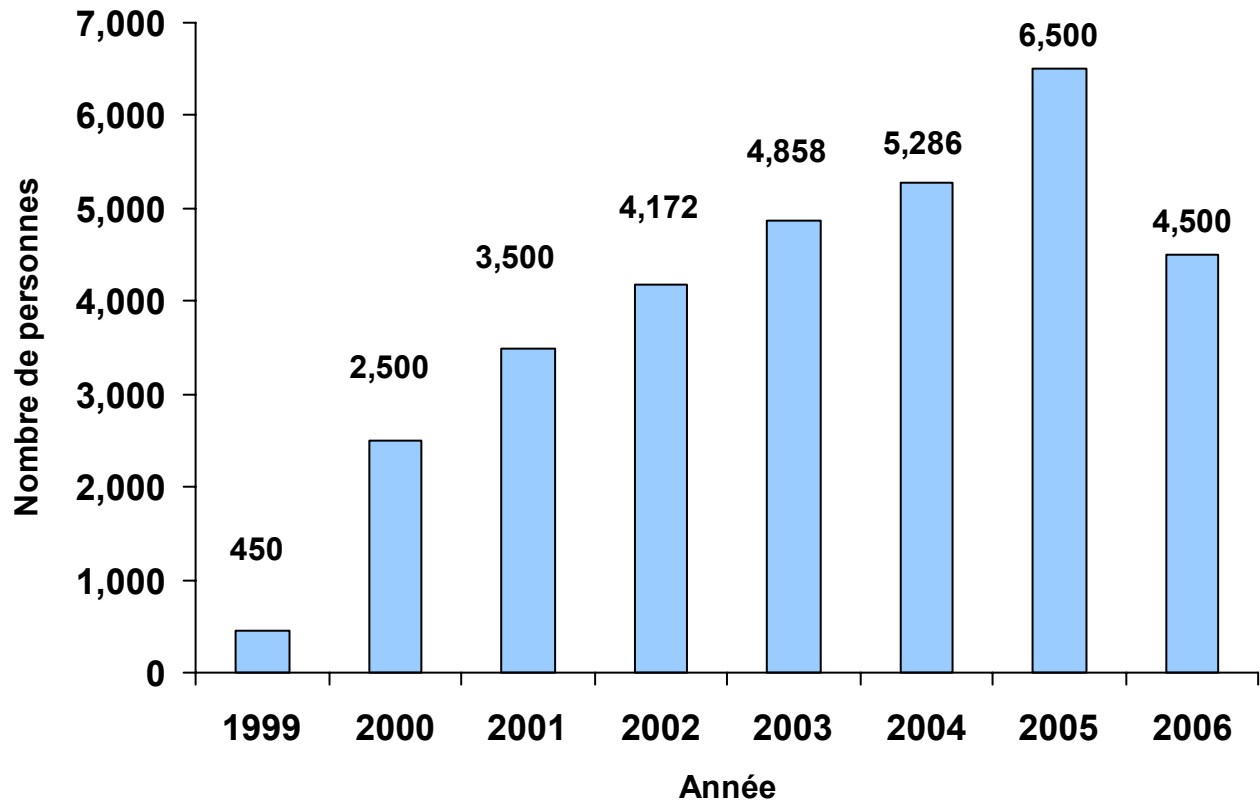


Une femme (à gauche) démontre comment fabriquer du savon avec des matériaux disponibles localement. Le programme de lutte contre le trachome a fait une évaluation des latrines en novembre 2006 (à droite).

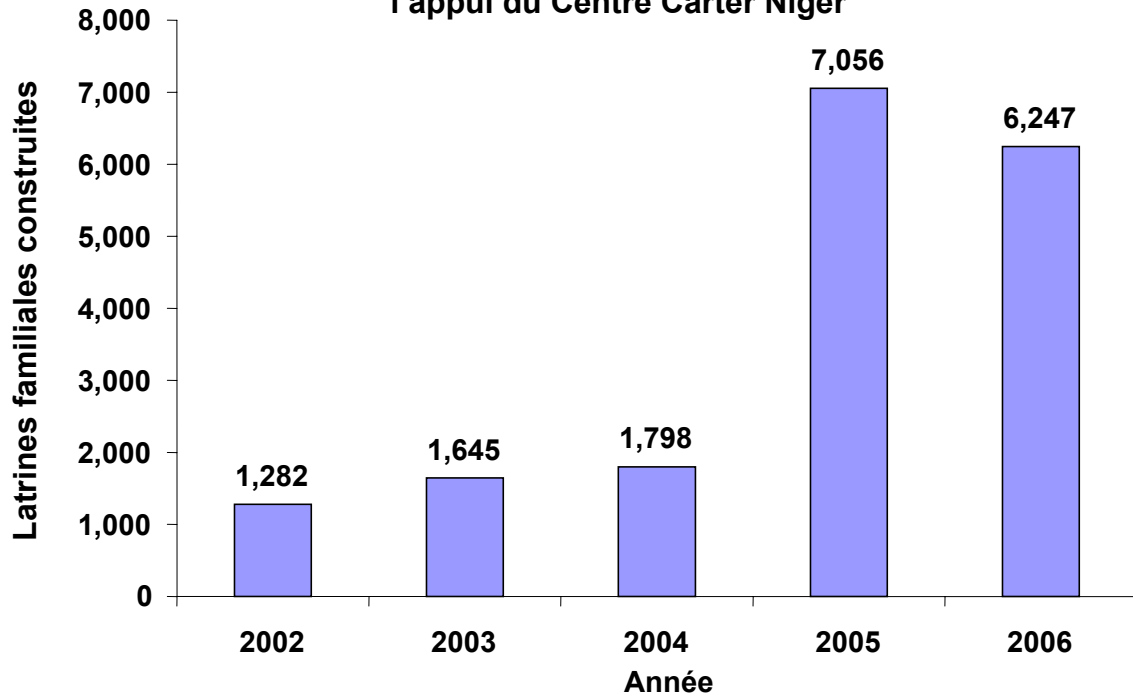
Villages recevant une éducation sanitaire, Niger



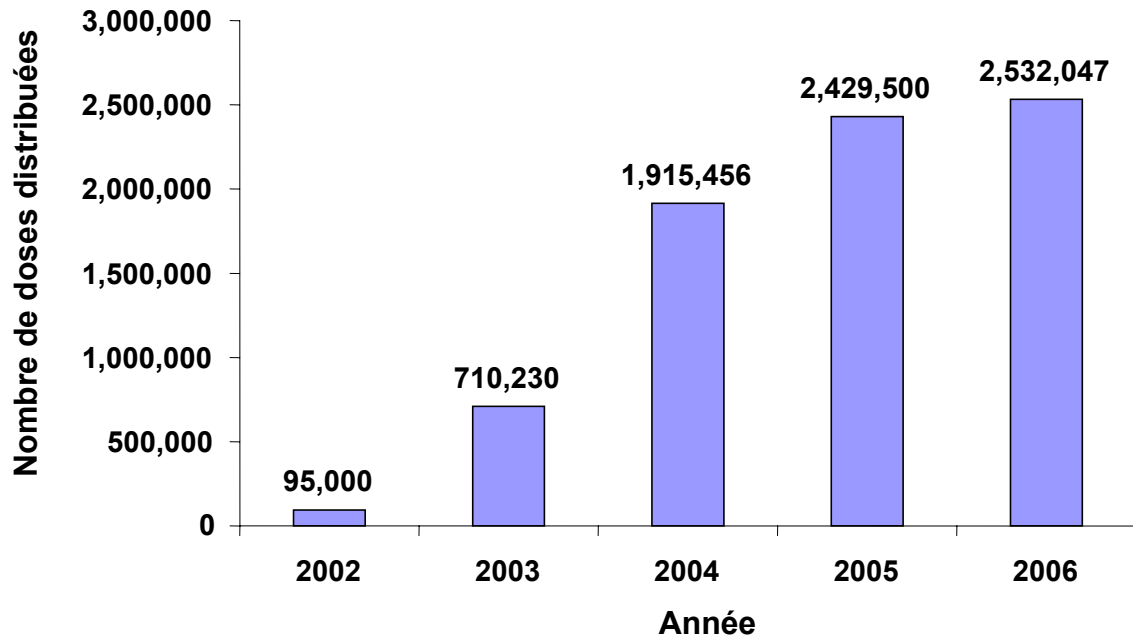
Personnes recevant une chirurgie du trichiasis, Niger



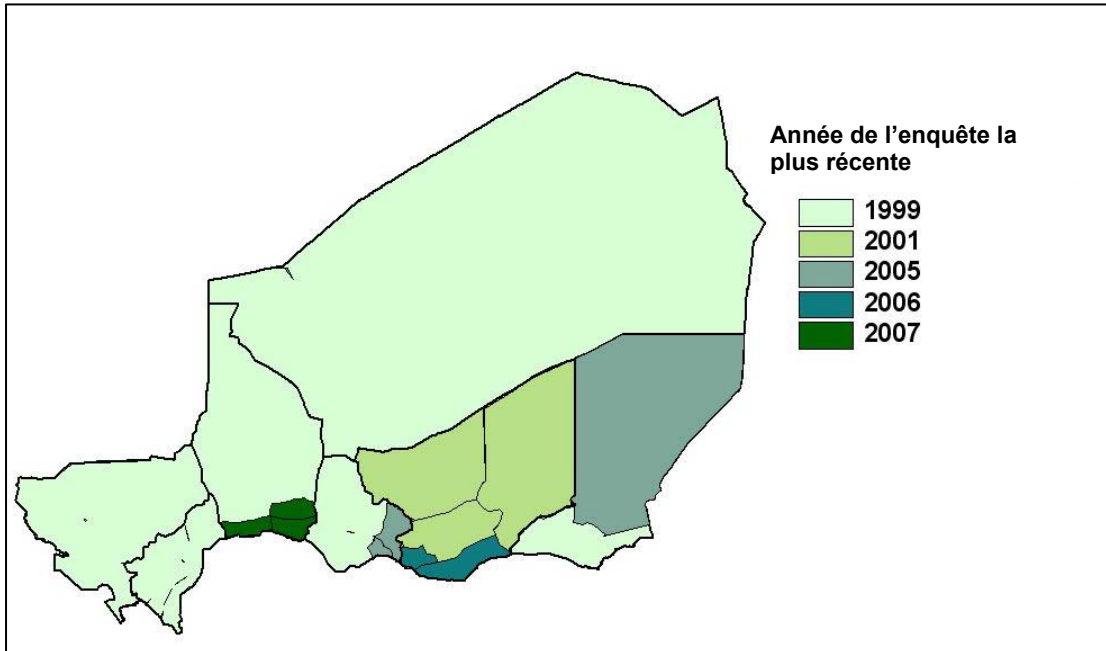
Construction de latrines familiales avec l'appui du Centre Carter Niger



Distribution nationale d'azithromycine, Niger



**Enquêtes sur la prévalence du trachome réalisées au Niger
1999-2007**



Programme de lutte contre le trachome du Mali

Présenté par M. Yaya Kamissoko, Responsable du programme de lutte contre le trachome, Centre Carter- Mali

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

Données générales

La première enquête nationale sur la prévalence du trachome, faite en 1996-1997, a constaté que le trachome revêtait un caractère endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF et/ou TI) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et la prévalence du trichiasis chez les filles et les femmes de plus de 15 ans était de 2,5%. Face à de tels résultats, un programme national de prévention de la cécité a été mis sur pied en 1994. En octobre 1999, le Programme de lutte contre le trachome a été démarré à Koulikoro lors d'une cérémonie officielle avec l'ancien Président des Etats-Unis Jimmy Carter, l'ancien chef d'état le Général Amadou Toumani Touré (l'actuel président du Mali) et ensuite le Président des Lions Clubs Internationaux, Jim Ervin.

Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées au trachome, faites dans la Région de Koulikoro en 1996 et en 2000, ont dégagé des données sociologiques initiales servant de base à l'élaboration de stratégies et matériel d'éducation sanitaires. Un plan national de 5 ans finalisé en 2005 reste en attente de l'approbation officielle du gouvernement.

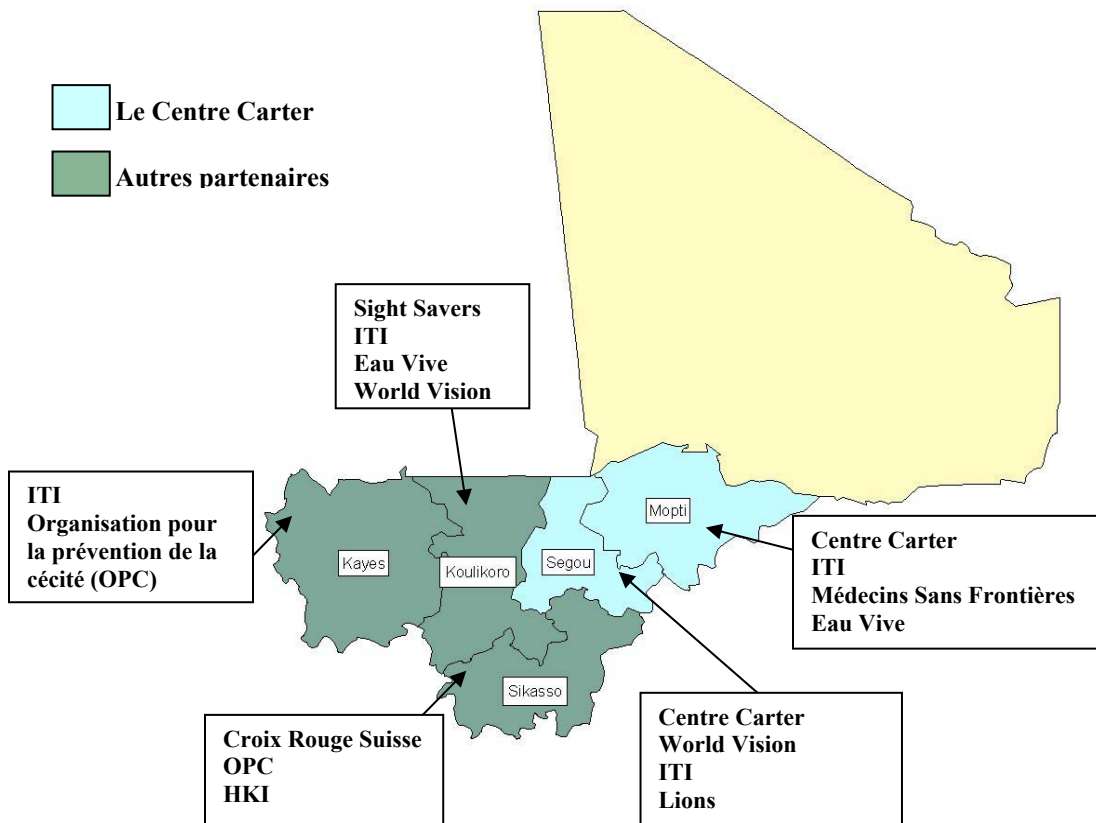
Au Mali, les activités d'éducation sanitaires ont été exécutées par le biais de multiples canaux : par les radios rurales, les instituteurs du primaire, les agents de la santé environnementale, les éducateurs villageois, les superviseurs des ONG et les responsables du terrain et lors de réunions villageoises, par exemple les baptêmes et les mariages. En 2003, de nouvelles stratégies et du nouveau matériel d'éducation sanitaire pour le trachome (documentaire, vidéo, émission radio et bande dessinée) ont été mis au point avec le soutien de Johns Hopkins University, notamment un logo et un slogan pour la campagne d'éducation et un manuel de formation. Par ailleurs, le programme a mis sur pied des campagnes radiophoniques et télévisées pour transmettre des informations sur le trachome et sa prévention, cherchant ainsi à atteindre le plus grand nombre de personnes courant le risque de contracter le trachome. Le programme de l'école primaire au Mali traite lui aussi du trachome et de sa prévention.

Une enquête nationale faite en 2001 a constaté que 23% des ménages n'avaient pas de latrines (30% dans les zones rurales). En 2003, la Division Nationale de l'Hygiène et le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali ont déployé une campagne de promotion des latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou avec l'assistance de l'Initiative Internationale du Trachome (ITI) et du Centre Carter.

D'après des estimations de 1997, 85 700 personnes attendent d'être opérées du trichiasis. De 1999 à 2006, 29 052 personnes ont été opérées (34% du nombre en attente estimé). La chirurgie du trichiasis est réalisée dans 5 établissements du Mali ainsi que dans le cadre des stratégies avancées et campagnes rurales de chirurgie du trichiasis. Nombreux sont les partenaires qui apportent une assistance aux interventions chirurgicales, notamment Helen Keller International, ITI, Médecins Sans Frontières Luxembourg, Organisation pour la Prévention de la Cécité, Sight Savers International et la Croix Rouge suisse.

Depuis 2001, le programme malien a distribué de l'azithromycine donnée par Pfizer lors de campagnes de traitement de masse. Actuellement, ce produit est distribué dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti et Ségou.

Carte 1. Le Mali et les partenaires de la lutte contre le trachome



Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Le Centre Carter a apporté une assistance à la réalisation de l'éducation sanitaire dans 809 villages en 2006. Les radios rurales dans tous les districts sanitaires ont fait passer des messages d'éducation sanitaire sur le trachome – 20 animateurs radio ont d'ailleurs suivi une formation portant sur le trachome. Par ailleurs, cherchant à renforcer

l'éducation régulière en hygiène, le programme a formé 1 572 agents de santé communautaire et 423 enseignants dans des villages d'endémicité ciblés (dont 20-30% sont des femmes). Une semaine du trachome s'est déroulée dans le district de Tominian dans la région de Ségou avec éducation sanitaire, chirurgie du trichiasis et distribution d'antibiotiques.

Changement Environnemental (CE)

Le programme national a porté à 212 187 le nombre de latrines familiales représentant son But Final d'Intervention. Il s'agit en effet du minimum pour arriver à une couverture de 50% en latrines familiales Sanplat. En 2006, 14 557 latrines familiales avec des dalles Sanplat ont été construites à un coût unitaire moyen de 14,60\$ (11 849 avec le soutien du Centre Carter). En plus, 33 latrines à fosses ventilées et améliorées ont été construites par le programme national. Les capacités locales ont, elles aussi, été renforcées puisque 681 maçons des villages ont suivi une formation portant sur la construction de latrines et ont reçu des outils.

L'approvisionnement en eau dans les communautés endémiques est soutenu par le Ministère de l'Eau et des ONG (Helen Keller International), les Lions Clubs locaux, World Vision et l'USAID. En 2006, 106 réparateurs de points d'eau ont été formés.

Chirurgie (CH)

En 2006, 5 272 personnes ont été opérées, d'où une réalisation de 65,9% du but annuel. Le programme a cité des difficultés suite au manque de ressources humaines pour la stratégie avancée et au manque de soutien des partenaires pour la chirurgie.

Antibiotiques (A)

En 2006, des antibiotiques ont été distribués dans les régions de Ségou, Kayes, Koulikoro et Mopti. Une formation a été dispensée à 5 783 distributeurs villageois et l'azithromycine a été distribuée à 3 935 247 personnes, d'où une réalisation de 58% du but de 6 778 630 personnes. Le programme national n'a pas été en mesure d'acheter de la pommade oculaire à base de tétracycline aux fins de distribution cette année.



Un maçon (à gauche) termine une dalle de la latrine. A droite, une latrine est inspectée lors d'une évaluation des latrines.

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Former 750 agents de santé communautaire (600 avec le soutien du Centre Carter)
- Former 500 enseignants et 315 élèves
- Former 131 infirmiers dans des dispensaires ruraux
- Organiser une campagne radiophonique dans les régions de Ségou, Mopti, Sikasso, Koulikoro et Kayes
- Revoir la boîte à images éducative

Changement Environnemental (CE)

- Aider 20 000 ménages à construire des latrines Sanplat

Antibiotiques (A)

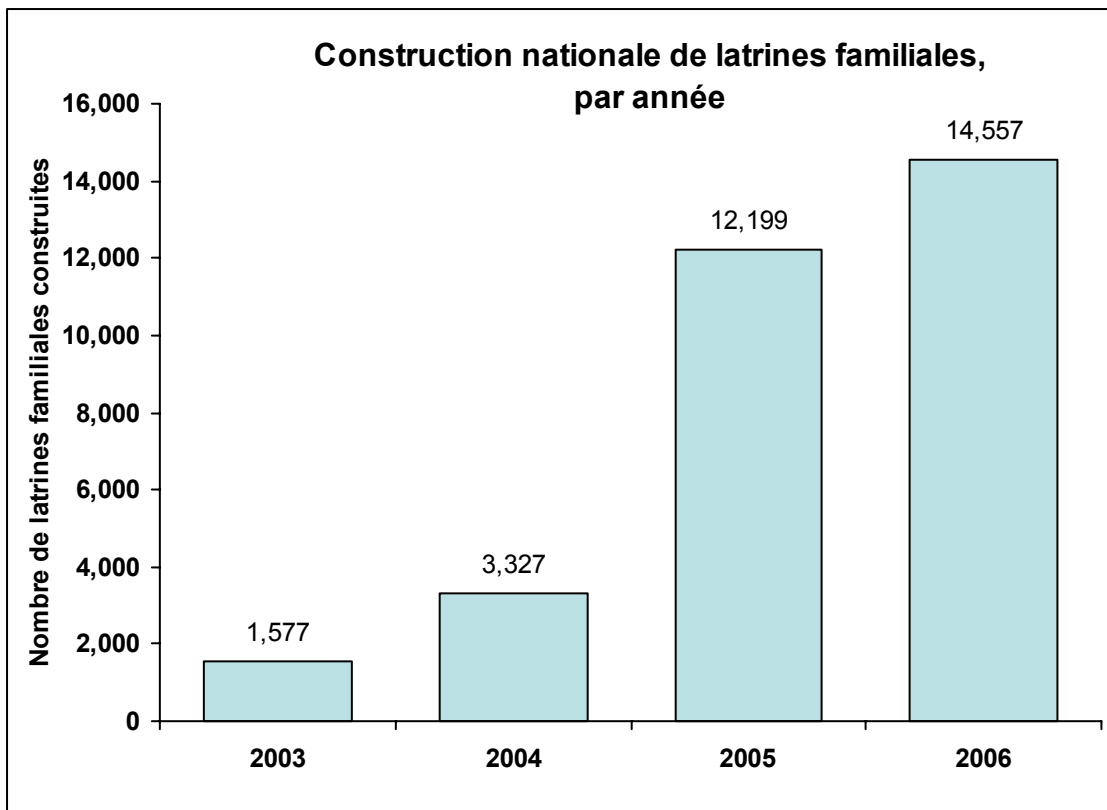
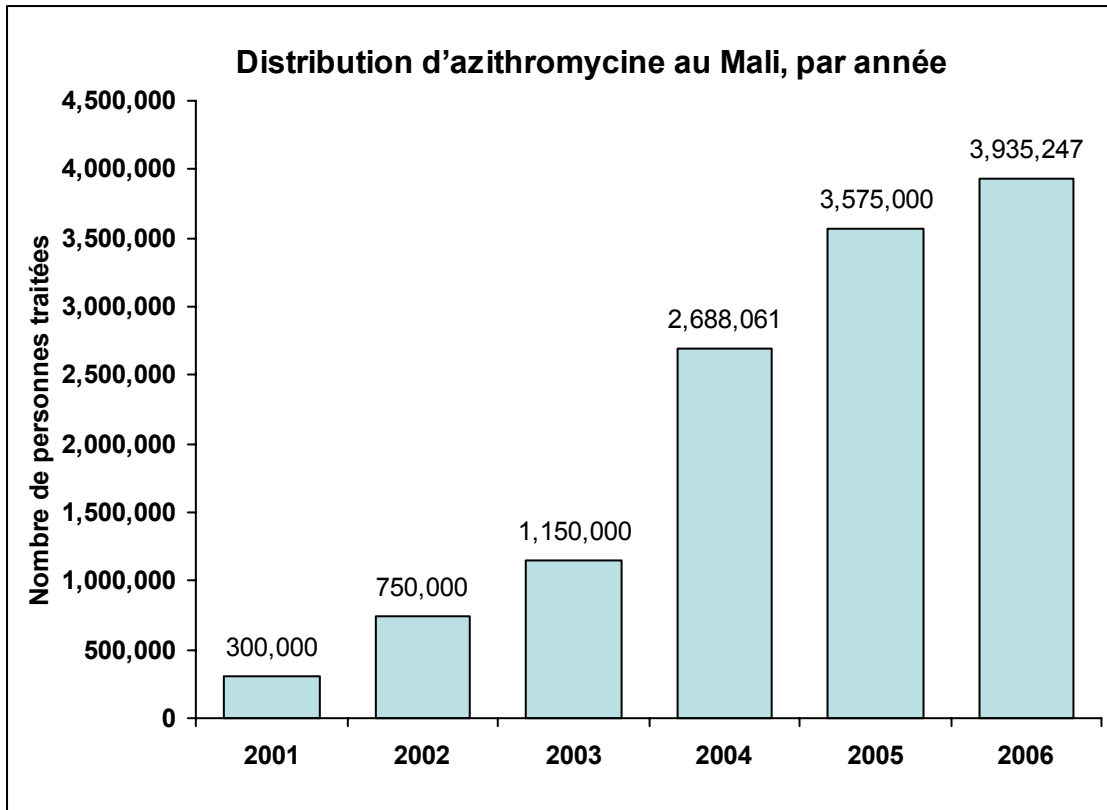
- Distribuer de l'azithromycine à 6 777 000 personnes dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti et Kidal

Chirurgie (CH)

- Opérer du trichiasis 14 000 personnes

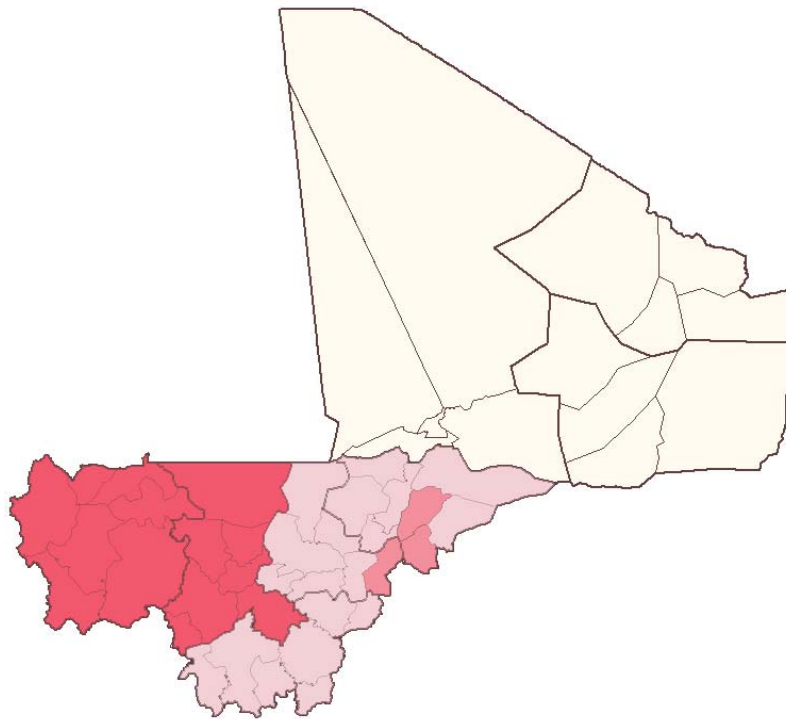
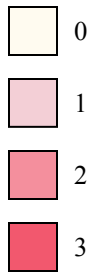
Récapitulatif des accomplissements de l'intervention CHANCE, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de personnes recevant une chirurgie du TT	1 500	2 500	2 500	4 150	4 500	2 758	5 872	5 272
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	0	0	300 000	750 000	1 150 000	2 688 061	3 575 000	3 935 247
Nombre de personnes recevant de la tétracycline	0	0	0	0	0	0	75 000	0
Nombre de latrines familiales construites	0	0	0	0	1 577	3 327	12 199	14 557
Nombre de latrines familiales construites avec le soutien du Centre Carter	0	0	0	0	477	2 646	8 354	11 849



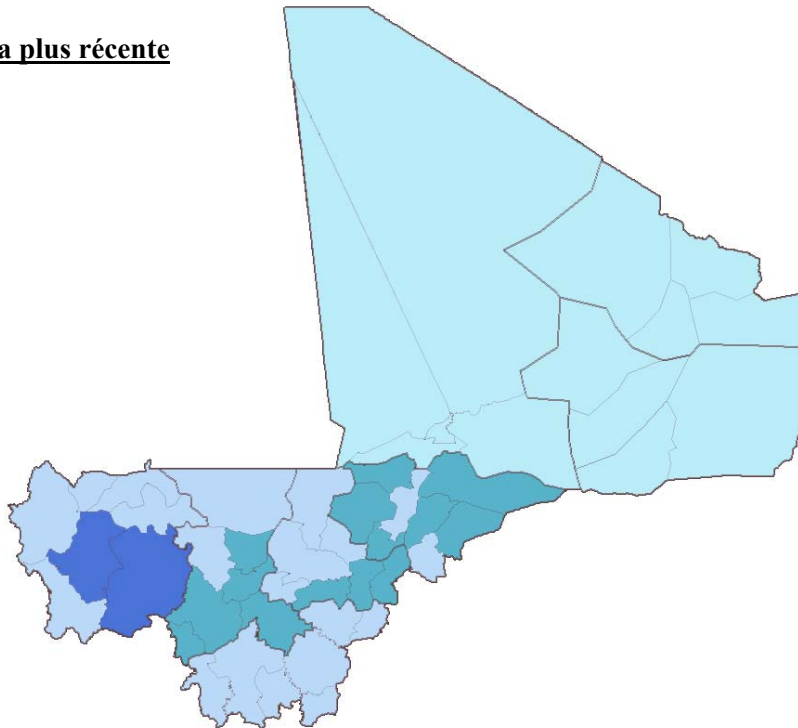
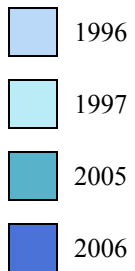
Carte 2. Distribution d'azithromycine, par district

Années de distribution



Couverture de l'enquête sur la prévalence, par année

Année de l'enquête la plus récente



Programme de lutte contre le trachome du Ghana

Présenté par le Dr Oscar Debrah, Chef des soins oculaires, Service du santé au Ghana

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

Données générales

Le trachome est la troisième cause de cécité au Ghana, après la cataracte et le glaucome. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de lutte contre le trachome à réaliser la première enquête sur la prévalence du trachome auprès de la population dans les Régions de l'Upper West (UWR) et Northern (NR). Le Centre Carter a également apporté une assistance aux premières études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) dans les régions UWR (décembre 1999) et NR (juillet 2000), utilisant à cet effet les enquêtes auprès des ménages, les discussions focalisées et les observations directes dans la communauté. Les résultats de ces études ont été utilisés lors d'ateliers en octobre 2000 et en janvier 2001 lors desquels ont été formulés les plans locaux et régionaux de la lutte contre le trachome. On estime à 9 963 le nombre de chirurgies du trichiasis en attente (alors qu'il était de 13 200 lors du démarrage du programme, 25% des cas en attente ont été opérés). La population exposée au risque de contracter le trachome dans les deux régions s'élève au total à 2 717 689.

Le Programme du Ghana a commencé à appliquer la stratégie CHANCE dans 5 districts dès 2000-2002 et l'a étendue à un sixième district en 2003. Le programme a réalisé une enquête sur la prévalence du trachome dans 551 communautés des deux régions afin de faciliter l'expansion et d'inclure ainsi en 2004 tous les sous-districts où le trachome est endémique. Fort de ces résultats, le programme a avancé à 681 communautés couvrant tous les districts du pays où l'on sait que le trachome est endémique.

L'Equipe nationale de la lutte contre le trachome composée d'organisations gouvernementales et non gouvernementales supervise les activités de la lutte contre le trachome au niveau national. Dans chaque région où la maladie est endémique, une équipe spéciale régionale planifie et suit les activités de lutte contre le trachome. Elle rend ensuite compte à l'équipe nationale et informe également les districts et d'autres partenaires. Une structure analogue au niveau du district collabore étroitement avec des agents de première ligne pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les communautés ciblées. Le Programme de lutte contre le trachome au Ghana s'est fixé 2010 comme date d'élimination du trachome cécitant.

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2006, 2 215 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue portant sur le trachome. Environ 45 000 séances d'éducation familiale et 8 000 séances d'éducation communautaire ont été réalisées par des agents de première ligne. Chaque semaine, étaient diffusés plus de 2 heures de programmes radiophoniques sur 5 stations dans 2 districts (pour un public d'environ 2 millions de personnes). Des musiciens et des vedettes du pays prennent part activement à la campagne d'éducation sanitaire. De

nouveaux messages et chants du trachome ont été créés et diffusés. Un total de 600 éducateurs sanitaires ont été formés dans 26 districts et 45 écoles ont reçu une éducation sanitaire sur le trachome – plus de 1000 stations de lavage des mains et du visage ont été installées et plusieurs nouvelles boîtes à images ont été mises au point.

Changement environnemental (CE)

Actuellement, le Centre Carter soutient la construction de latrines dans 65 communautés des Régions Upper West et Northern, ayant achevé 889 latrines en 2006 pour un coût unitaire de 33,01\$. Une aide à l’approvisionnement en eau est donnée par WaterAid, World Vision Ghana, UNICEF, WAWI, USAID et l’Eglise du Christ. En 2006, 834 puits creusés à la main ou forés ont été installés dans les communautés où le trachome est endémique.

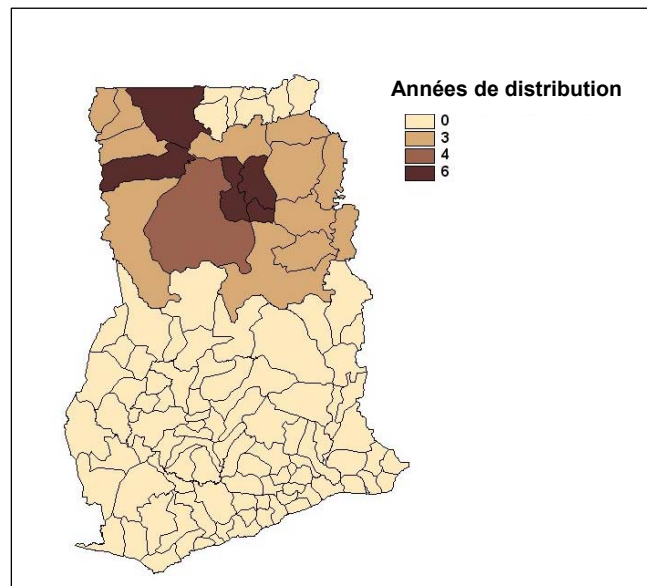
Chirurgie (CH)

Diverses activités entrent dans le champ de la chirurgie du trichiasis au Ghana : sensibilisation, identification et enregistrement de cas lors de la recherche active et systématique de cas, identification passive de cas, chirurgie en milieu communautaire et clinique et suivi des personnes opérées. En 2006, 626 personnes ont obtenu une chirurgie du trichiasis. Le programme au Ghana a constaté que la recherche systématique de cas, maison après maison, améliore le dépistage et l’enregistrement de cas. L’acceptation de l’acte chirurgical est élevée lorsque cette intervention est réalisée dans la propre communauté de l’individu et le témoignage positif de patients satisfaits vaut une acceptation encore plus grande par les communautés voisines.

Antibiotiques (A)

En 2006, 825 217 personnes ont reçu de l’azithromycine dans le cadre de la distribution de masse. Le programme national a également distribué de la pommade oculaire à base de tétracycline à 20 134 personnes. Le programme de lutte contre le trachome au Ghana constate que l’azithromycine est davantage accepté car la communauté le reconnaît comme un médicament sûr et efficace. Le programme constate également que la participation active des chefs et des volontaires aux diverses activités et le don de bicyclettes de la Croix Rouge ont amélioré l’organisation des activités dans les communautés.

Distribution d’azithromycine au Ghana, par district



Récapitulatif des accomplissements du programme à l'aide de CHANCE, 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de personnes souffrantes du TT	336	421	383	951	1 146	626
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	71 438	101 174	163 931	292 715	740 884	825 217
Nombre de personnes recevant de la tétracycline	6 292	6 668	9 785	15 101	12 697	20 134
Nombre de latrines familiales construites	14	206	791	1 141	3 828	889

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Former 931 agents de santé pour la lutte contre le trachome, en recycler 3900
- Mettre au point et diffuser 30 messages radiophoniques pour atteindre éventuellement toutes les communautés où le trachome est endémique au Ghana
- Imprimer 5000 matériels éducatifs
- Produire des documentaires vidéo en 2 langues

Changement Environnemental (CE)

- Construire 200 points d'eau potable
- Construire 5000 latrines familiales

Chirurgie (CH)

- Dépister et opérer 3000 personnes souffrant de trichiasis
- Former et recycler 650 enseignants et 130 agents de santé environnementaux pour qu'ils arrivent à identifier correctement le trichiasis
- Former 3 900 volontaires concernant le dépistage des cas

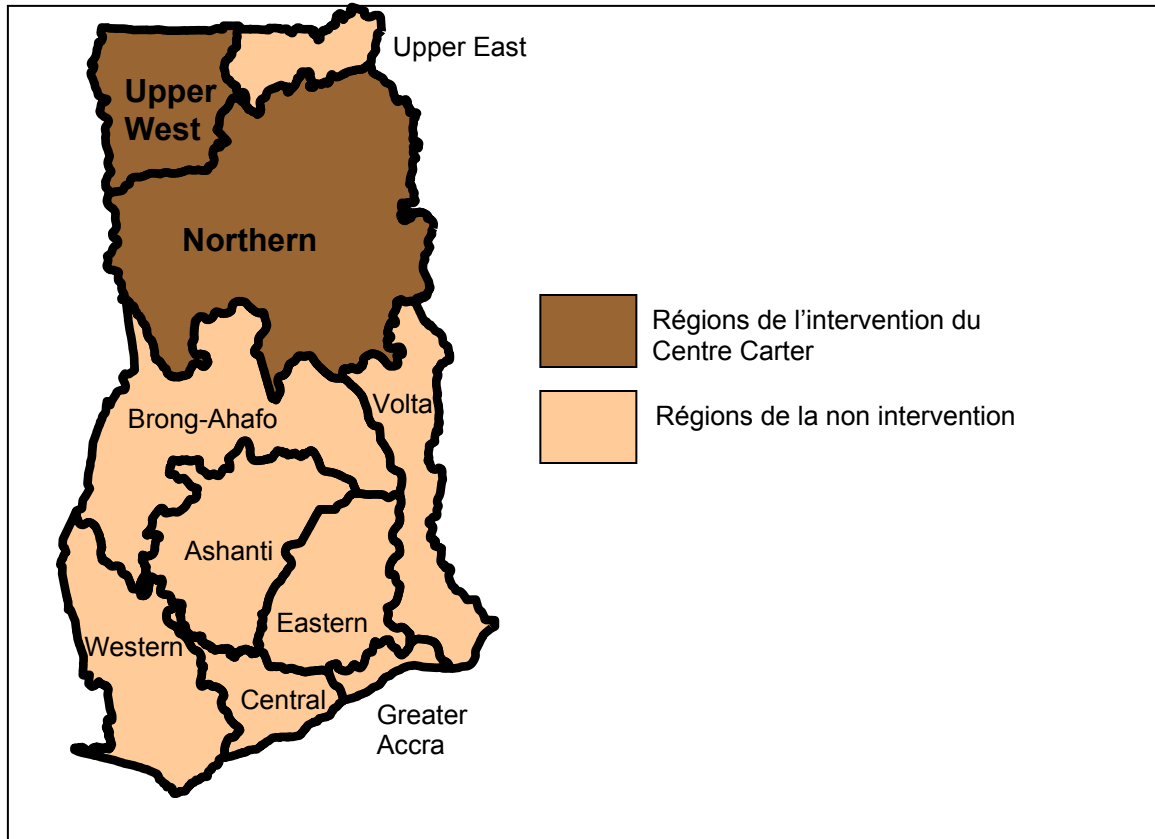
Antibiotiques (A)

- Distribuer des antibiotiques à 957 000 personnes

Autres

- Présenter les résultats de l'enquête sur la prévalence initiale du trachome dans la Région Upper East

Régions de l'intervention du Centre Carter au Ghana



Les élèves se mettent au courant de la prévention du trachome grâce à l'éducation sanitaire à l'école

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

Présenté par le Dr Awad Hassan, coordinateur du programme national de la lutte contre le trachome, Ministère fédéral de la santé, Gouvernement du Soudan

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

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Sud du Soudan les 10 états au sud. Les zones du GOS comptent une population d'environ 26 millions de personnes dont 4 millions de personnes déplacées dans le pays.

Si depuis longtemps, on sait que le trachome est un grave problème de santé publique au Soudan, par contre peu de données étaient disponibles avant mai 1999. C'est à cette époque que le Ministère fédéral de la Santé du Soudan (FMOH) terminait les premières enquêtes sur la prévalence du trachome auprès de la population avec l'assistance financière de la Fondation Conrad N. Hilton et le soutien technique du Centre Carter. Une enquête s'est déroulée à Wadi Halfa, au Nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud. On pensait auparavant que le trachome était un grave problème uniquement dans le Nord mais les enquêtes ont confirmé que le trachome était une cause de grave infirmité et de cécité aussi bien dans les Etats du Sud que du Nord.

Ces résultats de l'enquête ont abouti par la suite à la signature d'un accord pour l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter. Pfizer Inc a commencé à donner, en août 2000, de l'azithromycine (Zithromax®) au Soudan par l'intermédiaire de l'Initiative Internationale du Trachome.

En mars 2005, le Ministère Fédéral de la Santé a signé une résolution stipulant que le Programme de lutte contre le trachome s'était joint officiellement au Programme national de prévention de la cécité (NPPB), relevant de la responsabilité de son coordinateur, Dr Kamal Hashim. Les activités soutenues par le Centre Carter dans les zones du GOS continuent à être coordonnées et suivies à partir de Khartoum. En 2005, le programme avait commencé à décentraliser les activités du programme confiant la mise en œuvre aux ministères locaux de la santé et aux collectivités locales.

Dans les régions du programme du GOS, la chirurgie routinière du trichiasis est effectuée par des ophtalmologues et des assistants formés en ophtalmologie dans les hôpitaux centraux et des divers états. Lors des camps oculaires dans les zones rurales, les ophtalmologues

réalisent des chirurgies du trichiasis en plus des chirurgies régulières de la cataracte. Les tarifs sont dégressifs pour la chirurgie du TT dans les hôpitaux. Par contre, ces opérations sont gratuites dans les camps oculaires. La distribution d'antibiotiques dans les zones du GOS est décentralisée et effectuée par les ministères de la santé des divers états, avec l'assistance du programme national. Les superviseurs locaux et les agents de santé villageois organisent la distribution des médicaments qui est d'ailleurs précédée par la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire. Les communautés d'endémicité fixent les dates de la distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et cherchent à sensibiliser à la campagne. Selon une nouvelle politique nationale, les distributeurs de médicaments ne pourront pas toucher d'incitations financières.

Accomplissements du programme en 2006

En 2006, le programme s'est attelé à enquêter divers états et emplacements pour évaluer les interventions et obtenir des données initiales pour les nouveaux endroits. Des enquêtes ont été réalisées, en avril, dans le camp de Jabal Awlia (état de Khartoum) où se trouvent les personnes déplacées du pays, dans le camp Haj Yusif en juin et, en décembre, à Kassala dans l'état de Kassala. Un protocole de participation communautaire a également été rédigé en 2006. Le programme a recruté trois responsables de santé publique qui sont venus s'ajouter au rang du programme national de lutte contre le trachome.

Résultats provisoires de l'enquête sur la prévalence, Gouvernement du Soudan

Indicateurs sur la prévalence		Dongola	Kassala (rural)	Jabal Awlia	Haj Yusif
TF et/ou TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans	% (95% IC)	8,57% (3,37-13,78)	0,26% (-0,22-0,74)	5,05% (2,55-7,55)	3,06% (0,32-5,80)
TF et/ou TI chez les personnes âgées de plus de 10 ans	% (95% IC)	27,78% (20,53-35,03)	3,69% (1,24-6,14)	7,76% (4,19-11,33)	9,63% (7,68-11,58)
TT chez les personnes âgées de plus de 15 ans	% (95% IC)	1,41% (0,18-2,64)	1,08% (0,44-1,73)	2,96% (-0,24-6,17)	1,13% (0,29-1,96)

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Le programme de lutte contre le trachome du GOS a mis au point un livret éducatif pour les enfants s'inspirant d'une bande dessinée racontant l'histoire d'un lapin (conçu par Helen Keller International). Des sacs à dos avec la stratégie « Jamal » (traduction de CHANCE en arabe) ont été conçus et 1 000 exemplaires ont été distribués aux éducateurs sanitaires. Les messages sur le trachome ont été portés au programme scolaire. Une formation a été donnée aux instituteurs et on leur a également distribué du matériel portant sur le trachome.

Dans l'Etat du Nord, l'éducation sanitaire est réalisée via les mass médias (radio). Il existe 15 clubs actifs du trachome dont chacun compte plus de 25 participants. Une formation a été dispensée à 156 éducateurs sanitaires dans les 27 villages recevant régulièrement des activités d'éducation sanitaire. Le programme national couvre probablement une population de 15 000 personnes dans le Northern State avec ses activités d'éducation sanitaire.

Changement Environnemental (CE)

Le programme de la lutte contre le trachome du GOS n'encourage pas encore la construction de latrines familiales dans ses zones d'intervention. Le programme est représenté depuis 2005 dans l'équipe spéciale UNICEF d'approvisionnement en eau et d'assainissement environnemental. Les communautés où le trachome est endémique jouent elles-mêmes un rôle important dans l'approvisionnement en eau.

Chirurgie (CH)

Un programme chirurgical décentralisé est en place actuellement dont s'occupent les coordinateurs du trachome au niveau des états. Le programme national a mis au point et a imprimé un module de formation sur le trichiasis. Il applique également les critères de certification pour les chirurgiens du trichiasis. Nombreux sont ses partenaires : hôpitaux, centres et services de soins oculaires, Centre Carter, Fondation Al Baser International, FIMA et HelpAge International. En 2006, 1 183 chirurgies ont été réalisées, représentant ainsi 47,3% de l'objectif annuel. Douze nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés ainsi que 6 assistants médicaux en matière de classement et de prévention du trachome. On estime que 18 817 personnes attendent d'être opérées bien que tous les états n'aient pas été enquêtés et ce nombre pourra évidemment changer lorsque de nouvelles informations seront disponibles.

Antibiotiques (A)

En 2006, des distributions de masse ont été organisées à Dongola dans le Northern State et dans les camps de personnes déplacées de l'Etat de Khartoum. Les antibiotiques ont été distribués maison après maison et la prise de ces médicaments s'est faite sous observation directe par un assistant médical ou un agent de santé communautaire. Les enquêtes récentes sur la prévalence ont confirmé que les niveaux de prévalence du trachome dans l'état de Kassala ne demandaient pas d'interventions avec des antibiotiques. Le stock excédentaire d'azithromycine réservé à Kassala a été expédié vers le Soudan du Sud.

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Le programme peaufinera les plans existants et se donnera des indicateurs et un suivi plus solide, en collaboration avec le Ministère de la Santé du Northern State, aux fins d'utilisation en 2007.
- On insistera sur le lavage du visage à l'aide de toute une gamme de techniques, lors de la semaine du trachome à Dongola, Northern State. Cet événement pavera le chemin des semaines du trachome qui se dérouleront dans d'autres endroits pendant l'année.

- Le programme a l'intention de terminer la conception et la production des affiches SAFE/JAMAL.

Changement Environnemental (CE)

- Des interventions environnementales plus solides seront envisagées une fois qu'on disposera des résultats des futures enquêtes sur la prévalence. Il ne s'agira pas d'interventions d'envergure dans l'état Northern vu qu'il y existe déjà un niveau élevé d'assainissement et d'approvisionnement en eau.

Chirurgie (CH)

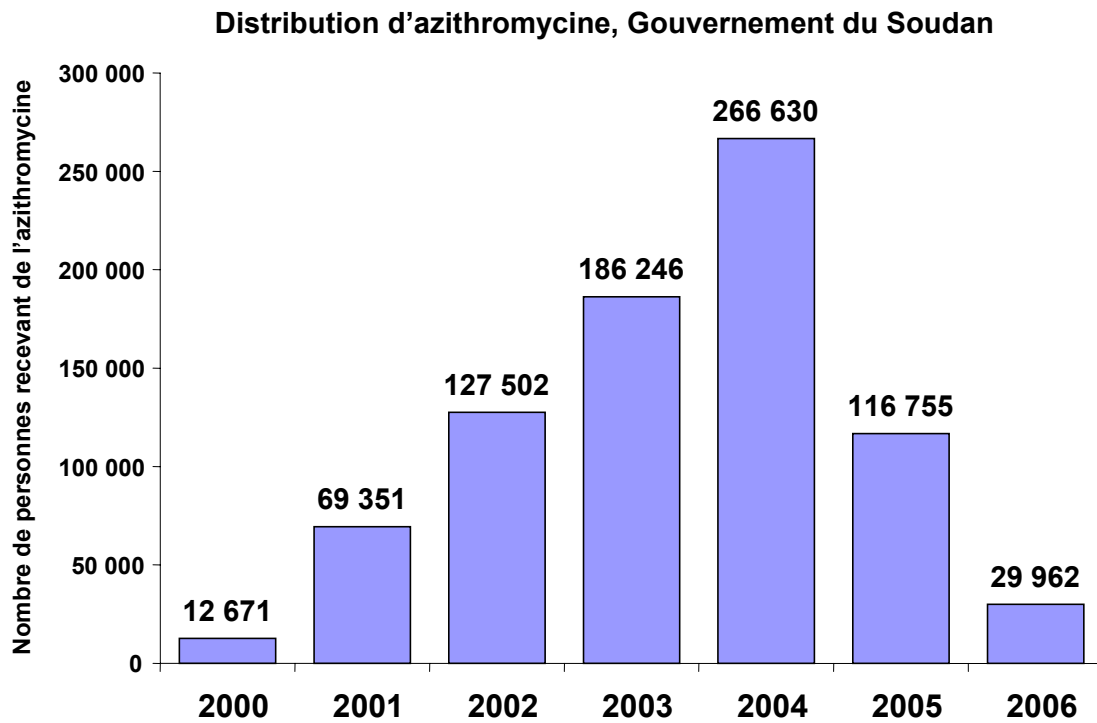
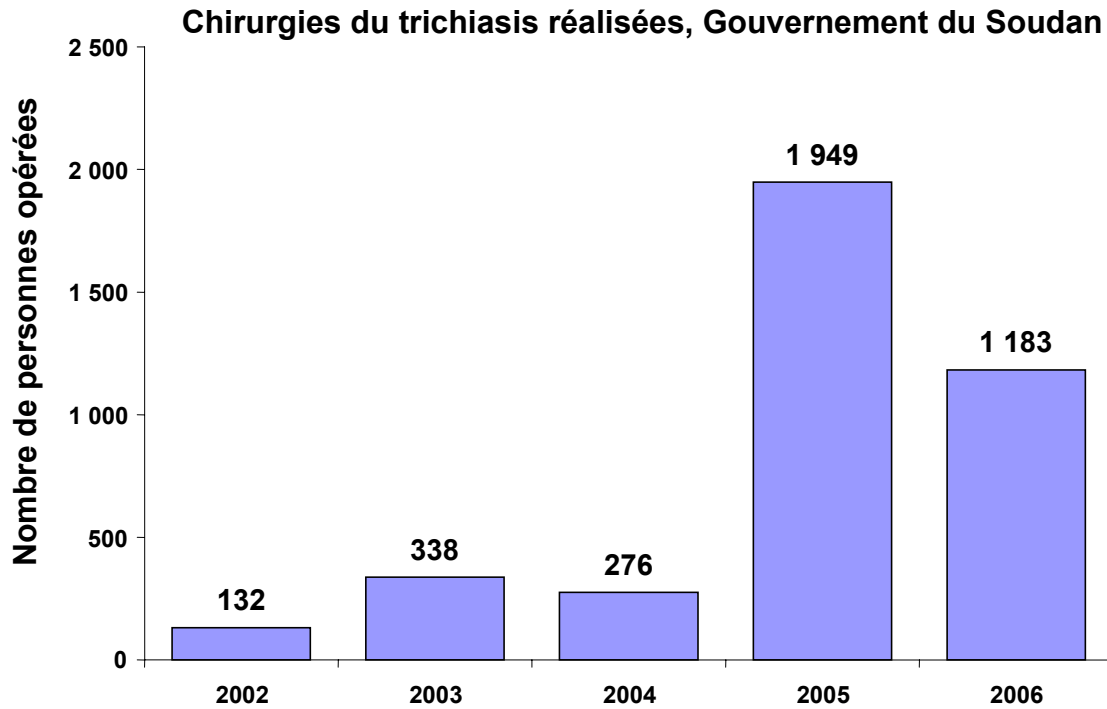
- Réaliser 2 500 opérations du trichiasis
- Former 24-30 assistants médicaux d'ophtalmologie (4-5 par état) en matière de chirurgie du trichiasis et les équiper avec des trousse chirurgicales
- Donner un recyclage sur les soins oculaires primaires pour 30 assistants médicaux par état.

Antibiotiques (A)

- Distribuer 104 000 doses d'azithromycine dans l'emplacement à Dongola (seconde série)
- Envisager d'en distribuer dans les camps de personnes déplacées de l'état de Khartoum
- Suivant les résultats des enquêtes sur la prévalence, distribuer de l'azithromycine et former les volontaires dans chaque emplacement.

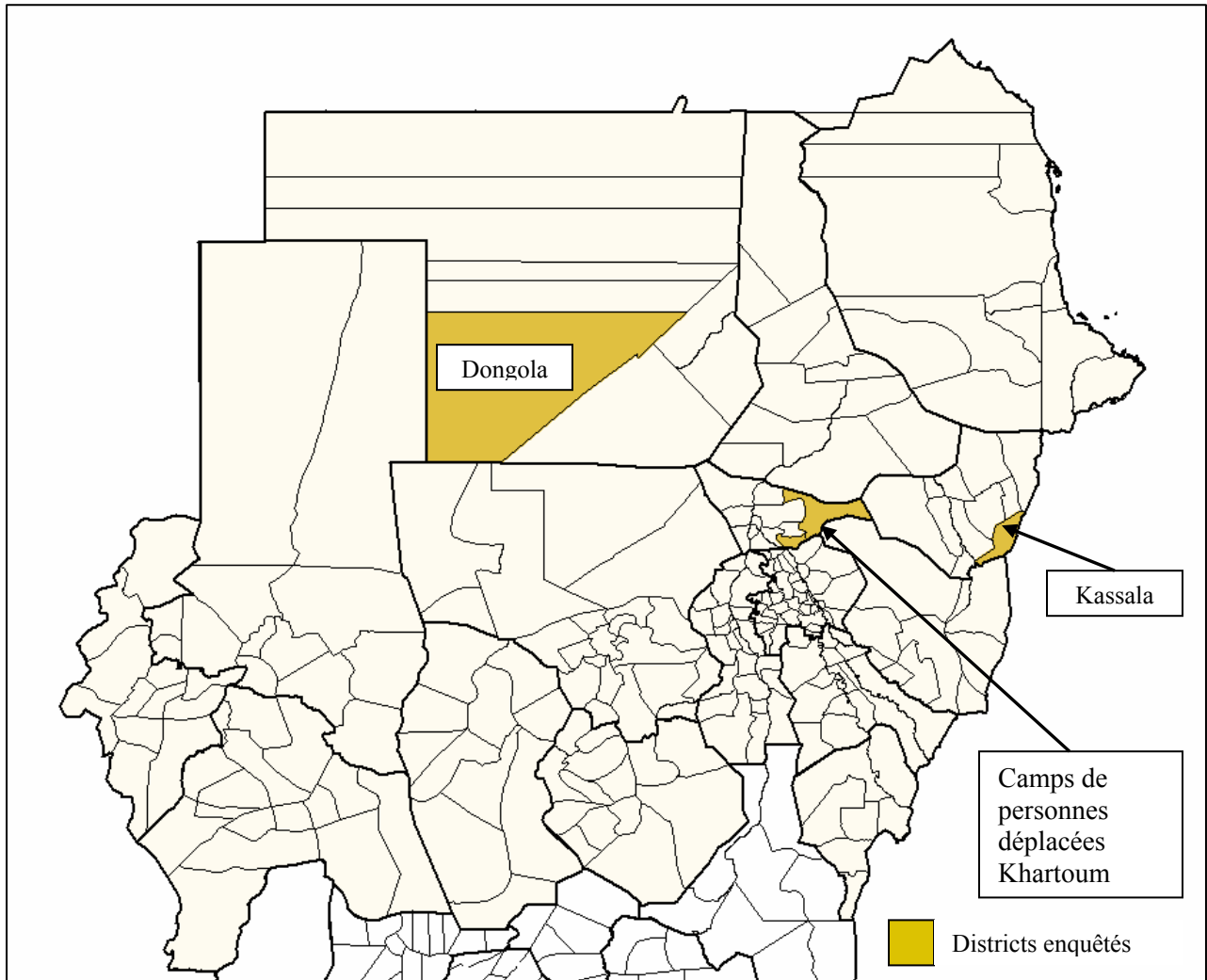
Autres

- Des enquêtes sur la prévalence du trachome seront effectuées dans les Etats du Blue Nile, Sinnar et White Nile en 2007
- Le programme national de lutte contre le trachome a l'intention de chercher d'éventuels partenaires au Darfour et d'étudier la possibilité d'intervention dans les zones où le trachome est endémique.



NB. 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.

Carte 1. Couverture de l'enquête sur la prévalence, 2006



A gauche, un groupe de femmes se remettent de la chirurgie du trichiasis. Un agent de santé (à droite) explique la progression de l'infection du trachome à la cécité.

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

Présenté par M. Ben Lopidia, responsable du Programme du Centre Carter pour la lutte contre le trachome, Soudan du Sud

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

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Au terme de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Sud du Soudan (GOSS) les 10 états au sud.

De 1989 à 2005, l'aide humanitaire au Soudan du Sud est apportée sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan (OLS), consortium d'agences des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales. Les premiers partenaires de la lutte contre le trachome au Sud du Soudan ont commencé à collaborer avec des organisations non gouvernementales dans le consortium OLS pour planifier un vaste effort de lutte contre le trachome en utilisant la stratégie CHANCE. Pfizer Inc. a commencé à donner de l'azithromycine (Zithromax®) au Soudan par l'intermédiaire de l'Initiative Internationale du trachome en août 2000.

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des ONG pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les zones bénéficiant d'un soutien de l'OLS. C'est le Centre Carter de Nairobi avec l'assistance d'ONG partenaires et de services humanitaires au Sud du Soudan qui coordonne les activités dans ces régions. Les enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre endroits en 2001 et dans un troisième en 2002. Le bureau du Centre Carter qui soutient les activités dans les régions du GOSS s'est déplacé de Nairobi au Kenya à Juba au Soudan en 2005.

Le Programme de lutte contre le trachome du GOSS intervient dans des régions où la prévalence du trachome cécitant est extrêmement élevée et où des enfants jeunes de 5 ans souffrent déjà du trichiasis. Le Centre Carter apporte un soutien dans 13 endroits (Payams) qui comptent une population estimée à 1 million de personnes. Il est difficile pour le programme d'avoir accès à ceux qui courent le plus de risques à cause de l'insécurité qui règne dans bien des régions. La situation est compliquée par la précarité de l'infrastructure sanitaire, de l'infrastructure physique et également par des croyances culturelles solidement ancrées qui freinent le changement comportemental. Il existe de nombreux groupes nomades et un grand nombre de personnes déplacées dans le pays qui sont exposées au risque de contracter l'infection et de devenir aveugles.

Diverses ONG partenaires viennent soutenir les interventions de lutte contre le trachome dans les zones GOSS : Adventist Development Relief Agency (ADRA), Christian Mission

Aid (CMA), Sudan Medical Care (SMC), Tear Fund, ZOA Refugees Care and Christoffel Blindenmission.

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et Education sanitaire (N)

Dans les zones d'intervention du Gouvernement du Sud du Soudan, l'éducation sanitaire est dispensée par des agents de santé communautaires formés en la matière, notamment :

- Les superviseurs de la lutte contre le trachome, contre la dracunculose et des soins de santé primaires
- Les agents de soins de santé communautaires dans les structures de soins de santé primaires des ONG
- Les agents de soins de santé maternelle et infantile (accoucheuses traditionnelles et vaccinateurs)
- Les instituteurs de l'école primaire
- Les animateurs de l'hygiène communautaire faisant partie des partenaires ONG travaillant dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
- Les agents communautaires de la santé animale dépendant d'ONG qui apportent des services vétérinaires

Des séances d'éducation sanitaire sont réalisées à différents niveaux pour éduquer la communauté et sensibiliser au trachome. Les personnes suivantes sont chargées de ces séances :

- Animateurs de l'hygiène communautaire et accoucheuses traditionnelles lors des réunions des groupements féminins et des visites à domicile
- Agents de soins communautaires dans les dispensaires et les centres de soins de santé
- Enseignants dans les écoles lors des classes et assemblées
- Responsables de terrain et superviseurs lors des réunions sociales notamment dans le cadre de l'église et festivals de jeunes et réunions locales des dirigeants et chefs communautaires.

Des affiches d'éducation sanitaires ont été mises dans des centres de santé, dans des écoles et dans les camps d'élevage. Sur le plan mass média, on ne trouvait des stations radiophoniques que dans les grandes villes de Malakal et Juba. A présent, l'utilisation des médias se répand de plus en plus puisque le Ministère de l'Information encourage la création de stations radiophoniques FM dans les capitales d'état (la capitale d'Eastern Equatoria à Torit compte à présent sa station de radio).

Changement environnemental (CE)

La construction de latrines avance lentement dans le Soudan du Sud à cause des conditions instables du sol et des coûts élevés des matériaux qui ne peuvent pas être achetés sur le marché local et qui doivent donc être importés par voie terrestre de l'Ouganda ou du Kenya. En 2006, 175 latrines ont été construites sur l'ensemble du pays. On recommande généralement les latrines à fosses ventilées et améliorées et ce sont les ONG qui apportent

tous les matériaux et outils pour creuser. Les familles offrent la main-d'œuvre. Après les flambées épidémiques du choléra en 2006, les Ministères de la Santé des Etats et du GOSS se donnent à présent des directives nationales pour la promotion de latrines. L'état Central Equatoria a mis sur pied récemment une équipe spéciale et a fait des recommandations sur la construction de latrines qui peuvent être adaptées à d'autres états.

Au Sud du Soudan, 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 rénovation ou de la protection des puits creusés et forés construits par des ONG partenaires. Ces partenaires soutiennent actuellement l'approvisionnement en eau dans les villages où le trachome est endémique : UNICEF (Kapoeta North ; Eastern Equatoria), Association for Aid and Relief-Japan (Kapoeta North and South), Accord (Central Tali ; Eastern Equatoria), World Vision International (Upper Nile ; Fashoda) et Adventist Development Relief Agency (Latjor Kiech Kuon). Dans l'ensemble, 53 villages ont reçu de nouveaux points d'eau en 2006, couvrant environ 63 600 ménages.

Chirurgie (CH)

En 2006, 563 personnes ont été opérées du trichiasis et une formation en la matière a été donnée à 46 chirurgiens du trichiasis. Les partenaires du volet chirurgical sont les suivants : Centre Carter, Christian Mission Aid, Christoffel Blinden Mission (CBM) et Merlin.

Antibiotiques (A)

Chaque année, des agents de santé communautaires formés s'occupent d'une distribution en masse d'antibiotiques. Avant ces distributions, des responsables civils et des dirigeants communautaires mobilisent les communautés. Les centres de distribution sont choisis en consultation avec les dirigeants communautaires en fonction des mouvements de population en direction des pâturages d'animaux et des points d'eau. Sept des treize payams ont bénéficié d'une distribution de masse en 2006. Un total de 109 405 personnes ont reçu de l'azithromycine et 115 324 ont reçu de la tétracycline.

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- En collaboration avec des ONG partenaires, cibler 200 villages accessibles de 24 sous-districts ou payams et leur apporter une éducation sanitaire portant sur l'hygiène personnelle et la construction de latrines
- Former 150 éducateurs sanitaires (75 hommes et 75 femmes) pour qu'ils puissent réaliser des activités d'éducation sanitaire dans les écoles, les églises et d'autres lieux de regroupement social.

Changement environnemental (CE)

- Encourager la construction de 100 latrines familiales et publiques dans des villages accessibles où le trachome est endémique
- Coordonner avec d'autres ONG responsables de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans des villages d'endémicité pour améliorer et protéger les puits communautaires creusés à la main afin d'améliorer l'accès à l'eau salubre.

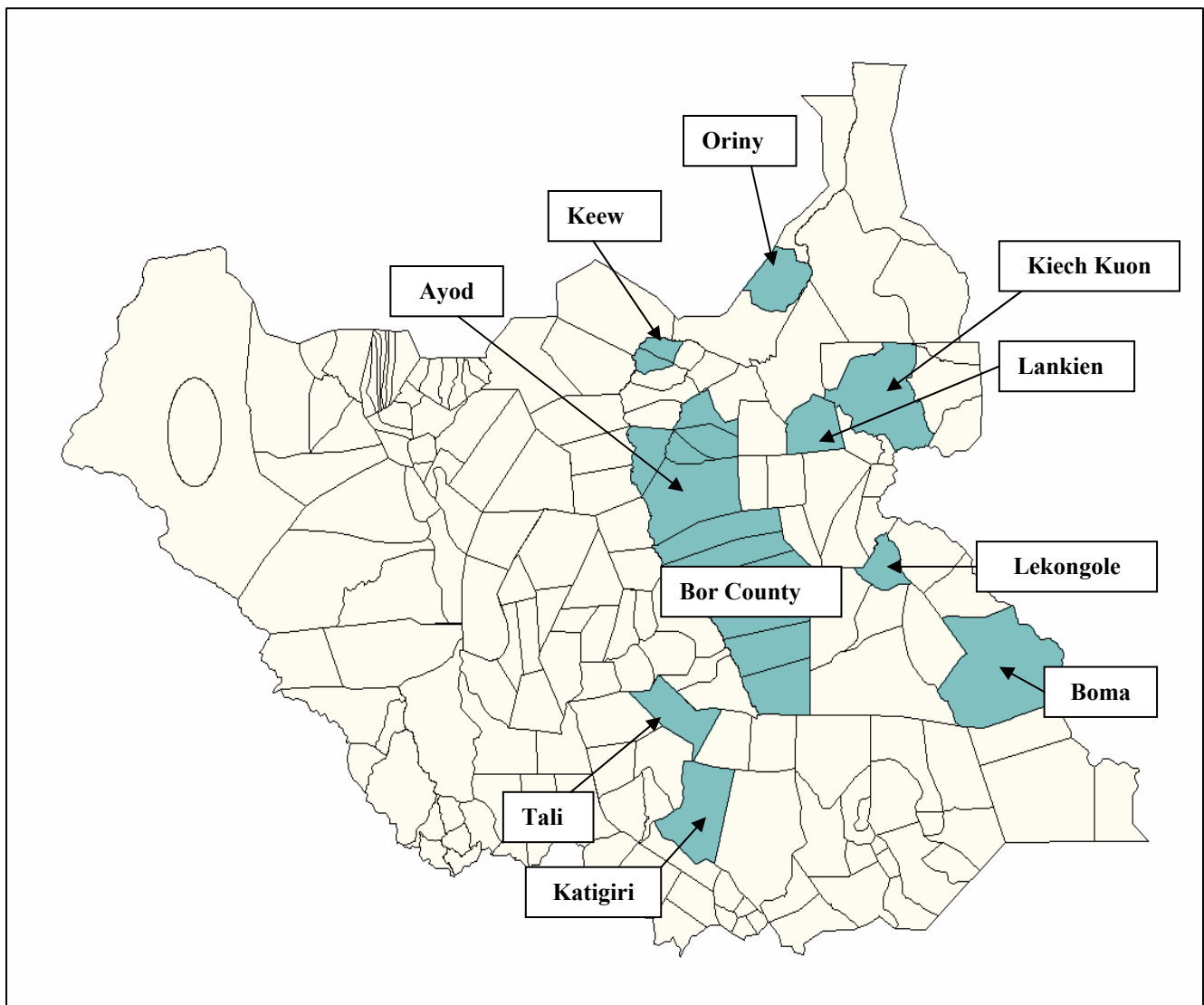
Chirurgie (CH)

- Former 50 nouveaux chirurgiens du trichiasis
- Opérer 2000 personnes du trichiasis

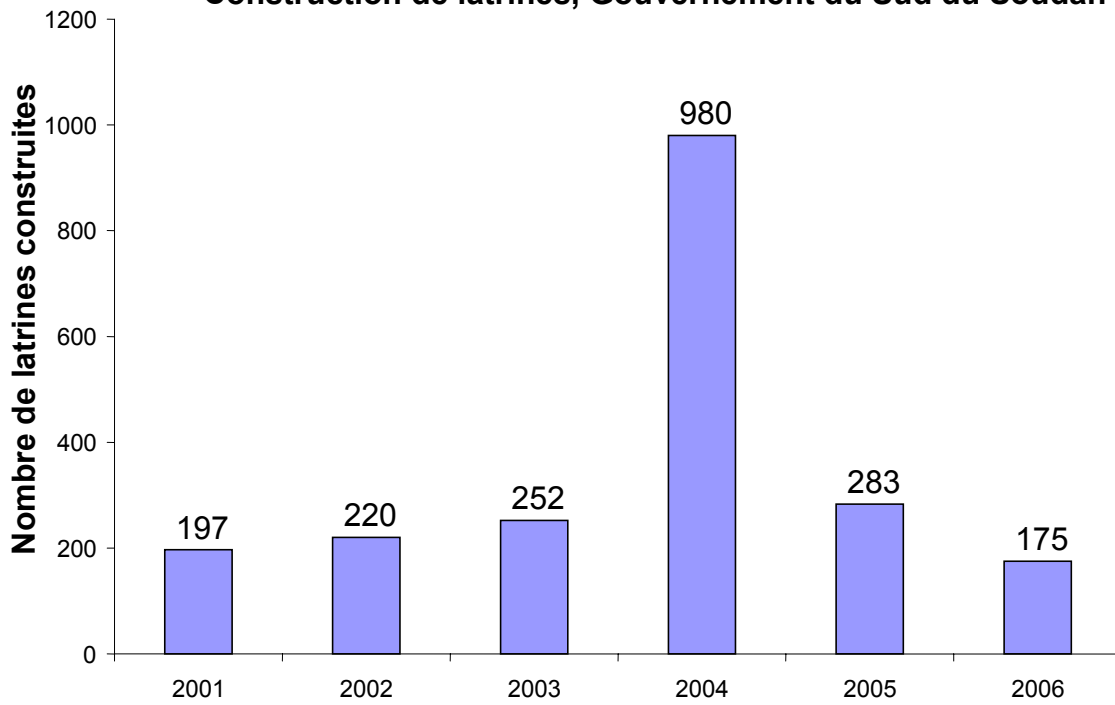
Antibiotiques (A)

- Distribuer de l'azithromycine à 525 198 personnes (dans les zones d'intervention du Centre Carter dans les états Eastern Equatoria et Jonglei)
- Distribuer de la pommade oculaire à base de tétracycline à 105 239 personnes

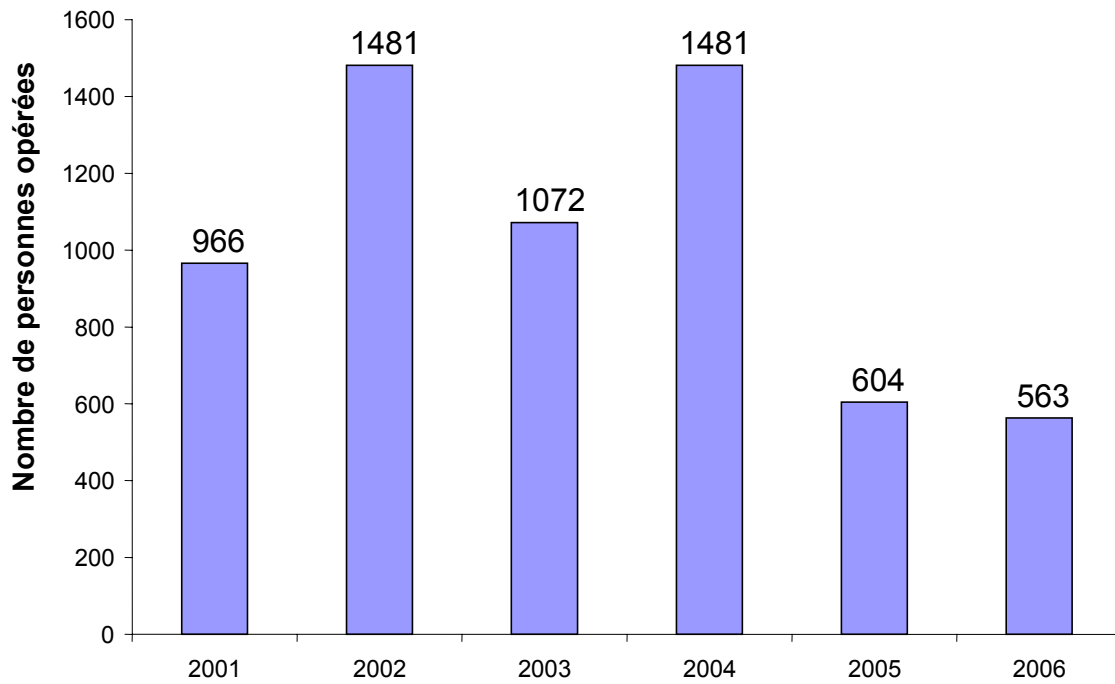
Carte 1. Zones du programme de lutte contre le trachome du Gouvernement du Sud du Soudan



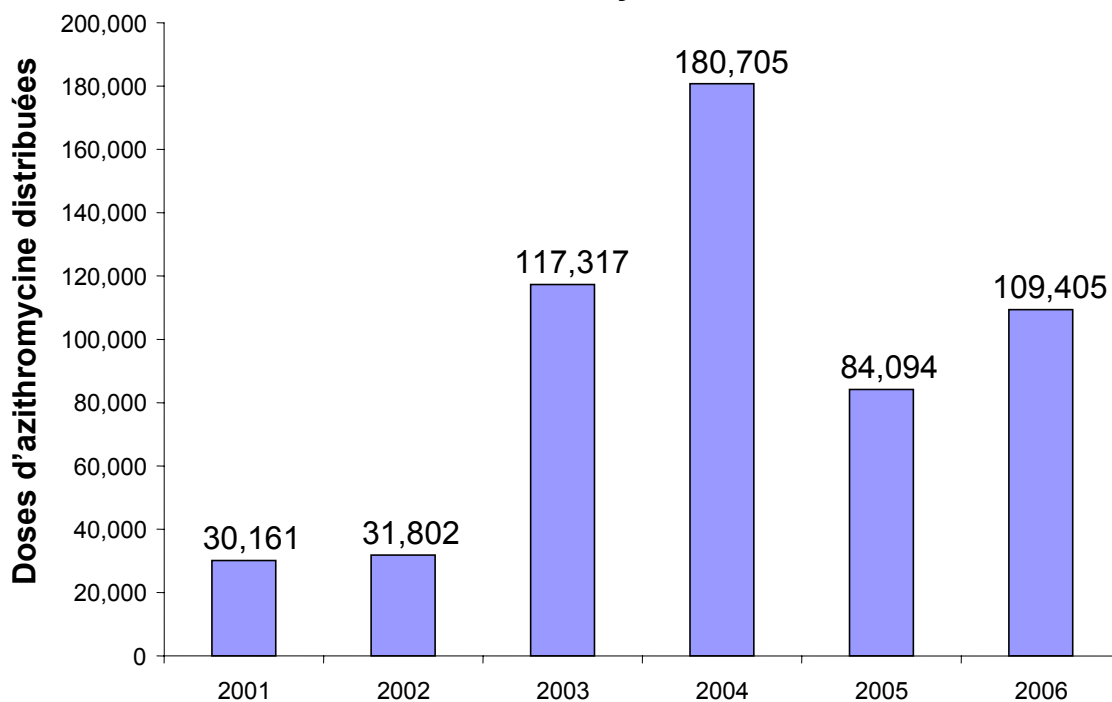
Construction de latrines, Gouvernement du Sud du Soudan



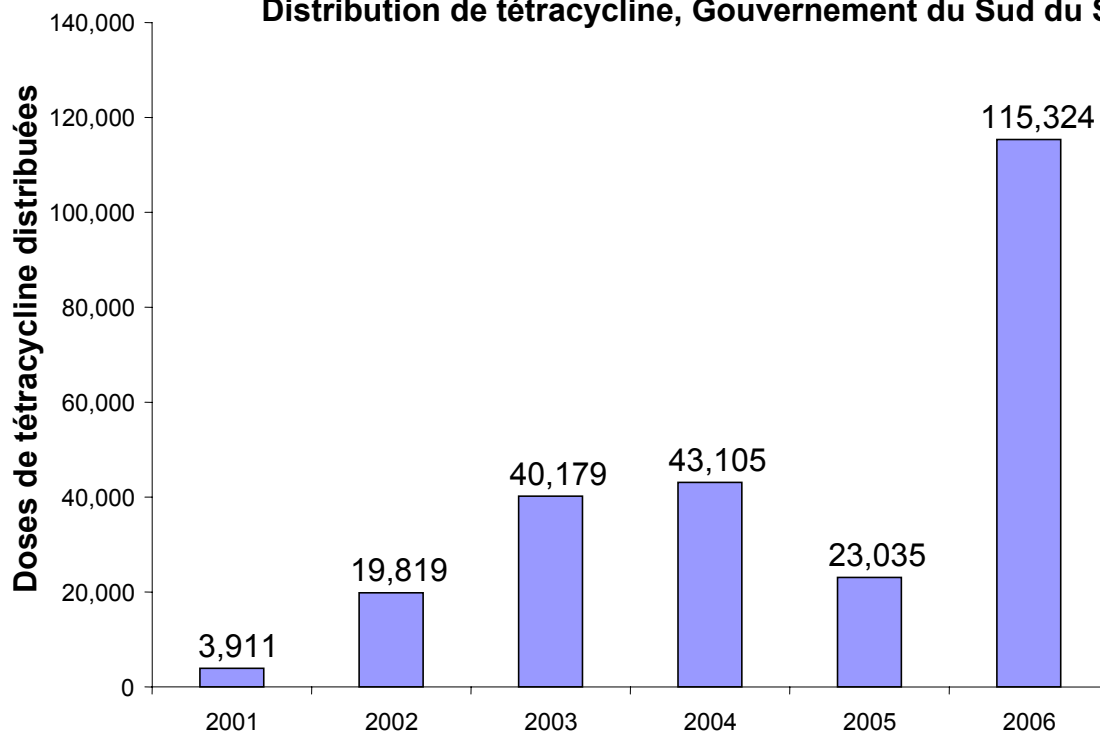
Chirurgies du trichiasis soutenues par Lions-Centre Carter, Gouvernement du Sud du Soudan



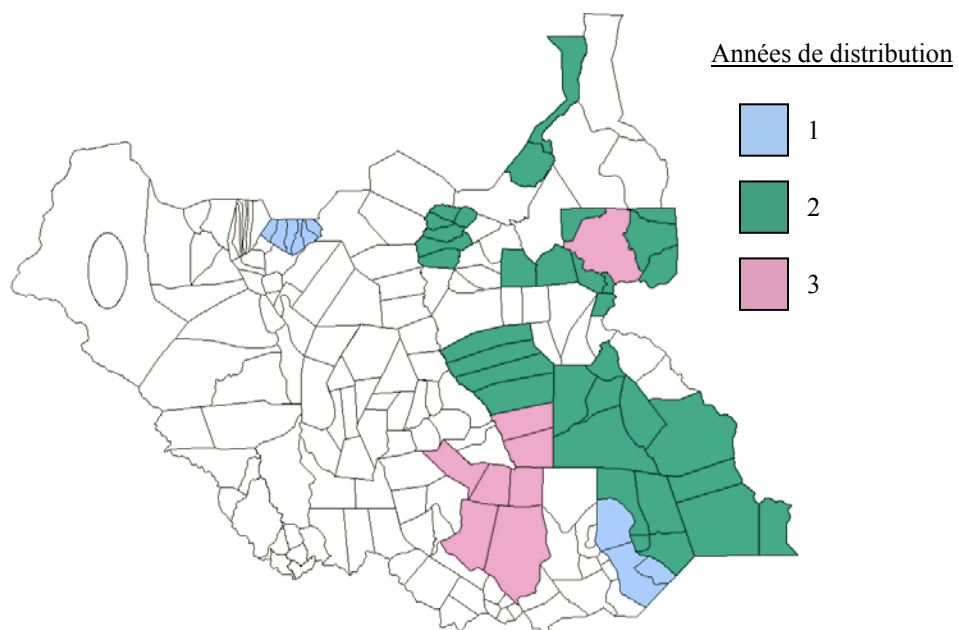
Distribution d'azithromycine, Gouvernement du Sud du Soudan



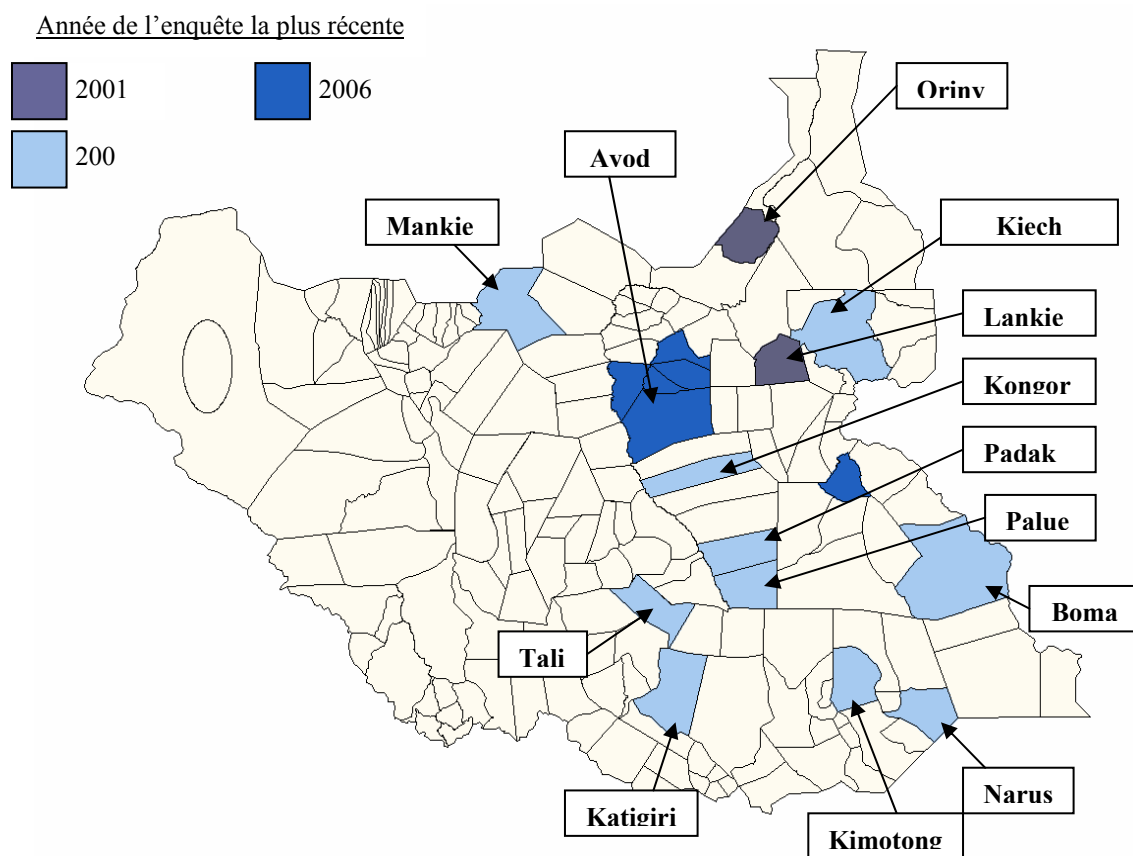
Distribution de tétracycline, Gouvernement du Sud du Soudan



Carte 2. Distribution de l'azithromycine, par comté



Carte 3. Couverture des enquêtes sur la prévalence, par année



Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie

*Présenté par M. Mulat Zerihun, Centre Carter Ethiopie et le Dr Asrat Genet Amnie,
Bureau de santé régional d'Amhara*

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

Données générales

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,6%, serait la plus élevée au monde. La cataracte (50%) et le trachome (12%) sont les deux grandes causes de la cécité. Une enquête nationale sur la cécité et la faible vision a été réalisée en 2006 afin d'éclairer la situation nationale concernant le trachome. La prévalence nationale du trachome actif (soit TF soit TI) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans s'élevait à 40,1%. On note des variations considérables dans la prévalence du trachome actif entre les états régionaux. C'est dans l'état d'Amhara que se situe la prévalence la plus élevée (62,6%). La prévalence rurale du trachome actif est pratiquement de quatre fois supérieure à la prévalence urbaine (42,5% contre 10,7%). La prévalence moyenne nationale du trichiasis trachomateux (TT) est de 3,1% et la prévalence la plus élevée se situe dans l'état régional d'Amhara (5,2%). Le TT est pratiquement trois fois supérieur chez les femmes que les hommes (4,1% contre 1,6%).

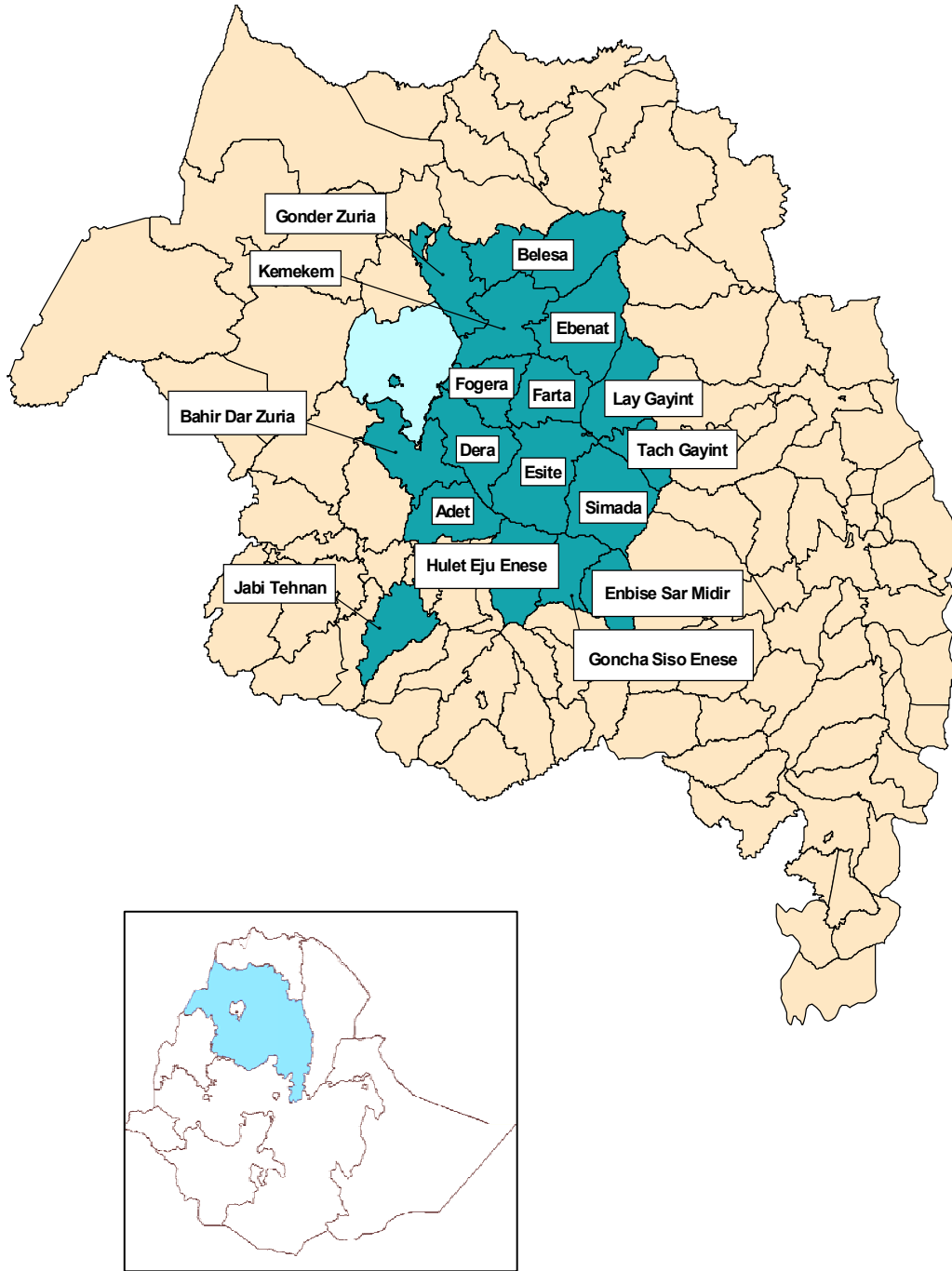
D'après les estimations, l'Ethiopie compte une population de 75 millions de personnes et parmi celles-ci, il existe 1,2 millions de personnes aveugles, 2,8 millions de personnes souffrant de problèmes de vision, 9 millions d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec trachome actif et 1,3 million d'adultes avec trichiasis trachomateux. Un plan stratégique national pour le trachome a été préparé et achevé pour la période couvrant 2006-2010. Dans ce plan, le Ministère fédéral de la santé a fixé 2015 comme l'année marquant l'élimination du trachome cécitant.

En octobre 2000, le Centre Carter a commencé à apporter une assistance au Bureau de santé régional d'Amhara pour la lutte contre le trachome grâce à un financement de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter. Quatre districts dans la zone South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été choisis pour le démarrage des activités (voir Carte 1). La zone initiale du programme couvrait 155 kebeles (groupes de villages) comptant une population totale de plus d'un million de personnes.

En décembre 2000, le Bureau de santé régional d'Amhara, l'Equipe de prévention de la cécité du Ministère fédéral de la santé et le Centre Carter ont réalisé une enquête sur la prévalence du trachome, à base communautaire, dans les quatre woredas. Les résultats de l'enquête concordaient avec divers comptes rendus indiquant que l'Ethiopie avait une prévalence extrêmement élevée de trachome actif et de trachome cécitant. Un mois plus tard, une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) était réalisée dans les mêmes quatre districts avec des groupes de discussion focalisée, des entretiens informels et une enquête auprès des ménages. On s'est servi de ces résultats pour mettre au point un programme scolaire ainsi que du matériel d'éducation sanitaire (affiches, boîtes à images

et dépliant) et un manuel de formation pour les agents communautaires. Un plan d'action de cinq ans (2001-2005) a été élaboré en 2000 pour le programme de lutte contre le trachome de South Gondar.

Carte 1. Woredas du programme de lutte contre le trachome recevant un appui des Lions-Centre Carter, Région d'Amhara



Etat régional d'Amhara Ethiopie

Données de base dans les zones du Programme Lions-Centre Carter (2001-2003)

	South Gondar	North Gondar	East Gojam	West Gojam	Total
TF (1-9 ans)	62,4-66,6%	71,6%	80,8%	67,3%	
TT (15 ans ou plus)	4,3-7,0%	7,5%	4,5%	5,5%	
BFI antibiotique (Population entière)	2 095 374	510 771	554 433	887 372	4 047 950
BFI chirurgie du TT	58 262	18 500	12 475	24 402	113 639

Devant la réussite rencontrée par le Programme de South Gondar lors de ses premières années, le Centre Carter a étendu son appui à 15 districts supplémentaires où le trachome était endémique en 2004, portant ainsi à 19 le nombre de districts aidés par le programme de Lions-Centre Carter dans 4 zones de la Région d'Amhara et couvrant ainsi une population totale d'environ 4 millions de personnes (22% de l'état régional d'Amhara).

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Tous les 654 kebeles soutenus par le programme du Centre Carter dans la Région d'Amhara ont reçu une éducation sanitaire continue. Environ 20 000 sessions d'éducation sanitaire ont été réalisées en 2006 avec une présence de 1 200 000 personnes. Une formation a été donnée à 3 366 éducateurs sanitaires dont des volontaires du trachome, des agents de santé, des dirigeants communautaires, des enseignants et des dirigeantes de groupements féminins. Ces éducateurs ont examiné si les enfants de 1 à 9 ans avaient des visages propres et s'il existait des latrines dans les familles auxquelles ils rendaient visite. Ils ont constaté une prévalence moyenne de 62% de visages propres chez les enfants de 1 à 9 ans. Les enfants de 1 135 écoles ont reçu une éducation sanitaire.

Changement Environnemental (CE)

En Ethiopie, la construction de latrines est une priorité pour le gouvernement fédéral cherchant à atteindre le 7^e Objectif de Développement du Millénaire (« réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de ménages privés d'accès à l'assainissement »). D'après les estimations, la couverture nationale en latrines s'élevait à 32% en 2006. L'accès à l'assainissement dans l'état d'Amhara est encore plus faible, se situant à 29,7%, selon l'enquête démographique et de santé de 2005. Le but final d'intervention régional du programme de lutte contre le trachome d'Amhara est de construire 616 105 latrines (total de 3 035 000 ménages dans l'Amhara avec une couverture ciblée de 50% et 29,7% qui ont déjà une latrine).

Le programme national de promotion des latrines repose sur le changement comportemental et la responsabilisation des membres communautaires pour qu'ils

construisent leurs propres latrines en utilisant uniquement des matériaux locaux. La communauté fait apport de main-d'œuvre et de matériaux pour la construction de latrines. Le programme recommande des latrines à fosses dans toutes les régions du projet sans qu'il faille une formation spécifique des maçons ou artisans. La promotion de latrines est un volet essentiel du programme national d'expansion des services de santé. Il n'y a pas de coût direct du programme pour ces latrines construites localement.

D'après les estimations, l'accès actuel à l'eau potable est de 47%. Le but final d'intervention du programme est d'arriver à ce que 100% des ménages dans les communautés d'endémicité aient accès à un point d'eau potable dans un rayon d'un kilomètre ou un déplacement aller-retour de 40 minutes. C'est le Ministère fédéral des Ressources hydrauliques qui est responsable de la planification et de l'exécution de l'approvisionnement en eau salubre. En 2006, les Lions Clubs de l'Ethiopie, avec CBM, ORDA et le Centre Carter ont construit 119 petites structures d'alimentation en eau dans les zones soutenues par Lions-Centre Carter où le trachome est endémique. Environ 10 613 ménages, soit 59 000 personnes, ont bénéficié de ce projet.

Récapitulatif des accomplissements des volets N et CE de 2002-2006
Zones soutenues par SightFirst Lions-Centre Carter

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Personnes formées pour la mobilisation dans la lutte contre le trachome	1 080	138	6 021	8 624	3 366	19 229
Villages mettant en œuvre régulièrement des stratégies d'éducation sanitaire	138	155	654	654	654	N/A
Latrines construites	1 333	2 151	89 096	144 750	75 621	312 951
% d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec des visages propres			60,5%	62,9%	62%	N/A

Chirurgie et antibiotiques (CH & A)

En 2006, 27 personnes ont reçu une formation portant sur la chirurgie du trichiasis dans les zones d'intervention Lions-Centre Carter. Sur l'ensemble du pays, 52 000 personnes ont été opérées du trichiasis et 7 283 d'entre elles étaient dans la région d'Amhara. Ces personnes ont été opérées dans des camps organisés par les établissements de santé et dans des services hospitaliers réalisant régulièrement des chirurgies du trichiasis.

A l'échelle nationale, en 2006, 4 374 796 personnes ont reçu de l'azithromycine et 2 925 569 d'entre elles grâce à une aide de Lions-Centre Carter. On ne dispose pas de données nationales sur la distribution de pommade oculaire à base de tétracycline bien qu'on sache que le programme a traité 261 733 personnes souffrant de trachome actif à l'aide de la pommade à base de tétracycline.

Récapitulatifs des accomplissements des volets CH & A de 2001 à 2006
Zones soutenues par Sight First Lions-Centre Carter

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Chirurgiens du TT formés	8	11	19	67	75	27	207
Personnes opérées du trichiasis	815	4 019	6 840	23 676	22 097	7 283	64 730
Traitement avec de l'azithromycine	0	0	100 256	625 422	1 680 394	2 925 569	5 331 641
Personnes traitées avec de la tétracycline	1 042	7 964	35 106	125 208	256 048	261 733	687 101

Objectifs pour 2007 (*ont été présentés certains objectifs régionaux et certains objectifs spécifiques à Amhara*)

Lors de la réunion annuelle d'examen de programme du trachome dans la Région d'Amhara, chaque woreda a fixé ses propres objectifs pour 2007. Le programme Lions-Centre Carter étendra son assistance à 36 nouveaux woredas de l'Amhara en 2007.

Education sanitaire, Nettoyage du visage (N)

- Atteindre au moins 50% des écoles primaires dans la région d'Amhara pour leur apporter une éducation sanitaire
- Atteindre au moins 50% des kebeles dans la région d'Amhara pour leur apporter une éducation sanitaire
- Former au moins 80% des animateurs sanitaires en matière de prévention et de lutte contre le trachome

Changement environnemental (CE)

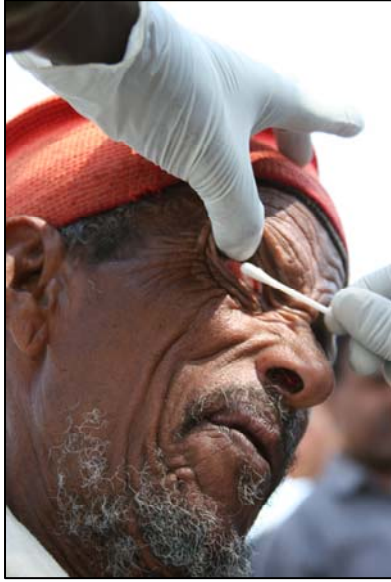
- Atteindre une couverture en latrines de 54% dans la Région d'Amhara
- Soutenir la construction de 450 000 latrines familiales dans la Région d'Amhara

Chirurgie (CH)

- Former 156 nouveaux chirurgiens du trichiasis dans la région d'Amhara (306 à l'échelle nationale)
- Réaliser 95 751 chirurgies du trichiasis dans la région d'Amhara (129 357 à l'échelle nationale)

Antibiotiques (A)

Traitement de masse de 9,7 millions de personnes avec de l'azithromycine dans les 36 nouveaux woredas du programme et les 16 woredas qui font déjà partie du programme dans la région d'Amhara (10,4 millions de doses à l'échelle nationale)



Un écouvillon est prélevé sur cet homme éthiopien (à gauche) pour l'étude de TANA, collaboration entre la Fondation Francis I. Proctor et le Centre Carter (voir récapitulatif de la séance spéciale). A droite, un homme démontre comment utiliser la station de lavage des mains.

Carte 2. Distribution d'azithromycine en Ethiopie, par année

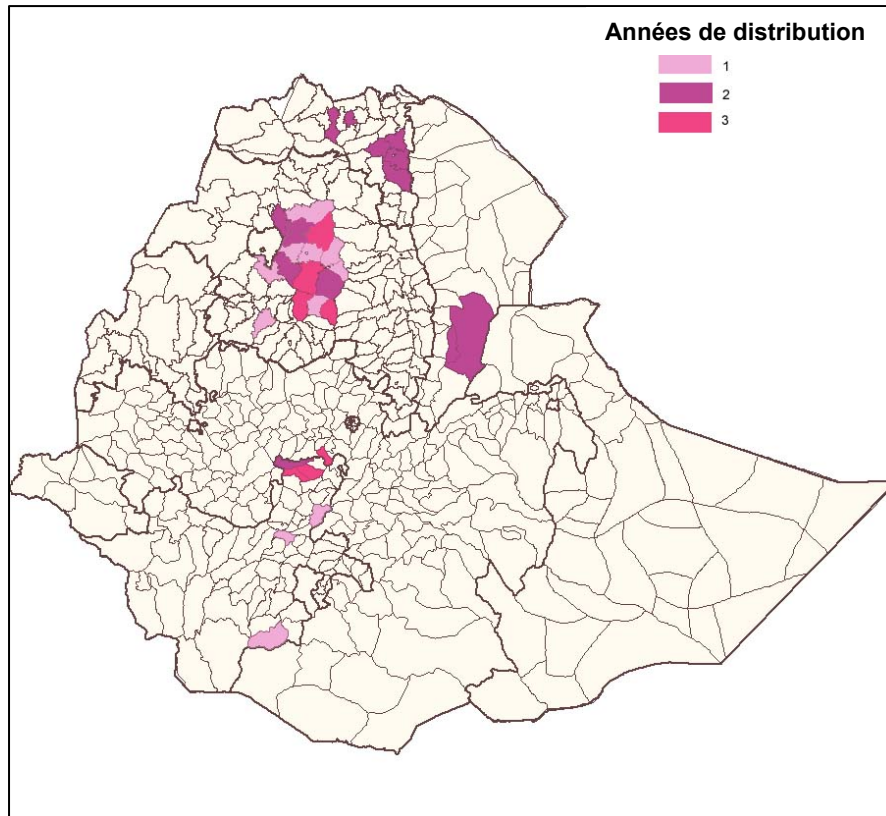


Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome (pays appuyés par le Centre Carter)

Données nationales notifiées pour 2006 lors de la huitième revue annuelle du programme, Atlanta, 16 au 18 avril 2007

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totals
				GOS [†]	GOSS [‡]			
N&CE								
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	2 215	809	4 512	27	901	654	446	9 563
Villages ciblés	2 608	4 500	4 438	*	2 004	654	*	14 203
Couverture en pourcentage	85,2%	17,9%	101,6%	-	44,9%	100,0%	-	67,3%
Nombre de latrines familiales construites	889	14 557	6 777	*	175	75 621	6 128	104 128
Objectif pour les latrines familiales	5 622	15 000	8 400	*	1 000	257 483	*	287 505
Couverture en pourcentage	15,7%	97,0%	80,6%	-	15,6%	29,3%	-	36,2%
Antibiotiques (A)								
Azithromycine								
Traitements	825 217	3 935 247	2 532 047	29 962	109 405	4 374 796	1 737	11 808 411
Objectif 2006	800 000	3 877 261	4 089 763	250 000	992 000	9 950 000	*	19 959 024
Couverture en pourcentage	95,9%	101,5%	61,9%	11,9%	11,0%	43,9%	-	59,2%
Tétracycline								
Traitements	20 134	0	61 504	*	115 324	261 733	25 102	483 797
Objectif 2006	16 935	79 577	76 751	*	660 000	*	*	-
Couverture en pourcentage	118,9%	0,0%	80,1%	-	17,4%	-	-	-
Chirurgie (CH)								
Actes chirurgicaux	626	5 272	4 500	1 183	563	52 000	5 572	69 716
Objectif 2006	1 500	8 000	10 580	2 500	26 450	99 315	5 000	153 345
Couverture en pourcentage	41,7%	65,9%	42,5%	47,3%	2,1%	52,3%	111,4%	45,9%

[†] Gouvernement of Sudan (GOS)

[‡] Gouvernement of Southern Sudan (GOSS)

¹ Seul soutien du Centre Carter, données nationales non disponibles

* Données non présentées.

**Tableau 2. Objectifs annuels des programmes nationales de lutte contre le trachome
(pays appuyés par le Centre Carter)
Présentés lors de la huitième revue annuelle des programmes, Atlanta 16-18 avril 2007**

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
				GOS	GOSS			
Nettoyage du visage & changement environnemental								
Education sanitaire (villages)	**	**	**	**	200	1 617	**	-
Latrines familiales à construire	5 000	20 000	8 400	**	100	450 000	**	483 400
Antibiotiques								
Distribution en masse d'azithromycine (personnes)	957 000	6 778 630	6 000 000*	300 000	525 198	10 400 000	**	24 960 828
Distribution de pommade de tétracycline (personnes)	**	**	-	**	105 239	**	**	105 239
Chirurgie								
Personnes à opérer pour le trichiasis	3 000	**	10 580	2 500	2 000	129 357	**	144 440

* Reflète les objectifs pour la distribution totale
d'antibiotiques

** Objectifs non présentés/non disponibles

Tableau 3. Récapitulatif des interventions soutenues par le Centre Carter, par pays, 1999-2006

	Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
					GOS***	GOSS***			
CH	Nombre de personnes opérées du trichiasis	N/A**	N/A**	N/A**	2 098	1 401	64 730	N/A**	68 229
	Nombre de nouveaux chirurgiens formés en matière de trichiasis	N/A**	N/A**	N/A**	55	55	207	N/A**	317
A	Nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine	N/A**	N/A**	N/A**	82 426	193 501	4 925 481	N/A**	5 201 408
	Nombre de personnes traitées avec de la pommade à base de tétracycline	N/A**	N/A**	N/A**	N/A	138 359	687 101	N/A**	825 460
N	Nombre de villages avec éducation sanitaire continue*	45	809	495	-	177	653	175	2 354
	Nombre de nouvelles personnes formées en matière d'éducation sanitaire	7 703	13 873	4 034	329	1 390	13 493	1 603	42 425
CE	Nombre de latrines familiales construites	2 200	23 869	18 028	N/A	417	312 951	14 377	371 842
	Nombre de latrines publiques construites	N/A	44	5	N/A	54	N/A	7	110
	Nombre de nouveaux maçons formés	N/A	1 910	554	N/A	N/A	N/A	270	2 734

*Données 2006 uniquement.

** Le soutien du Centre Carter au Niger, Nigeria, Mali et Ghana se concentre uniquement sur les volets N et CE. Par ailleurs, un soutien indirect aux activités CH et A en termes de logistique et conseils techniques est proposé sur demande aux programmes nationaux.

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

Villages recevant une éducation sanitaire, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national, telles que présentées pour janvier-décembre 2006

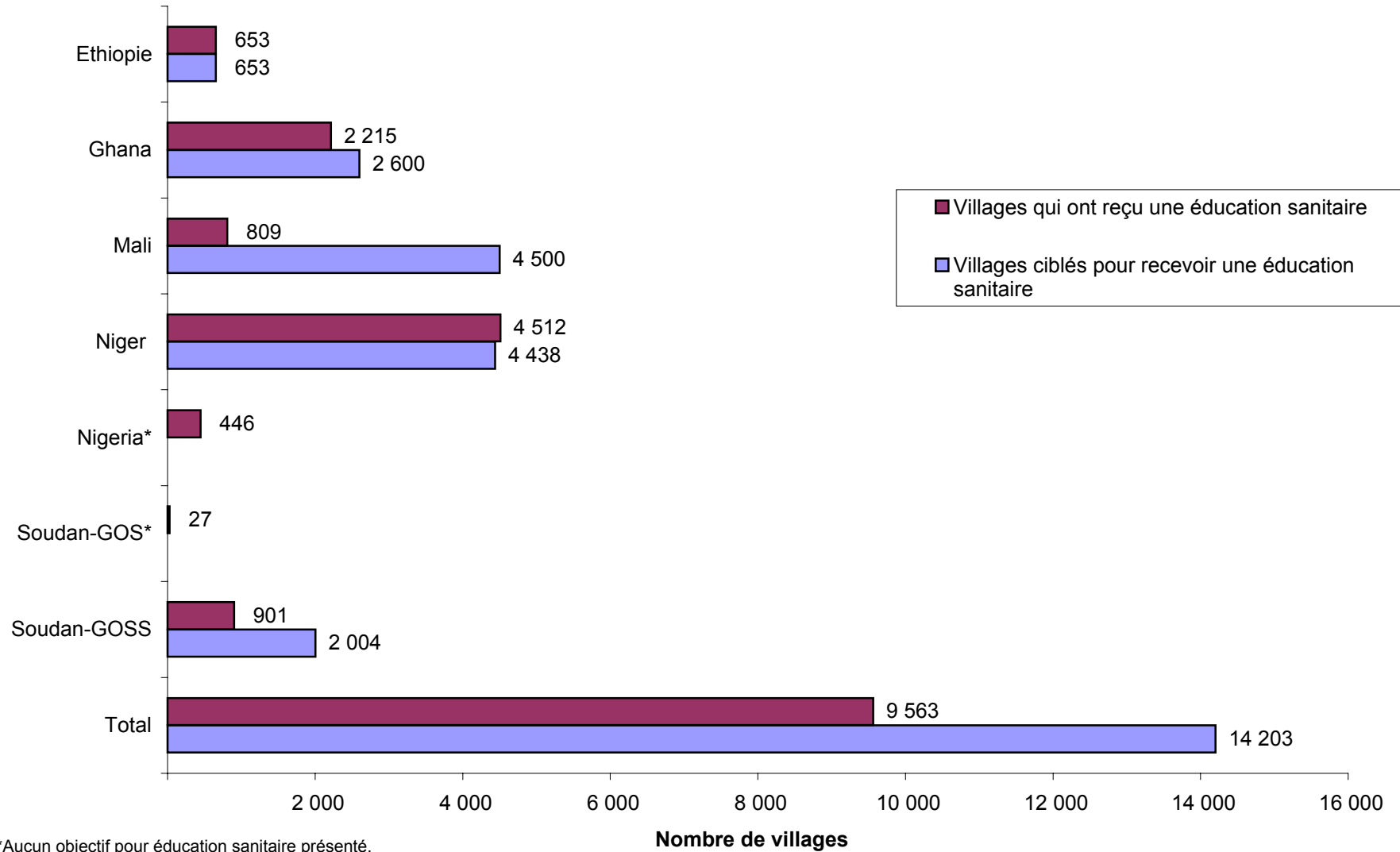
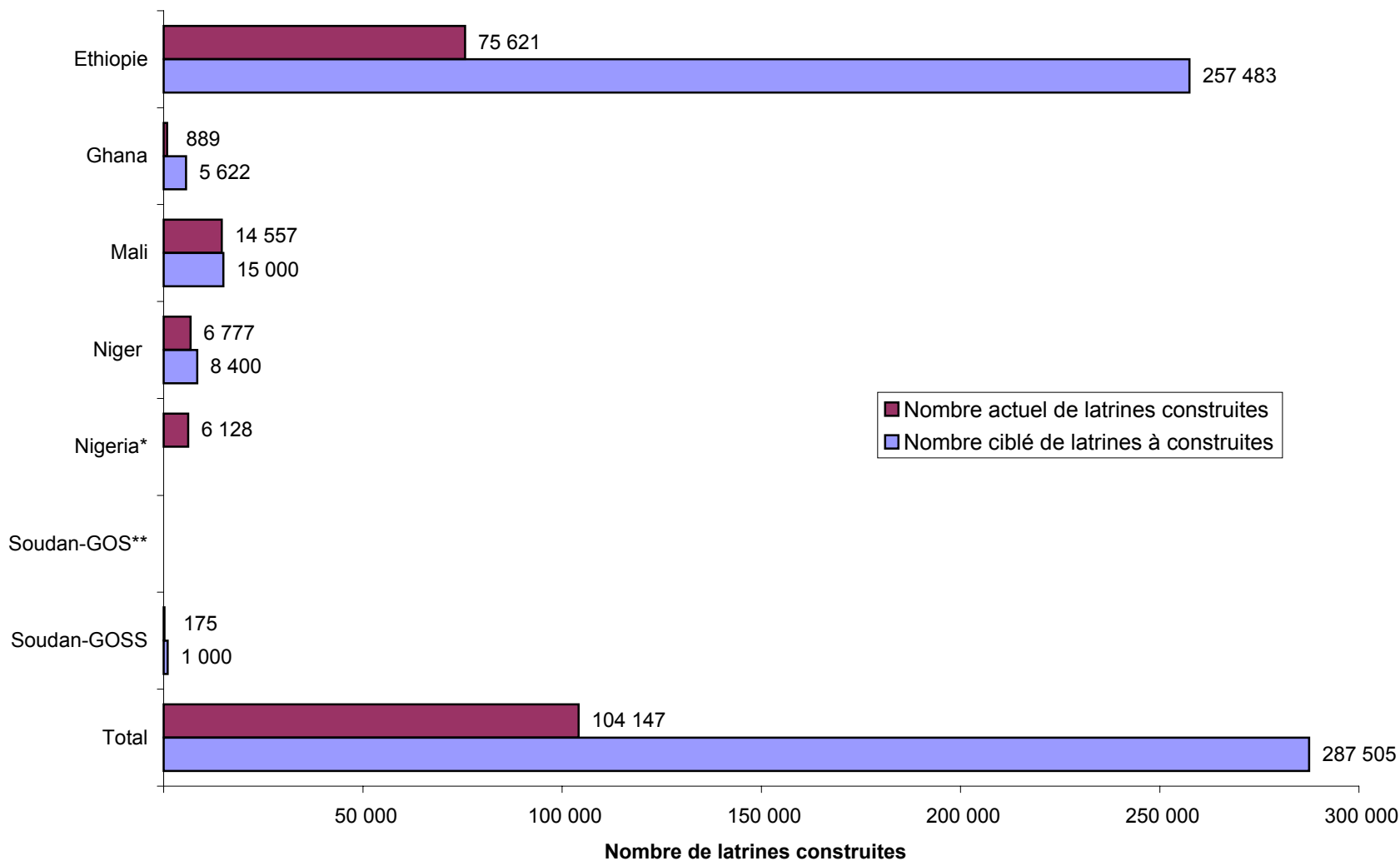


Figure 2. Latrines familiales construites, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national, telles que présentées pour janvier-décembre 2006



*Aucun objectif pour la construction de latrines présenté.

**Aucune donnée pour la construction de latrines présentée.

Figure 3. Distribution d'azithromycine, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national, telles que présentées pour janvier-décembre 2006

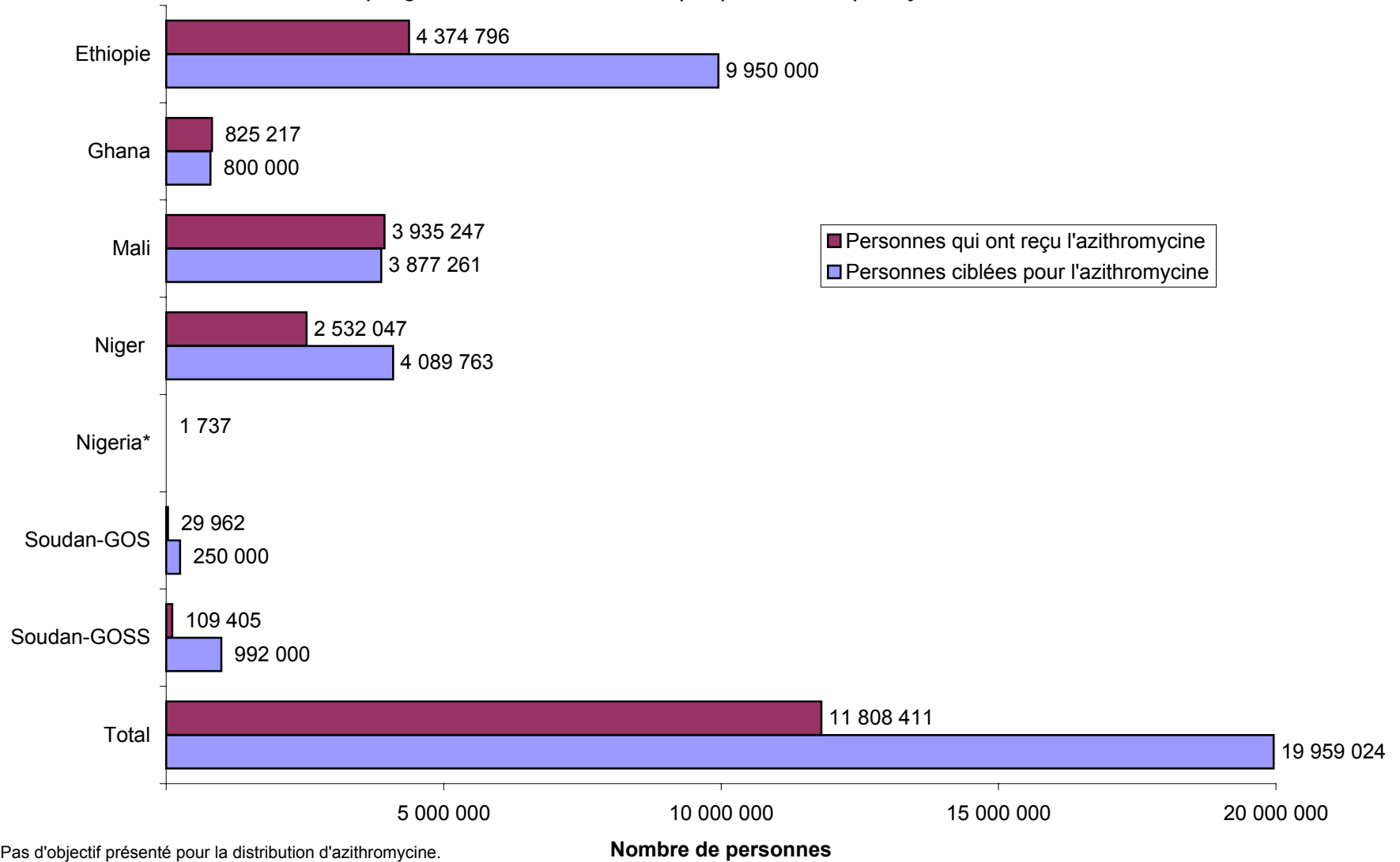


Figure 4. Personnes opérées du trichiasis, pays appuyés par le Centre Carter

Données du programme, telles que présentées pour janvier-décembre 2006

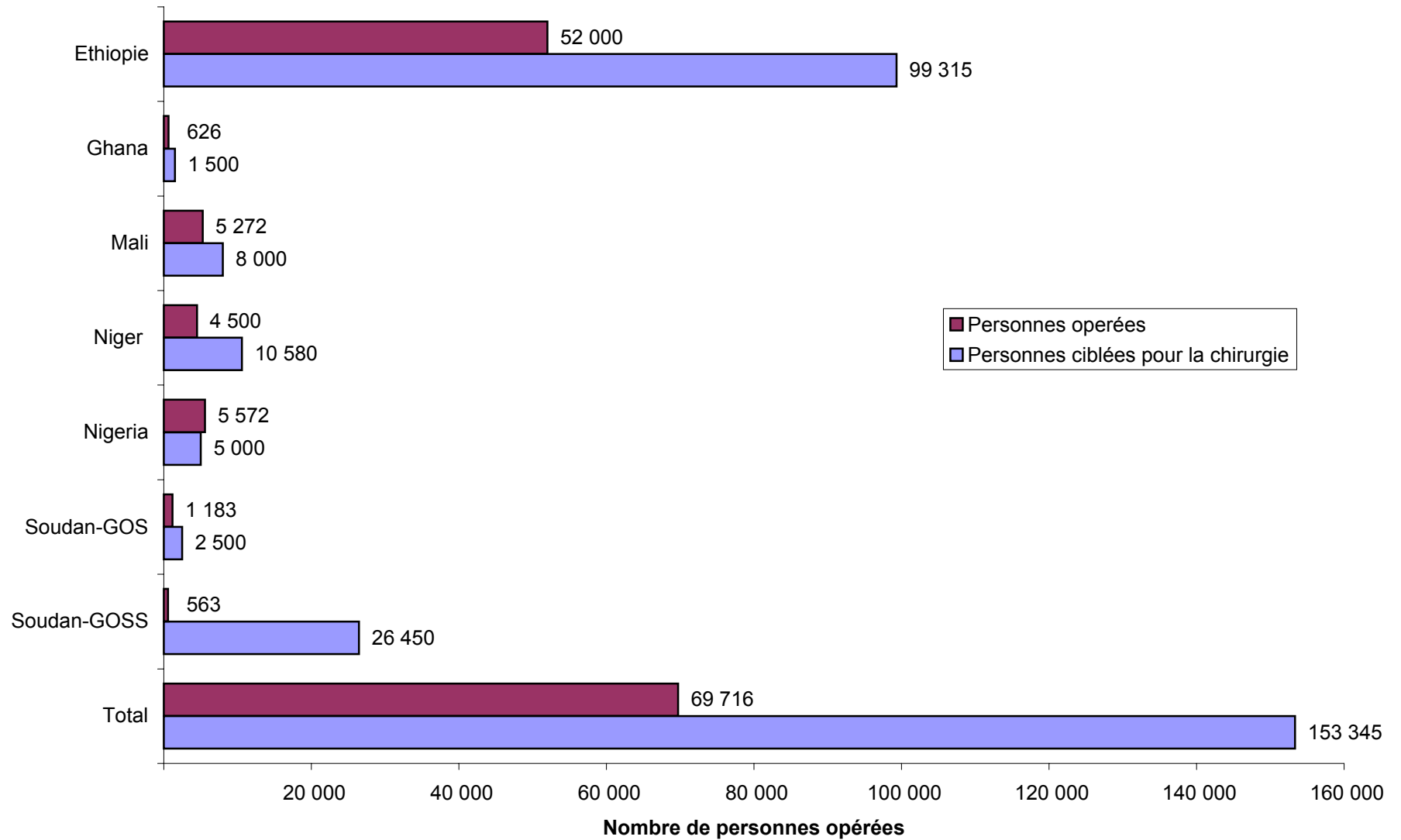


Figure 5. Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, présentées pour 2001-2006

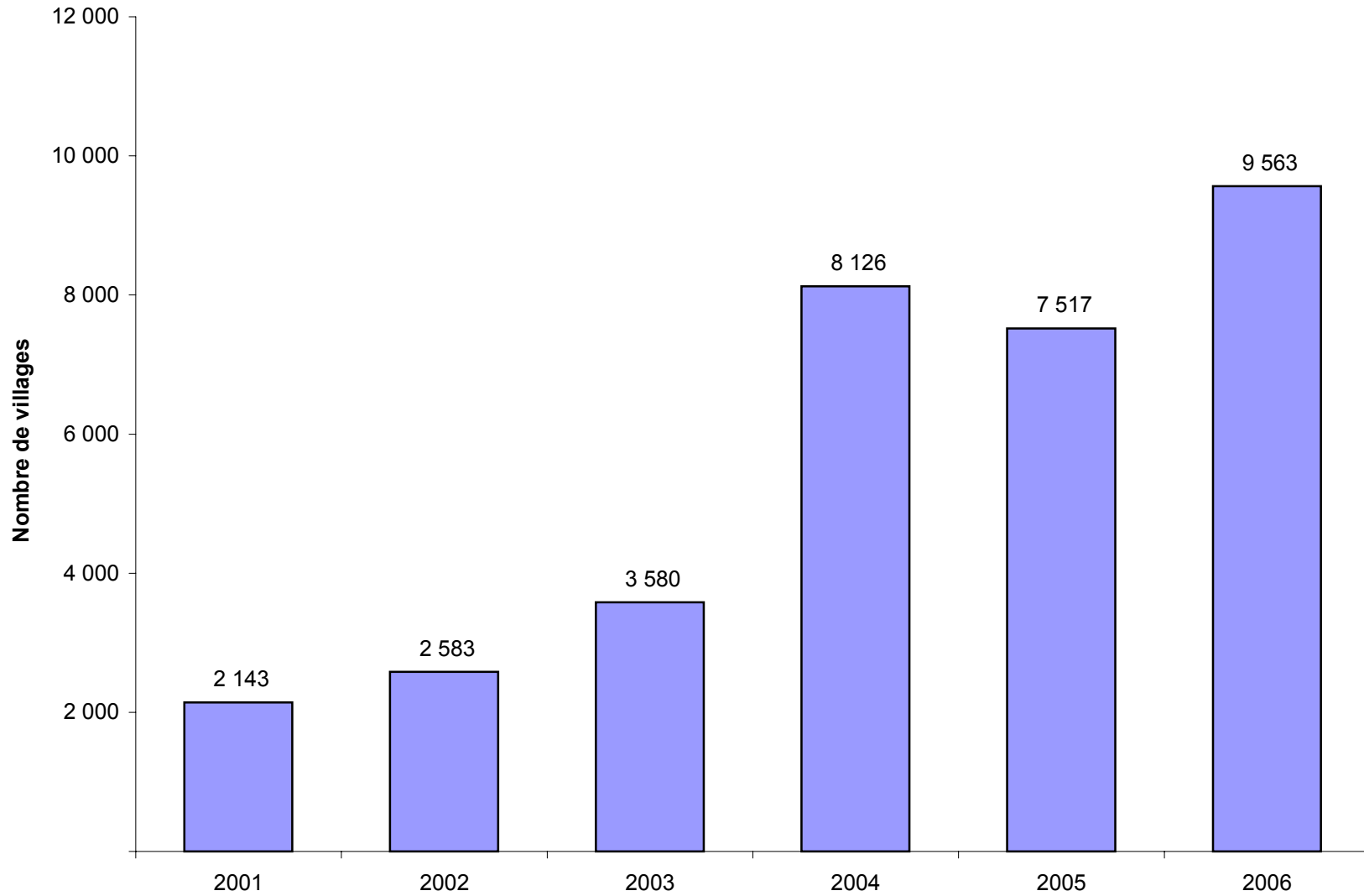


Figure 6. Latrines familiales construites

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, présentées pour 2002-2006

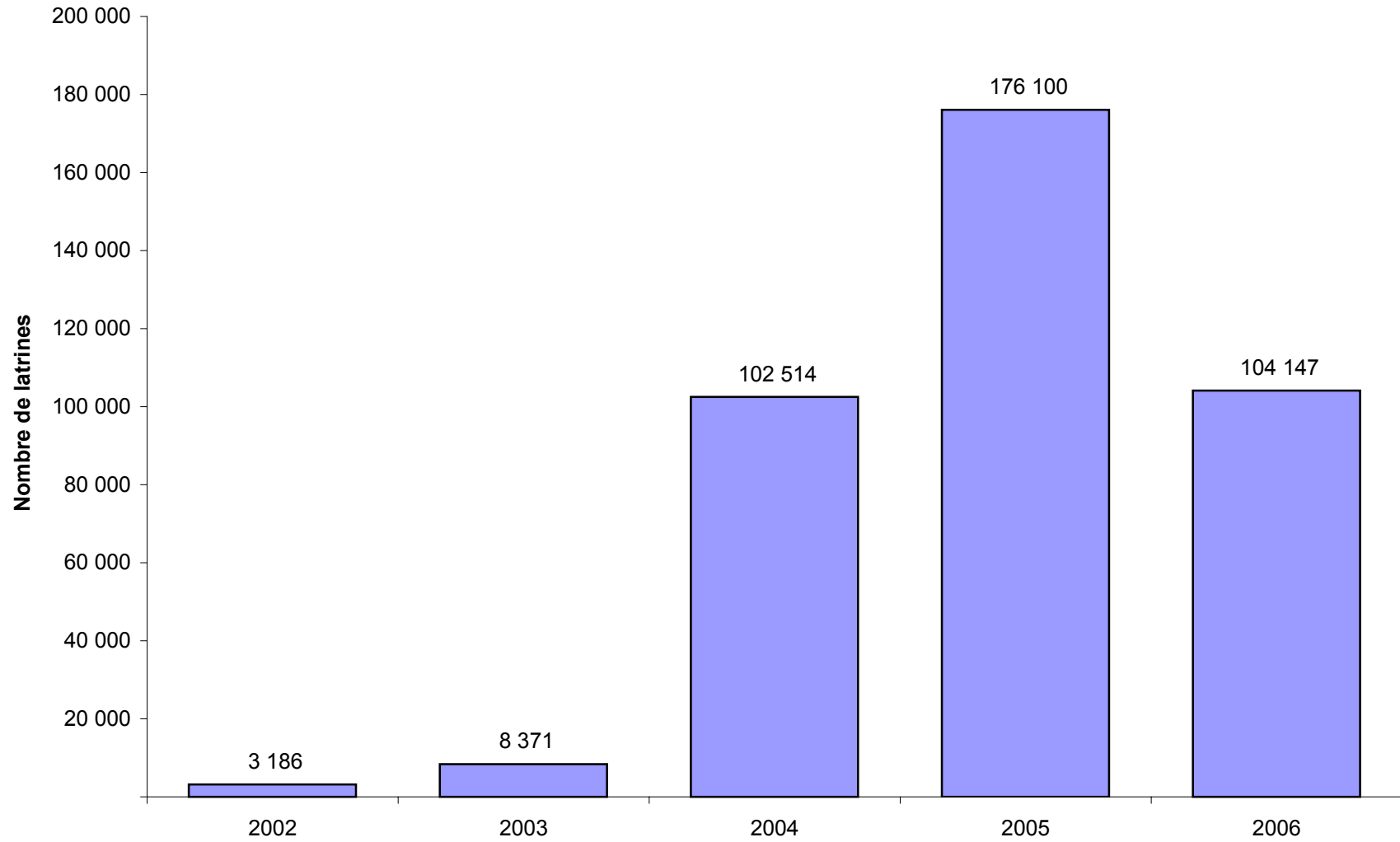
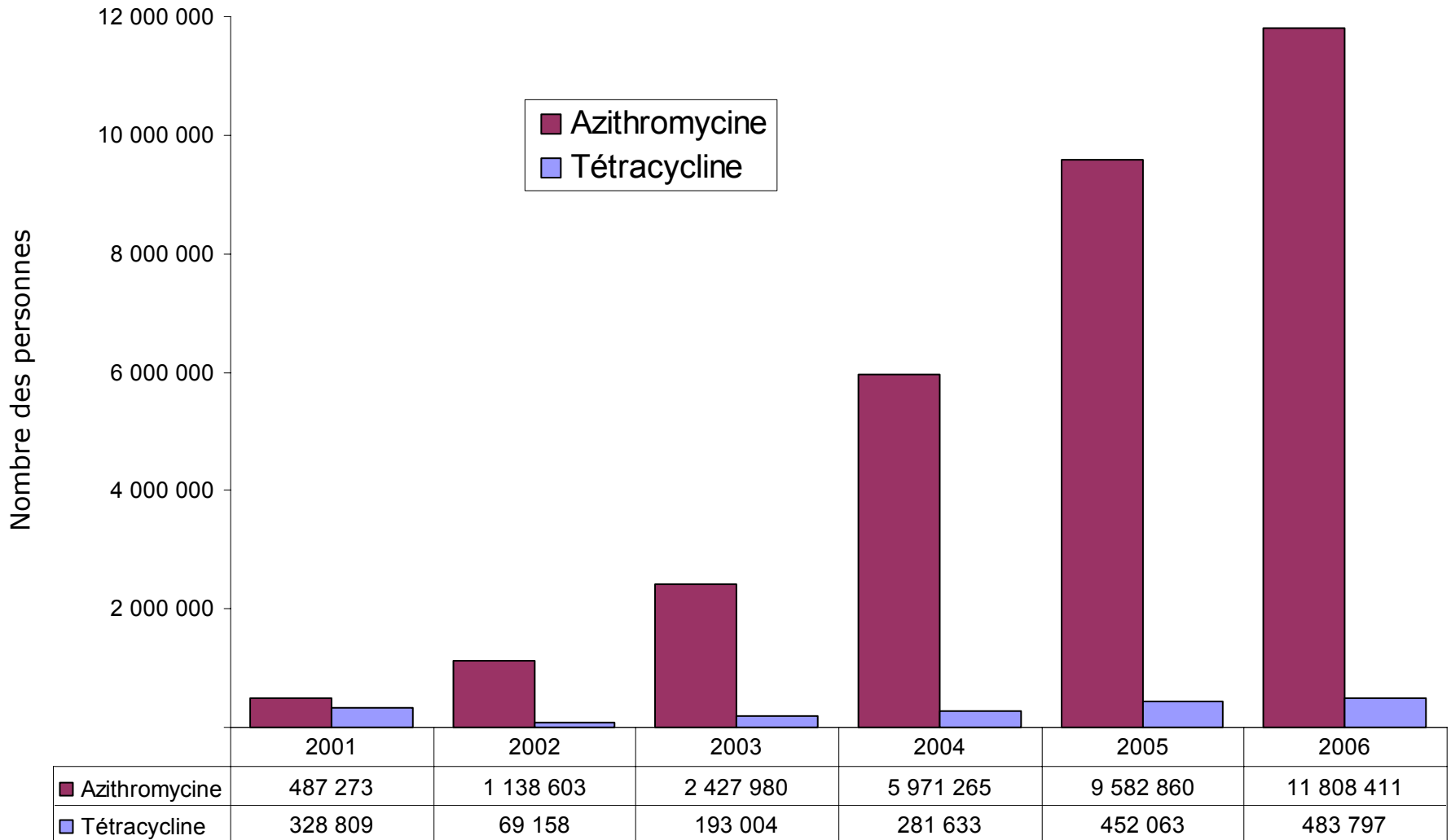


Figure 7. Personnes qui ont reçu des antibiotiques

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, présentées pour 2001-2006



Bibliothèque de matériel sur l'éducation sanitaire pour le trachome

Présentée par Elizabeth Cromwell, Centre Carter, Atlanta

Ces dernières années, les responsables des programmes de lutte contre le trachome et leurs partenaires internationaux ont demandé une assistance auprès du Centre Carter pour mettre au point du matériel d'éducation sanitaire et de communication pour le changement comportemental. Pour le personnel de la plupart des programmes de lutte contre le trachome, la mise au point de matériel d'éducation sanitaire se limite souvent à ce qu'on peut trouver dans le pays. Sachant cela, nous souhaitons partager notre riche collection bien qu'il n'existe que peu de copies imprimées de ces documents gardés à Atlanta. Aussi, face à cette demande, avons-nous créé une bibliothèque en ligne regroupant le matériel d'éducation sanitaire sur le trachome afin de pouvoir le partager avec des programmes du monde entier. Le Centre Carter a compilé une vaste collection de ce matériel, mis au point par le Centre Carter et de nombreuses organisations partenaires participant à la lutte contre le trachome.

à images, affiches, t-shirts et chapeaux, manuels, dépliants, bandes dessinées et matériel scolaire. De plus, le site web présente une page de tutoriel montrant comment élaborer du matériel d'éducation sanitaire, étape par étape, allant de la recherche formative à la production en passant par le pré-test. Chaque page est classée par type de matériel et chaque section comprend des images de chaque article disponible.

Cette collection comprend du matériel provenant de programmes de lutte contre le trachome du monde entier et il est donc disponible dans de nombreuses langues. C'est une panoplie entière allant d'images en noir et blanc à celles en couleur et autant de matériel dont la production est onéreuse que celui bien plus simple et fondamental. Cette bibliothèque en ligne de matériel d'éducation sanitaire sert à inspirer les programmes pour qu'ils mettent au point leur propre matériel après avoir vu ce que les autres font. Chaque programme de pays devrait mettre au point du matériel qui est adapté à son contexte unique et aux ressources financières dont il dispose.

Ces ressources sont à présent disponibles en ligne à l'adresse suivante :

http://www.cartercenter.org/health/trachoma_education/indez.html

Evaluation de la promotion de latrines soutenue par le Centre Carter au Ghana

Présentée par Ann Rodgers, Centre Carter

Vue d'ensemble

Une étude en 2005 a démontré que la couverture en équipement sanitaire au Nord du Ghana était très faible (<10%). D'après les normes nationales d'assainissement, il faudrait du matériel onéreux qui n'est pas disponible dans le Nord. Aussi, toutes les latrines observées ont-elles été construites avec le soutien d'une organisation extérieure et la plupart des gens ont indiqué que ces programmes n'avaient aidé que 5 à 10 ménages dans chaque communauté. De plus, une évaluation des programmes de promotion des latrines a révélé qu'aucun n'avait réussi à construire un nombre suffisant de latrines achevées et utilisables.

Au courant des résultats de l'étude de 2005, le Centre Carter a commencé à apporter, dès juin 2005, une assistance aux districts sanitaires au Nord du Ghana dans le cadre d'un programme spécial et unique de promotion de latrines. L'approche vise à une couverture de 100% en latrines familiales dans chaque village choisi, quels que soient le niveau économique, le statut et la capacité d'une famille à faire don de main-d'œuvre. Ce sont des latrines à fosses ventilées qui sont construites car ce sont celles qui sont les plus efficaces par rapport aux coûts, les plus sûres et celles le plus facilement reproduites à d'autres endroits, conformément aux normes nationales d'assainissement.

La présente étude a évalué le programme de promotion des latrines, soutenu par le Centre Carter, par l'intermédiaire d'une enquête auprès des ménages pris dans un échantillon aléatoire de villages aidés dans la Région du Nord.

Méthodologie

Douze communautés qui ont participé pendant 12 mois au moins au programme de promotion des latrines, soutenu par le Centre Carter, ont été choisies aléatoirement dans deux districts. Chaque ménage dans ces communautés a été échantillonné et on a noté qu'il n'existait aucune latrine dans ces communautés au début du programme. On a organisé des entretiens avec 327 ménages pour juger de divers aspects : informations démographiques, accès à une latrine familiale, opinions et perceptions des gens quant à l'utilisation d'une latrine et coûts de construction pour le ménage. Une inspection visuelle de toutes les latrines a également été faite pour juger de l'utilisation de la latrine et observer l'état de la construction.

Résultats

D'après l'inspection visuelle, 94% des ménages avaient une latrine au moment de l'entretien et 88% étaient utilisables. De ces latrines, 88% avaient des murs, 84% avaient un toit et 69% offraient une utilisation en privé. Des matières fécales ont été notées dans 71% de toutes les latrines. Le coût moyen pour les ménages avec une latrine était de 5\$ environ lorsqu'on tient compte de tous les remboursements. De plus, 96% des ménages avaient apporté des ressources non monétaires : main-d'œuvre (74%), eau (64%) et herbe (54%). Peu de ménages avaient les dispositions nécessaires pour vider la latrine une fois

qu'elle est remplie. Trente pour cent ont fait savoir qu'ils en construiraient une autre, 12% la fermeront et 37% ne savaient pas ou n'avaient pas envisagé la question.

Les résultats ont montré que 93% des chefs de ménage étaient des hommes, d'un âge moyen de 53 ans. La taille moyenne du ménage est de 13 personnes. Lorsqu'on leur a demandé à propos de l'accès aux latrines, 50% ont fait savoir qu'il existait toujours une personne dans la famille qui *n'avait pas le droit* d'utiliser la latrine. De ces ménages, 94% limitent l'utilisation aux jeunes enfants et 14% aux adultes. De plus, 61% ont indiqué qu'il existait toujours une personne qui ne *souhaitait pas* utiliser la latrine. C'était environ égal pour les enfants (77%), les hommes et les femmes (73%) et les vieilles personnes (63%). Quelles étaient les principales raisons de ne pas utiliser une latrine ? Le fait de croire qu'elles présentaient un danger quelconque (45%), qu'on ne pouvait pas s'y sentir en privé (21%) et le fait que certains préfèrent déféquer dans les champs (13%).

Les opinions à propos des latrines étaient les mêmes pour les ménages qui possédaient une latrine utilisable que pour ceux qui n'en avaient pas. On a informé les deux sur les avantages et les inconvénients d'une latrine. Par contre, une proportion plus élevée de ménages sans latrines (100%) a cité des avantages que ceux avec une latrine (85%). Voici les avantages de posséder une latrine qui ont été cités le plus couramment : côté pratique, avantages pour la santé, absence de matières fécales dans la concessions, aspect privé. Les inconvénients cités sont les suivants : entretien des latrines, mauvaise odeur, coût élevé et risque qu'elles s'effondrent.

Vingt des 327 ménages interviewés n'avaient pas de latrine familiale et à seuls trois d'entre eux (15%) avait-on conseillé d'en construire une. Les raisons avancées de ne pas construire une latrine étaient le coût (33%), le manque de temps (13%) et l'incapacité à fournir une main-d'œuvre (13%). Malgré cela, 100% de ces ménages ont fait savoir qu'ils avaient l'intention de construire une latrine à l'avenir.

Conclusions

Dans les communautés soutenues par le Centre Carter, la couverture en latrines familiales s'est étendue, passant de 0% à 94%, et 88% des ménages ont une latrine utilisable. Des matières fécales ont été observées dans 71% des latrines. Il faudra encore intensifier l'éducation sanitaire et les activités de changement de comportement. Si les adultes n'utilisent pas les latrines, c'est parce qu'ils pensent qu'elles présentent un danger quelconque, qu'on ne s'y sent pas en privé et que certains préfèrent déféquer dans les champs. Il est de toute première importance de montrer aux communautés quels sont les avantages d'une latrine, qu'il faut mettre des portes et des murs pour que les gens s'y trouvent en privé pendant la journée et leur indiquer également qu'il faut absolument éliminer les matières fécales dans ces latrines. Les ménages doivent savoir comment réutiliser la dalle de ciment et les conduites d'air une fois que la latrine est remplie. Le programme de promotion des latrines a permis d'élargir l'accès et d'augmenter l'utilisation dans toutes les communautés choisies. Il devrait être pris comme modèle pour les autres programmes de latrine au Nord du Ghana.

Recommandations

1. Vérifier qu'il existe une demande continue pour un meilleur assainissement en le proposant comme mesure pour la sélection communautaire. De plus, il faut renforcer l'éducation en matière d'assainissement dans les communautés avant de commencer à construire les latrines. Tout le monde devrait être au courant des avantages d'un meilleur assainissement et déterminer s'ils veulent participer.
2. Vérifier que les communautés sont conscientes des responsabilités, des attentes et des délais associés au programme de promotion des latrines.
3. Obtenir plus de soutien de la part des responsables locaux et régionaux pour l'éducation sanitaire, le transport des matériaux et la supervision.
4. Continuer à soutenir l'ajustement des normes nationales de l'assainissement présentant un modèle plus réaliste pour le villageois moyen.

Effet de la promotion de latrines sur la production locale de latrines au Niger et au Mali

Présenté par Lisa Rotondo, Centre Carter

Données générales

Selon les enquêtes nationales au Mali (2001) et au Niger (1998), ces pays comptent une couverture en latrines familiales dans les zones rurales qui s'élève respectivement à 70% et à 5,9%. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome ont intégré la promotion de latrines dans leurs plans stratégiques de cinq ans – le Mali prévoit d'étendre la couverture de 70% à 90% d'ici 2009 et le Niger a l'intention de construire 50 000 latrines familiales d'ici 2009.

Depuis 2003 au Mali et 2002 au Niger, le Centre Carter soutient les objectifs du programme national liés à la construction des latrines familiales. Le Centre Carter apporte une formation technique, distribue de l'équipement et fait don de matériaux de construction (ciment, barres de fer, etc.). Les maçons reçoivent des moules et autre équipement nécessaire pour commencer la construction. Parallèlement, le Centre Carter dispense également une éducation sanitaire pour encourager la construction et l'utilisation de latrines en faisant des messages sur les stations radiophoniques. Au Mali, 1 229 maçons ont été formés et 12 577 latrines ont été construites depuis 2003, tout cela avec l'aide directe du Centre Carter. Au Niger, 382 maçons ont été formés et 11 781 latrines ont été construites depuis 2002.

La présente étude a évalué le programme de promotion des latrines, soutenu par le Centre Carter, dans des districts du Niger et du Mali, dont les objectifs sont les suivants :

- 1) examiner la couverture effective en latrines familiales
- 2) évaluer visuellement l'état des latrines construites et examiner les signes d'utilisation
- 3) évaluer la demande pour les latrines familiales
- 4) déterminer les attitudes face aux latrines, de la part de ceux qui en possèdent et de ceux qui n'en possèdent pas
- 5) examiner les différences dans le statut économique, l'éducation et les habitudes de voyage/déplacement des chefs de ménage qui ont des latrines comparés à ceux qui n'en ont pas.

Méthodologie

Pour arriver à atteindre ces objectifs, on a réalisé des entretiens structurés avec des chefs de ménage (y compris des propriétaires de latrines et des non propriétaires) dans 24 villages choisis aléatoirement de 4 districts du Niger et du Mali (12 villages soutenus par le Centre Carter et 12 villages ne recevant pas d'aide du Centre Carter). Les équipes d'entretien ont également inspecté visuellement les latrines pour en évaluer l'utilisation et la durabilité. Cinquante ménages ont été choisis aléatoirement par village, pour un total de 1200 répondants. Des questionnaires séparés ont été utilisés pour les ménages avec et sans latrines.

Résultats

Les résultats ont montré que 70-74,1% des chefs de ménage étaient des hommes. La taille moyenne d'une famille était de 7 personnes. Au Mali, il existe un nombre égal de latrines dans les villages d'intervention (270) que dans les villages de non intervention (271), d'où une couverture de latrines familiales de 90,3%. La couverture en latrines familiales dans les villages d'intervention au Niger était nettement plus élevée que dans les villages de non intervention bien que la couverture reste encore faible (30,3% dans les villages d'intervention et 5,3% dans les villages de non intervention). Il existe une différence significative dans le type de dalle de latrine. Dans les deux pays, les villages d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir des dalles en ciment de type Sanplat ($p < 0,0001$) (Tableau 1).

Tableau 1 : Type de latrines construites dans les villages d'intervention et de non intervention

Matériaux de construction de latrines	Mali			Niger		
	Boue/ Bois	Sanplat/ Ciment	Autre	Boue/ Bois	Sanplat/ Ciment	Autre
Villages d'intervention	60,0%	38,9%	1,1%	11,0%	87,9%	1,1%
Villages de non intervention	99,7%	0,3%	0%	62,5%	37,5%	0%

Pratiquement toutes les latrines avaient une superstructure achevée : 99,3% dans les villages d'intervention au Mali comparé à 99,3% dans les villages de non intervention et 93,8% dans les villages d'intervention au Niger et 100% dans les villages de non intervention. Dans une proportion très élevée de latrines, on a constaté des signes d'utilisation bien qu'il n'existe aucune différence significative entre les villages d'intervention et de non intervention. Les chefs de ménage dans les villages d'intervention au Niger étaient plus susceptibles d'indiquer qu'on leur avait effectivement conseillé de construire une latrine ($p < 0,0001$).

Les chefs de ménage qui possèdent une latrine sont plus susceptibles d'avoir certains indicateurs d'aisance financière : ils ont une famille plus grande, une maison avec un toit en métal et un enfant qui fréquente l'école (Tableau 2).

Tableau 2 : Indicateurs d'aisance financière parmi les propriétaires de latrines et les non propriétaires

	Mali		Niger	
	Propriétaires	Non propriétaires	Propriétaires	Non propriétaires
Famille plus grande que la moyenne	31,5%	20,7%	43,8%	25,9% $p < .0001$
Maison avec un toit en métal	25,1%	3,5% $p < .0002$	5,6%	6,1%
Enfant à l'école	67,9%	46,6% $p < .0012$	72,0%	41,6% $p < .0001$

Il n'existait aucune différence significative dans le niveau d'éducation entre les propriétaires et les non propriétaires. Plus de 80% de tous les chefs de ménage ont indiqué qu'ils avaient déjà visité une ville et les propriétaires étaient légèrement plus susceptibles d'avoir utilisé une latrine en ville bien que l'utilisation des latrines soit universellement élevée. Les trois avantages cités le plus couramment au Mali sont les suivants : les latrines sont pratiques, on s'y sent en privé et elles sont signes d'une meilleure situation de la famille aux yeux des visiteurs. Les avantages signalés au Niger sont les mêmes : côté pratique, utilisation en privé et propreté.

Conclusions

La présente étude a constaté que partout où des latrines avaient été construites au Niger et au Mali, l'utilisation était très élevée. Tant les propriétaires que les non propriétaires connaissaient fort bien les avantages liés à la possession et à l'utilisation d'une latrine et peu d'entre eux ont mentionné des inconvénients. Au Mali, le programme a permis d'améliorer la qualité des latrines. Parallèlement, le programme du Mali a atteint son objectif de 90% de couverture en latrines familiales.

Au Niger, la couverture en latrines est toujours très faible (la plupart des personnes préférant déféquer dans les champs) bien que la programme ait réussi à étendre nettement sa couverture. Pour le Niger, le défi consiste à accélérer les travaux de construction pour élargir l'accès aux latrines. Les deux programmes ont renforcé l'équipement sanitaire et se sont rapprochés grandement des buts nationaux stratégiques du programme.

Essai aléatoire du nettoyage du visage pour arriver à une définition standardisée d'un visage propre

Présenté par Jonathan King, Centre Carter

Données générales

La composante N de la stratégie CHANCE cherche à promouvoir le nettoyage du visage pour interrompre la transmission de la mouche aux yeux et de personne en personne de l'infection oculaire *Chlamydia trachomatis*. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que les programmes de lutte contre le trachome évaluent les visages propres chez les enfants afin de pouvoir suivre l'incidence des activités qui encouragent le lavage du visage. Par ailleurs, il n'existe aucune définition standard d'un visage propre. Nous avons effectué un essai aléatoire cas-témoins du nettoyage de visage dans des villages où le trachome est endémique en Tanzanie et au Mali pour arriver à une définition valide d'un nettoyage du visage par rapport aux éléments suivants : écoulement oculaire et nasal, poussière, nourriture et mouches sur le visage.

Méthodologie

Un total de 424 enfants âgés de 1 à 5 ans a été réparti aléatoirement dans les groupes lavés et non lavés après une première observation le matin. Un observateur (ne connaissant pas la répartition aléatoire) s'est chargé de la première observation suivie de trois observations supplémentaires réparties sur toute la journée. Des photographies ont été prises lors de chaque observation pour vérifier que les multiples observateurs, éloignés les uns des autres, étaient effectivement d'accord. Après la quatrième observation à la fin de la journée, tous les enfants ont été lavés et examinés pour détecter les signes cliniques du trachome. Tout enfant avec du trachome actif a été traité selon les directives du pays.



Résultats

Il n'y a pas de différence systématique dans les données démographiques de base des deux groupes. Dans l'ensemble, les enfants souffrant de trachome actif avaient davantage d'écoulement oculaire lors de l'observation initiale (RO 3,23 95% IC 1,85-5,76) et la présence de signes cliniques dénotant du trachome actif ne différait pas entre les groupes d'âge 1-2 ans et 3-5 ans.

L'heure de la journée semblait influencer la présence d'écoulement oculaire ainsi que la présence d'une mouche sur le visage mais pas les autres aspects. Les écoulements oculaires étaient moins fréquents vers la fin de la journée qu'au début, dans les deux groupes, les lavés et les non lavés. Des mouches étaient observées moins souvent lors de la troisième observation coïncidant avec le moment le plus chaud de la journée lorsque les mouches sont moins actives.

Les écoulements oculaires et les écoulements secs du nez étaient nettement moins fréquents dans le groupe qui avait le visage lavé, que ce soit le matin (après le lavage du visage), au moment du déjeuner ou dans l'après-midi ($p < 0,01$ à chaque moment). Par contre, l'effet du lavage de visage disparaissait lors de la dernière observation de l'après-midi. Les autres volets de la définition du visage propre n'étaient pas affectés par le nettoyage du visage.

Pour décider si une définition pouvait être répétée, nous avons cherché à voir dans quelle mesure les multiples observateurs étaient d'accord sur la présence de matériel facial, en utilisant des photographies. Ces observateurs étaient arrivés à un quasi-accord parfait sur la présence d'une mouche (Kappa=0,891). L'accord des observateurs sur la présence d'écoulement nasal était également important (Kappa=0,638). L'accord des observateurs n'était pas aussi net en ce qui concerne la présence de pertes oculaires (Kappa=0,481) et la nourriture (Kappa= 0,422). Il n'y avait que peu d'accord pour la présence de poussière sur le visage.



Conclusion

Les données de cette étude ont montré qu'il était possible d'arriver à une définition valide et répétée d'un visage propre indiquant si un visage avait été lavé ou non. Nous recommandons la définition pratique suivante d'un visage propre « absence d'écoulements oculaires et d'écoulements secs du nez ». En plus, vu que l'impact du lavage du visage le matin n'était plus noté l'après-midi, nous recommandons que les programmes de lutte contre le trachome encouragent le lavage des visages des enfants deux fois par jour.

Construction de latrines : Coûts, Progrès vers la réalisation des buts et Viabilité dans le long terme

Présentée par Paul Emerson, Centre Carter

Rôle des latrines dans la lutte contre le trachome

Il existe de multiples voies de transmission du trachome : les doigts, les matières contaminées et les mouches. Le vecteur du trachome est une mouche appelée *Musca sorbens*. Les contacts mouches aux yeux par *Musca sorbens* sur les yeux des enfants dans les villages où le trachome est endémique peuvent dépasser plus de 3 000 par jour. Toute lutte contre *Musca sorbens* permet effectivement de freiner la transmission du trachome. *Chlamydia trachomatis* a été prélevé sur certaines parties de la jambe et de la bouche des mouches. *Musca sorbens* se reproduit dans les matières fécales qui sont par terre mais cette mouche ne se reproduit pas dans les latrines à fosses. Aussi, la construction de latrines diminue-t-elle la population de *Musca sorbens* et réduit la fréquence du contact mouches à yeux.

La promotion de latrines permettra de diminuer une des voies de transmission du trachome. Mais même avec une couverture de 100% en latrines dans une communauté, la transmission du trachome par les mouches subsiste et également celle sur les doigts et les matières contaminées.

Tous les pays où le trachome est endémique et qui reçoivent une aide du Centre Carter ont souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) notamment le 7 objectif – diminuer de moitié d’ici 2015 la proportion de personnes qui n’ont pas accès à l’assainissement (élimination des matières fécales dans les bonnes conditions d’hygiène).

Outre son impact sur le trachome et l’engagement des gouvernements à atteindre les OMD, les latrines comportent d’autres avantages pour la santé, ne serait-ce que pour la lutte contre les maladies diarrhéiques, le choléra et d’autres vers intestinaux, elles sont bien pratiques pour les utilisateurs et améliorent l’esthétique des villages.

Choisir la bonne technologie

Dans leur forme la plus simple, les latrines ont un trou de 2 à 3 mètres dans le sol avec des lattes en bois pour que l’utilisateur puisse faire ses besoins sans tomber dans le trou et avec assez d’intimité pour qu’on ne le voit pas. Dans leur forme la plus avancée, ce sont des structures élaborées en ciment avec des fosses avec revêtement qui peuvent être vidées, des conduites de ventilation et des structures externes de ciment armé. Les deux types de structure sont tout aussi efficaces les unes que les autres pour l’élimination des matières fécales et la lutte contre *Musca sorbens*. Le choix de la technologie repose sur une combinaison de facteurs dont le coût, les attentes culturelles, la disponibilité de matériaux, la structure du sol et les conditions climatiques. La plupart des latrines familiales à fosses devraient être construites dans l’idée de les utiliser pendant un maximum de 3 à 8 ans. Si ce n’est pas possible, on utilisera une dalle déplaçable et des

trous peu profonds et on déplacera la dalle tous les 3 à 4 mois et on remplit avec de la terre les trous.

Il existe une technologie de latrine pour chaque culture, chaque endroit et chaque condition environnementale.

Que coûtent les latrines ?

Deux éléments entrent dans le coût de la construction d'une latrine : les coûts non monétaires comme la main-d'œuvre, les matériaux locaux qui peuvent être obtenus gratuitement et l'eau, et les coûts monétaires pour les matériaux de construction qui doivent être achetés et le paiement des ouvriers qualifiés. Ce sont évidemment les dépenses monétaires qui préoccupent davantage les programmes. Ils varient d'ailleurs en fonction du pays et sont présentés ci-après pour certains programmes soutenus par le Centre Carter.

Tableau : Estimations de coûts pour les dépenses liées à la construction de latrines dans certains pays choisis (coût par latrine convertis en dollars US)

	Mali	Niger	Nigeria	Ghana	Ethiopie
Ciment	12,50	15,00	12,50	12,22	0
Conduite de ventilation et moustiquaire	0	0	0	9,41	0
Barres de fer	2,10	2,60	0	0	0
Maçons qualifiés	0	0	0	6,50	0
Granulat	0	0	2,00	0	0
Contribution main-d'œuvre du propriétaire	0	0	0	4,88	0
Total	\$14,60	\$17,60	\$14,50	\$33,01	\$0

Note : seuls les coûts monétaires encourus par le programme sont présentés ici. Les coûts non monétaires, les coûts assumés par le propriétaire et les coûts du programme ne sont pas inclus.

Progrès et viabilité

Pour vérifier qu'on se rapproche d'un but, il faut commencer par se mettre d'accord sur un but, se donner une base initiale et mettre en place un bon système d'archivage et de suivi. Le but de la promotion de latrines varie d'un endroit à l'autre mais généralement il s'agit d'une couverture de 50% des ménages dans une communauté ; de l'ODM 7

(diminuer de moitié d'ici 2015 le nombre de ménages privés de latrines) ou encore couverture totale d'assainissement avec 100% de ménages qui ont accès aux latrines.

Dans l'Amhara en Ethiopie, le but du programme est d'arriver à une couverture de 50% dans les villages d'endémicité dans les cinq années à venir. La population s'élève à 17 millions de personnes répartis dans 3,03 millions de ménages. La couverture actuelle signalée en latrines est de 29,7%, ce qui veut dire qu'il faudra rajouter 20,3% des 3,03 millions de ménages (615 000) nécessitant une latrine dans les 5 années à venir pour arriver à la couverture de 50%. L'objectif annuel devrait être au moins de 121 000 latrines.

La production moyenne annuelle du programme ces trois dernières années était de 103 000 latrines, c'est-à-dire 15% de moins que l'objectif prévu. De légères modifications devraient permettre de rattraper ce retard.

Il est à regretter que l'Amhara soit un rare exemple de progrès soutenus en vue d'atteindre le but. Un calcul analogue pour la Région Nord du Ghana nous montre que la production annuelle moyenne ces trois dernières années n'était que de 0,9% de l'objectif annuel d'intervention fixé pour atteindre le but d'une couverture de 50% dans les cinq années à venir.

Conclusions

Cela relève d'un véritable mythe que de dire que le volet CE de la stratégie CHANCE est trop difficile à planifier et trop cher à exécuter. C'est faux.

- 1) L'élimination des matières fécales dans les bonnes conditions d'hygiène est la meilleure arme possible pour lutter contre le trachome sur l'ensemble de l'Afrique
- 2) Il existe des latrines disponibles pour tous les environnements et à tous les budgets
- 3) L'exemple d'Amhara démontre qu'il est possible de calculer les objectifs, de planifier les programmes pour qu'ils arrivent à atteindre des buts spécifiques, et de mettre en œuvre les plans de matière soutenable.
- 4) La promotion de latrines peut devenir une partie durable et réaliste d'un programme national de lutte contre le trachome qui correspond à d'autres objectifs nationaux.

Comparaison des méthodes d'enquête sur le trachome

Présentée par Jeremiah Ngondi, Conseiller technique du Centre Carter

Les enquêtes sur le trachome sont essentielles pour quantifier la charge de la maladie et faciliter la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. On recommande actuellement la méthode de l'enquête aléatoire en grappes (CRS en anglais). Deux autres techniques d'évaluation rapide sont également à l'ordre du jour : l'évaluation rapide du trachome (TRA en anglais) et l'évaluation rapide du trachome sur échantillon d'acceptation (ASTRA en anglais). Le tableau ci-après récapitule les caractéristiques de ces méthodes.

Echantillon aléatoire en grappes (CRS)

Les enquêtes sur la prévalence à base de population sont l'étalon d'or pour estimer la prévalence du trachome au sein d'une population ciblée. L'échantillonnage aléatoire en grappes (CRS) est la technique d'enquête utilisée le plus souvent pour les enquêtes sur la prévalence du trachome. La taille de l'échantillon pour l'enquête CRS est calculée en définissant les paramètres suivants : estimations prévues de la prévalence (P) ; marge d'erreur ou de précision (d) ; niveau de confiance ; niveau de signification (α) et effet du plan expérimental. L'effet du plan expérimental décrit le changement relatif dans la variance causée par l'échantillonnage sur grappes.

Dans le cadre de CRS, des groupes qui ne se chevauchent pas (grappes) définis en général sont choisis en fonction de paramètres géographiques ou politiques et ensuite, au sein de chaque grappe, on choisit les participants présentant les conditions requises. Souvent, on utilise un plan en deux étapes pour la sélection de villages (grappes) et de personnes au sein des ménages. Le plan peut d'ailleurs être élargi et intégrer de multiples stades. Diverses modifications sont possibles, notamment l'utilisation d'une probabilité proportionnelle à la taille (PPS) en fonction de la grappe. Il est bon d'utiliser des poids d'échantillonnage pour des plans CRS complexes. La méthode est efficace puisqu'elle ne suppose que l'énumération de la population dans la grappe choisie et ne demande donc pas que soit fait un recensement complet de la population. Les échantillons CRS peuvent être utilisés pour de multiples indicateurs en même temps (par exemple, évaluation du trachome actif, trichiasis et facteurs risques communautaires). L'inconvénient, c'est que les CRS ne permettent de faire des estimations à partir de grappes individuelles et sont généralement appliqués au niveau de cellules administratives (districts, provinces, états, etc.) qui ne tiennent pas compte des différentes unités écologiques (collines, plaines, savanes et forêt). Les estimations qui en résultent au niveau de la population dans cette même cellule administrative pourraient donc manquer des poches de maladie associées à un environnement particulier.

Evaluation rapide du trachome (TRA)

Le TRA a été mis au point en 1999 pour servir de méthode simple et efficace permettant l'évaluation rapide du trachome actif chez les enfants, le trichiasis chez les femmes et les facteurs risques environnementaux. Cette méthode repose sur un échantillon pratique et

Tableau 1. Récapitulatif des caractéristiques des méthodes d'enquête sur le trachome

Caratéristique	Echantillon aléatoire en grappes (CRS)	Evaluation rapide du trachome sur échantillon d'acceptation (ASTRA)	Evaluation rapide du trachome
Plan d'échantillonnage	Echantillon à grappes à un ou plusieurs stades. Sélection aléatoire.	Echantillon aléatoire stratifié – modifié LQAS*	Echantillon pratique. Sélection non aléatoire.
Sous-populations	Appelées grappes. Se basent sur les limites géographiques ou politiques. Supposées être hétérogènes.	Appelées lots. Se fondent sur des limites géographiques ou politiques. Supposées être homogènes.	Villages ou communautés.
Taille de l'échantillon	Estimation basée sur une proportion de la population.	Estimation basée sur le test d'hypothèse (proportion souhaitée et niveau d'erreurs du Type I et Type II).	Echantillon fixe de 50 enfants âgés de 1 à 9 ans.
Liste des unités	Liste des unités d'échantillonnage primaires, recensement complet n'est pas nécessaire.	Recensement de la population est essentiel.	Pas de recensement nécessaire.
Base du résultat d'inférence	Intervalle de confiance pour l'estimation	Test d'hypothèse	
Résultat	Estimation générale de la population (par exemple, prévalence) A ne pas calculer l'estimation des grappes individuelles.	Lots individuels jugés acceptables ou non acceptables. Estimations générales si un point seuil n'est pas utilisé.	Proportions dans chaque village ou communauté.
Pondération de l'échantillon	Auto-pondération si PPS.		Pondération n'est pas nécessaire.
Coût	Moins de temps de déplacement et moins de préparations. Coût moindre car recensement n'est pas nécessaire.	Faible coût suite à de petites tailles d'échantillon. Besoin d'échantillonner chaque lot peut faire grimper le coût pour les recensements de la population.	Peu chère car l'échantillon est pratique.
Raisons des éventuels biais	Regroupement géographique de l'échantillon.	Petits échantillons dans chaque lot.	Biais de sélection.
Avantages	Simple et efficace. Recensement auprès de la population n'est pas nécessaire. De multiples indicateurs peuvent être évalués dans une enquête.	Petites tailles d'échantillon pour décider de l'acceptabilité d'un lot. Convient à de petites unités d'étude. Convient au suivi de la couverture du programme.	Simple et de réalisation peu chère.
Inconvénients	N'obtient pas des estimations pour les grappes individuelles. Estimation sur la population passe probablement à côté de poches de maladie.	Liste de recensement de la population est essentielle. Expertise nécessaire pour décider des proportions et des risques acceptables. Petits échantillons dans chaque lot peuvent valoir des estimations imprécises. Tailles plus grandes d'échantillon nécessaires si estimation générale demandée. Ne peut pas être utilisé pour de multiples indicateurs.	Estimations inexactes et inconstantes. Ne donne pas des estimations sur la prévalence. Ne se fonde pas sur des méthodes épidémiologiques exactes. Ne convient pas au suivi ou à la surveillance.
Quand utiliser	Si on est intéressé par des estimations générales sur la population. Les enquêtes sur la prévalence sont « l'étalon d'or ».	Si on intéressé par une information sur chaque lot. Convient au suivi ou à la surveillance.	Peut montre où les enquêtes sur la prévalence sont nécessaires. Utilisation limitée suite au manque de rigueur statistique.

*Echantillon d'assurance de qualité du lot

suit un plan d'échantillonnage en deux étapes pour identifier les communautés à hauts risques. La méthode s'inspire de la participation communautaire et a été recommandée comme manière pratique pour déterminer si le trachome cécitant est endémique dans une communauté donnée. Le TRA est mis en avant comme un outil opérationnel permettant le classement des communautés et facilitant donc le classement prioritaire des interventions dans les régions les plus touchées. Par ailleurs, le TRA ne se base sur l'échantillonnage probabiliste, n'estime pas non plus la prévalence et ne devrait jamais remplacer des enquêtes plus complètes. En plus, la méthode s'est avérée peu constante et d'une exactitude douteuse et son utilisation est certes limitée puisqu'elle ne permet pas d'estimer la prévalence.

Evaluation rapide du trachome sur échantillon d'acceptation (ASTRA)

ASTRA repose sur l'échantillonnage d'assurance de qualité du lot (AQL). C'est la méthode recommandée pour cerner et classer les communautés qui ont une prévalence faible ou élevée du trachome. La méthode AQL est empruntée de l'industrie manufacturière aux fins de contrôle de qualité et elle est utilisée par les services publics de santé pour évaluer la couverture vaccinale. Ce type d'enquête n'a pas de taille fixe d'échantillon et l'échantillonnage pourra s'arrêter une fois dépassé le nombre de défauts autorisés. Cette méthodologie sert essentiellement à déterminer si un lot de produits est « acceptable » ou « non acceptable ». Pour cela, on prélève un échantillon et en définit le niveau de risques acceptables qui sera pris si on n'inspecte pas chaque article. La décision à prendre consiste à déterminer le nombre d'articles « défectueux » qui doit être trouvé avant de juger que tel lot est inacceptable. Dans le cadre d'un essai d'ASTRA au Malawi en 2003, on a examiné des enfants âgés de 2 à 5 ans jusqu'à identification d'un nombre prédéterminé de cas de trachome actif (prévalence élevée) ou d'un total de 50 enfants échantillonnés sans qu'on ait atteint le seuil limite (faible prévalence). ASTRA n'est généralement pas utilisé pour les estimations générales de la population bien que cette technique puisse être modifiée pour estimer la prévalence en continuant l'échantillonnage dans un lot jusqu'à ce que la taille maximale soit atteinte plutôt que d'arrêter une fois atteint le nombre prévu d'unités « défectueuses ». Le principal avantage d'ASTRA réside dans son économie de temps et de coût suite à la taille d'échantillon relativement petite bien que la taille soit parfois plus grande que requise s'il faut se fonder sur la population en général en plus du temps passé à enquêter chaque lot. De plus, de petits échantillons dans chaque lot pourraient valoir des estimations imprécises.

Coûts de l'enquête

Les enquêtes à base de population sont jugées « l'étalon d'or » pour estimer la prévalence. Par contre, elles ont été critiquées parce qu'elles sont chères, prennent beaucoup de temps et risquent de « pomper » sur le peu de ressources dont on dispose et qu'on aurait pu mieux utiliser pour d'autres interventions. D'après certaines informations glanées auprès des programmes de lutte contre le trachome, soutenus actuellement par le Centre Carter au Soudan, au Nigeria et en Ethiopie, les coûts directs des enquêtes (matériaux, transports, hébergement, nourriture, saisie et analyse de données) utilisant le plan CRS sont d'une moyenne de 2500 \$ par district enquêté. Par contre, il est nécessaire de collecter et de collationner systématiquement des données sur les coûts des enquêtes, notamment les coûts par élément essentiel, selon les différents pays. Ces données seront

importantes pour étayer la planification des enquêtes dans le cadre des programmes nationaux.

L'argument selon lequel les techniques d'évaluation rapide économisent sur les coûts ne tient pas. Par ailleurs, l'évaluation rapide se base souvent sur des échantillons qui peuvent donner des estimations imprécises. De plus, les données du recensement démographique ne sont pas toujours disponibles dans les contextes où le trachome est endémique et il n'est donc guère pratique d'envisager l'utilisation de plans d'échantillonnage qui exigent des données démographiques complètes (par exemple ASTRA). Et lorsqu'un recensement peut être effectivement fait pour construire une base de sondage pour la réalisation d'une enquête, cela signifie que les coûts de l'enquête vont augmenter et que les délais vont se rallonger. Aussi, le plan de l'échantillon aléatoire sur grappes (CRS) nous fournit-il la meilleure méthode à base de population pour faire l'enquête sur la prévalence du trachome auprès des communautés.

Conclusions et recommandations

Actuellement, 22 des 55 pays où le trachome est endémique ne disposent pas de données d'enquête fiables. Les enquêtes revêtent un caractère essentiel pour planifier les interventions dans des pays d'endémicité qui ne mettent pas en œuvre actuellement la stratégie CHANCE au même titre d'ailleurs que pour étendre à plus grande échelle des activités dans des pays qui ne réalisent que partiellement des programmes de lutte contre le trachome. On ne pourra suivre le taux de recul des maladies que si la collecte de données sur la prévalence s'aligne sur des groupes uniformes du point de vue âge et genre. Ce n'est qu'avec des méthodes constantes qu'on pourra comparer les enquêtes, planifier de manière rationnelle les programmes et établir des priorités équitables au niveau mondial et dans le cadre des programmes nationaux. Il est absolument nécessaire de déterminer la prévalence du trachome du moins au niveau district avec une précision raisonnable pour bien planifier les programmes. La standardisation des méthodes d'enquête facilitera l'exécution des enquêtes sur le trachome et la cartographie des districts d'endémicité, la planification des interventions et la réalisation des objectifs GET 2020.

Le plan d'échantillonnage aléatoire en grappes (CRS) compte bien des avantages par rapport aux plans d'évaluation rapide (TRA et ASTRA). De plus, le CRS peut être conçu de sorte à étudier de multiples indicateurs dans le cadre d'une seule enquête. Connaissant la tendance mondiale actuelle favorisant l'intégration des programmes de lutte contre les maladies, les plans d'enquête doivent s'axer sur l'évaluation de multiples maladies qui risquent d'être endémiques dans des communautés spécifiques. Les méthodes d'enquête qui se penchent sur de multiples indicateurs favorisent l'intégration des programmes de lutte contre les maladies. En général, les plans d'enquête pour des maladies particulières ne conviennent guère car elles puisent sur des ressources programmatiques qui sont déjà bien faibles. Aussi, propose-t-on de faire des recherches complémentaires pour concevoir des protocoles d'échantillonnage qui répondent à de multiples maladies endémiques qui peuvent affliger en même temps telle population.

Don de l'USAID pour la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées

Présenté par Amos Sam-Abbenyi, Initiative Internationale du Trachome

Le 14 mars 2006, l'USAID a présenté une Demande d'Application pour une somme qui devrait s'élever à 100 millions de dollars sur une période de cinq ans et qui est destinée à la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées. Le projet a pour but de mettre en avant une enveloppe de soins de santé efficace et transférable pour l'intégration de la chimiothérapie dans la lutte contre cinq maladies tropicales négligées – trachome, schistosomiase, helminthes du sol, filariose lymphatique et onchocercose. Le but complémentaire est de démontrer l'efficacité du programme, de réduire les coûts, d'étendre la couverture et d'encourager la viabilité, afin de faire reculer la charge totale de morbidité.

Après bien des négociations et préparations des plans et documents, l'Initiative Internationale du Trachome (ITI) s'est jointe à d'autres partenaires aux termes d'une proposition coordonnée. Les membres du consortium sont les suivants :

- **Chef de file :**
Research Triangle Institute (RTI) International – responsable des systèmes de gestion du don et supervision du projet de lutte contre cinq maladies tropicales. S'occupera également des systèmes de suivi et d'évaluation du projet et des systèmes d'information en gestion.
- **Partenaires :** Responsables de l'expertise et du soutien technique
Sabin Vaccine Institute
Liverpool Associates in Tropical Health
- **Organismes d'exécution**
Initiative de lutte contre la schistosomiase
Initiative internationale du trachome

Adjudication

Le 10 juillet 2006, le groupe a reçu une notification officielle de l'USAID lui indiquant qu'il était l'adjudicataire du don, après négociation réussie du contrat. En avril 2007, seule la première année de financement de ce don avait été approuvée. Le financement des années ultérieures dépendra de la réussite de la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées et de l'approbation des budgets de l'exercice fiscal de l'USAID.

Double mise en œuvre de la stratégie du projet

- **Mise en œuvre directe et rapide**

Une fois recruté le personnel central du projet et une fois mis en place les systèmes de financement et de gestion du projet, on passera à une mise en œuvre rapide dans cinq pays africains : Burkina Faso, Ghana, Mali, Niger et Ouganda – choisis à l'avance en consultation avec l'OMS Genève et AFRO – vu la prévalence élevée et la co-endémicité des maladies cibles et partant, l'ampleur du poly-parasitisme dans ces populations

pauvres. Nous avons l'engagement écrit de leur gouvernement aux niveaux les plus élevés pour lutter contre les maladies tropicales négligées et intégrer leur lutte à celle contre le paludisme.

ITI sera le chef de file pour le projet au Ghana et au Mali et l'Initiative de lutte contre la schistosomiase prendra le contrôle au Burkina Faso, au Niger (avec le soutien de l'ITI) et en Ouganda. Dans chaque pays, ITI et SCI engageront d'autres partenaires tel qu'indiqué dans l'objectif de réunir tout le monde, en utilisant toutes les ressources disponibles, en fusionnant toutes les énergies et en évitant tout double emploi d'efforts.

- **Mise en œuvre de la seconde étape**

Parallèlement, ITI mettra en place un programme de dons compétitif pour que 12 pays en plus puissent recevoir un soutien du projet pour les années à venir en fonction du financement disponible de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds. A cet effet, des propositions seront préparées et revues par le Conseil consultatif technique.

Gestion et organisation

- **Coordination du programme** : Sera confiée au contractant principal, RTI International soutenue en cela par Liverpool Associates in Tropical Health (LATH) et Sabin Institute.
- **Directeur du projet** : A déterminer
- **Conseil de supervision technique** (à déterminer) : Cette entité sera responsable de la supervision professionnelle et financière du projet et de l'affectation de tous les fonds. Peter Hotez, MD PhD de Sabin Institute fera fonction de Directeur exécutif du Conseil et de Point de contact complémentaire pour l'USAID.
- **Conseillers séniors** : Professeur David Molyneux ; Dr Jacob Kumaresan ; Dr Uche Amazigo Oncho ; Dr Lorenzo Savioli et Dr Paul Sikosana.
- **Personnel de gestion du projet** : Responsables des opérations régionales pour l'Afrique, l'Amérique latine et de l'Asie. Le personnel supplémentaire pour les questions financières, le suivi et la gestion de dons sera établi dans les bureaux de RTI.

Mises à jour

- ITI et SCI ont recruté du personnel au siège et dans le pays
- Des réunions des parties concernées seront organisées dans tous les pays
- Un plan de travail et un budget détaillés pour 2007 ont été mis au point

Etapas suivantes

- La mise en œuvre du programme est prévue pour avril/mai et en juin 2007
- RTI et les partenaires demanderont des membres pour tous les postes qui restent à être déterminés et tiendront la première réunion
- Demande d'application de la part de RTI pour d'autres pays

Suivi de la distribution de médicaments : Que faisons-nous ?

Présenté par Jonathan King, Centre Carter

Le suivi de la distribution des antibiotiques dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome revêt un caractère essentiel pour vérifier que toutes les populations concernées sont effectivement traitées. Les responsables des programmes doivent déterminer si les antibiotiques arrivent effectivement aux populations visées et si ces dernières acceptent le traitement. De plus, le suivi vérifie une bonne gestion des antibiotiques pour minimiser les pertes et réduire le risque de résistance aux médicaments.

On recommande aux programmes de lutte contre le trachome de fournir un traitement d'antibiotique de masse tous les ans, pendant trois ans, dans les régions où la prévalence du trachome folliculaire/inflammatoire (TF) chez les enfants de 1 à 9 ans est supérieure ou égale à 10% ¹. La couverture est un indicateur commun de la distribution de masse. Les programmes devraient viser une couverture géographique de 100% et au moins une couverture en médicaments de 80%. Ces indicateurs peuvent être définis de la manière suivante :

- *Couverture géographique* - Proportion de toutes les zones devant recevoir un traitement d'antibiotiques de masse et qui reçoivent effectivement ce traitement. Exemple : 28 districts dans 3 régions devraient recevoir le médicament A ($\geq 10\%$ TF) mais les antibiotiques ne sont distribués que dans 19 régions. La couverture géographique = $(19/28) = 67,9\%$
- *Couverture médicamenteuse* – Proportion de la population totale qui est traitée avec des antibiotiques. Exemple : La population totale inscrite pendant le recensement d'un district s'élevait à 112 220. Pendant la distribution d'antibiotiques, 97 540 personnes ont été formées en fonction de tous les comptes rendus reçus des superviseurs. La couverture en médicaments pour ce district = $(97\ 540/112\ 220)=86,9\%$.

Les registres des traitements sont des outils qui nous aident à faire le suivi de la couverture. Les registres des traitements sont de fait un recensement communautaire fait avant la première distribution qui doit inclure tous les habitants de la communauté y compris les groupes ethniques nomades qui ne doivent pas être considérés comme faisant partie des villages. Le registre contient une fiche pour chaque ménage avec des informations par exemple le nom du chef de ménage ainsi que le nom, la date de naissance et le genre de chaque membre de la famille. Les registres devraient également indiquer le nombre de gélules, la suspension en ml ou le nombre de pommades à base de tétracycline donnés à chaque personne. Le registre peut également indiquer la raison expliquant que la personne n'est pas traitée. D'autres programmes tels que ceux contre la filariose lymphatique (FL) pourront avoir des registres communautaires qui seront utilisés pour créer, mettre à jour ou même intégrer des registres pour la distribution des antibiotiques contre le trachome.

Ce sont des fiches de comptage et de pointage qui permettent de tenir à jour le nombre total de personnes traitées, de la quantité d'antibiotiques utilisés et des quantités restantes. Les équipes de distribution sont tenues de présenter les registres aux superviseurs ainsi que les quantités restantes d'antibiotiques. Les superviseurs peuvent ensuite remplir les fiches de compte rendu en utilisant l'information dans les registres de traitement avant de présenter tous les rapports aux coordinateurs de programme au niveau district. Les coordinateurs des programmes de lutte contre le trachome réunissent tous les comptes rendus et présentent un rapport qui inclut la couverture géographique et la couverture en médicament, la population totale inscrite dans les recensements ainsi le nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine et de la tétracycline, la quantité d'antibiotiques utilisées, jetées ou retournées ainsi que tout rapport sur des effets indésirables.

La surveillance des effets indésirables est d'importance cruciale pour la campagne de distribution de masse des médicaments. Un effet indésirable peut être défini comme une conséquence qui serait due au traitement et qui entraîne le décès ou l'hospitalisation et qui exige une sérieuse attention médicale. On note très rarement un effet indésirable lié à l'azithromycine ou à la pommade de tétracycline. Par contre, on met au courant les communautés des éventuels effets indésirables pouvant être liés à la consommation d'antibiotiques. On leur apprend notamment les mesures à prendre en cas d'effet indésirable. Les établissements de soins de santé primaires eux aussi devraient être informés pour notifier les coordinateurs de tout effet indésirable signalé. Les programmes de lutte contre le trachome peuvent d'ailleurs envisager l'utilisation de formulaires de notification des effets indésirables auprès du programme national. Les programmes tant au niveau national que des districts devraient enquêter rapidement tous les comptes rendus d'effets indésirables. Cette mesure revêt une grande importance pour les programmes de lutte contre le trachome qui cherchent à s'intégrer à d'autres campagnes de distribution de masse.

Outre les estimations générales sur la couverture, les données des registres de traitement et les rapports doivent être analysées pour déterminer la couverture en médicaments selon les groupes. Une simple analyse des fréquences peut déterminer les différences dans la couverture ou au niveau des effets indésirables entre les genres, les groupes d'âge, les districts et les emplacements urbains et locaux. Les responsables des programmes devraient se pencher sur les différences constatées par l'analyse afin de cerner et de traiter les problèmes au niveau de la logistique et de la distribution des médicaments, la sensibilisation communautaire et de la non observance.

Le tableau 1 fait une vue d'ensemble de ce que font d'autres programmes pour suivre la distribution de médicaments. Chaque programme compte différents indicateurs de couverture et buts de couverture. Les programmes de lutte contre la schistosomiase (Schisto) et les helminthes du sol ciblent différents groupes en fonction de la prévalence et de l'intensité des infections dans la communauté. Tous les programmes utilisent des rapports. Par exemple, les programmes de filariose lymphatique et d'onchocercose utilisent des registres de traitement communautaires pour calculer les indicateurs sur la couverture. De plus, ces programmes réalisent des évaluations indépendantes supplémentaires pour suivre la couverture en médicaments.

Les contrôles croisés et les enquêtes sur la couverture sont deux exemples d'évaluations indépendantes. Les contrôles croisés sont faits en revoyant en détail un échantillon aléatoire de registres sur la couverture. L'exercice permet d'estimer la couverture en médicaments qui sera ensuite comparée à la couverture signalée en médicaments. De plus, ces contrôles croisés représentent l'occasion d'analyser le traitement par âge et genre et de cerner les éventuels groupes qui n'observent pas le traitement. Les contrôles croisés ne prendront pas beaucoup de temps sur les activités de mise en œuvre et pourront être faits une fois par district de préférence après la première année de distribution des antibiotiques. Le programme de lutte contre la filariose lymphatique accorde une grande priorité aux enquêtes sur la couverture. La méthodologie recommandée consiste à faire une enquête aléatoire par grappes à base de population. Les antécédents en matière de traitement sont pris d'un recensement des habitants dans certains ménages choisis afin d'arriver à une estimation indépendante de la couverture en médicaments. De plus, l'enquête représente l'occasion d'obtenir une information détaillée sur l'observance du traitement en organisant des entretiens structurés avec au moins un habitant choisi aléatoirement par ménage.

Les programmes nationaux de lutte contre le trachome devraient être en mesure de répondre à la questions suivante : Sommes-nous également en train de suivre convenablement le volet « A » ? La réponse est positive si les programmes utilisent des registres, notifient la couverture, évaluent indépendamment la couverture, gèrent des stocks antibiotiques et réalisent une surveillance des effets indésirables.

Tableau 1 : Que font les autres programmes pour suivre la distribution des médicaments ?

	Filariose lymphatique	Onchocercose	Schistosomiase/Helminthes du sol
Distribue des médicaments	Tous les ans pendant au moins 5 ans	Oui, indéfiniment	En fonction de la prévalence et de l'intensité
Indicateurs de couverture	Couverture géographique % traité/pop.totale % traité/pop. éligible	Couverture géographique % traité/pop.totale Objectifs annuels de traitement	% traité/popul.cible
But	80% pop.totale 100% pop.éligible	65%	>75% âge scolaire
Source de couverture	Registres et rapports Enquêtes sur les ménages	Registres et rapports Suivi indépendant	Rapports de programme
Autres indicateurs	# Effets indésirables Logistique des médicaments	# Effets indésirables Logistique des médicaments	# Effets indésirables Logistique des médicaments

Liste des références

1. Trachoma Control *A Guide for Programme Managers*. WHO 2006
2. Monitoring and Epidemiological Assessment of the Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis at Implementation Unit Level. WHO 2005.
3. Guidelines for writing an annual technical report of CDTI project to be submitted to TCC. African Programme for Onchocerciasis Control. Nov 2004
4. Independent participatory monitoring of CDTI projects. Guidelines and instruments. African Programme for Onchocerciasis Control. Oct 2002
5. Monitoring helminth control programmes. Guidelines for monitoring the impact of control programmes aimed at reducing morbidity caused by soil-transmitted helminths and schistosomes, with particular reference to school-aged children. A guide for managers of control programmes (II). WHO
6. Montesor A, Crompton DWT, Gyorkos TW, Savioli L. Helminth control in school-age children. A guide for managers of control programmes. WHO 2002.

Mise à jour de l'étude sur l'amélioration du trachome dans l'Amhara du Nord (TANA)

*Présentée par Jenafir House et Kevin Hong, Fondation Francis I. Proctor
University of California, San Francisco*

L'étude TANA a pour objet d'étudier le rôle des antibiotiques et de la construction de latrines dans la lutte contre le trachome dans les régions où la maladie est hyper endémique telle que la région d'Amhara en Ethiopie. Cette étude a pu être réalisée grâce à un partenariat entre le Centre Carter, la Fondation Proctor à UCSF et le Bureau de santé Régional au nord de l'Amhara.

Equipe de l'étude

L'étude TANA compte trois objectifs essentiels de recherche et un objectif complémentaire :

1. Pour étudier la fréquence optimale de la distribution d'antibiotiques de masse :
L'OMS recommande des traitements annuels de communautés. Par ailleurs, l'étude précédente faite par la Fondation Proctor a montré que la distribution biannuelle d'azithromycine pourrait être plus efficace pour éliminer l'infection oculaire au niveau local. Nous comparerons les communautés recevant des traitements annuels (Branche A) et celles avec des traitements biannuels (Branche B).

2. Pour étudier l'effet protecteur possible du traitement uniquement pour les enfants :

La plupart des infections oculaires sont constatées chez des enfants qui ont entre 1 et 5 ans alors que la plupart des adultes ne sont pas victimes de l'infection même s'ils ont des signes de maladie. La recommandation actuelle de l'OMS est d'assurer le traitement de tous les âges dans la communauté entière. Nous cherchons à voir si le fait de traiter uniquement les enfants a un effet protecteur sur la population entière. Dans la branche C, seuls les enfants sont traités. Ce traitement est donné tous les trois mois pendant un an pour éprouver le concept de l'effet protecteur. La branche C sera comparée à la branche D qui recevra un traitement après une année.

3. Pour étudier l'effet des latrines sur la lutte contre le vecteur :

Nous étudierons dans quelle mesure une promotion dynamique de la construction de latrines et une utilisation élevée de ces dernières influenceront la rapidité avec laquelle revient l'infection oculaire dans une communauté après la distribution d'antibiotiques de masse. Les communautés de la branche F recevront un traitement initial sans intervention supplémentaire. Les communautés dans la branche G recevront un traitement initial avec construction accélérée de latrines et mesures encourageant l'utilisation de ces latrines.

L'objectif complémentaire consiste à étudier l'impact de la distribution d'antibiotiques dans toute la communauté sur les aspects suivants : 1) mortalité infantile et 2) résistance antimicrobienne.

Définitions de l'étude :

Trachome actif : soit TF soit TI

Adultes : personnes de 10 ans ou plus

Enfants : jeunes de moins de 10 ans

Evolution de l'étude et résultats initiaux

L'équipe de l'étude TANA a effectué des visites au départ, puis à 3 mois, 6 mois et 9 mois de l'étude. Lors de la visite initiale en juin 2006, l'équipe a examiné et prélevé des écouvillons PCR auprès de 3 000 enfants et 2 869 adultes et a donné un traitement à 31 082 enfants et 48 169 adultes. Les résultats des examens cliniques indiquent un niveau élevé de trachome actif chez les enfants, pour une prévalence moyenne de 61,5% à 83,9% dans toutes les communautés pour chaque bras évalué. Les résultats des examens PCR ont également indiqué un niveau élevé d'infection chez les enfants, allant d'une prévalence moyenne de 36,7% à 48,5% dans toutes les communautés pour chaque bras évalué. La couverture moyenne de traitement à la base initiale se situait dans une fourchette allant de 92,1% à 96,6% chez les enfants et de 88,9% à 96,6% chez les adultes.

Des résultats supplémentaires pour la première année de l'étude seront disponibles dans les mois à venir.

L'accès à CHANCE est-il égal pour les hommes et les femmes ?

Paul Courtright, Centre Kilimandjaro pour l'Ophtalmologie

Les données d'enquête montrent constamment que la cécité imputable au trachome est deux à quatre fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Il est plus difficile par contre de déterminer dans quelle mesure le trachome afflige différemment et plus lourdement les femmes. Pour comprendre les raisons de la charge excessive du trachome que supportent les filles et les femmes, nous devons étudier un certain nombre d'aspects liés aux rôles biologiques et du genre qui pourraient bien expliquer le risque excessif du trachome et ses conséquences. Peu de faits existent pour évaluer l'équité entre les genres dans l'accès aux divers volets de la stratégie CHANCE.

Ce sont les femmes qui sont le plus touchées par le trichiasis et elles devraient donc représenter normalement deux tiers à trois quarts de tous les cas chirurgicaux. Et pourtant, des enquêtes transversales sur la couverture chirurgicale du trichiasis semblent bien nous indiquer que les femmes sont plus susceptibles de rester avec un trichiasis non corrigé. Les barrières qui empêchent les femmes de fréquenter les services oculaires sont généralement différentes des barrières qui entravent l'utilisation des services chez les hommes. Des études de suivi, rares en nombre, semblent indiquer que les taux d'utilisation peuvent être les mêmes du moment qu'il existe des stratégies communautaires reliant les communautés aux prestataires de soins. Si l'information sur les cas chirurgicaux selon le genre est bien notée, elle n'est, par contre, pas compilée en général et il est donc impossible d'évaluer la couverture par sexe des services chirurgicaux.

Il est encore plus compliqué de comprendre l'accès aux antibiotiques car cela dépend d'un certain nombre de facteurs dont la modalité de distribution et les rôles que confèrent aux deux sexes la culture et la religion. L'absence de données sur la couverture signalée par sexe limite notre capacité à évaluer l'accès. On pourrait remettre en question la supposition voulant généralement qu'une couverture antibiotique insuffisante serait due aux prestataires de santé plutôt qu'aux bénéficiaires. Il est fort probable que les personnes les plus marginalisées dans la communauté n'auront pas accès aux antibiotiques même s'ils sont distribués gratuitement. Les faits sur les études indiquant la volonté de payer viennent d'ailleurs soutenir cette hypothèse.

Pour comprendre l'accès au nettoyage du visage et au changement environnemental, il faut bien saisir les rôles sociétaux des deux genres et la manière dont sont prises les décisions aux niveaux communautaire et familiale, comment surviennent les changements comportementaux au niveau communautaire et les rôles des genres qui, soit poussent au changement comportemental, soit au contraire le freinent. En Afrique, les mères sont responsables de vérifier le nettoyage du visage mais dans les contextes où l'eau manque, souvent elles n'ont pas le pouvoir de décider de la manière dont l'eau sera utilisée dans le ménage. Les messages et les stratégies d'éducation sanitaire traitant du nettoyage du visage et du changement environnemental, souvent n'arrivent pas jusqu'au bon public, ou alors les médias sont mal utilisés et ne conviennent ni au public ni au

message. Sachant que les hommes et les femmes captent différemment l'information, des stratégies uniques d'éducation sanitaire ne suffisent pas pour répondre aux besoins d'éducation sanitaire.

En bref et bien qu'il faille générer des informations supplémentaires, les faits dont nous disposons nous montrent déjà qu'il existe effectivement des différences, selon le sexe, dans l'accès à la stratégie CHANCE. Une meilleure collecte de données, une désagrégation des données par sexe et des recherches opérationnelles supplémentaires aideront à élargir l'accès à la stratégie CHANCE dans les communautés où le trachome est endémique.

Intégration des activités de lutte contre le paludisme et le trachome : l'expérience de MALTRA de l'Ethiopie

Présenté par Estifanos Biru, Le Centre Carter Ethiopie

Données générales

Le Centre Carter a été le pionnier dans la prévention et la lutte contre le trachome en Ethiopie. De 2001 à 2006, le programme de lutte contre le trachome, aidé par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter a été mis en œuvre dans 19 districts de la région d'Amhara en Ethiopie. En septembre 2006, le Centre Carter a étendu ses interventions et a démarré un programme intégré de lutte contre le paludisme et le trachome (MALTRA) dans la région d'Amhara – dans 10 zones et 146 woredas (districts).

Bien-fondé d'une approche intégrée

Le lancement de MALTRA se fonde sur les points forts suivants :

- i. Le paludisme est une des grandes causes des consultations externes, des hospitalisations et des décès hospitaliers en Ethiopie. De 2001 à 2005, le paludisme représentait 22-44% de toutes les consultations externes, 10-23% des hospitalisations et 15-30% des décès en milieu hospitalier.
- ii. Le trachome est au titre des grands problèmes de santé de la région et représente un lourd fardeau socio-économique pour les communautés affectées.
- iii. Il existe un net recoupement géographique entre le paludisme et le trachome dans la région.
- iv. Un enseignement valide pourra être retiré de la mise en œuvre du programme de lutte contre le trachome afin de pouvoir mieux planifier les interventions communautaires contre le paludisme.
- v. L'intégration avec le paludisme attirera l'attention des bailleurs de fonds et permettra d'augmenter les ressources pour s'attaquer davantage au trachome et étendre à plus grande échelle les interventions en la matière.
- vi. Aussi, l'approche intégrée permettra-t-elle de mettre en œuvre la mise en place d'un ensemble à impact percutant qui sera hautement bénéfique à tous ceux qui souffrent des deux infections.

Fort de ces informations, le Ministère de la Santé en Ethiopie a fait une demande explicite en février 2006 pour obtenir l'aide du Centre Carter dans sa lutte contre le trachome. Quatre mois plus tard, le Conseil d'administration du Centre Carter a approuvé l'expansion du programme de lutte contre le trachome sur l'ensemble de la région et l'a intégrée aux activités de lutte contre le paludisme. En septembre 2006, le programme intégré de lutte contre le paludisme et le trachome (MALTRA) était démarré dans la Région d'Amhara. En attendant, un programme intégré de lutte contre le paludisme et l'onchocercose (MALONCHO) a été démarré dans la région Southern Nations, Nationalities et People et dans la région d'Oromiya.

Le but général du projet de MALTRA est d'arriver à une réduction de 50% dans la charge de morbidité et de mortalité imputable au paludisme grâce à une couverture de

100% de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), basé sur la distribution d'au moins deux moustiquaires par ménage et en réduisant la prévalence et la gravité du trachome actif de l'ordre de 80%, avec élimination consécutive de la cécité imputable au trachome.

Stratégies

Voici les principales stratégies du projet MALTRA :

- i. Mise en œuvre de l'enveloppe complète de la stratégie CHANCE – Chirurgie pour corriger les stades avancés de la maladie ; Antibiotique (azithromycine, pommade à base de tétracycline) pour traiter l'infection active ; Lavage du visage pour prévenir la transmission de la maladie et Changement environnemental pour élargir l'accès à l'eau salubre et à un meilleur assainissement.
- ii. Lutte sélective contre le vecteur pour la prévention du paludisme – distribution de trois millions de MII dont 1,26 millions iront dans les zones du projet MALTRA. Les animateurs et les volontaires communautaires joueront un rôle clé dans la distribution des MII et l'éducation sanitaire.
- iii. Soutien aux activités de suivi et d'évaluation par le biais d'enquêtes épidémiologiques, d'études opérationnelles et d'assistance technique pour élaborer les outils de suivi et d'évaluation conformément aux directives nationales.
- iv. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale par le biais de réunions de sensibilisation et plaidoyer afin de susciter l'engagement actif des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux et introduire le concept et les buts de MALTRA ; assistance technique pour la production et la distribution de matériel de formation et d'éducation sanitaire ; formation des formateurs portant sur une communication efficace ; et éducation sanitaire à base communautaire en matière de paludisme et de trachome.

Activités en cours

Outre le bureau régional de coordination de MALTRA à Bahir Dar, huit coordinateurs de zone sont responsables du soutien technique et logistique pour les départements respectifs. Un bureau sous-régional ouvert à Dessie coordonnera les activités dans les 5 zones à l'est de la région.

Trois millions de moustiquaires imprégnées aux insecticides dont 1,26 million dans les zones de MALTRA ont déjà été achetées et livrées dans les départements respectifs de ces zones. A présent, 1,11 million de ces moustiquaires sont arrivés dans les familles qui en ont besoin. La contribution du Centre Carter représente donc la part la plus grande de MII distribuées en 2007 à partir de cinq sources différentes.

L'enquête initiale sur le paludisme et le trachome représente une autre tâche essentielle qui a été accomplie. Dans la région d'Amhara, l'enquête a été effectuée dans 160 grappes avec 4 122 ménages. Lors de cette enquête, tous les membres des ménages ont été examinés pour dépister les éventuels signes du trachome et un dépistage du paludisme a également été fait pour 8 110 personnes (test de diagnostic rapide et microscopie sur

lame). L'information a été réunie au niveau des ménages concernant les indicateurs risques du paludisme et du trachome ainsi que la disponibilité et l'utilisation des MII. Les coordonnées GPS (altitude, latitude et longitude) ont été notées pour chaque ménage.

D'après les résultats préliminaires de l'enquête, 22,4% des ménages avaient au moins une MII et 4,2% des lames examinées au microscope étaient positives pour les parasites du paludisme. On a constaté que 33,4% des enfants âgés de 1-9 ans avaient un trachome inflammatoire folliculaire (TF) et 5,4% des adultes \geq 15 ans avaient un trichiasis trachomateux (TT).

Le chemin en avant

- Finaliser l'enquête initiale sur la prévalence du trachome et du paludisme : analyse et diffusion des résultats
- Soutenir la distribution des MII au niveau des ménages
- Mise au point de matériel d'IEC
- Formation des agents de santé et des dirigeants communautaires
- Evaluation des barrières entravant l'utilisation des services de soins antipaludiques et actions conjointes pour lever les barrières
- Enquête de suivi sur la couverture et l'utilisation des MII

Campagne SightFirst II

*Présentée par Philip Albano, Lions Clubs International Foundation et Tebebe Y. Berhan,
Lions Club District 411A, Ethiopie*



La Campagne SightFirst II (CSF II) est un appel de fonds lancé dans le monde entier par Lions Clubs International Foundation (LCIF) afin de refinancer SightFirst qui est son programme mondial de prévention de la cécité. Le but de CSF II est de mobiliser 150 millions de dollars US pour soutenir les activités de LCIF pour la lutte contre le trachome, la cataracte et l'onchocercose et pour permettre à LCIF d'intervenir dans de nouveaux domaines de la prévention de cécité (état de réfraction, cécité infantile et rétinopathie diabétique). On cherche également à obtenir une somme supplémentaire de 50 millions de dollars US pour CSF II, portant ainsi à 200 millions dollars US le but total de la campagne. Toute mobilisation de fonds dépassant 150 millions de dollars US permettra de soutenir des programmes portant assistance aux aveugles ainsi que la recherche opérationnelle. En date d'avril 2007, on avait réuni un total de 81 millions de dollars US (sommés versées ou promises). La campagne doit se terminer lors de la convention internationale des Lions en juillet 2008. Les fonds continueront à être acceptés bien après cette date.

SightFirst est un programme de prévention de la cécité de Lions mobilisant ces fonds auprès des 1,3 million de membres Lions dans le monde. SightFirst est en pleine planification avec à l'ordre du jour un plan de dépenses qui fixera le plafond disponible chaque année pour les diverses activités. Est également discuté un avant-projet de plan d'action qui utilisera essentiellement les futures ressources du programme de lutte contre le trachome/SightFirst pour les aspects chirurgicaux de CHANCE. D'autres propositions concernant les divers volets de CHANCE pourront également être envisagées mais uniquement au cas par cas.

Etudes de fiabilité pour la classification et les questionnaires du trachome

Présentée par Jeremiah Ngondi, Conseiller technique Centre Carter

Outils uniformes de classement

Avant de réaliser des enquêtes sur le trachome, il est important de s'assurer que tous les examinateurs utilisent de la même manière le système de classification simplifié de l'OMS. L'évaluation de cette fiabilité est une étape essentielle et doit être prise avant de faire toute enquête épidémiologique sur le trachome puisque cela permettra aux examinateurs de classer le trachome de manière correcte et d'aboutir à des observations d'un caractère constant.

Mise en place d'une étude de fiabilité

Lors de la formation initiale des éventuels examinateurs, on examinera cette fiabilité à l'aide du jeu de photographies de l'OMS sur les signes du trachome. Dans ce cas, les futurs examinateurs classent les signes du trachome présentés sur des photographies et notent leurs diagnostics sur un formulaire pré-imprimé. A la fin de cet exercice, la classification des photographies par les examinateurs est comparée aux diagnostics standard qui ont déjà été déterminés par l'OMS pour chaque photographie. Par ailleurs, cet examen de la fiabilité à l'aide de photographies ne devrait pas remplacer le test de fiabilité fait auprès d'un échantillon de personnes.

La manière la plus simple de vérifier la fiabilité est de demander à tous les examinateurs de classer le trachome sur les mêmes sujets. A la fin de la série d'examens, on compilera tous ces classements et on verra dans quelle mesure ils concordent entre eux. Il n'existe pas de changement dans le classement individuel d'un examen à l'autre le même jour et par conséquent, les différences sont dues à la manière dont les examinateurs classent les signes.

L'examineur en chef devrait choisir 50 personnes au total, y compris des enfants et des adultes. Certains devraient avoir divers signes de trachome et d'autres n'auront aucun signe de la maladie. Généralement, il est facile de trouver des cas de TF et/ou de TS pour organiser ce type d'évaluation bien que d'autres signes (TI, TT et CO) risquent de ne pas toujours être en nombre suffisant au sein d'un groupe pour les inclure dans une étude de fiabilité. TT et CO sont faciles à diagnostiquer et pourraient être exclus des études formelles de fiabilité. L'échantillon doit comprendre au moins 15 à 20 personnes présentant le signe en question pour que l'analyse de l'accord puisse avoir une certaine valeur. Toutes les personnes de l'échantillon recevront un numéro d'identification inscrit sur une carte qui sera montrée à l'examineur.

L'examineur en chef et chaque éventuel examinateur devraient examiner indépendamment toutes les personnes de l'échantillon et noter les résultats pour chaque personne sur une fiche pré-imprimée. A la fin de l'exercice, chaque examinateur du trachome aura une fiche remplie avec toutes les personnes de l'échantillon classées individuellement et indépendamment. Dans l'idéal, chaque examinateur devrait être d'accord avec l'examineur en chef et donc avec les autres également.

Calculer la fiabilité inter-observateurs

L'accord en pourcentage entre les observateurs est une manière simple et rapide d'éprouver le niveau de variabilité entre eux. S'il faut faire une analyse plus détaillée, par exemple des statistiques Kappa, il est important de consulter un statisticien.

Le tableau ci-après présente la base du calcul de pourcentage sur l'accord entre les observateurs. Dans cette matrice, « 1 » représente le signe présent et « 0 » représente le signe absent. L'observation par l'éventuel examinateur et l'examineur en chef (étalon or) peut être récapitulée dans un tableau 2x2 avec des cases A et B représentant l'accord et des cases C et D représentant le désaccord. N est le nombre total de personnes comprises dans l'échantillon qui devrait être égal à A+B+C+D.

L'accord inter-observateurs est calculé de la manière suivante : $(A+B)/N \times 100$ est noté en tant que pourcentage. Pour que le système de classement soit fiable, il faut arriver à un accord minimal de 80% ou plus entre les observateurs bien que un accord inter-observateurs de 90% soit l'idéal. Toutefois, si le pourcentage est plus faible, il faudra voir où réside le problème en observant les désaccords qui pourraient résulter de l'incapacité d'un éventuel examinateur à reconnaître les signes (sous-notification- case C) ou sa reconnaissance erronée d'un signe (sur-notification – case B).

Signe (par exemple, TF)	« Etalon Or » (examineur en chef ou photographie)	
	1	0
Eventuel examinateur	1	A (1,1) B (0,1)
	0	C (1,0) D (0,0)
N		

Un simple tableur pourra être mis au point dans MS Excel pour calculer l'accord entre observateurs. Les observations par l'examineur en chef sont portées sur la fiche en question. Celles-ci sont mises au point pour que chaque examinateur puisse marquer son classement. La fiche calcule ensuite automatiquement l'accord inter-observateurs pour chaque signe de trachome. Cet outil peut être obtenu auprès du Programme de lutte contre le trachome au Centre Carter (trachoma@emory.edu).

Retraduire les questionnaires vers l'original

Souvent pour les enquêtes sur le trachome, les questionnaires sont traduits d'une langue à l'autre. En les retraduisant on peut vérifier la fiabilité et la validité du questionnaire. Cela suppose trois étapes, deux traducteurs indépendants et une troisième personne pour comparer les traductions. Les traducteurs indépendants doivent bien connaître la langue originale et la langue ciblée et ne doivent pas avoir pris connaissance du questionnaire original avant la traduction.

Dans le cadre de la première étape, un traducteur traduit le questionnaire de la langue originale vers la langue visée. Dans la deuxième étape, le second traducteur traduit à nouveau le questionnaire vers la langue originale. Enfin, la version ainsi retraduite est comparée au questionnaire original par une troisième personne qui en vérifie ainsi la fidélité des termes.

Le questionnaire traduit à nouveau dans sa langue originale devra être revu avant d'être utilisé pour la formation des enquêteurs. Le test pilote des questionnaires aide également à standardiser les entretiens avant l'enquête effective. Chaque fois que possible, les questionnaires seront imprimés dans la langue ciblée après la retraduction.

ANNEXE 1 : 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 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 (EMCF) 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 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. Afin d'aider les ministères de la santé à mettre en œuvre le

volet « A » de la stratégie CHANCE, l'Initiative Internationale du trachome (ITI), créée grâce à la collaboration de l'EMCF et de Pfizer Inc., gère un don important de Zithromax® (azithromycine) pour le traitement du trachome dans des pays d'endémicité choisis. Le don d'azithromycine de Pfizer 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 : ordre du jour du programme
Dix années après lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?
Huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome
16-18 avril 2007

Lundi 16 avril

8:00 – 8:30 Petit déjeuner

8:30 – 9:00 Mot de bienvenue et remarques d'ouverture Dr. Donald Hopkins
Présentation des participants Dr. Paul Emerson

Volet N & CE Changement environnemental de la stratégie Chance

9:00 – 9:40 Présentation et discussion du Soudan (GoS) Dr. Awad Hassan

9:40 – 10:20 Présentation et discussion du Sud du Soudan (GoSS) Mr. Ben Lopidia

10:20 – 10:50 Photo de groupe et pause café

10:50 – 11:30 Présentation et discussion de l'Ethiopie Mr. Mulat Zerihun

11:30 – 12:10 Présentation et discussion du Niger Dr Kadri Boubacar

12:10 – 12:50 Présentation et discussion du Mali Mr. Yaya Kamissoko

12:50 – 2:00 Déjeuner

Séances spéciales

2:00 – 2:30 Evaluation de la promotion de latrines au Ghana Ms. Ann Rodgers

2:30 – 3:00 Effet de la promotion des latrines sur la production
locale de latrines au Niger et au Mali Ms. Lisa Rotondo

3:00 – 3:30 Pause café

3:30 – 4:00 Etude sur les visages propres Dr. Jonathan King

4:00 – 4:30 Coût, réalisation des buts et viabilité à
long terme de la promotion des latrines
dans la lutte contre le trachome Dr. Paul Emerson

4:30 – 5:00 Bibliothèque de matériel d'éducation sanitaire
sur le trachome Ms. Elizabeth Cromwell

Annexe II : ordre du jour du programme
Dix années après lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?
Huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome
16-18 avril 2007

Mardi 17 avril

8:00 – 8:30 Petit déjeuner

Présentation des pays N & CE

8:30 – 9:10 Présentation et discussion du Nigeria Dr. Omobolanle Olowu

9:10 – 9:50 Présentation et discussion du Ghana Dr. Oscar Debrah

Volet CH & A de la stratégie CHANCE

9:50 – 10:30 Présentation et discussion du Soudan (GoS) Dr. Awad Hassan

10:30 – 10:50 Pause café

10:50 – 11:30 Présentation et discussion du Sud du Soudan (GoSS) Mr. Ben Lopidia

11:30 – 12:10 Présentation et discussion de l’Ethiopie Dr. Asrat Genet

Séances spéciales

12:10 – 12:40 Comparaison des méthodes d’enquête sur la prévalence du trachome Dr. Jeremiah Ngondi

12:40 – 2:00 Mises à jour du groupe sur les maladies tropicales négligées Dr. Amos Sam-Abbenyi

2:00 – 2:30 Déjeuner

2:30 – 3:00 Suivi et évaluation de la distribution des médicaments Mr. Jonathan King

3:00 – 3:30 Mise à jour de l’étude TANA de l’Ethiopie Ms. Jenafir House/
Mr. Kevin Hong

3:30 – 4:00 Pause café

4:00 – 5:00 L’accès à CHANCE est-il égal pour les femmes et les hommes? Dr. Paul Courtright

Annexe II : ordre du jour du programme
Dix années après lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?
Huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome
16-18 avril 2007

Mercredi 18 avril

8:00 – 8:30 Petit déjeuner

Présentation des pays N & CE de la stratégie CHANCE

8:30 – 9:10 Présentation et discussion du Niger Dr. Kadri Boubacar

9:10 – 9:50 Présentation et discussion du Mali Mr. Yaya Kamissoko

9:50 – 10:30 Présentation et discussion du Nigeria Dr. Omobolanle Olowu

10:30 – 11:00 Pause café

11:00 – 11:40 Présentation et discussion du Ghana Dr. Oscar Debrah

Séances spéciales

11:40 – 12:10 Intégration du paludisme et du trachome : expérience MALTRA de l’Ethiopie Dr. Estifanos Biru

12:10 – 12:40 Sight First II et Lions en Ethiopie Mr. Philip Albano

12:40 – 2:00 Déjeuner et tour auto guidé du musée du Centre Carter

2:00 – 2:30 Mise à jour sur les enquêtes

2:30 – 3:00 Formations et normes pour le classement du trachome Dr. Jeremiah Ngondi

3:00 – 3:30 Conclusion et réflexions Dr. Paul Emerson
Dr. Donald Hopkins

7:00 **Dîner à Eclipse de Luna**

ANNEXE III: Liste des participants

Ethiopie

Dr. Estifanos Biru (Centre Carter)
Dr. Asrat Genet
Mr. Mulat Zerihun (Centre Carter)

Ghana

Dr. Oscar Debrah
Mr. Jim Niquette (Centre Carter)
Mr Ibrahim Yussif (Centre Carter)

Gouvernement du Soudan

Mr. Miles Kemplay (Centre Carter)
Dr. Kamal Hashim
Dr. Awad Hassan

Gouvernement du Sud du Soudan

Mr. Steven Becknell (Centre Carter)
Mr. Ben Lopidia (Centre Carter)

Mali

Mr. Yaya Kamissoko (Centre Carter)
Mr. Jim Ting (Centre Carter)

Niger

Mr. Ali Amadou (Centre Carter)
Dr. Kadri Boubacar
Mr. Mohamed Salissou Kane (Centre Carter)

Nigeria

Dr. Nimzing Jip (Centre Carter)
Dr. Emmanuel Miri (Centre Carter)
Dr. Omobolanle Olowu

Cambridge University

Dr. Jeremiah Ngondi

Fondation Conrad N. Hilton

Ms. Jennifer Lieberstein

Emory University

Dr. Dieudonné Sankara

Fondation Francis I. Proctor

Mr. Kevin Hong
Ms. Jenafir House

Helen Keller International

Ms. Maki Suzuki
Dr. Danny Haddad

Initiative Internationale du Trachome

Dr. Amos Sam-Abbenyi
Ms. Susanna Joy Smith

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr. Paul Courtright

Fondation de Lions Clubs International

Mr. Philip Albano
Mr. Jim Ervin

Lions Clubs d’Ethiopie

Dr. Tebebe Yemane Berhan

Pfizer Inc

Ms. Heather Lauver

Sight Savers International

Mrs. Catherine Cross

Water Advocates

John Oldfield

World Vision

Dr. Joseph Riverson de Graft

Centre Carter

Ms. Rebecca Brookshire
Ms. Kelly Callahan
Ms. Elizabeth Cromwell
Dr. Paul Emerson
Ms. Maureen Goodman
Dr. Patricia Graves
Dr. John Hardman
Ms. Madelle Hatch
Dr. Donald Hopkins
Ms. Nicole Kruse
Mr. Jonathan King
Mr. Aryc Mosher
Dr. Frank Richards
Ms. Ann Rodgers
Ms. Lisa Rotondo
Dr. Ernesto Ruiz-Tiben
Mr. Craig Withers