

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

Stratégies d'expansion

THE  
CARTER CENTER



Centre Carter, Atlanta, GA  
28 février – 2 mars 2005

Financé par :  
Conrad N. Hilton Foundation  
Lions Clubs International Foundation  
International Trachoma Initiative

cnhf



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

**Stratégies d'expansion**

THE  
CARTER CENTER



**Centre Carter  
28 février – 2 mars 2005**

## REMERCIEMENTS

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

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

Robin Thompson  
Lisa Rotondo  
Mamadou Diallo  
Paul Emerson  
Elizabeth Cromwell

***Note :***

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

## RESUME ANALYTIQUE

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

A l'instar des années précédentes, les objectifs essentiels de la Revue des Programmes consistaient à faire le point de l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre le trachome appuyés partiellement par le Centre Carter, à relever les obstacles rencontrés aux niveaux de la planification et de la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le trachome, à discuter des solutions et à partager les expériences, ainsi qu'à promouvoir le partage et l'uniformisation de l'information. C'est avec grand plaisir que nous avons accueilli les responsables des programmes nationaux de l'ITI provenant de l'Ethiopie, de la Tanzanie, du Maroc, du Ghana, du Mali et du Niger, en plus des directeurs régionaux pour l'Afrique francophone et anglophone, six membres du personnel de l'ITI New York et deux de Pfizer. Cette présence plus importante n'a fait qu'enrichir le partage de l'expérience tout en maintenant l'atmosphère intime et constructive tant appréciée par le passé.

Fidèles au thème des Stratégies d'Expansion, des communications spéciales ont été faites sur l'accomplissement extraordinaire du Bureau sanitaire régional d'Amhara, en Ethiopie, concernant la promotion de latrines, l'importance des données pour la promotion des volets N et CE, les divers moyens d'apporter une éducation sanitaire à une proportion importante de la population et l'administration massive de médicaments. Des mises à jour par le siège de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome et l'Organisation mondiale de la Santé étaient au titre d'autres communications spéciales.

Les coordinateurs des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome (PLT) représentant les Ministères de la Santé de l'Ethiopie, du Mali, du Ghana, du Niger, du Nigeria, du Maroc, de la Tanzanie et du Soudan ont assisté à la réunion. C'est la première année où des présentations ont été faites de programmes de la Tanzanie et du Maroc où le Centre Carter ne joue pas de rôle actif. De plus, les conseillers techniques résidents et les représentants de pays du Centre Carter du Ghana, de l'Ethiopie, du Mali, du Niger, du Nigeria et du Soudan ont également participé à la réunion. Au titre des autres participants clés, notons la présence de représentants de la Fondation Conrad N. Hilton, de la Fondation internationale des Lions Clubs (LCIF), d'Helen Keller International (HKI), de Sight Savers International, de World Vision International et des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres.

## TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements .....</b>	<b>i</b>
<b>Résumé Analytique .....</b>	<b>ii</b>
<b>Liste des Sigles .....</b>	<b>iii</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>iv</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria.....</b>	<b>1</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie .....</b>	<b>5</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Niger .....</b>	<b>11</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan.....</b>	<b>15</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Mali .....</b>	<b>20</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana .....</b>	<b>26</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie.....</b>	<b>31</b>
<b>Programme de Lutte contre le Trachome du Maroc .....</b>	<b>36</b>
<b>Récapitulatif des tableaux et figures</b>	
Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....	39
Tableau 2. Objectifs annuels des Programmes nationaux de Lutte contre le trachome...	40
Figure 1. Nombre de villages recevant l’éducation en matière d’hygiène, par pays ....	41
Figure 2. Nombre de latrines familiales construites, par pays .....	42
Figure 3. Distribution d’azithromycine, par pays .....	43
Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays .....	44
Figure 5. Villages qui ont reçu l’éducation sanitaire continue.....	45
Figure 6. Latrines familiales construites .....	46
Figure 7. Personnes ayant reçu des antibiotiques .....	47
<b>Séances spéciales</b>	
Promotion des latrines à fosse en Ethiopie .....	48
Vérification, connaissances, attitudes et pratiques de la construction et d’utilisation des latrines dans le cadre du Programme de Lutte contre le Trachome— Ethiopie, 2004.....	50
Evaluation de l’utilisation et de la durabilité des latrines familiales dans le district rural de Doutchi, République du Niger, 2004.....	52
Fabrication de savon traditionnel pour la lutte contre le Trachome au Niger .....	56
Si nous les construisons, viendront-ils ? Un exemple de construction de Latrines en Gambie .....	57
International Trachoma Initiative : Le Passé, le présent et les progrès .....	60
Peut-on éliminer le trachome avec les seuls antibiotiques ?.....	62
Elimination de l’infection oculaire par <i>C. trachomatis</i> après une dose d’azithromycine..	64
Intégration de l’élimination de la filariose lymphatique et du trachome cécitant .....	66
Utilisation des données pour la planification de programmes (en insistant sur N et CE)..	68
Mise à jour de l’OMS .....	70
Enquête sur la prévalence du trachome dans douze districts des Régions au Nord et à l’Ouest du Ghana .....	72
Formations des volontaires villageois pour l’éducation sanitaire au Mali .....	74
Renforcer les programmes de santé publique dirigés par la communauté en utilisant les systèmes de filiation en Afrique subsaharienne .....	75
<b>ANNEXE I : La maladie .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE II : Ordre du jour final .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXE III : Liste des participants .....</b>	<b>79</b>

## LISTE DES SIGLES

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

## INTRODUCTION

### *Stratégies d'Expansion*

Ces comptes rendus sont l'expression des réflexions, discussions et propositions avancées lors de la sixième Revue Annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome appuyés par le Centre Carter. Ces réunions de revue de programme représentent un forum unique où les responsables des programmes de lutte contre le trachome (PLT) et les conseillers techniques résidents du Centre Carter peuvent travailler face-à-face avec leurs collègues pour revoir les progrès de l'année passée et planifier ceux à venir. L'adjonction d'un grand nombre de personnes de l'International Trachoma Initiative (ITI) a enrichi l'expérience et a porté de revue à un nouveau niveau. Ce groupe élargi, représentant huit programmes nationaux et régionaux, est la première et seule assemblée de coordinateurs nationaux et régionaux des PLT qui se rencontrent régulièrement pour discuter de l'application pratique de la stratégie CHANCE mettant en avant les volets N&CE. Nous sommes contents d'avoir pu profiter de l'expérience complémentaire de l'ITI et nous nous réjouissons d'une collaboration toujours plus grande dans les années à venir. Les discussions lors des réunions d'examen de programme se rapportent aux divers pays individuels, bien que l'impact soit mondial. Les accomplissements, les obstacles et solutions et les leçons retenues ont servi à guider l'évolution de l'Alliance GET 2020, surtout en ce qui concerne N&CE. Lors de la revue de cette année, on a parlé ouvertement de la notion d'expansion réalisant que, pour atteindre le but de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020, il fallait augmenter, sensiblement et avec la plus grande urgence possible, les résultats des programmes tout en restant dans les budgets donnés.

*Pourquoi* pouvons-nous parler à présent de l'expansion ? Parce que nous disposons du soutien, des outils et de l'expertise nécessaires pour étendre à plus grande échelle nos activités. Riche de sept années d'expérience pratique en ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale, nous avons pu nous constituer un important soutien politique, technique et des bailleurs de fonds, nous avons formulé des outils pour la planification et la mise en œuvre, nous avons apporté un soutien à des équipes locales de lutte contre le trachome et nous avons reçu un soutien supplémentaire de Pfizer qui a généreusement augmenté le don d'azithromycine à plus de 135 millions de doses.

Pourquoi *devrions-nous* discuter à présent de l'expansion ? Parce qu'il existe encore peu de chances d'arriver au type de développement économique pouvant entraîner dans son sillon la disparition soudaine du trachome cécitant. En effet, le trachome a pour causes profondes la pauvreté et le manque d'accès à l'eau et à l'assainissement, autant de conditions qui continueront à affliger la plupart des pays où le trachome est endémique pour des années et des années à venir. Par contre, si nous appliquons la stratégie CHANCE intégrale pour combattre le trachome, nous arriverons à rompre le cycle de la pauvreté et nous pourrons donner aux gens les moyens de contrôler leur propre santé et leur avenir. En novembre 2003, une étape décisive était franchie élargissant le volet A de CHANCE, avec l'annonce de Pfizer indiquant que les dons d'azithromycine seraient augmentés à 135 millions de doses de traitement sur les cinq années à venir. Et tout

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

## **Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria**

*Présenté par le Docteur Dienye Iyalla Apiafi, Coordinateur National, Programme National de Prévention de la Cécité. Les données du Centre Carter ont été présentées par le Docteur Nimzing Jip, Responsable du Programme Trachome, Centre Carter, Nigeria.*

*L'assistance du Centre Carter au Nigeria est appuyée par la Conrad N. Hilton Foundation*

### **Données générales**

La lutte contre le trachome au Nigeria est menée sous les auspices du Programme National de Prévention de la Cécité (PNPC). Le coordinateur national du PNPC dirige les activités de lutte contre le trachome par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, des ONG et des organismes des Nations Unies. La revue des données provenant des hôpitaux, des thèses universitaires et d'autres rapports indiquent que le trachome est une des grandes causes de cécité dans les zones au Nord-Est et au Nord-Ouest du pays. Depuis octobre 2000, les partenaires pour la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états, ainsi que des évaluations rapides sur le trachome dans cinq autres états. Actuellement, une enquête nationale sur la cécité et les problèmes de vue a été démarrée (février 2005) dans la zone du Nord-Est avec l'aide de Sight Savers International.

En 2000, le Centre Carter Nigeria a commencé à travailler avec les responsables de la santé au niveau local et des états pour mettre sur pied des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa. En avril 2002, les Ministères de la Santé de ces états ont réalisé 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 prévalence du trachome dans les deux états avec des foyers de trachome intense dans certaines collectivités locales (LGA). L'enquête a également montré que l'accès aux latrines familiales variait, allant de 21% dans certaines parties du Plateau à 69% dans certaines parties de Nasarawa.

En 2002 la première enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de trachome a été réalisée. Ensuite, les résultats de cette enquête ont servi à formuler des stratégies d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale lors d'un atelier tenu en 2003. Des interventions axées sur les volets N&CE de la stratégie CHANCE ont été démarrées dans les états du Plateau et de Nasarawa. Du matériel d'éducation sanitaire (boîtes à images, affiches et dépliants instructifs ont été distribués). Un projet de promotion des latrines a été démarré avec l'aide du Centre Carter, en 2003, dans le Plateau et Nasarawa. Le programme a permis de former 108 maçons villageois pour leur apprendre à construire les latrines SanPlat, peu chères, à l'intention des familles rurales.

## Réalisations du programme en 2004

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

Au Nigeria, l'éducation sanitaire pour lutter contre le trachome est dispensée dans divers endroits et situations : sur la place du marché, dans les églises, les mosquées, les écoles et lors de réunions publiques, telles que les baptêmes et les réunions communautaires. Le programme se sert de la stratégie visant à faire passer les messages d'éducation sanitaire de personne à personne et de maison à maison. Depuis le début du programme, le nombre de matériel d'IEC distribué a quadruplé. A la fin de 2004, 172 villages recevaient l'éducation sanitaire continue. De même, ont été formés 1 047 éducateurs sanitaires, et actuellement le nombre d'éducateurs sanitaires et d'agents de soins de santé primaires dispensant des soins oculaires atteint 5 700.

### *Changement environnemental (CE)*

Dans les régions recevant une aide du Centre Carter, des latrines sont construites dans 120 villages. En 2004, on a construit au total 1 871 latrines familiales. Cela représente plus de quatre fois le nombre de latrines familiales construites l'année précédente. Le coût total des latrines s'élève à 45,70\$, dont 28\$ sont à charge de la famille.

### *Chirurgie (CH)*

Le programme national met en place des camps routiniers d'opération de la cataracte tout au long de l'année et a intégré les chirurgies du trichiasis dans ces camps. Cristoffel Blindenmission, Sight Savers International et Helen Keller International utilisent également les camps des soins oculaires pour réaliser des chirurgies du trichiasis. En 2004, 3 830 chirurgies du trichiasis ont été réalisées au Nigeria, soit une augmentation de 38% par rapport à 2003. Le programme a formé 30 chirurgiens du trichiasis (infirmiers spécialisés en ophtalmologie) lors des camps de soins oculaires où ils travaillent comme stagiaires auprès des chirurgiens qualifiés intervenant dans la même zone.

### *Antibiotiques (A)*

Le Centre Carter apporte une aide pour la distribution de tétracycline oculaire. En 2004, 45 582 tubes de pommade ont été distribués. En décembre 2004, Sight Savers International a démarré la distribution d'azithromycine pour une couverture de 2 428 personnes. Le programme a constaté que le traitement en dose unique à base d'azithromycine était davantage accepté par les communautés que l'utilisation de pommade oculaire à base de tétracycline et, partant, continue à demander un soutien pour la distribution d'azithromycine.

## Objectifs pour 2005

### *Education sanitaire et Nettoyage du visage*

- Continuer l'éducation en matière d'hygiène dans 200 villages, en faisant appel à 344 volontaires du trachome et à 62 agents de soins de santé primaires
- Réaliser au moins 2 séances d'éducation en matière d'hygiène par mois
- Promouvoir, au moins deux fois par jour, le lavage du visage chez les enfants de 1 à 9 ans

*Antibiotiques*

- 5 493 301 personnes ciblées pour la distribution d'azithromycine

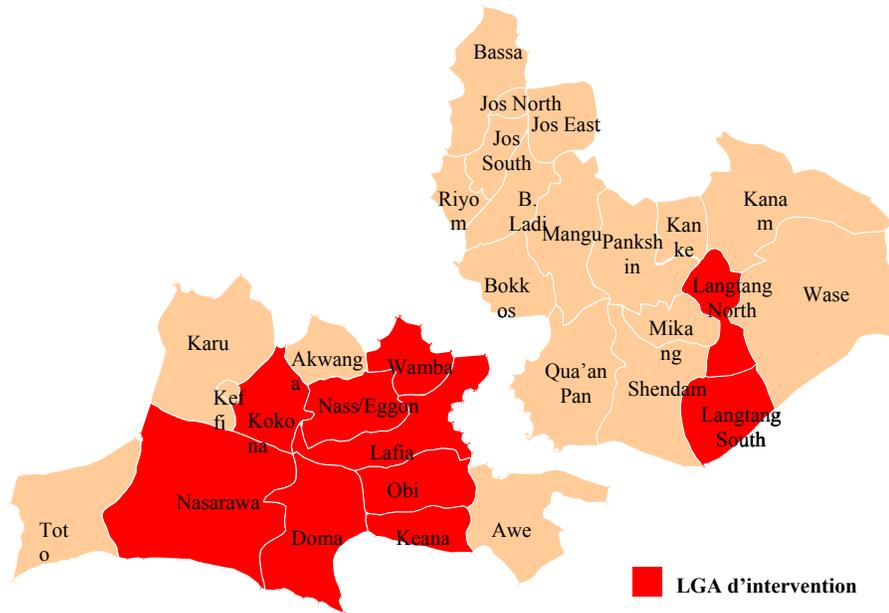
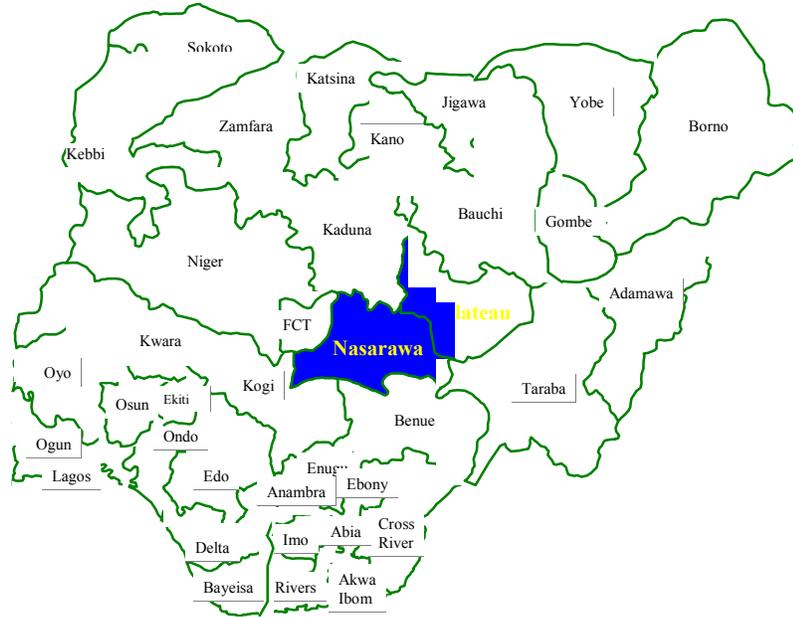
*Chirurgie*

- Réaliser 37 187 chirurgies du trichiasis

*Autre*

- Faire une enquête nationale sur la cécité et les problèmes de vue

## Etats appuyés par le Centre Carter, 2004 Programme de Lutte Contre le Trachome du Nigeria



Etats de Nasarawa et du Plateau, avec les LGA d'intervention

## **Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie**

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

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

### **Données générales**

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

En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, a commencé à apporter une assistance au Bureau Sanitaire Régional d’Amhara (RHB) pour lutter contre le trachome. Quatre districts dans la zone South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été retenus pour le lancement des activités (voir carte). La zone initiale du programme recouvrait 155 villages avec une population totale de plus d’un million de personnes.

En décembre 2000, le RHB d’Amhara, l’Equipe de Prévention de la Cécité du Ministère fédéral de la Santé et le Centre Carter ont réalisé une enquête communautaire sur la prévalence du trachome dans les quatre districts pilotes. Les données de l’enquête corroboraient les comptes rendus sur la prévalence extrêmement élevée du trachome cécitant en Ethiopie. Le RHB d’Amhara a estimé que 36 000 patients du trichiasis avaient besoin d’une intervention chirurgicale et que pratiquement 300 000 enfants souffraient de trachome inflammatoire et avaient besoin de traitement par antibiotiques dans les quatre districts.

Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) a été réalisée, un mois plus tard, dans les mêmes quatre districts. Cette enquête était de nature tant qualitative que quantitative, avec des focus groups, des interviews informelles et une enquête auprès des ménages. On a utilisé les résultats pour élaborer un plan d’éducation sanitaire pour les écoles, ainsi que du matériel d’éducation sanitaire (affiches, boîtes à images, brochures et manuels de formation pour les agents communautaires).

Un plan d’action quinquennal (2001-2005) pour le PLT de South Gondar a été ébauché lors d’un atelier en 2000 réunissant du personnel des bureaux sanitaires aux niveaux régional, zonal et de district, ainsi que des partenaires dont les Lions Clubs de l’Ethiopie, le Centre Carter, ORBIS, World Vision et Christoffel Blindenmission.

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

## **Réalisations du programme en 2004**

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

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

### *Changement environnemental (CE)*

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

### *Activités de formation*

Grâce au soutien des Lions locaux, le programme sanitaire scolaire a été traduit en amharique et 38 enseignants formateurs ont été formés dans les districts du programme. Normalement, un instituteur ou une institutrice de chaque école primaire recevra une formation portant sur ce programme avec une éducation formelle sur le trachome, ainsi que des sketches ou jeux qui se dérouleront à l'extérieur de la salle de classe. Un guide du formateur intitulé, « Le rôle de premier plan des femmes dans la lutte contre le trachome » a été mis au point et distribué pour la formation des femmes à divers niveaux. A présent que les gens sont davantage sensibilisés au rôle que peuvent jouer les femmes dans la lutte contre le trachome, 38 représentants des districts du programme, 4 chefs de zone des affaires féminines et 2 dirigeantes de groupements féminins provenant du conseil d'administration régional ont été formés.

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

### Récapitulatif des activités N & CE de 2001 à 2004

	2001	2002	2003	2004	Total
Formation de groupes pour la mobilisation pour la lutte contre le trachome	0	1 080	138	6 021	7 239
Villages exécutant régulièrement des stratégies d'éducation sanitaire	0	138	155	654	N/A
Latrines construites	0	1 333	2 151	89 096	92 580

### *Chirurgie et antibiotiques (CH&A)*

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

En 2004, le PLT a traité 125 208 personnes souffrant de trachome actif avec une pommade oculaire à base de tétracycline achetée par le Centre Carter. Les patients ont été traités lors des visites dans les centres de santé, dans le cadre des campagnes chirurgicales et de la stratégie avancée de vaccinations. Dans les zones South Gondar et East Gojam, un total de 625 422 personnes ont obtenu un traitement de masse avec l'azithromycine.

### Récapitulatif des activités CH & A de 2001 à 2004

	2001	2002	2003	2004	Total
Chirurgiens TT formés	8	11	19	67	105
Nombre de patients TT opérés	815	4 019	6 840	23 676	35 350*
Traitement de cas de trachome avec de la tétracycline	1 042	7 964	35 106	125 208	169 320
Traitement de masse avec de l'azithromycine	0	0	100 256	625 422	725 768

\*31% en attente d'opération

## **Objectifs pour 2005**

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

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

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

### *Changement environnemental (CE)*

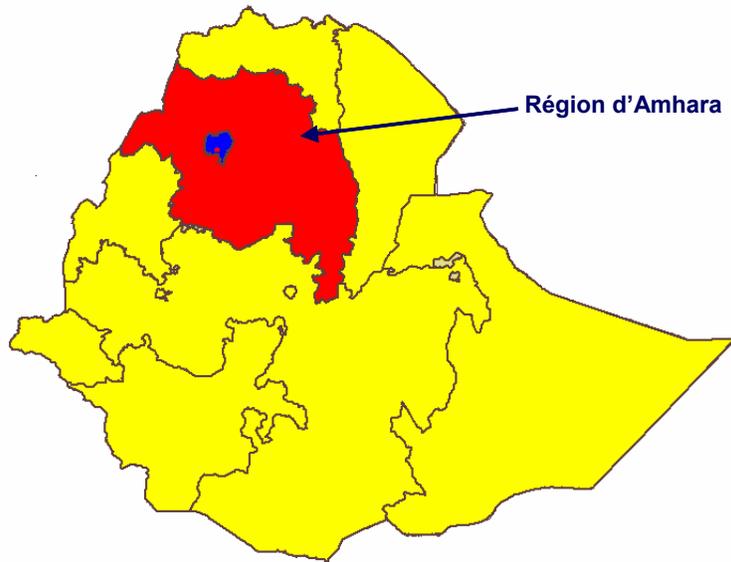
- Construire 278 966 latrines familiales avec des matériaux locaux
- Construire 120 plans d'approvisionnement en eau de petite taille, en collaboration avec CBM et ORDA

### *Chirurgie (CH)*

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

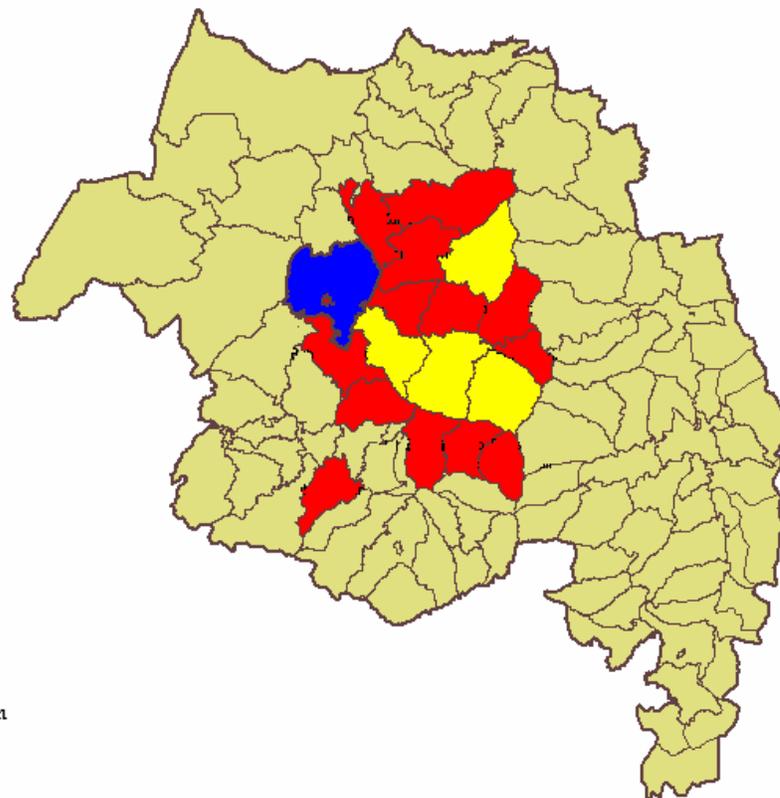
### *Antibiotiques (A)*

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



Région d'Amhara

Carte d'Ethiopie



- Lac Tana
- Districts d'expansion
- Districts pilotes

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

**Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome de la région d'Amhara en 2004**

**Programme de Lutte contre le Trachome appuyé par le Centre Carter - Quatre zones**

	South Gondar	North Gondar	East Gojam	West Gojam	Récapitulatif
<b>Population</b>	<b>2 095 374</b>	<b>510 771</b>	<b>554 433</b>	<b>887 372</b>	<b>4 047 950</b>
<b>Nombre de villages</b>	<b>311</b>	<b>97</b>	<b>117</b>	<b>129</b>	<b>654</b>
<b>Prévalence initiale (2000/2003)</b>					
% TF (enfants de 1 à 9 ans)	<b>66.6</b>	<b>71.6</b>	<b>80.8</b>	<b>67.3</b>	
% trachome actif (enfants de 1 à 9 ans)	<b>77.6</b>	<b>81.0</b>	<b>88.3</b>	<b>81.0</b>	
% personnes TT ≥15 ans	<b>4.3</b>	<b>7.5</b>	<b>4.5</b>	<b>5.5</b>	
% d'enfants avec visages propres (enfants de 1 à 9 ans)	<b>35.1</b>	<b>35.1</b>	<b>11.6</b>	<b>53.7</b>	
<b>CAP initial (2001/2004)</b>					
<b>N &amp; CE</b> villages ciblés par l'intervention :	<b>311</b>	<b>97</b>	<b>117</b>	<b>129</b>	<b>654</b>
Nombre de villages avec éducation sanitaire	<b>311</b>	<b>97</b>	<b>117</b>	<b>129</b>	<b>654</b>
Couverture en % (villages avec éducation sanitaire)	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre de volontaires formés	843	259	687	868	<b>2 657</b>
Nombre d'agents de santé formés	272	88	118	173	<b>651</b>
Nombre de dirigeants communautaires formés	377	166	406	608	<b>1 557</b>
Nombre d'enseignants formés	390	237	298	231	<b>1 156</b>
Matériel d'éducation sanitaire disponible	Oui	Oui	Oui	Oui	<b>Oui</b>
Latrines construites en 2004	14 815	1 206	38 765	34 310	<b>89 096</b>
Nombre ciblé pour la construction de latrines en 2004	5 997	1 033	1 350	1 750	<b>10 130</b>
Couverture en % (nb de latrines construites)	247%	117%	2871%	1961%	880%
NB de villages avec approvisionnement en eau	4	29	313	49	<b>395</b>
Nb d'enfants de 1 à 9 ans examinés pour propreté du visage	224 529	68 024	215 565	78 568	<b>586 686</b>
Nb d'enfants de 1 à 9 ans avec visage propre	142 865	42 898	114 960	54 270	<b>354 993</b>
% d'enfants de 1 à 9 ans avec visage propre	64%	63%	53%	69%	61%
<b>Antibiotiques</b>					
Traitements	286 942	0	338 480	0	<b>625 422</b>
Population ciblée	550 000	N/A	N/A	N/A	<b>550 000</b>
Couverture en % de personnes recevant du Zithromax	<b>52%</b>				<b>114%</b>
<b>Pommade à base de tétracycline :</b>					
Traitements	69 649	14 922	15 957	24 680	<b>125 208</b>
<b>Chirurgie</b> villages ciblés par l'intervention:					
Chirurgies	7 810	2 790	4 697	8 379	<b>23 676</b>
Population ciblée	21 261	9 370	6 556	11 694	<b>48 881</b>
Couverture (%)	37%	30%	72%	72%	48%
Nombre de chirurgiens formés en matière de trichiasis	30	12	13	12	<b>67</b>
Nombre ciblé de chirurgiens du trichiasis	29	13	13	12	<b>67</b>
Couverture (%)	103%	92%	100%	100%	100%

## **Programme de Lutte contre le Trachome du Niger**

*Présenté par le Docteur Boubacar Kadri, 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 Conrad N. Hilton Foundation*

### **Données générales**

Le Programme National de Prévention de la Cécité (PNPC) du Niger a été créé en 1987. Les Ministères de la Santé, de l'Education et de l'Approvisionnement en Eau et du Développement Social ont mis sur pied, en 1999, une Equipe spéciale de Lutte contre le Trachome. Les représentants des partenaires des organisations sanitaires, dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, Christoffel Blindenmission, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Association Africaine Musulmane et l'Organisation Mondiale de la Santé sont également membres de l'Equipe spéciale.

Les enquêtes sur la prévalence du trachome, réalisées en 1997-1999 avec l'assistance financière de l'Union Européenne et du Centre Carter, ont constaté qu'en moyenne 44% des enfants de moins de 10 ans souffraient de trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des filles de plus de 15 ans étaient atteintes du trichiasis. A l'échelle nationale, on estime que 68 300 hommes et femmes ont besoin de chirurgie du trichiasis. La prévalence la plus élevée du trachome a été notée dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi. L'enquête initiale a montré qu'environ 50% des ménages avaient accès à un point d'eau potable dans un rayon de 1 km et qu'environ 14% des ménages avaient accès à des latrines. La prévalence initiale nationale de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 10 ans était de 52%.

### **Réalisations du programme en 2004**

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

En 2004, un total de 4 438 villages dans les trois régions ciblées (Zinder, Maradi et Diffa) ont bénéficié, en 2004, de séances systématiques d'éducation sanitaire pour la prévention du trachome. Afin d'arriver à ce niveau élevé d'éducation sanitaire dans la communauté, on a formé, en matière de prévention du trachome, 140 volontaires, dont des agents de santé communautaires et enseignants. De 1999 à 2004, on a assisté à une augmentation constante du nombre de villages bénéficiant d'éducation sanitaire grâce au programme, tel que noté par le coordinateur national (voir graphique page 12).

Afin d'étendre la campagne d'éducation sur l'ensemble du pays, on a mis au point des messages d'éducation sanitaire qui ont ensuite été diffusés sur les stations radiophoniques locales. Des groupes d'écoute radiophonique se sont réunis dans 50 villages pour écouter certaines des 12 058 diffusions qui ont été transmises pendant l'année. Des artistes et éducateurs sanitaires ont joué des sketches dans les grands villages et marchés

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

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

#### *Chirurgie (CH)*

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

#### *Antibiotiques (A)*

Grâce au soutien d'ITI, le programme du Niger a réalisé, en 2004, sa troisième distribution annuelle d'antibiotiques, couvrant 4 438 villages avec de l'azithromycine et de la tétracycline oculaire. Lors des campagnes de distribution de masse, de l'azithromycine a été distribuée à 1 915 456 personnes vivant dans des villages où le trachome est très endémique. De plus, 48 886 personnes ont été traitées, en 2004, avec la pommade oculaire à base de tétracycline.

### **Objectifs pour 2005**

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

- Arriver au niveau de 80% d'enfants avec un visage propre
- Former 252 femmes en matière de fabrication de savon traditionnel et 30 comités d'hygiène villageois

#### *Changement environnemental (CE)*

- Former 250 maçons villageois et 30 artisans réparateurs
- Construire 8 400 latrines familiales et 60 blocs de latrines scolaires
- Construire 43 nouveaux points d'eau et réparer 70 points d'eau

### *Antibiotiques*

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

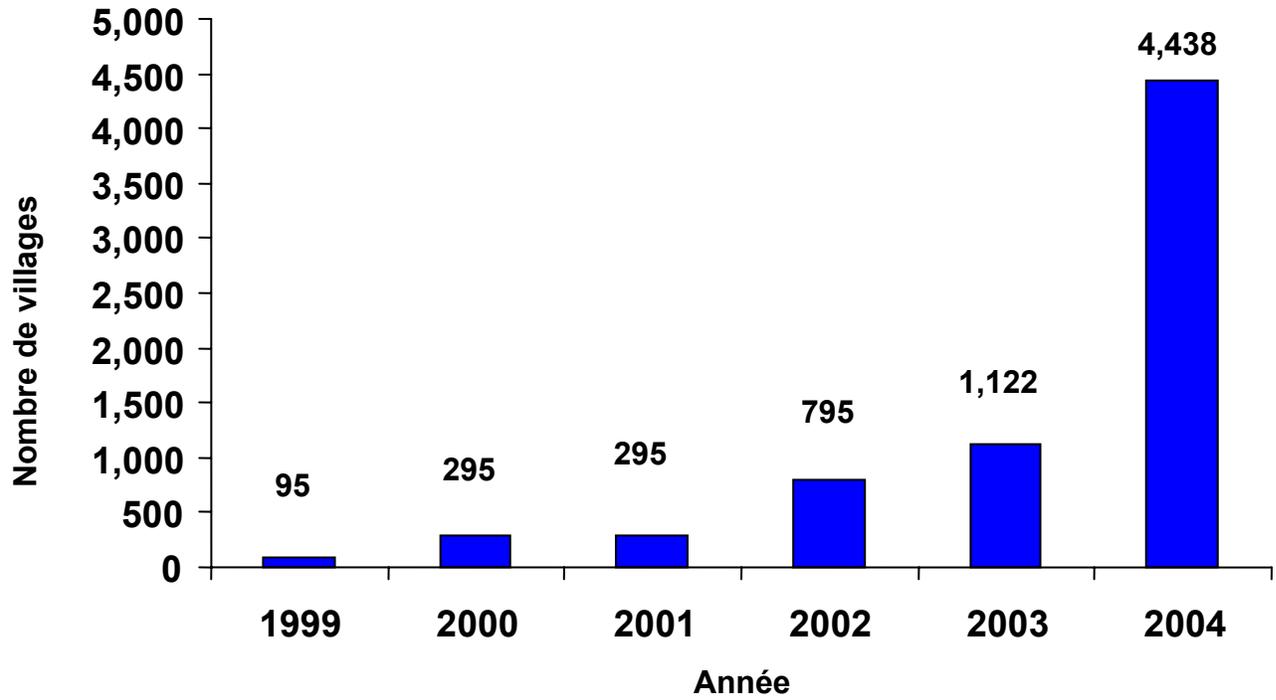
### *Chirurgie*

- Former 20 opérateurs du trichiasis
- Réaliser la chirurgie correctrice des paupières de 7 560 personnes

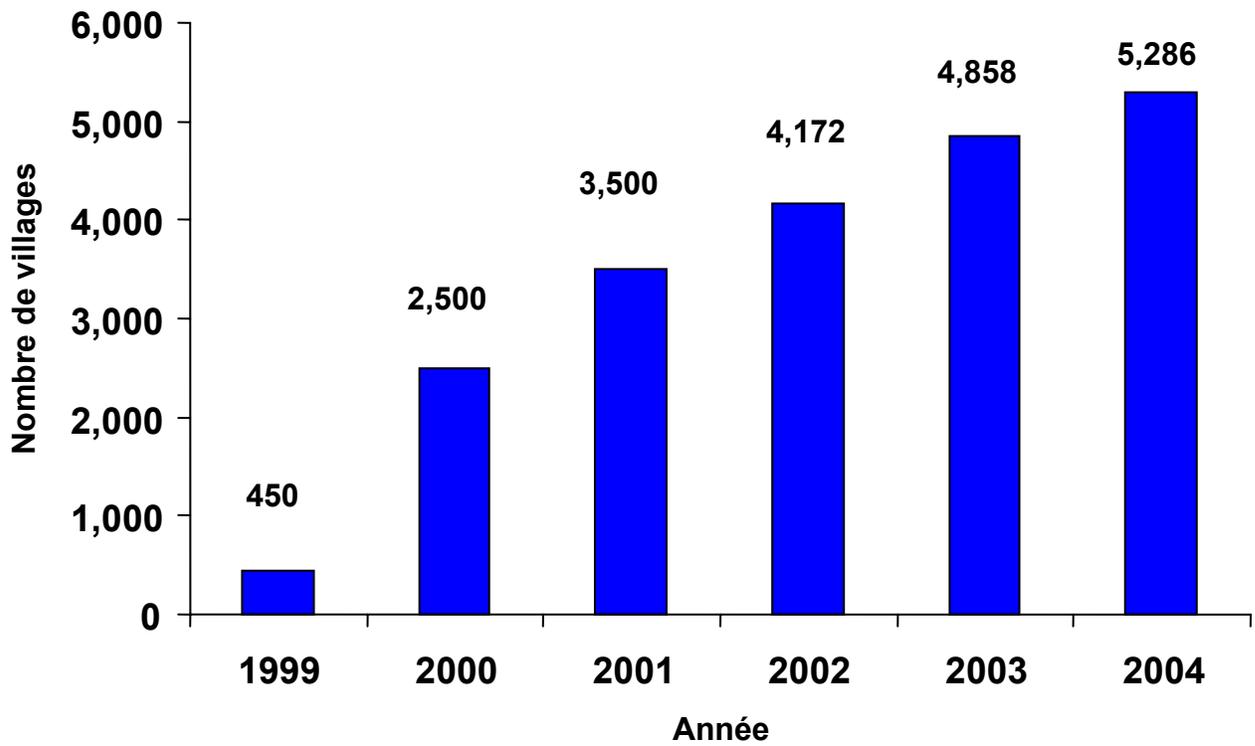
### *Objectifs généraux*

- Réaliser une étude sur la qualité de la chirurgie du trichiasis
- Étendre les activités de lutte contre le trachome à trois nouveaux districts : Aguié et Tessaoua (région de Maradi) et Diffa (région de Diffa)

### Villages recevant l'éducation sanitaire, Niger



### Personnes opérées pour trichiasis, Niger



## **Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan**

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

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

### **Données générales**

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

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

Face aux résultats de cette enquête, un accord a été signé un peu plus tard cette même année pour l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter. Les trois premiers partenaires (MFS, le Lions Clubs International Foundation et le Centre Carter) ont ensuite commencé à intervenir, aidés par deux organisations non gouvernementales (Christian Mission Aid et Medair) au sein du consortium Operation Lifeline Sudan (OLS), planifiant une vaste opération de lutte contre le trachome calquée sur la stratégie CHANCE. Pfizer, Inc. a commencé à faire don d'azithromycine (Zithromax®) au Soudan, passant par l'International Trachoma Initiative, en août 2000.

En mars 2005, le Ministère Fédéral de la Santé a signé une résolution stipulant que le Programme de Lutte contre le Trachome s'était officiellement joint au Programme

National de Prévention de la Cécité (PNPC) et qu'il passait sous la responsabilité de son coordinateur, le Docteur Kamal Hashim. Les activités dans les zones contrôlées par le Gouvernement du Soudan (GS) continueront à être coordonnées et suivies depuis Khartoum avec l'assistance du Centre Carter.

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des ONG pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions soutenues par l'OLS. Les activités dans ces régions sont coordonnées et suivies à partir de Nairobi par le Centre Carter, avec l'assistance des ONG partenaires et des services humanitaires. Des enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre endroits en 2001 et dans trois en plus en 2002. En 2004, le Centre Carter coordonnait les activités de 6 ONG intervenant dans 12 endroits différents au Sud du Soudan. La population totale dans toutes les zones soutenues par l'OLS, soutenues par le PLT du Soudan, s'élève à 600 000 personnes.

### **Réalisations du programme en 2004 dans les régions soutenues par le Gouvernement du Soudan (GS)**

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

L'éducation sanitaire est dispensée par le biais de divers canaux. Les animateurs villageois se servent de boîtes à images pour sensibiliser à la prévention du trachome lors de visites à domicile et pendant la distribution d'azithromycine. Des clubs du trachome existent dans les écoles et des messages d'éducation sanitaire sont diffusés par des médias locaux, notamment des chansons et sketches à la radio et à la télévision. En 2004, il existait 10 clubs du trachome apportant une éducation sanitaire à 40 143 personnes.

On a continué à construire des latrines en 2004, 70 étant construites dans les régions où le trachome est endémique. Les interventions N&CE se sont heurtées au manque de confiance de la population face aux latrines et à l'interruption des services de santé suite à l'insécurité dans plusieurs états.

#### *Chirurgie (CH)*

Dans les régions du Soudan qui reçoivent une aide du gouvernement, la chirurgie du trichiasis est exécutée par des ophtalmologues et des assistants en ophtalmologie dans les hôpitaux centraux et des états. Lors des camps de soins oculaires des zones rurales, des ophtalmologues ont réalisé des interventions chirurgicales du trichiasis en plus des chirurgies de la cataracte. Si l'on compte les chirurgies exécutées lors des camps oculaires, un total de 276 chirurgies du trichiasis ont été réalisées en 2004. Des chirurgiens du trichiasis sont également formés lors des camps de soins oculaires et des stratégies avancées. L'année dernière, un total de 83 nouveaux chirurgiens ont été formés.

#### *Antibiotiques (A)*

En 2004, le programme soutenu par le gouvernement a distribué de l'azithromycine à 266 630 personnes. Les traitements couvraient les populations concernées dans cinq grandes régions (voir Carte 1). Dans chaque région, on a formé des membres

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

### **Objectifs pour 2005 dans les régions soutenues par le Gouvernement du Soudan**

- Analyser les données des enquêtes sur la prévalence, réaliser une enquête rapide sur la prévalence du trachome pour les zones prioritaires
- Formuler un plan complet d'exécution de la stratégie CHANCE intégrale dans toutes les communautés endémiques et à risques
- Dispenser une formation des formateurs pour l'éducation sanitaire concernant le trachome
- Encourager les dirigeants communautaires pour qu'ils jouent un plus grand rôle au niveau de la mise en œuvre des volets N&CE
- Intensifier l'éducation sanitaire dans les écoles, en collaboration avec le Ministère de l'Education et l'UNICEF
- Réaliser une enquête triennale pour juger de l'impact du programme dans les régions choisies
- Continuer les visites de suivi et de supervision
- Coordonner avec des ONG intervenant dans les régions du programme
- Intégrer l'éducation sanitaire N&CE dans les programmes de soins de santé primaires

### **Réalisations du programme en 2004 dans les régions soutenues par Operation Lifeline Sudan (OLS)**

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan soutenu par l'OLS intervient dans des régions où existe une prévalence élevée de trachome cécitant et où des enfants à peine âgés de cinq ans souffrent déjà du trichiasis. Le Centre Carter apporte un soutien aux activités dans 12 endroits comptant une population d'environ un million de personnes. De plus, il est difficile pour le programme d'arriver jusqu'à ceux qui sont exposés le plus au risque de contracter le trachome suite à l'insécurité qui existe dans de nombreuses régions. Une infrastructure précaire de la santé, une infrastructure physique minime et des croyances culturelles et pratiques bien ancrées qui freinent le changement de comportement sont autant d'obstacles qui viennent encore compliquer davantage la situation. Il existe de nombreux groupes nomades et un grand nombre de personnes déplacées dans le pays qui sont difficiles à atteindre et qui sont pourtant exposées au risque de contracter l'infection et de devenir aveugles.

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

En 2004, le programme a assisté avec des activités continues d'éducation sanitaire à 1 346 villages, couvrant une population de 581 000 personnes. Le personnel des ONG a formé pendant trois jours des animateurs villageois, des dirigeants communautaires, des superviseurs du trachome et des enseignants. Les stratégies d'éducation en matière de santé et d'hygiène varient en fonction de l'emplacement et des partenaires ONG. Par exemple, à Padak, ce sont des groupes de jeunes qui apportent les messages sur la lutte contre le trachome dans les églises, les écoles et sur les places du marché. Ces groupes organisent des concours avec d'autres groupes scolaires, pour des chansons ou des sketches sur le trachome et la stratégie CHANCE.

La couverture et l'utilisation de latrines restent très faibles au Sud du Soudan à cause de croyances traditionnelles bien ancrées. Néanmoins, 980 latrines familiales ont été construites dans les régions soutenues par l'OLS en 2004, plus que le double de construction de latrines des trois années précédentes. Le programme a décidé de ne pas distribuer des dalles en plastique pour les latrines car les communautés ont commencé à penser que les latrines doivent avoir une dalle en plastique pour être fonctionnelles. Ces dalles ne sont pas efficaces par rapport aux coûts et ne peuvent pas être obtenues facilement au Sud du Soudan.

### *Chirurgie (CH)*

En 2003, le bureau de Nairobi du Centre Carter a calculé le but d'intervention final (BIF) pour le trichiasis et a estimé qu'il existait 35 952 patients souffrant de trichiasis non corrigé dans les régions de l'OLS. En 2004, le programme a facilité 1 481 chirurgies correctives des paupières. Christoffel Blindenmission, l'ONG coordonnant la chirurgie du trichiasis, a reçu une aide du Centre Carter pour réaliser, en 2004, 234 chirurgies du trichiasis dans quatre endroits.

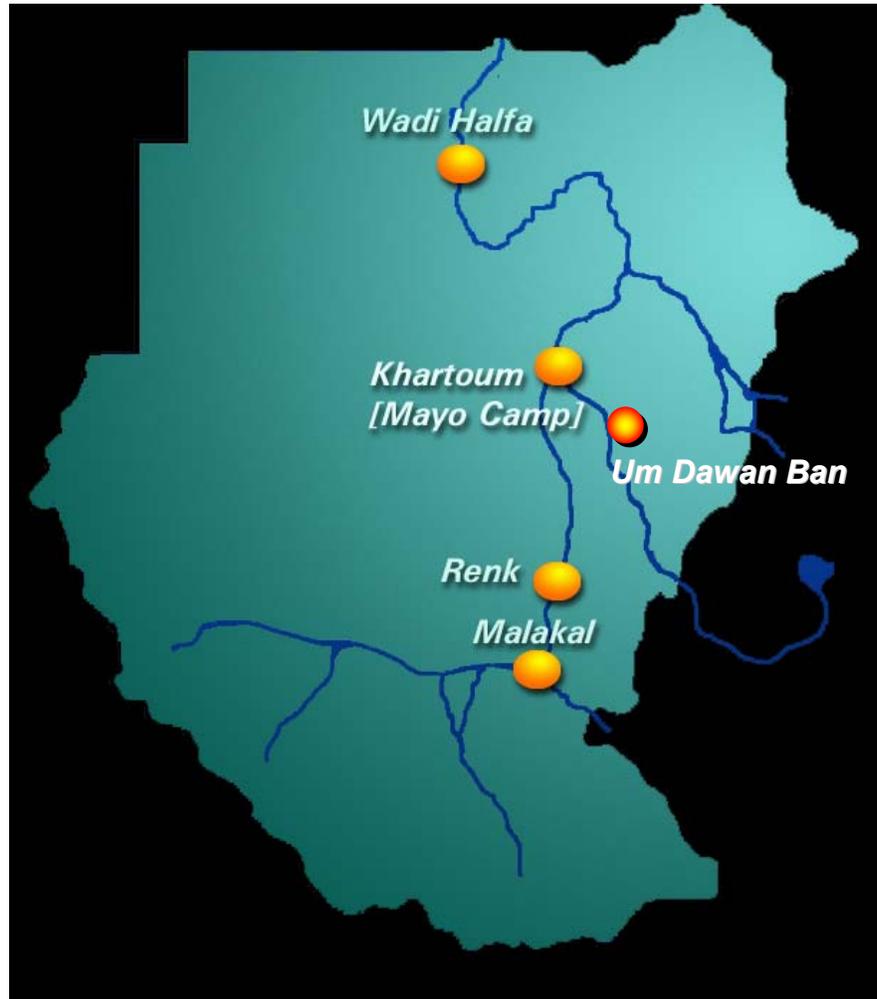
### *Antibiotiques (A)*

En 2004, le programme soutenu par l'OLS a traité 180 317 personnes avec de l'azithromycine (Zithromax®) donnée par Pfizer. En plus, 43 105 personnes ont reçu une pommade ophtalmologique à base de tétracycline. Le programme a décidé d'arrêter d'utiliser les cartes individuelles d'azithromycine car elles sont souvent perdues et le suivi est difficile. On a mis au point un registre sur la distribution d'azithromycine qui sera donné aux points focaux du trachome.

### **Objectifs pour 2005 dans les régions soutenues par Operation Lifeline Sudan**

- Apporter une éducation sanitaire à 1 596 villages (802 552 personnes)
- Former 593 éducateurs sanitaires dans tous les endroits
- Construire 800 latrines familiales
- Réaliser 6 160 chirurgies du trichiasis
- Distribuer de l'azithromycine à 247 000 personnes
- Réaliser une évaluation triennale de l'impact

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



## **Programme de Lutte contre le Trachome du Mali**

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

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

### **Données générales**

La cécité est un grave problème de santé publique au Mali. D'après les enquêtes sur la cécité faites de 1980 à 1990, la cataracte (45%), le trachome (25%) et le glaucome (9%) sont les principales causes de la cécité. En 1994, a été mis sur pied le Programme National de Prévention de la Cécité et, deux ans plus tard, venait s'ajouter le volet sur le trachome. La première enquête nationale sur la prévalence du trachome, réalisée en 1996-1997, constatait que le trachome revêt 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 s'élevait à 35% et la prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans était de l'ordre de 2,5%.

En octobre 1999, le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali a démarré à Koulikoro, lors d'une cérémonie officielle avec l'ancien Président américain Jimmy Carter, l'ancien Chef d'Etat, le Général Amadou Toumani Touré (actuel Président du Mali) et le Président des Lions International de l'époque, Jim Ervin. Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant le trachome ont été réalisées en 1996 et 2000 dans la région de Koulikoro. Elles ont apporté au programme national des données sociologiques de base pour la formulation de stratégies et de matériel d'éducation sanitaire. Les évaluations sur le terrain du programme national de lutte contre le trachome, réalisées en 2002, ont permis de renforcer les activités N&CE à Ségou. Actuellement, le programme intervient dans quatre régions du pays : Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti (voir carte). (Le Centre Carter apporte essentiellement son assistance à Ségou.)

En 2003, de nouvelles stratégies et du nouveau matériel d'éducation sanitaire pour la lutte contre le trachome (film documentaire, vidéo, cassettes radio et bandes dessinées) ont été mis au point avec le soutien de l'Université Johns Hopkins, notamment un logo et un slogan pour la campagne d'éducation ainsi qu'un manuel de formation. Cherchant à atteindre le plus grand nombre possible de personnes exposées au risque de contracter le trachome, le programme du Mali a également mis sur pied des campagnes radiophoniques et télévisées pour diffuser l'information sur le trachome et sa prévention.

En 2003, la Division Nationale de l'Hygiène et le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali ont démarré des activités promotionnelles pour la construction de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou, aidés en cela par l'International Trachoma Initiative et le Centre Carter. Lors de la première année de la promotion des latrines, le programme a formé 254 maçons villageois et a construit 1 577 latrines familiales SanPlat. D'autres partenaires, dont World Vision International et l'UNICEF,

sont venus se joindre au Programme de Lutte contre le Trachome du Mali aidant à encourager l'utilisation des latrines dans les communautés rurales.

D'après une estimation de 1997, le nombre d'opérations en attente pour la chirurgie du trichiasis était de 85 700 personnes. Depuis 1999, 15 150 personnes ont été opérées (18% du nombre en attente). La chirurgie du trichiasis est réalisée dans cinq centres fixes du Mali, et lors de campagnes rurales et stratégie avancée de chirurgie du trichiasis en milieu rural.

Depuis 2000, le programme malien a distribué de l'azithromycine donnée par Pfizer dans le cadre de campagnes annuelles de traitement de masse ciblant les enfants de six mois à 15 ans et les femmes de plus de 14 ans vivant dans des villages. En 2003, environ 1 150 000 personnes ont reçu de l'azithromycine dans les régions de Koulikoro et de Kayes, distribuée par 7 000 agents communautaires formés. De plus, la pommade oculaire à base de tétracycline était disponible pour les patients souffrant du trachome dans les centres de soins de santé primaires.

#### **Réalisations du programme en 2004**

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

Au Mali, les activités d'éducation sanitaire sont réalisées en empruntant de multiples canaux : radio rurale, enseignants de l'école primaire, agents de santé environnementale, éducateurs villageois, superviseurs des ONG et lors de diverses occasions comme les baptêmes et les mariages. Le Centre Carter aide à dispenser l'éducation sanitaire dans 277 villages (les données nationales n'étaient pas disponibles pour les villages couverts par l'éducation sanitaire). Quatre radios rurales passaient sur les ondes des messages d'éducation sanitaire concernant le trachome dans les langues locales. En 2004, le programme soutenait également l'éducation sanitaire dans 100 écoles primaires des régions de Ségou, Mopti et Gao. Au Mali, l'éducation en matière de trachome fait également partie du programme de l'école primaire. Venant encore appuyer l'éducation régulière en matière d'hygiène, un concours est organisé entre 26 villages ciblés pour identifier le plus propre.

Par ailleurs, le programme malien a formé à diverses personnes en matière d'éducation sanitaire et des techniques de mobilisation communautaire pour la lutte contre le trachome, notamment 427 éducateurs villageois (dont 45% sont des femmes) ; 113 superviseurs et formateurs en matière de trachome ; 19 agents de santé et 3 journalistes de la radio rurale. La seconde année de la promotion des latrines familiales a été couronnée de succès puisqu'on a construit 3 327 latrines SanPlat et, 2 blocs de latrines publiques sur le marché de Baroueli. On a également formé 437 maçons villageois pour leurs apprendre à construire les latrines et on leurs a remis les outils, toujours dans le but de renforcer la capacité locale. Aucun rapport n'a été présenté sur l'approvisionnement en eau.

### *Chirurgie (CH)*

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

### *Antibiotiques (A)*

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

## **Objectifs pour 2005**

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

- Former 230 volontaires villageois, 100 enseignants et 15 journalistes de la radio en matière d'IEC
- Aider 20 groupements féminins sur le plan mobilisation sociale
- Organiser un concours de la semaine du trachome
- Organiser un concours de nettoyage de village
- Former 230 maçons villageois en ce qui concerne la construction des dalles SanPlat
- Construire 5 000 latrines familiales dans la région de Ségou
- Construire 2 blocs de latrines publiques
- Construire 509 nouveaux points d'eau et réparer 810 anciens points d'eau
- Former 247 artisans en ce qui concerne la construction de points d'eau modernes

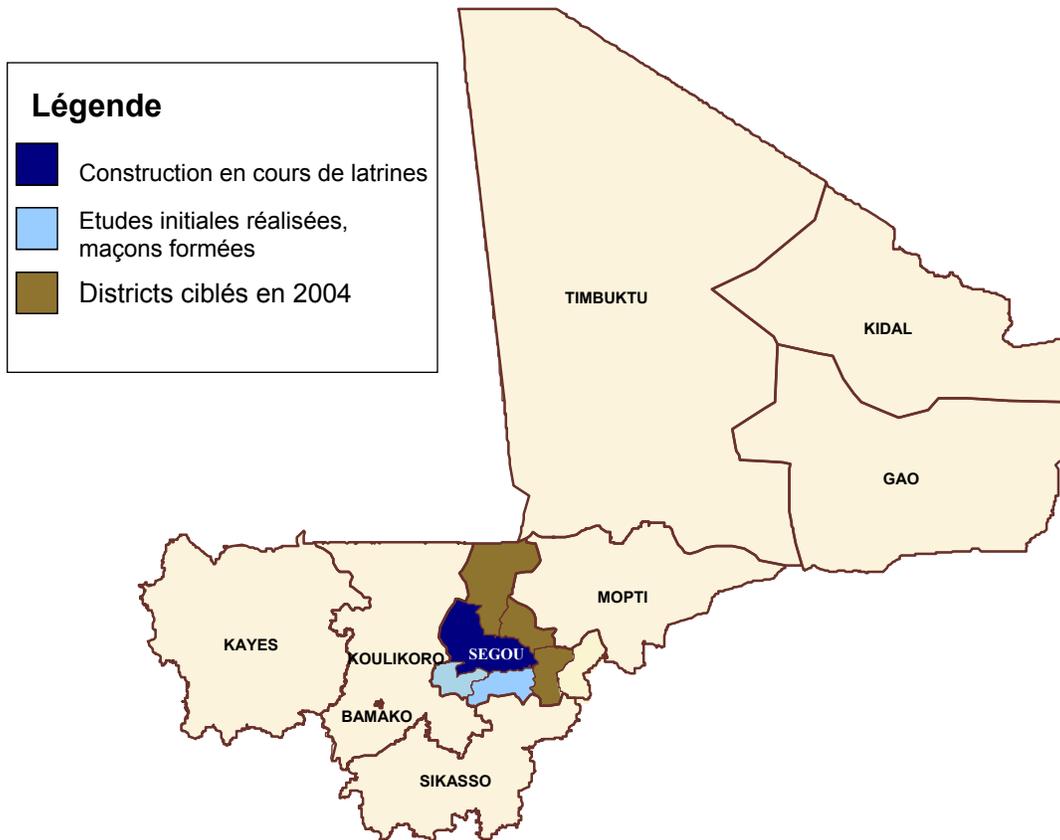
### *Antibiotiques*

- Traiter 3 789 360 personnes avec l'azithromycine dans les régions de Kayes, Koulikoro et Mopti
- Traiter 77 334 enfants de 0 à 6 mois avec la pommade oculaire à base de tétracycline
- Former 2 668 distributeurs d'antibiotiques

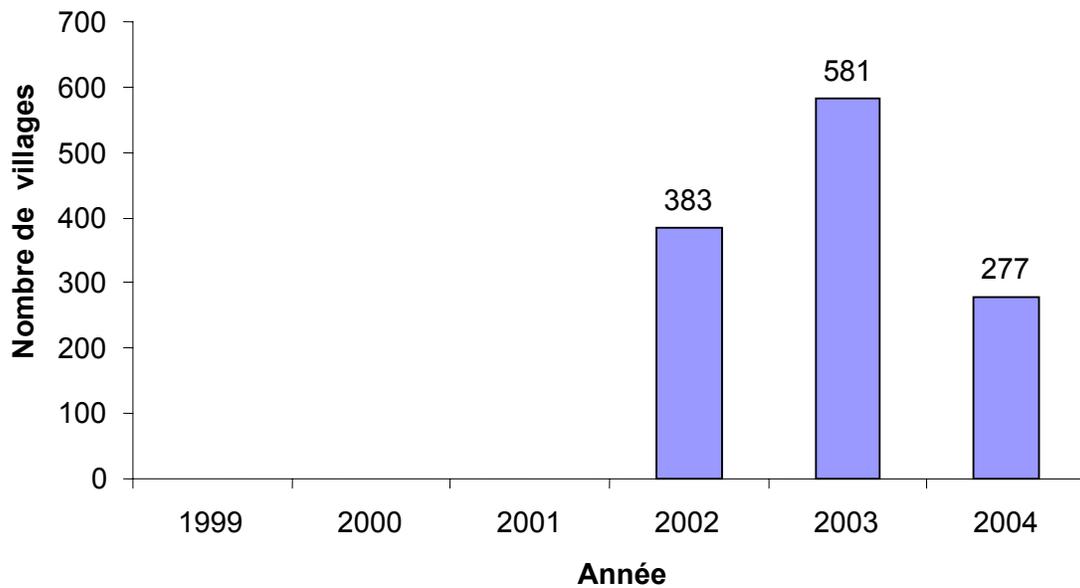
### *Chirurgie*

- Opérer 10 511 personnes souffrant de trichiasis
- Former 200 chercheurs de cas de trichiasis
- Former 50 chirurgiens trichiasis

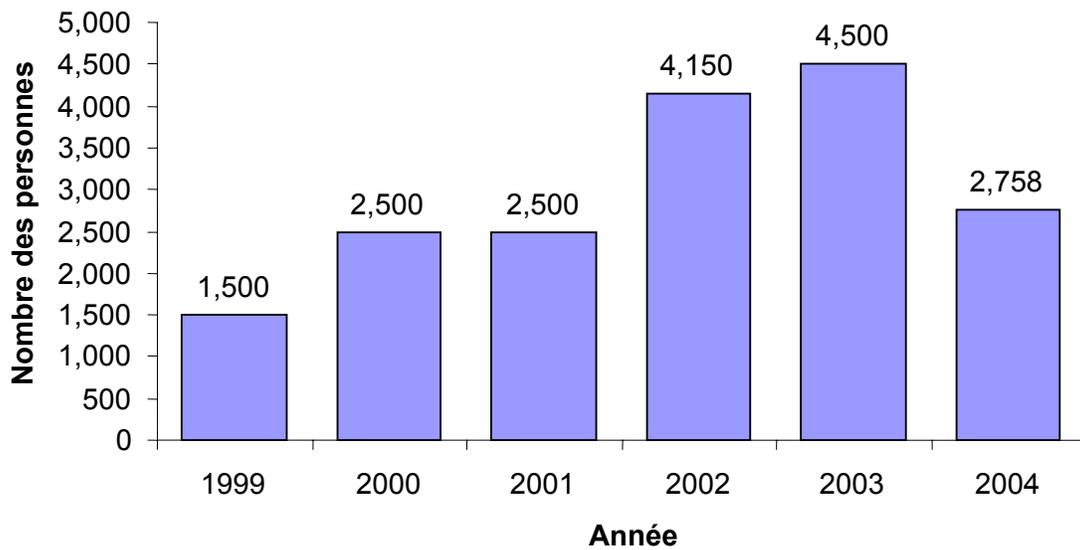
## Promotion des latrines familiales au Mali



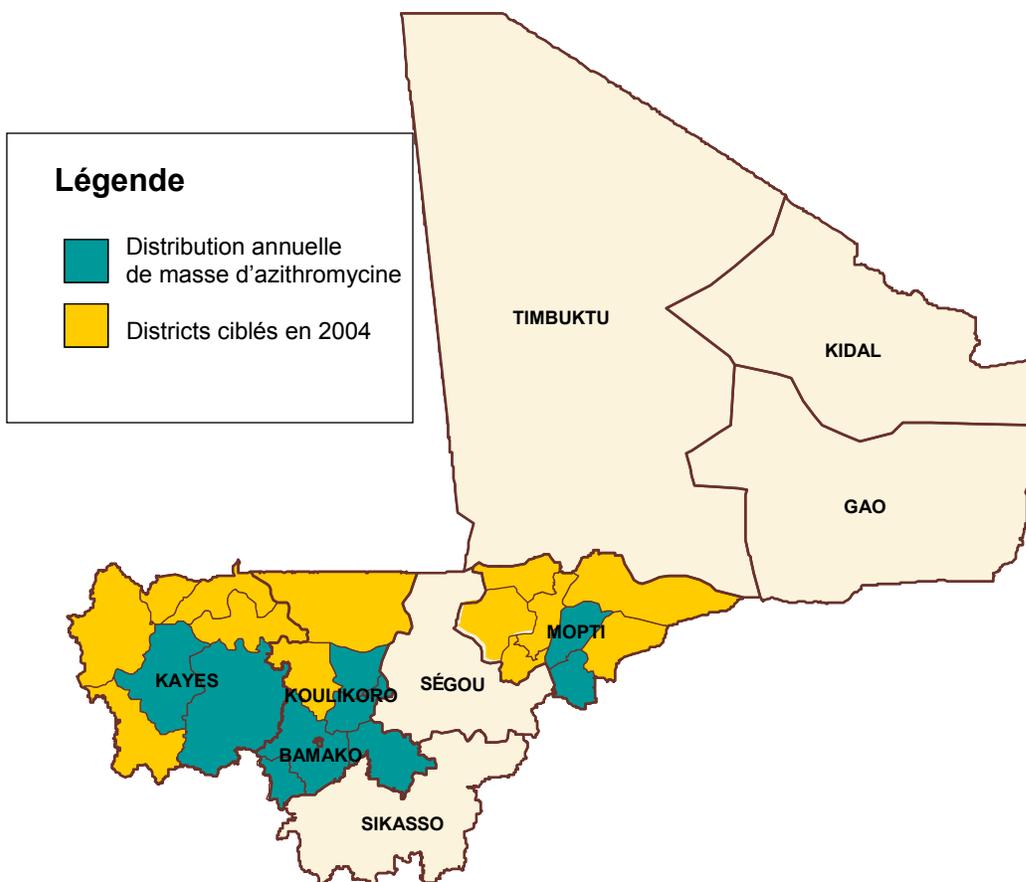
**Nombre de villages recevant l'éducation sanitaire, par an, Mali, 1999-2004**



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



## Campagnes de distribution de mass d'azithromycine, Mali, 2003-2004



## **Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana**

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

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

### **Données générales**

Le trachome se situe au troisième rang des causes de cécité au Ghana, après la cataracte et le glaucome. C'est dans les parties chaudes et sèches au nord du pays, surtout dans les régions Northern et Upper West (NR et UWR) que l'on trouve la prévalence la plus élevée du trachome et de la cécité qu'il provoque. Une évaluation rapide du trachome (TRA3), réalisée en juillet 1999, a indiqué que le trachome cécitant existe dans les régions Northern et Upper West et a permis de classer par ordre prioritaire les villages où le trachome est endémique aux fins de cibler, dans ces endroits, les activités de traitement et de prévention. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de Lutte contre le Trachome à réaliser la première enquête sur la prévalence du trachome, à base communautaire, dans les régions Upper West et Northern. Par la suite, d'autres enquêtes sur la prévalence et des évaluations rapides ont été réalisées par le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana pour cartographier le trachome dans ces régions.

Le Centre Carter a également apporté un soutien technique et financier aux premières études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) dans la région UWR (décembre 1999) et NR (juillet 2000) en utilisant les enquêtes auprès des ménages, des focus groups et des observations communautaires directes. Les résultats de ces études ont été utilisés lors d'ateliers sur la planification de programme en octobre 2000 et janvier 2001 au cours desquels ont été formulés des plans régionaux et de district pour la lutte contre le trachome.

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana a commencé à mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans cinq districts (2000-2002) puis l'a étendue à un sixième district en 2003. Le programme a réalisé une enquête sur la prévalence du trachome dans 551 communautés dans les régions Northern et Upper West pour faciliter l'expansion du programme, incluant, en 2004, tous les sous-districts où le trachome est endémique. S'inspirant de ces résultats, le programme a prévu d'étendre ses activités à 681 communautés en 2004 couvrant tous les districts du pays où le trachome est endémique.

L'Equipe spéciale de Lutte contre le Trachome au niveau national, comptant des organisations gouvernementales et non gouvernementales, supervise les activités de lutte contre le trachome au niveau national. Dans chaque région où le trachome est endémique, une équipe spéciale régionale planifie et supervise les activités de lutte contre le trachome. Cette équipe rend compte à l'Equipe spéciale nationale puis donne un feedback aux districts et aux autres partenaires. Il existe une structure analogue au niveau

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

*Données générales sur les activités d'intervention*

En 2001, le programme du Ghana a déployé des campagnes d'amélioration de l'hygiène dans les communautés où le trachome est endémique, formant des agents de première ligne, dont des enseignants, des responsables de la santé environnementale, des agents de santé communautaires et des volontaires villageois. Dans le cadre des activités de mobilisation sociale, on a organisé des présentations et des discussions pour l'éducation sanitaire, à titre individuel et collectif, des annonces radiophoniques, des présentations mobiles de vidéo, du théâtre communautaire et des durbars. Un total de 2 657 agents de première ligne ont été formés pour conduire des activités pédagogiques dans les communautés où le trachome est endémique. Du matériel d'éducation sanitaire, notamment des boîtes à images, des livrets à images pour les groupes d'éducation radiophoniques, ainsi que des affiches, a été mis au point avec l'assistance du Centre Carter.

En 2002, le Centre Carter a aidé à lancer les groupes d'éducation radiophoniques dans 20 communautés pilotes du district de Wa dans la région Upper West. Les groupes d'éducation radiophoniques ont été bien acceptés dans les communautés ciblées qui ont organisé des discussions sur les questions d'hygiène et de santé après l'écoute des messages sanitaires. Des radios Freeplay ont été distribuées aux groupes pour pouvoir écouter les messages sur le trachome et l'hygiène.

En 2003, des latrines ont été construites et des points d'eau ont été installés dans certains villages où le trachome est endémique, avec l'aide de l'International Trachoma Initiative, du Centre Carter et d'autres organisations partenaires. En 2003, au total, 735 latrines ont été construites et 141 points d'eau ont été installés.

Ces dernières années, on a appris aux agents de première ligne à dépister puis à orienter vers les services compétents les patients souffrant de trichiasis pour augmenter le nombre d'interventions du trichiasis. L'éducation sanitaire avec messages à la radio est réalisée dans des communautés où la maladie est endémique afin de sensibiliser davantage à la chirurgie du trichiasis. La chirurgie est gratuite dans les centres de santé. De 2001 à 2003, 1 113 personnes ont reçu une chirurgie corrective des paupières et, en 2003, six infirmiers spécialisés en ophtalmologie ont été formés pour réaliser la chirurgie du trichiasis.

La distribution de masse d'azithromycine a commencé en 2001 : 175 808 personnes ont reçu du zithromax® donné par Pfizer (de 2001 à 2002). Le PLT du Ghana a distribué de l'azithromycine à 163 931 autres personnes en 2003. En plus, 9 785 personnes ont été traitées, en 2003, avec une pommade ophtalmologique à base de tétracycline. Le programme a constaté que le premier trimestre de l'année pendant la saison sèche était le bon moment pour distribuer l'azithromycine car la plupart des communautés sont accessibles et les paysans sont à la maison pendant cette saison.

## **Réalisations du programme en 2004**

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

En 2004, 2 358 séances d'éducation familiales et 2 204 séances d'éducation communautaires ont été réalisées par les agents de première ligne du programme de lutte contre le trachome. Des groupes d'écoute radiophonique sont encore actifs et fonctionnent bien et 41 nouveaux groupes ont été créés en 2004. Le programme du Ghana signale une bonne connaissance du trachome au sein de la population et de bonnes mesures de lutte de la part des membres communautaires et des enfants de l'école.

En 2004, 1 102 points étaient installés et le programme citait un 'pas de géant' vers l'approvisionnement en eau potable des communautés où le trachome est endémique. La plupart des points d'eau ont été installés par des assemblées de district dans le cadre des programmes d'éradication de la dracunculose et de lutte contre le trachome. Ces activités ont bénéficié d'une aide de WaterAid, de World Vision Ghana, de l'UNICEF, de West African Water Initiative, de l'USAID et de l'Eglise du Christ.

Par contre, les choses ne se sont pas aussi bien déroulées en ce qui concerne la construction de latrines familiales. En 2004, 1 813 latrines familiales ont été construites. Le programme signale une demande élevée pour des latrines, mais c'est le coût élevé du modèle recommandé actuellement qui représente un obstacle. Le programme du Ghana retire la leçon suivante : c'est en informant les communautés des multiples avantages des latrines pour la santé qu'on peut augmenter l'utilisation de ces dernières et c'est une bonne chose d'offrir des latrines à certains ménages pour augmenter la demande de la part des voisins, bien que ces effets n'aient pas été entièrement étudiés.

### *Chirurgie (CH)*

Les activités dans le cadre de ce volet sont les suivantes : sensibiliser et dépister les cas lors de recherche de cas systématique et active et identification passive des cas ; chirurgie en milieu communautaire et dans les établissements de santé ; ainsi que suivi des personnes opérées. En 2004, 951 personnes ont bénéficié d'une chirurgie du trichiasis et 22 chirurgiens du trichiasis ont été formés. Le programme du Ghana s'est rendu compte que les recherches systématiques de cas, foyer par foyer, améliorent le dépistage et l'enregistrement des cas. La chirurgie est bien acceptée si elle est faite dans la propre communauté du client et le témoignage des 'clients' satisfaits augmente l'acceptation dans les communautés voisines.

### *Antibiotiques (A)*

En 2004, l'azithromycine a été distribuée à 292 560 personnes, soit presque le double du nombre de personnes couvertes lors des trois années précédentes. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana constate que le médicament est davantage accepté si la communauté reconnaît l'azithromycine comme un produit sûr et efficace.

## **Objectifs pour 2005**

- Faire l'essai pilote, dans deux districts, de l'intégration des programmes de lutte contre la filariose lymphatique et le trachome

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

- Fournir l'éducation sanitaire aux habitants de 2 010 communautés
- Construire 200 sources d'eau potable
- Construire 5 000 latrines familiales

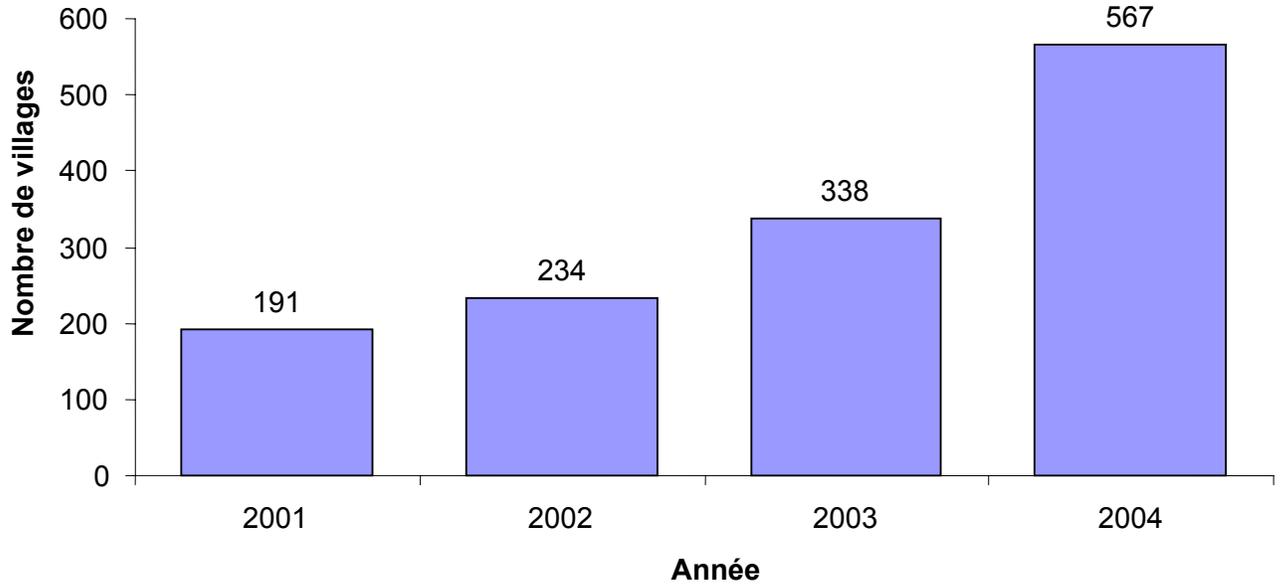
### *Chirurgie*

- Dépister et opérer 1 500 personnes souffrant de trichiasis

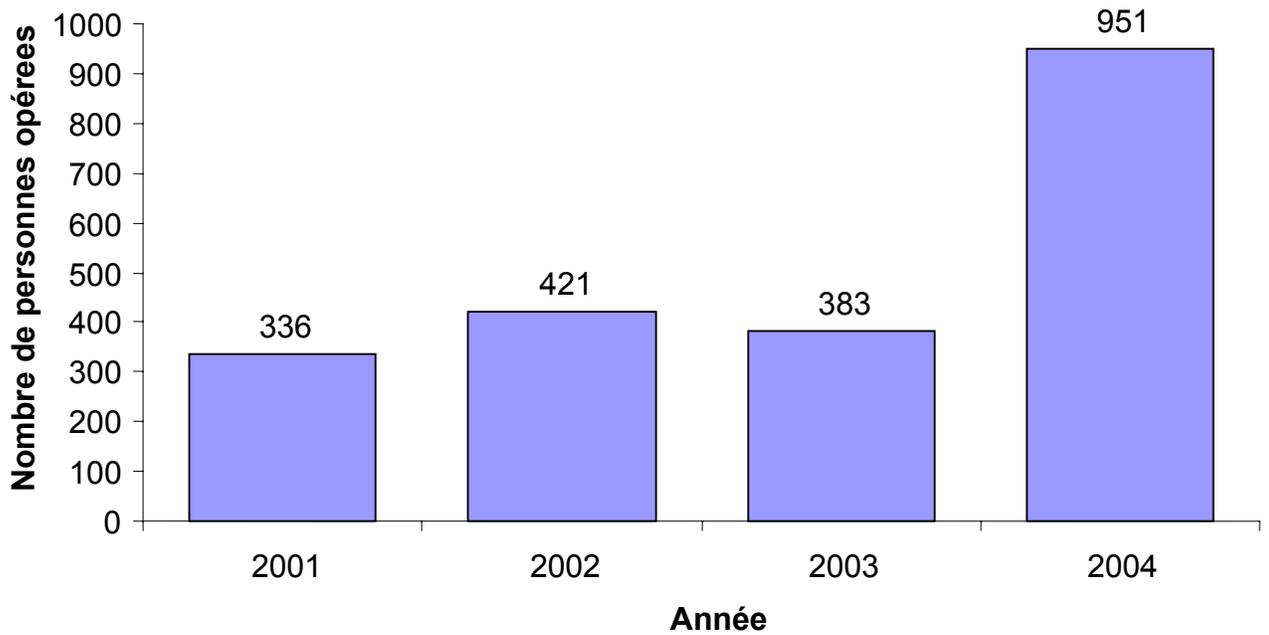
### *Antibiotiques*

- Distribuer des antibiotiques à 1 138 000 personnes dans 2 010 communautés :
  - 1 122 000 avec de l'azithromycine
  - 16 000 avec une pommade ophtalmologique à base de tétracycline

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



### Personnes opérées pour le trichiasis, par an, Ghana



## **Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie**

*Présenté par le Docteur Grace Saguti, Coordinatrice Nationale des Soins Oculaires,  
Ministère de la Santé*

### **Données générales**

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

En Tanzanie, les données indiquent que le trachome est endémique dans 50 districts. Par ailleurs, on soupçonne également que deux millions d'enfants de moins de 10 ans sont atteints par la maladie active et que 12 millions de personnes courent le risque d'être infectées. Le nombre d'adultes de plus de 40 ans attendant une intervention chirurgicale du trichiasis s'élève à 54 000 personnes. Dans 26 districts, la prévalence de TF est supérieure à 10% et, par conséquent, il nécessite la stratégie CHANCE intégrale avec distribution d'azithromycine. Des enquêtes initiales sur le trachome, faites à l'échelle nationale, se penchant sur tous les volets de la stratégie CHANCE, sont réalisées en 2005 dans 30 districts.

L'Equipe spéciale du Trachome au niveau national compte les personnes suivantes : Directeur des Services préventifs du Ministère de la Santé, Coordinateur national du Programme des Soins oculaires, représentants des Ministères de l'Education et de la Culture, du Développement communautaire, du Genre et des Enfants, de l'Eau et de l'Elevage, Collège des Sciences sanitaires de l'Université Muhimbili, du Centre médical chrétien Kilimanjaro/Département des Soins oculaires de l'Université Tumaini, de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome, de Sight Savers International, de Christoffel Blindenmission et de Helen Keller International. Le Centre pour le Développement de l'Education pour la Santé Arusha et le Projet de Lutte contre le Trachome de Kongwa sont parmi les autres partenaires.

### **Réalisations du programme en 2004**

C'est le Vice-Président Tanzanien qui a inauguré la Journée Mondiale de la Vue en 2004, adoptant le thème, « la collaboration multisectorielle est la clé de la réussite dans la lutte contre le trachome ». Le plan stratégique quinquennal du Programme national de Lutte contre le Trachome (2004-2008) a également été diffusé ce jour-là et une nouvelle stratégie a été adoptée visant à une distribution d'azithromycine sur l'ensemble des districts. Le Président et PDG de Pfizer, Inc., Hank McKinnel, s'est rendu en Tanzanie et a observé la nouvelle approche pour la distribution de masse de l'antibiotique.

Cette année, le programme s'est élargi et comprend à présent une participation multisectorielle des équipes spéciales au niveau national et de district.

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

En 2005, le Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie vise à atteindre une population de 8 millions de personnes. En 2004, 27 000 séances d'éducation sanitaire étaient réalisées et 700 annonces radiophoniques étaient diffusées sur la prévention et l'éducation en matière d'hygiène. D'après les estimations du programme, 53% de la population a accès à un point d'eau fonctionnel à 1 heure de marche ou 1 kilomètre. D'après un rapport de 2004, 70% des ménages utilisent des latrines ou ont accès à des latrines. Par contre, le programme signale des obstacles culturels entravant l'utilisation et la construction de latrines dans certaines communautés ciblées. Le Programme National d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement des Zones Rurales ne cible pas les districts où le trachome est endémique. Le programme mentionne également un manque de ressources pour réaliser les formations de Transformation Participative de l'Hygiène et de l'Assainissement (PHAST) soutenant les activités N&CE.

*Chirurgie (CH)*

Le programme a atteint son objectif de 2004 concernant la chirurgie du trichiasis, puisqu'il a couvert 4 036 personnes. De plus, 61 chirurgiens du trichiasis ont été formés pendant l'année.

*Antibiotiques (A)*

Ce sont des agents de santé communautaires ou des distributeurs communautaires qui dispensent l'antibiotique dans les communautés de la Tanzanie. La couverture serait élevée avec la nouvelle approche de traitement de masse (supérieure à 90%). Le programme a cité des problèmes de retard des incitations pour les distributeurs communautaires. Les élections des collectivités locales ont interrompu les campagnes de traitement de masse au même titre que les fortes pluies non prévues sur une grande partie de la Tanzanie. De nouvelles directives et de nouveaux outils de suivi ont été mis au point et utilisés en 2004 pour l'approche à la distribution d'antibiotiques.

2004	Objectif	Réalisation	
Population couverte	8 millions	8 millions	100%
Chirurgies-nombre de personnes	4 000	4 036	101%
Chirurgiens du trichiasis formés	72	61	85%
Distribution d'azithromycine-Couverture	1 600 000	989 084	62%

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

### **Objectifs du programme pour 2005**

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

- Réaliser 33 984 séances d'IEC dans les villages d'intervention
- Construire 20 000 latrines
- Continuer à demander plus de ressources pour les activités N&CE
- Intégrer la lutte contre le trachome au programme scolaire
- Faire l'inventaire des partenaires aux projets d'eau et d'assainissement
- Participer aux activités de plaidoyer pour l'eau et l'environnement telles que la semaine Maji (eau)
- Formuler et distribuer un plan stratégique national pour l'Environnement, la Santé et l'Assainissement

#### *Chirurgie (CH)*

- 6 000 chirurgies du trichiasis
- Communication des directives concernant la chirurgie du trichiasis

#### *Antibiotiques (A)*

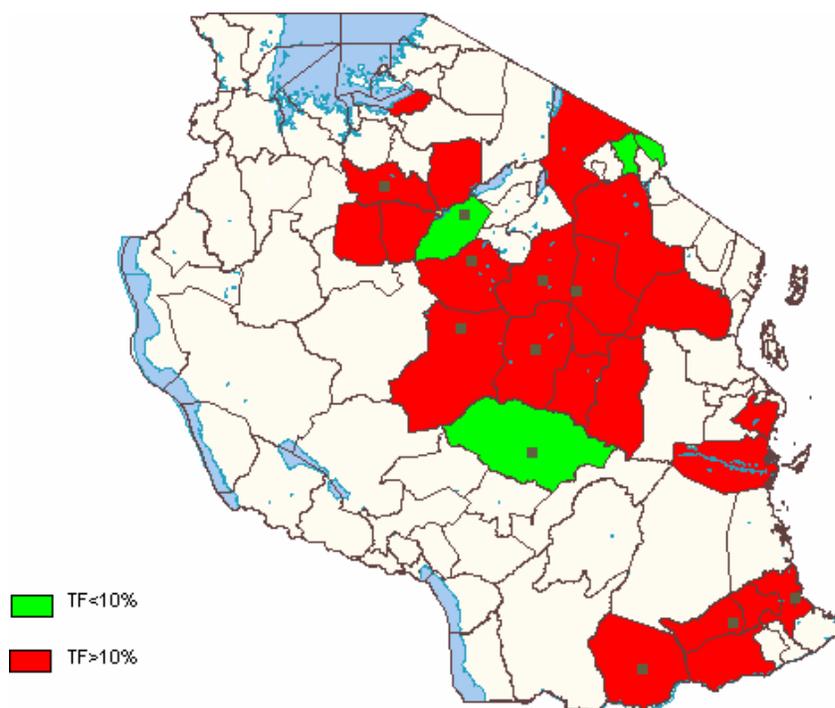
- Distribuer 7 millions de doses d'azithromycine (pour atteindre 26 districts)

#### *Autres objectifs*

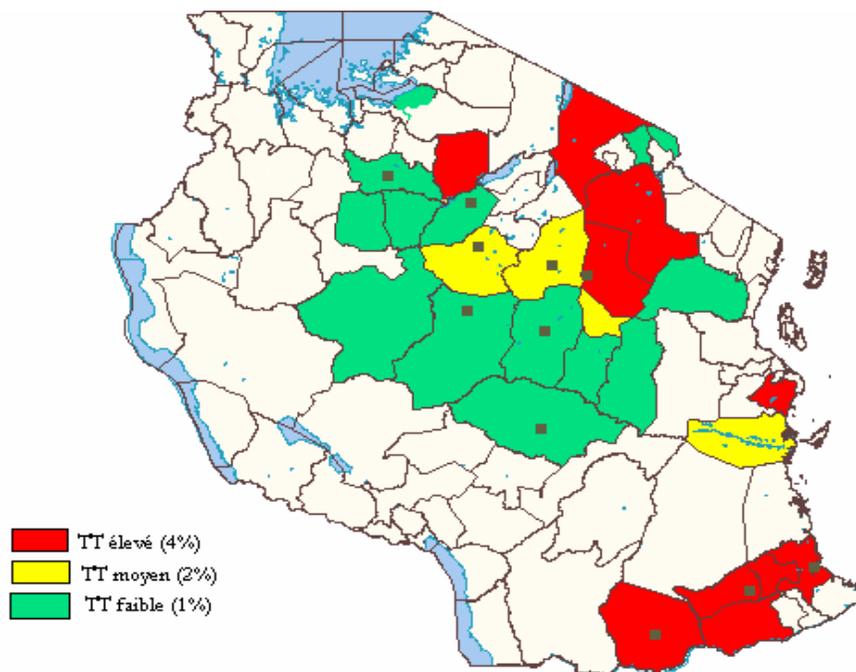
- Enquête initiale des 20 districts restants
  - Enquête communautaire dans 4 districts avec une prévalence de TF inférieure à 10%
  - Enquête de suivi des districts « équité sur le plan santé »



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



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



## **Programme National de Lutte contre le Trachome du Maroc**

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

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

### **Données générales**

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

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

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

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

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

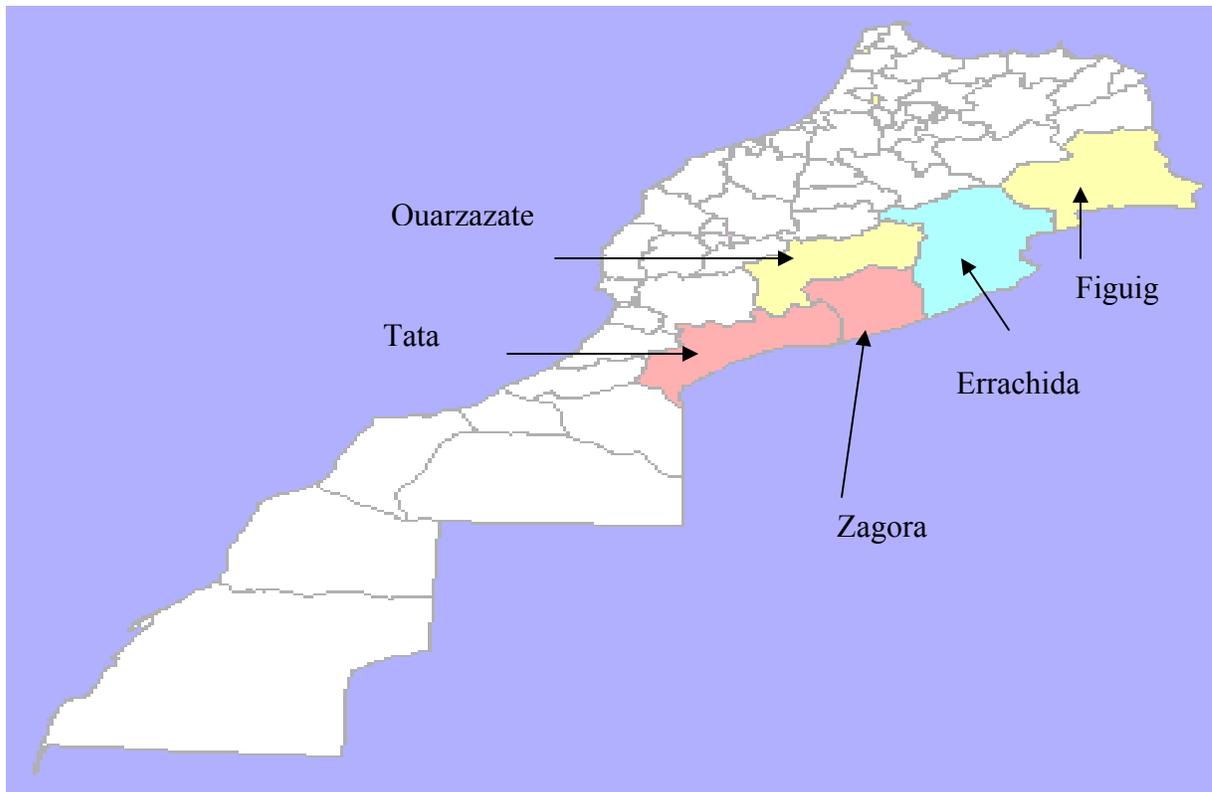
Le Programme Marocain de Prévention de la Cécité collabore avec le Ministère National de la Santé (Programme de la Santé Maternelle et Infantile, Programme de la Santé Scolaire et Universitaire), les Services Gouvernementaux (Ministères de l'Education, des Affaires sociales, de l'Équipement et l'Office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

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

**Objectifs**

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

## Carte du Maroc avec 5 provinces d'intervention



**Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome**

Données nationales pour 2004 telles qu'indiquées lors de la sixième Revue Annuelle des Programmes, Atlanta, 28 février-2 mars 2005

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux
				GS	OLS/S			
<b>N &amp; CE</b>								
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	567	277	4 438	*	767	654	172	<b>6 875</b>
Villages ciblés	680	4 500	4 000	1 500	1 261	654	108	<b>12 703</b>
Couverture (en pourcentage)	83%	6%	111%	*	61%	100%	159%	<b>54%</b>
Nombre de latrines construites	1 813	3 327	5 355	70	980	89 096	1 871	<b>102 512</b>
Nombre de latrines à construire	1 500	3 500	3 000	2 000	750	10 130	2 260	<b>23 140</b>
Couverture (en pourcentage)	121%	95%	179%	4%	131%	880%	83%	<b>443%</b>
Nombre de points d'eau installés	1 012	0	10	*	*	-	0	<b>1 022</b>
Nombre de points d'eau à installer	250	100	25	650	-	-	15	<b>1 040</b>
Couverture (en pourcentage)	405%	0%	40%	*	*	-	0%	<b>98%</b>
<b>Antibiotiques</b>								
<b>Azithromycine</b> Villages d'intervention :	*	5 484	4 438	*	932	*	*	<b>10 854</b>
Traitements	292 560	2 688 061	1 915 456	266 630	180 708	816 205	2 428	<b>6 162 048</b>
Population ciblée	315 000	2 500 000	2 363 252	500 000	182 000	550 000	-	<b>6 410 252</b>
Couverture (en pourcentage)	93%	108%	81%	53%	99%	148%	-	<b>96%</b>
<b>Tétracycline</b> Villages d'intervention:	*	*	4 438	*	1 255		108	<b>5 801</b>
Traitements	15 101	0	48 886	0	43 105	142 424	45 582	<b>295 098</b>
Population ciblée	30 000	100 000	44 054	50 000	31 000	266 000	*	<b>521 054</b>
Couverture (en pourcentage)	50%	0%	111%	0%	139%	54%	*	<b>57%</b>
<b>Chirurgie</b>								
Chirurgies	951	2 758	5 286	276	1 481	32 316	3 830	<b>46 898</b>
Population ciblée	2 100	5 000	10 500	2 000	6 900	48 881	*	<b>75 381</b>
Couverture (en pourcentage)	45%	55%	50%	14%	21%	66%	*	<b>62,2%</b>

\* Données non présentées

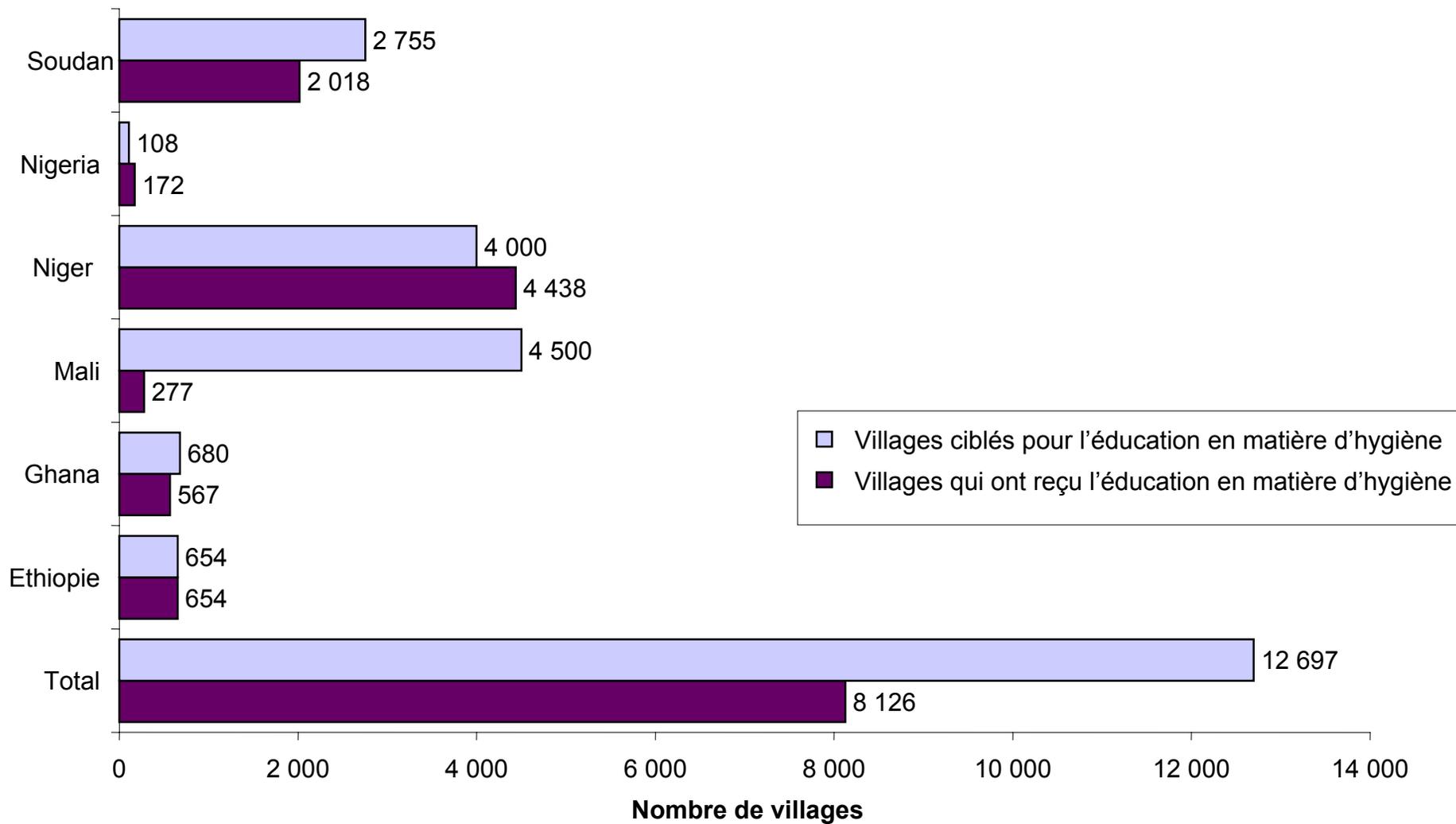
**Tableau 2. Objectifs annuels des Programmes nationaux de Lutte contre le Trachome, 2005**  
 Tel que présenté lors de la sixième Revue annuelle des Programmes, Atlanta, 28 février-2 mars 2005

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopia	Nigeria	Total
				GOS*	GOSS			
<b>Nettoyage du visage &amp; Changement environnemental</b>								
Education sanitaire (villages)	2 010	**	4 438	**	1 596	654	200	<b>8 898</b>
Latrines familiales à construire	5 000	5 000	8 400	**	800	278 966	3 000	<b>301 166</b>
Points d'eau à construire ou à réparer	200	1 319	113	**	**	120	2	<b>1 754</b>
<b>Antibiotiques</b>								
Distribution de masse d'azithromycine (personnes)	1 122 000	3 789 360	3 296 280	1 250 000	247 000	3 061 419	5 493 301	<b>18 259 360</b>
Distribution de pommade à base de tétracycline (personnes)	16 000	77 334	**	**	**	265 970	**	<b>359 304</b>
<b>Chirurgie</b>								
Personnes pour chirurgie du trichiasis	1 500	10 511	7 560	4 000	6 160	57 194	37 187	<b>124 112</b>

\* Les objectifs du Gouvernement du Soudan vont jusqu'à l'année 2006

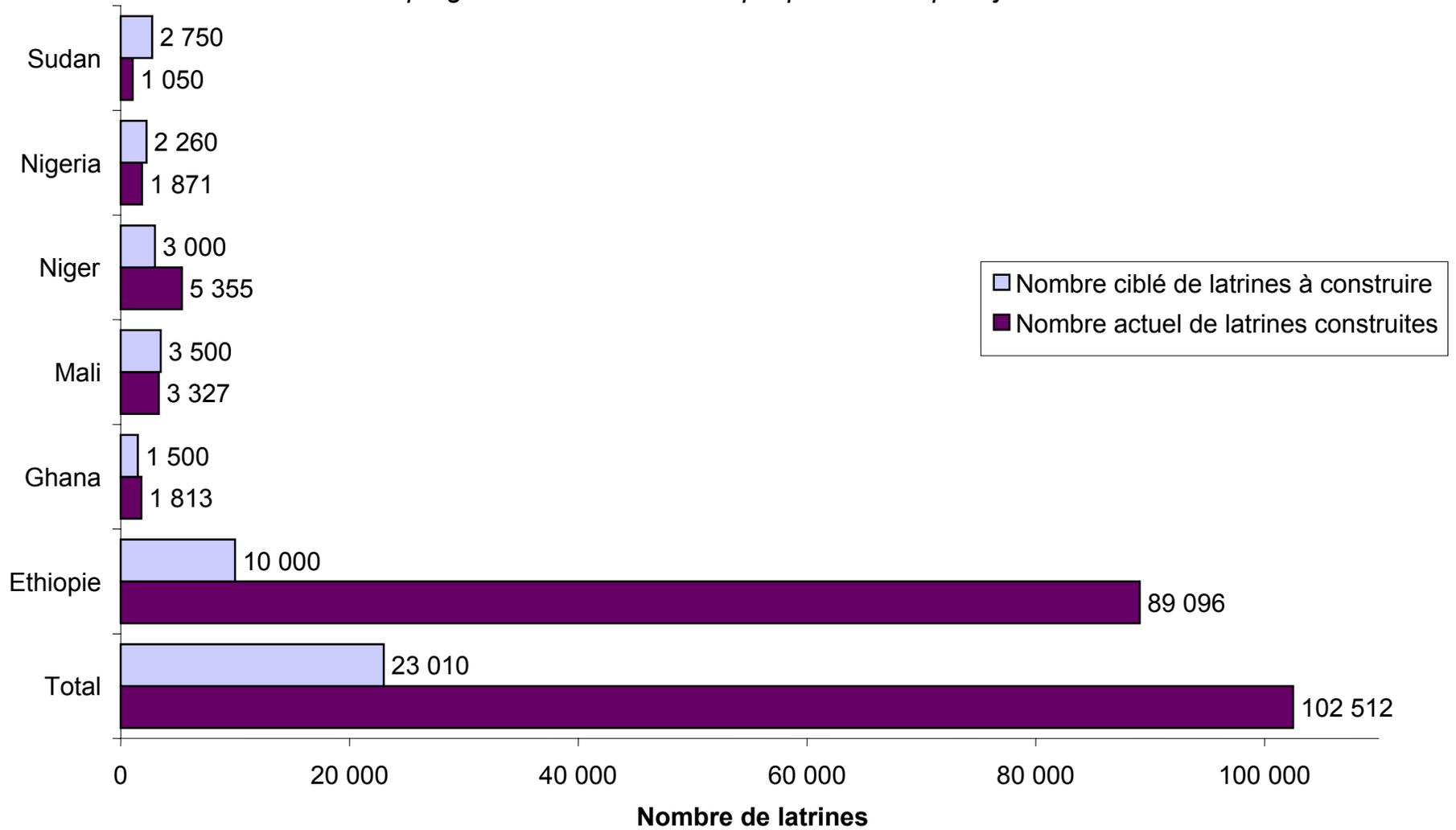
\*\* Cibles non présentées/disponibles

**Figure 1. Nombre de villages recevant l'éducation en matière d'hygiène, par pays**  
*Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004*

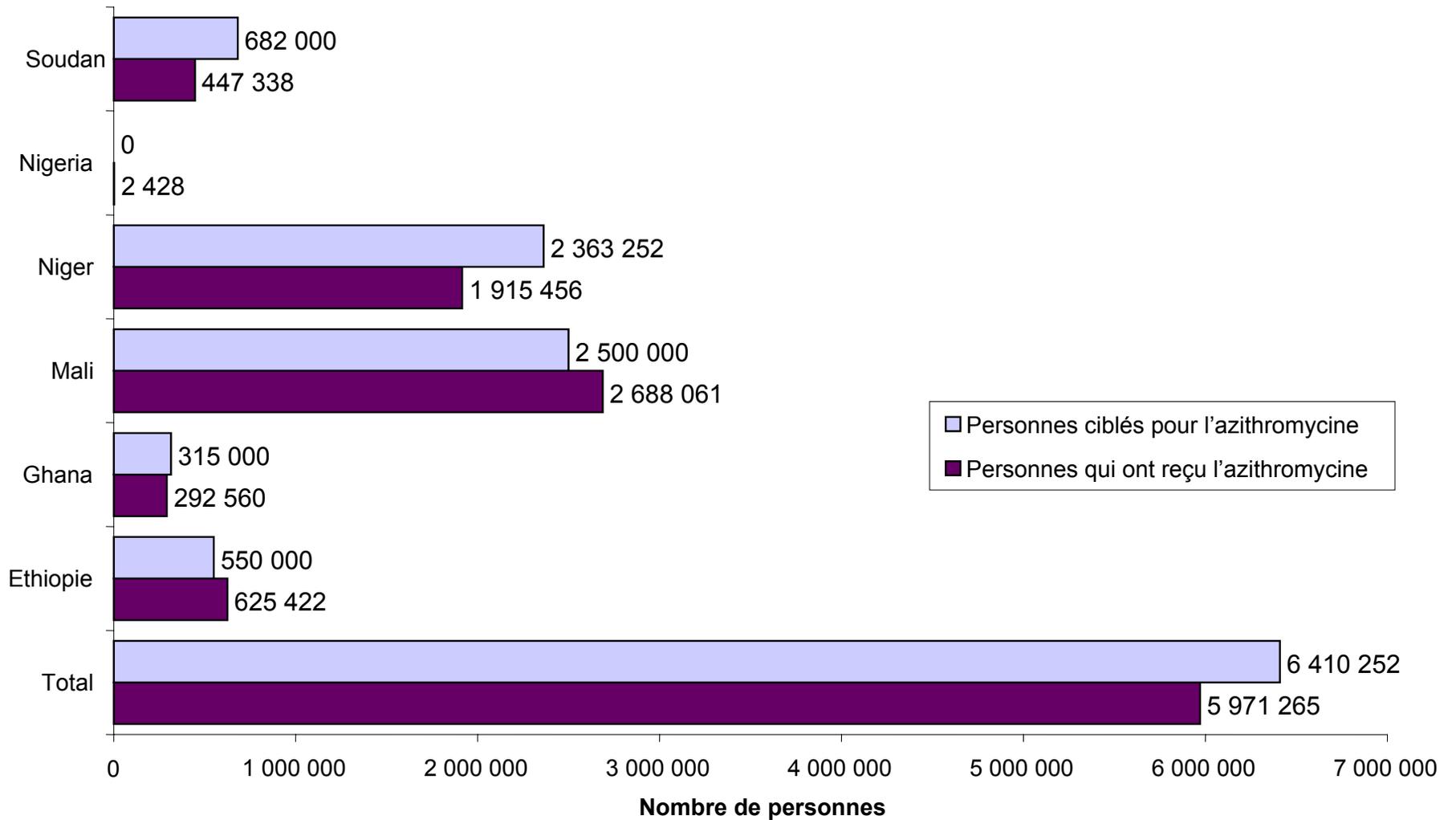


**Figure 2. Nombre de latrines familiales construites, par pays**

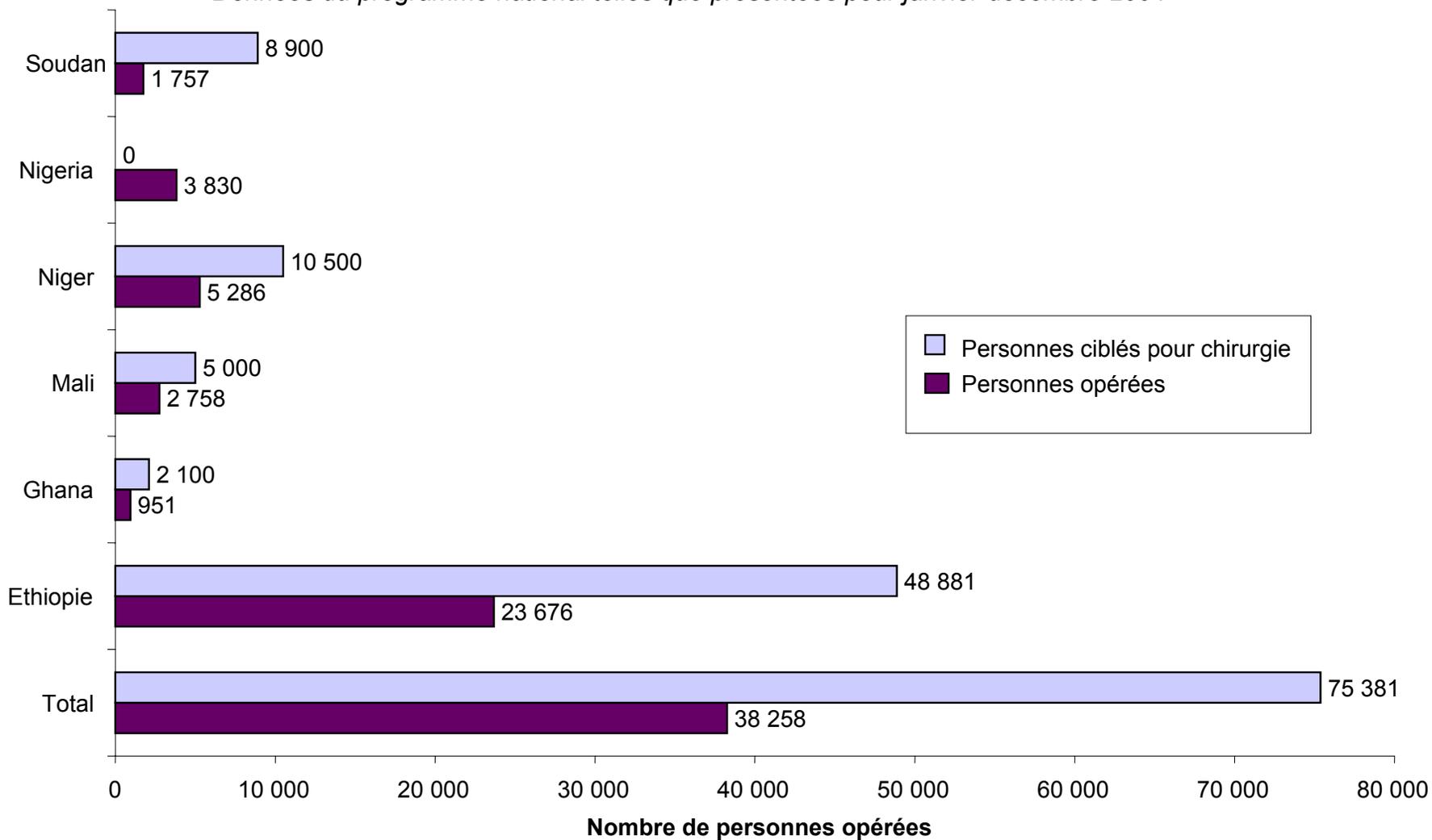
*Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004*



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

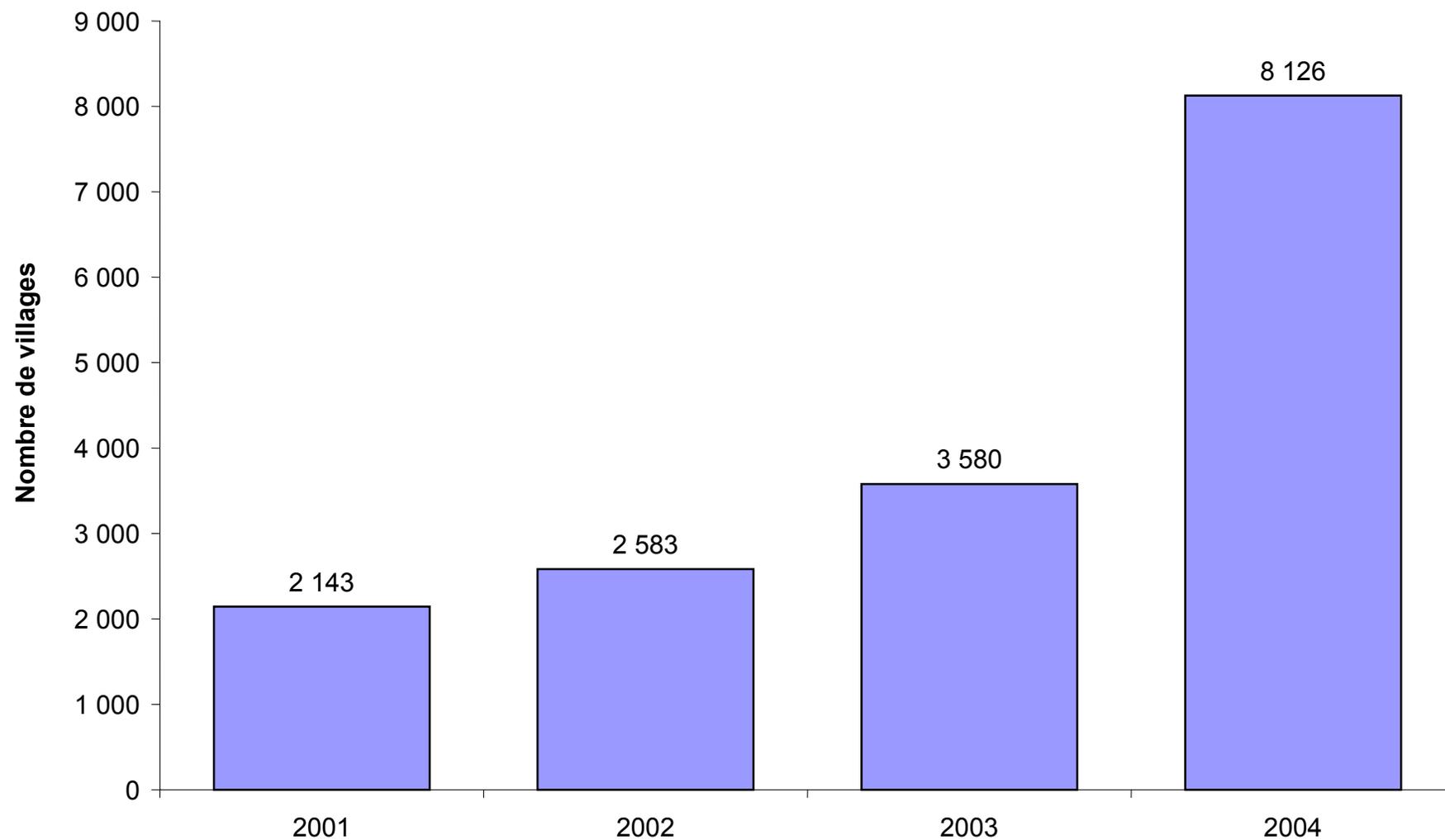


**Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays**  
*Données du programme national telles que présentées pour janvier-décembre 2004*



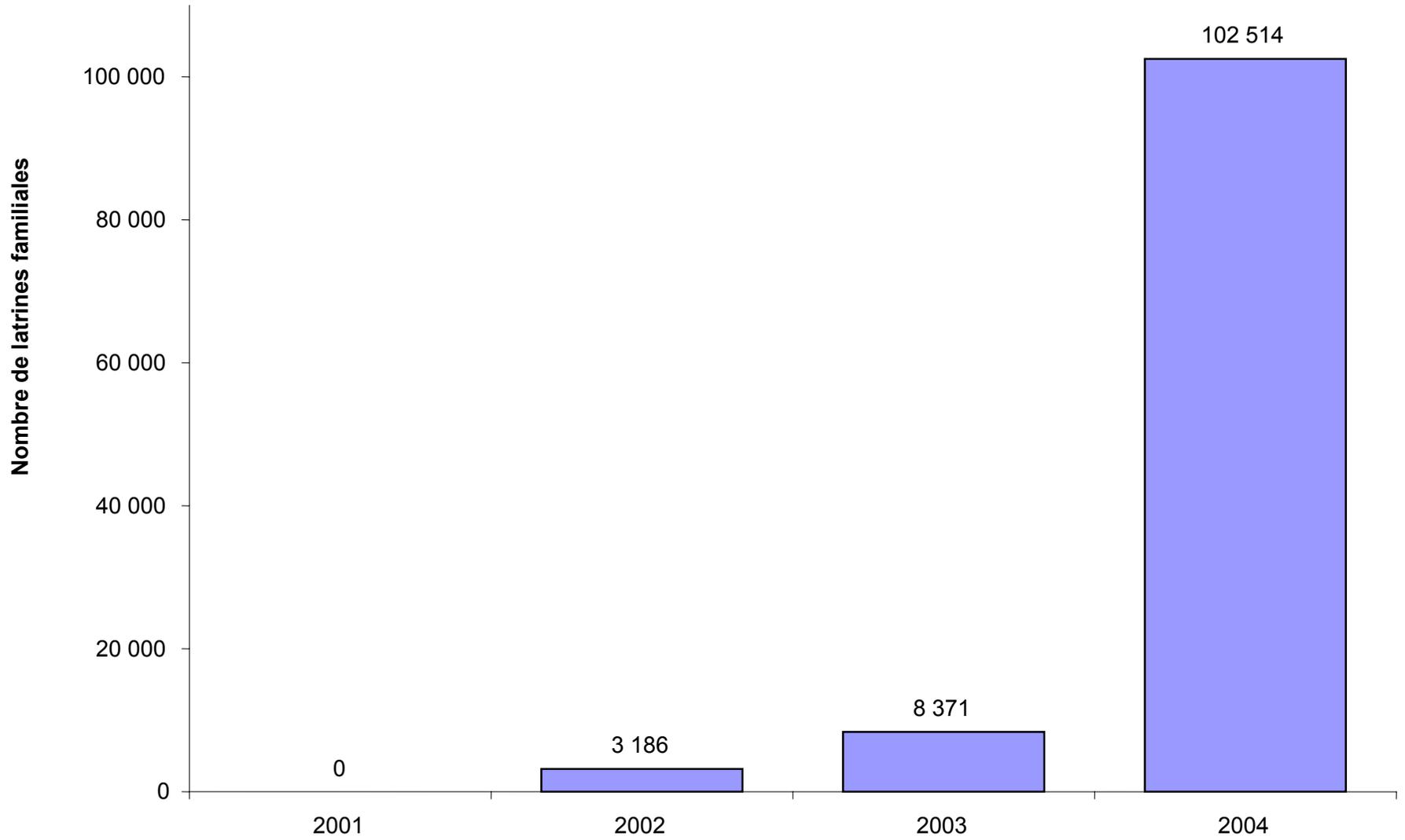
### Figure 5. Villages qui ont reçu l'éducation sanitaire continue

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



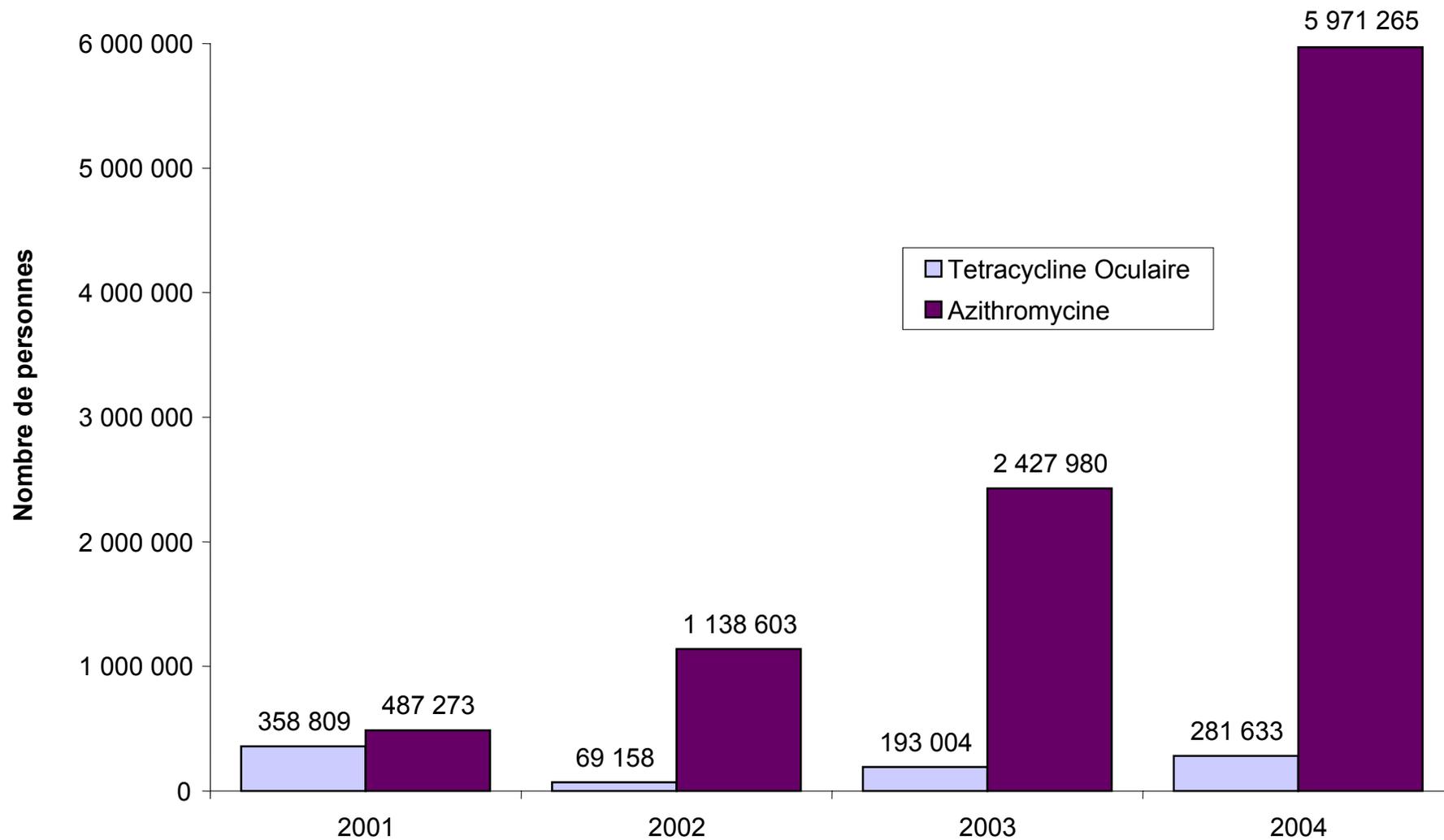
### Figure 6. Latrines familiales construites

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



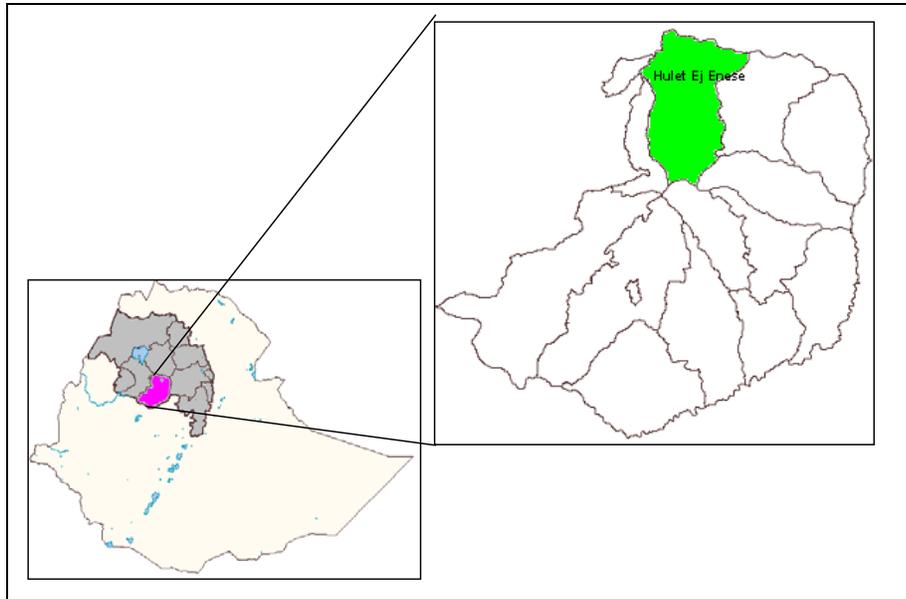
### Figure 7. Personnes ayant reçu des antibiotiques

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



## Promotion des latrines à fosse à Amhara, Ethiopie

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



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

### **Données générales et fondement**

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

### **Pensez grand. Commencez petit. Agissez dès maintenant.**

La promotion des latrines est devenue le pivot même de l'aide apportée par le Centre Carter à Amhara en janvier 2004. Tous les décideurs et les groupes influents ont été invités à un atelier de sensibilisation où l'administrateur en chef a mis en avant que *'la solution à la plupart de nos problèmes de santé se trouve dans nos propres mains.'* En effet, lors de l'atelier, on a convenu qu'il n'y avait aucune raison pour que les gens souffrent de maladies comme le trachome, alors que nous avons à notre disposition les armes pour les prévenir et que tout le monde – sans exception – peut construire des latrines et les utiliser.

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

### **Les latrines à fosse familiales et le rôle des femmes**

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

### **Donner aux gens les moyens pour qu'ils prennent en main les rênes de leur propre existence**

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

### **Leçons retenues**

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

## **Vérification, connaissances, attitudes et pratiques de la construction et de l'utilisation des latrines dans le cadre du Programme de Lutte contre le Trachome–Ethiopie, 2004**

*Présenté par le Docteur Rosalyn O'Loughlin, Centers for Disease Control and Prevention*

**Données générales :** Le Centre Carter a apporté une assistance à des programmes de mobilisation communautaire pour la construction de latrines dans la région d'Amhara, en Ethiopie, dans le cadre du volet «CE» (changement environnemental) de son programme de lutte contre le trachome. Ce programme a permis d'augmenter la couverture en latrines familiales de 6,5% à 58% dans un district - Woreda Hulet Eju Enessie. Nous avons cherché à vérifier la présence de latrines et à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques concernant l'utilisation des latrines dans cette communauté. Nous disposions de listes avec les noms des chefs des ménages ayant des latrines ou en train de construire des latrines.

### **Objectifs**

- Vérifier l'exactitude des listes indiquant les ménages avec des latrines ou avec des latrines en construction.
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des ménages avec des latrines.
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des ménages sans latrines.
- Faire des recommandations pour étendre ce programme de construction de latrines à d'autres woredas.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une enquête transversale de 20 chefs de ménage provenant de chacune des huit kebeles choisies aléatoirement (zones administratives avec environ 5 000 personnes) dans un district d'intervention. Les ménages ont été choisis en utilisant un échantillon aléatoire systématique provenant des listes de ceux ayant indiqué qu'ils avaient des latrines. Nous avons interviewé le chef (ou le représentant) de chaque ménage en utilisant un questionnaire standard pour déterminer ses connaissances et attitudes concernant les latrines et nous avons fait une inspection visuelle des latrines pour en déterminer l'utilisation. Chaque fois que possible, nous avons également organisé un entretien avec des voisins qui n'ont pas de latrines aux fins de comparaison. Les rapports de cote calculés en utilisant le programme Epi-info ont été utilisés pour ajuster et tenir compte de l'effet de groupe.

**Résultats :** Nous avons rendu visite à 144 ménages, 128/160 (80%) des listes des propriétaires de latrines et 16 voisins qui n'ont pas de latrines. Parmi ceux sur les listes, 113/128 (87%) possédaient des latrines ou étaient en train de construire des latrines et, parmi ceux avec des latrines (n=111), 100 (90%) étaient utilisées. Nous avons constaté que les listes de notre échantillon étaient exactes à 87% pour la couverture de latrines (IC 95% 77-97). Si nous considérons que ce chiffre est représentatif du woreda, nous pouvons appliquer ce chiffre au nombre signalé par le woreda pour estimer la couverture exacte. Notre meilleure estimation pour la couverture en latrines du woreda est de 50,8% (IC 95% 44,8-57,1) et notre meilleure estimation pour l'utilisation de latrines est de

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

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

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

**Conclusion :** Nous avons constaté que la présence de latrines n'était que légèrement plus faible que celle signalée et que l'utilisation des latrines était élevée (90%). Un certain nombre de recommandations ont été faites, récapitulées ci-après, pour augmenter la qualité des latrines (normes écrites minimales) et garantir la viabilité du programme. Nous recommandons que des programmes analogues de promotion de latrines soient étendus à d'autres districts. Ce programme contribue à la réduction du trachome, d'autres maladies telles que la diarrhée et aide à atteindre l'Objectif connexe du Millénaire pour le Développement.

#### **Récapitulatif des recommandations :**

**Recommandation 1:** Etendre le programme à d'autres woredas en utilisant des techniques analogues de mobilisation communautaire

**Recommandation 2:** Continuer avec ce programme d'assainissement dirigé et encadré par la communauté

**Recommandation 3:** Mettre en avant tous les avantages des latrines – pas simplement ceux sur le plan santé

**Recommandation 4:** Définir et appliquer des normes minimales de construction

**Recommandation 5:** Promouvoir le lavage des mains avec du savon

**Recommandation 6:** Trouver des solutions pour ceux sans latrines

**Recommandation 7:** Se concentrer sur les communautés rurales pour la promotion de latrines

**Recommandation 8:** Encourager les woredas à faire des listes des ménages avec des latrines pour faciliter les études de vérification

**Recommandation 9:** Maximiser les possibilités de promotion de latrines

**Evaluation de l'utilisation et de la durabilité des latrines familiales dans le district rural de Doutchi, République du Niger, 2004**

*Tel que présenté par Monsieur Sadi Moussa, Etudiant à l'Ecole de Santé Publique Rollins de l'Université Emory*

**Données générales**

Un projet d'hygiène et d'assainissement a été mis en œuvre de 1994 à 2001 avec le soutien de l'Organisme de Développement hollandais et le Conseil de l'Entente de Doutchi, district de la région de Dosso, à l'ouest du Niger. La promotion des latrines Sanplat était le volet essentiel du projet et environ 7 600 latrines Sanplat ont été construites dans plus de 230 villages. Le projet faisait appel à des stratégies de marketing social et d'autopromotion. Il n'a jamais été évalué. La promotion de latrines à faible coût, dans le cadre du projet de Doutchi, est avancée comme un exemple de stratégie réussie d'assainissement rural. Par contre, on ne dispose pas d'information sur la viabilité à long terme de la technologie.

Cette étude a été réalisée à Doutchi, auprès d'une population bénéficiaire du projet PHV-H &A/CE/PB (Projet Hydraulique Villageoise- Hygiène et Assainissement/ Conseil de l'Entente/Pays-Bas). Nous avons évalué l'acceptabilité, l'utilisation, l'entretien et la durabilité des latrines Sanplat 10 ans après le démarrage du projet et trois ans après sa fin. En voici les objectifs spécifiques :

- Déterminer la proportion de ménages utilisant des latrines en 2004 comparé à 1995 dans les villages du projet et les villages hors projet
- Déterminer si les latrines construites par le projet sont bien entretenues
- Evaluer si le projet a été maintenu et continué par la communauté

**Matériaux et méthodes**

Dix villages ont été choisis sur échantillonnage dirigé dans la zone du projet et 10 autres de manière aléatoire dans des régions hors projet. Dans chaque zone, on a choisi au hasard 200 ménages. Des focus groups ont été organisés dans les 20 villages et on a inspecté les latrines familiales pour observer leur état et entretien. Lors des discussions des focus groups, on s'est penché sur les modes d'utilisation des latrines, les avantages perçus des latrines et les raisons faisant que certaines familles n'avaient pas de latrines.

**Résultats**

Environ 51% des ménages dans la zone du projet avaient des latrines, alors que cette proportion n'était que de 4% dans la zone hors projet. La majorité des latrines construites dans la zone du projet étaient du type Sanplat, encouragées par le projet d'assainissement et d'hygiène/Hollande. Dans la zone hors projet, il n'existait qu'une latrine Sanplat. Sur les 101 ménages dans la zone du projet, 24 (12%) latrines s'étaient écroulées et ne pouvaient plus être utilisées. Au total, 77 (39%) des ménages dans la zone du projet avaient des latrines utilisables. Dans les deux zones, une proportion significative de ménages n'avaient pas d'endroit fixe pour la défécation et utilisaient les champs ou les latrines des voisins. Dans la zone hors projet, la défécation dans les champs était chose courante puisque 4% seulement des ménages avaient des latrines.

L'étude a montré qu'il existe une proportion élevée d'utilisation de latrines par les membres des familles dans la zone du projet, 91%, 87% et 77%, respectivement, pour les femmes, les hommes et les enfants de plus de 10 ans (voir Tableau 1).

**Tableau 1.** Couverture et utilisation des latrines dans la zone de l'étude, district de Doutchi, Niger, 2004

	<b>Zone du projet</b>	<b>Zone hors projet</b>
Répondants	200	197
Ménages ayant construit de latrines depuis 1994	50,5 % (101/200)	4,1 % (8/197)
Ménages qui ont construit des latrines qui n'étaient pas utilisables	12 % (24/200)	0%
Ménages avec des latrines utilisables	38,5 % (77/200)	4,1% (8/197)
Utilisent toujours les latrines :		
Femmes	90,8 %	100 %
Hommes	86,7 %	100 %
Enfants >10 ans	76,8 %	60 %
Satisfaits avec les latrines	77 %	83,3 %
A entendu parler du projet	84 %	84 %

#### **Avantages perçus des latrines**

Le côté pratique, l'aspect privé et le prestige ont été mentionnés comme les principaux avantages. L'avantage pour la santé a été mentionné en dernier dans les deux zones (voir Tableau 2). Sur les 101 chefs de ménages avec des latrines, 78 (77%) étaient satisfaits de leurs latrines dans la zone du projet comparés à 23% qui n'étaient pas satisfaits.

**Tableau 2.** Avantages indiqués d'avoir des latrines familiales, district de Doutchi, Niger, 2004

<b>Zone du projet</b>	<b>Nombre de répondants</b>	<b>Zone hors projet</b>	<b>Nombre de répondants</b>
Accès facile et caractère privé	41	Accès facile et caractère privé	57
Accès facile	30	Eviter d'aller dans la brousse	6
Eviter d'aller dans la brousse	28	Hygiène	6
Caractère privé	18	Caractère privé	4
Propreté/hygiène	12		
Prévention de la maladie	5	Prévention de la maladie	2
		Accès facile	2
Autres raisons (malades, pour les visiteurs, les voisins, les femmes musulmanes)	13		0

### **Raisons indiquées pour ne pas avoir de latrines**

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

### **Entretien des latrines**

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

Une inspection visuelle a été faite de toutes les latrines des ménages de l'étude, à l'aide d'une liste de vérification standard. La plupart des latrines (62%) avaient une clôture ou fermeture et 13 % seulement des latrines avec des portes. La superstructure était généralement faite en boue ou béton (67%), les couvertures étaient généralement faites de béton (59%) ou de boue ou bois (41%). La plupart des trous étaient recouverts (56%) au moment de la visite. Peu de latrines avaient des matières fécales ou des vers autour du trou. Par contre, aspect plus préoccupant, environ la moitié des latrines étaient remplies à 50 cm du couvercle et devaient être vidées ou remplacées sous peu. Aucune des latrines n'avait de toit. Parmi les ménages sans latrines, 96% des répondants ont indiqué qu'ils faisaient leurs besoins dans la brousse, 3% utilisaient les latrines des voisins et 1% utilisaient les latrines de l'école. Les discussions des focus groups dans la zone du projet ont montré que les gens couvraient simplement la fosse remplie avec des déchets ou versaient des produits chimiques ou encore du sel pour faire baisser le niveau puis continuaient à utiliser les latrines. Quelques ménages creusaient de nouvelles fosses à côté ou plaçaient les latrines à un autre endroit.

### **Viabilité/durabilité**

Sous l'angle inconfort des latrines Sanplat, les participants ont mis en avant le problème lorsqu'il faut vider la fosse et le manque de matériaux. Les latrines se sont écroulées pendant la saison des pluies, avaient de mauvaises odeurs et une chaleur gênante venait du trou. Une proportion élevée (41%) des couvercles des trous sont faits avec des matériaux non permanents et la dalle n'était pas bien fixée à la fosse. Les participants ont proposé de creuser des fosses plus profondes, de fournir des matériaux

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

### **Conclusions et recommandations**

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

Nos recommandations sont les suivantes :

- Mettre davantage en avant les bénéfices autres que ceux de la santé dans les messages d'éducation sanitaire (côté privé, prestige et côté pratique) lors de la promotion des latrines.
- Encourager la participation communautaire et soutenir les programmes d'éducation sanitaire à l'école.
- Envisager d'offrir un choix dans le type de latrines.
- Mettre en place un mécanisme pour fournir les matériaux de construction nécessaires et équiper la communauté des compétences nécessaires.
- Former et équiper un nombre suffisant de maçons.
- Former les maçons pour leur apprendre les différentes options pour vider le trou lorsqu'il est rempli.
- Envisager une fosse plus profonde.
- Créer un contexte constructif par le biais des lois, des campagnes d'information et du renforcement de la capacité.
- Tenir compte de la structure du sol, dans un sol instable, utiliser du béton pour le revêtement de la fosse.
- Les agents de santé et les volontaires villageois pourraient faire des visites à domicile pour encourager ceux qui construisent des latrines et promouvoir les latrines à ceux qui n'en construisent pas.
- Collecter des données initiales sur des taux de couverture en latrines, les avantages perçus des latrines et la quantité que les gens peuvent contribuer.
- Plaidoyer en faveur de politiques incitant aux mesures d'hygiène/construction de latrines.

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

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

Outre l'eau, le savon joue un rôle important pour améliorer l'hygiène personnelle. Ce message a été mis en exergue par le Programme de Lutte contre le Trachome (PLT) du Niger lors de séances d'éducation en matière d'hygiène dans les zones rurales de Zinder. C'est en effet dans cette région du Niger où le trachome est le plus endémique et les villages sont parmi les plus pauvres au monde. Le manque d'hygiène, tant personnelle qu'environnementale, expose la population au risque de contracter le trachome cécitant et un grand nombre d'autres maladies. Le PLT du Niger a mis sur pied, en 2002, un programme réussi de latrines et d'hygiène à Zinder comptant un volet d'éducation communautaire en matière d'hygiène pour encourager le lavage régulier du visage, le lavage des mains avant chaque repas et après utilisation des toilettes et un lavage plus fréquent des habits et des serviettes. Tout cela a augmenté la demande pour du savon, mais les savons commerciaux à Zinder sont chers sur la place du marché (environ 40 cents, soit 200 F CFA par savon) et, même pour ceux qui pouvaient se le payer, n'en trouvaient pas toujours. Aussi n'était-il guère logique de demander aux femmes des villages d'acheter du savon. Ainsi est venue une autre idée, celle de relancer la fabrication négligée du savon traditionnel.

Au début de 2003, trois femmes par village ont été choisies par leurs villages pour participer à la formation. Le premier groupe de 30 femmes des dix villages dans les zones rurales de Zinder ont appris les techniques de production de savon traditionnel lors d'une séance de formation de deux jours qui s'est déroulée dans un village. Ce sont des responsables techniques de l'assainissement du Ministère régional de la Santé de Zinder, sous la direction de Monsieur Ali Amadou du Centre Carter, qui ont dispensé la formation portant sur la fabrication de savon et les mesures d'hygiène. Les participantes ont appris que le savon pouvait être fabriqué à partir de matériaux qui existent déjà : cendres de soude (fabriqué en filtrant les cendres avec de l'eau), huile animale ou végétale et de l'eau. Le mélange est chauffé sur un feu doux et ensuite, mis dans un moule et on le laisse refroidir. Le savon fabriqué ainsi est d'un coût abordable pour les plus pauvres des villages et peut même être vendu dans le cadre d'une activité de mobilisation des revenus.

De 2003 à 2004, un total de 303 femmes des zones rurales de 60 villages ont reçu une formation portant sur la production de savon—180 ont été formées par le personnel du PLT de Zinder et Maradi et 123 femmes ont été formées par leurs camarades à Zinder. Lors d'une supervision routinière sur place, le personnel du PLT apporte formation et soutien, le cas échéant.

Grâce à la production de savon local et à la formation des femmes qui forment ensuite leurs camarades, il semblerait bien que le passé soit venu nous offrir une solution pour mettre fin au trachome cécitant.

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

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

### **Comment étendre à plus grande échelle la construction de latrines ?**

Depuis que Pfizer a promis d'augmenter à 135 millions de doses ses dons d'azithromycine pour la lutte contre le trachome, un grand nombre de programmes de lutte contre le trachome ont commencé à étendre à plus grande échelle leurs activités. S'il est relativement facile de se donner une stratégie pour distribuer une plus grande quantité d'antibiotiques, il est par contre bien plus ardu d'étendre à plus grande échelle le volet « CE » de CHANCE. Nul doute, les organismes d'exécution font tous les efforts possibles mais l'accès aux latrines reste bien limité dans de nombreux pays où le trachome est endémique et même s'il existe la capacité technique d'élargir l'accès aux latrines, les budgets d'assainissement ont un temps de retard sur d'autres programmes. Il faut construire un plus grand nombre de latrines dans les régions où le trachome est endémique et il faut le faire plus rapidement dans le cadre des budgets existant si on veut que CE avance côte à côte avec « CHAN ».

La construction de latrines repose actuellement sur deux grands paradigmes : meilleure pratique subventionnée et « assainissement total » dirigé par la communauté. Par meilleure pratique subventionnée, on cherche à fournir la meilleure technologie possible grâce au partage de coûts entre l'organisme d'exécution et le bénéficiaire de la latrine. De tels programmes permettent de construire des latrines de bonne qualité mais le coût unitaire est élevé. Rarement de tels programmes arrivent-ils à produire plus de 5000 latrines. Par contre l'idée à la base de l'« assainissement total » aux mains de la communauté est la suivante : on sensibilise la communauté à la nécessité d'avoir une latrine au point où chaque famille pense qu'il lui faut absolument en obtenir une et qu'elle ne saurait s'en passer. On se sert des technologies locales et on utilise les matériaux locaux sans aucune forme de subvention. De fait, l'idée même de la subvention mine un tel programme puisque sa force consiste à mettre le feu aux poudres pour que l'envie se répande comme une traînée de poudre et que chacun passe à l'action de suite – attendre qu'arrive la subvention stoppe l'élan vital de ce type d'initiative.

### **Tirer profit des meilleurs aspects des deux paradigmes – « assainissement total, dirigé par la communauté. » en Gambie**

Cette démarche vise à apporter à tous les ménages d'une communauté (assainissement total) l'accès à des latrines améliorées (meilleure pratique subventionnée). Tous les gens de la communauté reçoivent en même temps une latrine. Les matériaux qui coûtent de l'argent ont été fournis par le projet alors que les fournitures locales et la main-d'œuvre ont été prises en charge par la communauté. Le coût unitaire par latrine a pu être gardé aux alentours de 13\$ car seul la dalle en béton armé a été fournie et qu'en plus les matériaux ont été achetés en gros. On a également veillé à garder à un minimum les frais

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

Cherchant ainsi à voir si ces critiques étaient effectivement justifiées, nous avons fait un suivi des 666 latrines construites dans les 32 villages, trois ans en moyenne après qu'elles ont été construites. Nous avons constaté que l'accès aux latrines était de 95% (il se situait à 32% au moment de l'enquête initiale) et que 87% des latrines construites restaient encore utilisables. Les latrines étaient entretenues, restant entourées de nouvelles clôtures avec des dalles gardées propres. Sur les 585 latrines utilisables, 87% étaient utilisées couramment et 97% des propriétaires des latrines ont indiqué qu'ils construiraient une nouvelle latrine une fois remplie celle qu'ils utilisaient actuellement.

S'il est trop tôt pour décider de la construction de nouvelles latrines, ce suivi n'en montre pas moins que le mécanisme en question a effectivement permis d'étendre rapidement la couverture en latrine avec une technologie durable et de bonne qualité. L'assainissement total subventionné et dirigé par la communauté relève tout probablement d'un bon mécanisme pour faire progresser le volet Changement de l'Environnement et le faire avancer au même rythme que les autres volets de CHANCE.

### **Comparaison de la meilleure pratique subventionnée et de l'assainissement total, dirigé par la communauté**

	<b>Meilleure pratique subventionnée</b>	<b>“Assainissement total” dirigé par la communauté</b>
<i>Qui en profite?</i>	Ceux qui peuvent verser leur contribution – les plus riches des pauvres	Toutes les familles qui peuvent « mettre la main à la pâte » et aider à la construction.
<i>Qui participe?</i>	Ceux prêts à prendre des risques, ceux qui sont les mieux éduqués, ceux plus avancés, plus modernes	Toutes les familles
<i>Coût unitaire des latrines</i>	Elevé (entre 30\$-100\$) Partage de coût	Faible (estimation entre 0 – 5\$) Les familles payent tout
<i>Couverture</i>	Un bon programme peut produire 2000 par an	Un bon programme peut produire >50 000 par an
<i>Qualité</i>	Bonne. Durée de 5 à 8 ans	Faible. Durée de 1 à 2 ans.
<i>Pérennisation</i>	Suppose qu'il existe un transfert de compétences à la	Suppose que les matériaux locaux restent disponibles, que

---

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

*Risques*

---

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

---

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

*Présentée par Dr. Jacob Kumaresan, International Trachoma Initiative*

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

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

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

En 1999, ITI a apporté un soutien aux programmes de la Tanzanie et du Maroc et par la suite, a étendu ses activités au Ghana, au Mali, au Soudan, au Vietnam, en Ethiopie, au Népal, au Niger, en Mauritanie et au Sénégal.

Depuis vingt ans, le trachome est un grave problème de santé publique au Maroc. Mais dès 1999, de bonnes mesures de lutte avaient pourtant permis de confiner la maladie dans les cinq provinces du Sud ( Errachidia, Figuig, Ouarzazate, Tata et Zagora).

L'introduction de la stratégie CHANCE s'accompagnant de distributions annuelles d'une seule dose de Zithromax dans les communautés affectées de ces provinces avait permis d'arriver en 2003 à une réduction de 90% des taux de maladie active chez des enfants de moins de dix ans. C'est grâce au ferme engagement des dirigeants politiques du pays, aux niveaux national, provincial et de district, déterminés à lutter contre la maladie que la stratégie CHANCE a connu un tel succès au Maroc. Les activités de prévention et de traitement ont été intégrées aux activités régulières des organismes publics et par ailleurs, les communautés participent activement aux initiatives locales de la santé. Les interventions chirurgicales, réalisées auparavant dans des hôpitaux régionaux au nombre de 400 en moyenne par an, sont passées à 2500 en 1995, atteignant un pic de 5000 en 2000 grâce à la décentralisation à des unités sanitaires plus petites dans les régions où la

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

Le livre **Millions Saved : Proven Successes in Global Health** fait état de la réussite rencontrée par le programme mondial de lutte contre le trachome. Publié en 2004 par le Groupe de travail Initiative réussie du Centre for Global Development, cet ouvrage se base sur une étude de 18 mois de dizaine d'initiatives réussies de grande envergure pour une meilleure santé dans les pays pauvres.

La recherche effectuée au début des années 90 – aboutissant à la stratégie CHANCE- a montré qu'une seule dose par voie orale de l'antibiotique azithromycine (Zithromax) pouvait remplacer le protocole précédent de six semaines de pommade ophtalmologique à base de tétracycline, appliquée deux fois par jour. Découverte qui allait donner un rôle prépondérant à Pfizer dans le combat mondial contre cette maladie. De 1998 à 2003, ITI a apporté une aide à des programmes nationaux grâce à des dons de 10 millions de traitement de son antibiotique, Zithromax. En novembre 2003, Pfizer a pris l'engagement d'augmenter dans les cinq prochaines années ses dons de Zithromax pour arriver ainsi à 135 millions de traitement.

Dans le but d'absorber ces nouveaux dons de Zithromax, ITI s'est allié à d'autres partenaires et ministères de la santé pour intensifier la lutte contre le trachome, tel qu'en témoigne la mise au point de plans quinquennaux à l'échelle nationale en Ethiopie, au Ghana, au Mali, au Népal, au Niger, en Tanzanie et au Vietnam. Dans ce contexte, ITI a mis au point un ensemble de critères qui sont le fondement des activités de lutte contre le trachome :

- a) engagement politique ;
- b) estimation des charges de morbidité. et
- c) engagement des partenaires face à tous les volets de CHANCE.

Contributions et assistance d'ITI ces trois dernières années :

- a) Création de la Coalition Internationale pour la lutte contre le Trachome (ICTC) ;
- b) Réalisation d'enquêtes auprès de la population dans 30 des 50 districts de la Tanzanie où le trachome est endémique, et ;
- c) Projets de recherche d'équité et de modélisation mathématique.

Nul doute, des progrès ont été faits mais il subsiste encore bien des défis à relever. Il ne faut surtout pas relâcher les efforts de plaidoyer pour continuer à sensibiliser au trachome et à CHANCE. Par ailleurs, des estimations doivent être faites de la charge de morbidité pour mobiliser le combat à l'échelle mondiale. Des approches intégrées doivent être adoptées face aux interventions communautaires, doublées de liens avec d'autres programmes de santé publique. La collaboration est essentielle entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'eau/assainissement ainsi qu'avec les activités de recherche appliquée pour améliorer CHANCE.

## **Peut-on éliminer le trachome avec les seuls antibiotiques ?**

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

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

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

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

### **Stratégies de traitement de masse par antibiotique**

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

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

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

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

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

### **Que faut-il faire pour éliminer le trachome ?**

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

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

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

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande un traitement annuel de masse à base d'antibiotiques dans toute région où la prévalence de TF chez des enfants de 1 à 9 ans est égale à 10% ou plus. Le document « traitement de masse avec une seule dose d'azithromycine pour le trachome » (NEJM 2004, 351 (19) : 1962-71) évalue l'impact d'une seule couverture très élevée de traitement de masse à base d'azithromycine dans une communauté à méso endémicité dans le district de Rombo en Tanzanie. Cette présentation a récapitulé la démarche, les résultats et les implications possibles de cette recherche.

Dans cette étude, les principales mesures étaient la prévalence et l'intensité de la maladie infectieuse des yeux, *Chlamydia trachomatis*, tel que mesurées par PCR quantitatif : technique de laboratoire très sensible et spécifique qui peut déterminer non seulement l'éventuelle présence de l'infection chlamydienne mais aussi la quantité de *Chlamydia* dans un écouvillonnage prélevé dans l'œil.

Au moment de l'enquête initiale, Kahe Mpya, le village de l'étude comptait 978 habitants. On a examiné 956 et 195 d'entre eux (20,4%) souffraient de trachoma actif (TF et/ou TI dans un œil); la prévalence de TF chez les enfants de 1-9 ans était de 36%. La prévalence de l'infection oculaire *C. trachomatis* (tous âges) était de 9,5%. Le traitement a suivi immédiatement la prise d'échantillons sur écouvillon. Sur les 978 habitants, 916 (93,7%) ont reçu de l'azithromycine et 39 en plus (4%) ont reçu deux tubes de pommade ophtalmologique à base de tétracycline pour qu'ils l'appliquent eux-mêmes à domicile. Au total, 955 personnes ont donc été traitées (97,6%).

Ensuite, on n'a plus donné d'azithromycine pendant deux ans, période du suivi post-traitement. Par contre à 6, 12 et 18 mois après le traitement, les personnes ayant des signes cliniques de maladie active ont reçu une pommade ophtalmologique à base de tétracycline. Cela a été donné pour répondre aux conditions posées par nos comités d'éthique.

La prévalence de l'infection a reculé, passant de 9,5% avant le traitement à 2,1% à deux mois après le traitement, 1,5% à 6 mois, 0,9% à 12 mois, 0,6% à 18 mois et 0,1% à 24 mois. Une mesure de l'intensité moyenne de l'infection, appelée « Charge oculaire communautaire *C. trachomatis* » (COCTL) a baissé, passant de 0,423 avant le traitement à 0,059 à 2 mois (13,9% de sa valeur initiale) et ensuite a continué à baisser, arrivant à 0,003 (0,8% de la valeur initiale) à 24 mois. Peu de nouvelles infections se sont déclarées après le traitement : à chaque moment après l'enquête initiale, plus de 90% de la charge oculaire totale dans la communauté de *C. trachomatis* était notée chez des sujets qui avaient été positifs lors du prélèvement précédent. Les mouvements migratoires pendant les deux ans de l'étude étaient de l'ordre de presque 20% mais seuls 2 des 195 nouveaux

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

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

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

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

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

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

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

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

Les programmes FL et PLT réalisent souvent les mêmes types d'activité et utilisent souvent le même type de personnel. En effet, les deux programmes font une cartographie des zones d'endémicité, réalisent des activités de plaidoyer et de mobilisation sociales, font une recherche active de cas, des distributions massives de médicaments, effectuent un suivi des réactions indésirables des traitements de masse et évaluent l'impact des interventions. De plus, les deux programmes dispensent des formations et assurent une

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

En août 2004, les responsables des programmes FL et PLT se sont rencontrés à Bagamoyo pour commencer à parler de l'éventuelle intégration. Les représentants des divers pays ont comparé les stratégies des programmes et ont discuté des aspects uniques appartenant à chaque contexte. Ils ont dressé la liste suivante des activités qui seraient les plus avantageuses et les plus faciles à réaliser :

- Stratégie conjointe de communication nationale
- Mobilisation sociale et plaidoyer conjoints
- Enregistrement conjoint (recensement avant la distribution de médicaments)
- Améliorations intégrées de l'hygiène
- Traitement de masse coordonné (formation, mêmes distributeurs de médicaments, etc.)
- Examen combiné de programme
- Equipe spéciale conjointe à tous les niveaux
- Participation accrue à la planification
- Coordination de la séquence des activités du programme
- Supervision intégrée
- Renforcement des politiques et directives
- Dépistage et orientation combinés des cas

Par la suite, d'autres réunions se sont tenues en Tanzanie et au Ghana afin de planifier des activités intégrées dans quelques districts puis d'en mesurer l'impact. Dans le cadre de programmes nationaux, on a passé en revue l'information sur la prévalence. Des tracés ont été faits dans des zones qui se recoupent. Les responsables des programmes ont choisi des districts où les deux maladies sont des problèmes de santé publique, où il existe un solide leadership en santé et où l'accès n'est pas limité. Les participants ont proposé les indicateurs suivants pour évaluer l'intégration : coût de la mise en œuvre, délais d'exécution nécessaires, proportion de la population cible servie et nombre de cas retenus pour les chirurgies. Les étapes suivantes consistent à réaliser des activités intégrées choisies avec les ressources existantes, à documenter les leçons retenues, à formuler des recommandations pour les futures intégrations et à rédiger des propositions pour un soutien continu aux fins d'une mise en œuvre plus efficace des stratégies d'élimination des deux maladies.

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

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

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

### **Une fois la mesure prise, on peut passer à l'action**

Au niveau le plus simple, il nous faut des estimations, basées sur la population, du nombre de personnes nécessitant une chirurgie corrective de la paupière, du nombre de personnes qui ont besoin de médicaments (distribution de masse), du nombre de villages exigeant un accès à l'eau potable et aux installations d'assainissement. Le programme sera planifié et les résultats seront mesurés grâce à l'information de base sur la prévalence du trachome, les connaissances sur le trachome, sur les bonnes pratiques et sur celles nuisibles, les facteurs à risque environnementaux, la taille de la population composée par les groupes à risques, les principaux canaux de communication utilisés et les principaux facteurs motivant au changement de comportement.

### **Un système commun de classement s'avère absolument nécessaire pour un visage propre**

Le système simplifié de l'OMS pour le classement du trachome permet de faire des comparaisons sur la prévalence entre les endroits – dans le temps et dans l'espace- il existe une définition standard de « TF » qui s'applique à tous les pays en tout temps. Par contre, il n'existe pas de tel système pour un visage propre, et il n'est donc pas possible d'interpréter les résultats d'un seul pays obtenus par différents observateurs ou encore de faire des comparaisons entre divers pays. Un visage propre représente l'élément central tant du volet N (promotion de l'hygiène) que du volet CE (Changer l'environnement) de la stratégie CHANCE et partant, un système de classement simplifié faciliterait la mesure des progrès concernant ces aspects cruciaux de la stratégie.

Un tel classement est chose possible et il pourrait être établi sur la base d'un ou plusieurs éléments suivants qui serviront à définir un visage propre :

1. La présence d'écoulement/sécrétions du nez
2. La présence de sécrétions oculaires
3. La présence de nourriture sur le visage

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

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

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

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

1. Etape un: Identifier le groupe cible
2. Etape deux : Décider comment on peut atteindre le groupe cible
3. Etape trois : Identifier comment engager et motiver le groupe cible
4. Etape quatre : Formuler des messages qui conviennent au groupe cible.

Les groupes cibles peuvent être primaires (groupe effectif, par exemple les jeunes enfants), secondaires (ceux qui sont en contact direct avec le groupe primaire, parents des jeunes enfants) ou tertiaires (ceux qui influencent la prise de décision dans la communauté, par exemple les dirigeants politiques ou les enseignants). La manière dont on atteint, engage et motive ces groupes sera différente et influencera tant la forme que le contenu des messages qui conviennent le mieux. Ces sources de données à communiquer probablement existent déjà au sein de l'équipe spéciale du trachome dans chaque pays (connaissances existantes, enquêtes démographiques et familiales, enquêtes sur les habitudes médiatiques et recherche en matière de marketing.)

### **Données de suivi et d'évaluation**

Les indicateurs utilisés pour le suivi et l'évaluation des programmes doivent être pertinents, très compréhensibles, faciles à mesurer et reproductibles (pour que quelqu'un d'autre collectant les mêmes données obtiennent des résultats analogues). Avec des buts réalistes et des objectifs annuels, un compte rendu peut être fait aussi bien au niveau des indicateurs de processus (ce qui est réalisé pour atteindre un objectif) que des indicateurs de résultats (proportion de l'objectif atteint).

De bonnes données initiales, collectées à n'importe quel moment, sont celles les plus utiles, plus que toute autre information, dont dispose un programme. De bonnes données initiales peuvent être utilisées pour juger de l'impact des activités, planifier une nouvelle phase ou poser le fondement d'une future évaluation de l'impact.

## Mise à jour de l'OMS

*Présenté par le Dr. Silvio Mariotti, Prévention de la cécité et de la surdité,  
Organisation Mondiale de la Santé, Genève*

La présentation traitait de deux grands thèmes : questions et initiatives en ce qui concerne l'intégration de la lutte contre le trachome à d'autres programmes et certification de l'élimination du trachome cécitant.

### **Questions et initiatives de l'intégration**

L'intégration avec les programmes de lutte contre la filariose lymphatique était le sujet d'une séance spéciale séparée mais ici étaient présentées les questions plus générales quant au caractère souhaitable d'une telle intégration. En intégrant ou en fusionnant des programmes, on cherche à leur donner plus de chances de se maintenir dans le long terme, d'être plus productifs et plus efficaces. On cherche également à éviter que des programmes intervenant tout seul n'aient qu'un bref effet, représentent un double emploi reproduisant les mêmes efforts et on évite aussi les structures chères et sophistiquées qui produisent moins qu'elles n'ont le potentiel de le faire.

Soucieux de se donner ainsi une assise durable, les programmes verticaux devraient se joindre aux structures des Soins de santé primaires (SSP) ou des Soins oculaires primaires (SOP) mais probablement pas à d'autres programmes verticaux. Par contre, les systèmes de SSP dans la plupart des pays où le trachome est endémique débordent déjà d'activités traditionnelles entourant la vaccination, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et la supplémentation en vitamine A, en plus des priorités rajoutées récemment (tuberculose, VIH/SIDA et paludisme). Ces systèmes ploient déjà sous la charge et il n'est probablement pas bon d'ajouter encore un fardeau.

Divers domaines se prêtent bien à l'intégration : évaluation et dépistage des cas ; interventions de masse telles que l'éducation sanitaire et l'administration en masse de médicaments (pouvant être combinée avec d'autres maladies) ; activités régulières de surveillance et de suivi ainsi que l'évaluation. Il faudra anticiper certains obstacles pouvant mettre en danger la réussite de l'opération lorsqu'on envisage d'intégrer les activités. Le pire, c'est que la campagne verticale risque de perdre de sa visibilité et de son brillant à présent qu'elle est teintée d'autres activités. Elle ne peut plus maintenir son tempo, commence à s'essouffler puis s'éteint après quelques années.

Ou alors, le programme aura un tel attrait pour le personnel de santé pour lequel les incitations possibles ou le nouvel intérêt suscité par une nouvelle activité seront tellement séduisantes qu'il en négligera ses fonctions de base. Puis en dernier lieu, il faut dire que les demandes d'un programme du point de vue délais d'exécution et ampleur de l'opération peuvent carrément submerger le système de SSP.

Pendant deux années et demi, la question a été envisagée à l'OMS, avant qu'on ne se mette d'accord sur l'intégration de services de soins de santé plutôt que sur l'intégration des programmes verticaux spécifiques. Dans le contexte des programmes de lutte contre le trachome, cela signifie que l'OMS aidera à cerner les domaines au sein des programmes et entre ces derniers d'où peut venir un effet synergique résultant de la combinaison d'activités. Voici de tels exemples : programmes de santé à base scolaire et programmes de santé à base communautaire qui sont bien intégrés portant sur le trachome, l'éducation en matière d'hygiène et autres maladies transmissibles ou encore la co-administration de l'antibiotique avec d'autres médicaments suivant la région et les questions de compatibilité pharmacocinétique.

Chaque fois qu'ils envisagent l'intégration pour les programmes de lutte contre le trachome, les responsables doivent prêter attention à leur propre contexte car il n'existe pas de formule unique pour l'intégration qui peut être appliquée dans tous les pays. Le programme qu'il s'agit d'intégrer est celui de la stratégie CHANCE et pas simplement d'ailleurs N et CE dans les campagnes d'éducation de masse ou CH et A dans les programmes de distribution de masse et de dépistage. Une véritable intégration suppose davantage et peu probable par ailleurs qu'elle permettra de faire des économies. Les programmes qui n'ont qu'un soutien financier limité ne pourront pas continuer de renforcer leur structure de soins de santé primaires risquant même de l'amoinrir.

L'intégration ne sera réussie que si elle renforce le système existant, soins de santé primaires ou autre. C'est un mécanisme synergétique qui profite à tous, renforçant les compétences et permettant de fournir de meilleurs services de santé aux gens qui en ont besoin.

### **Certification de l'élimination du trachome cécitant**

La Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé 51.11 mentionne dans les termes suivants le but de l'alliance GET 2020 « mettre fin à la cécité imputable au trachome d'ici 2020 » précisant par ailleurs « en tant que problème de santé publique ». La procédure de certification relève d'une fonction normale de l'OMS réalisée généralement en trois étapes : déclaration, pré-certification et certification.

Des directives devront donc être formulées, en tenant compte de la déclaration 51.11 de l'OMS, ciblant tout spécifiquement le trachome. Ce travail sera confié au Comité directeur des directives en consultation avec un groupe de développement des directives techniques et des équipes spéciales des directives. Une fois formulées ces directives, des commissions de certification seront nommées, chargées d'examiner les preuves justifiant la certification pour un pays donné. S'il existe bel et bien des preuves conformes aux directives permettant de déclarer qu'un pays ou une région exempte de trachome cécitant en tant que problème de santé publique, alors le pays se trouve à l'étape pré-certification. Une fois terminée et franchie l'étape de pré-certification, le pays passe à la certification finale.

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

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

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

### But de l'enquête

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

### Méthodologie

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

### Résultats

Résultats choisis de la présentation

District	Nombre de communautés enquêtées	Nombre de ménages enquêtés	Maladie active enfants 1-5 (%)	Trichiasis chez des femmes 40+ (%)	Proportion de communautés avec accès à l'eau potable	Proportion de ménages avec latrines
Jirapa/Lambuisse	50	712	5.0	0.8	98.0	0.3
Lawra	52	766	2.8	0.7	94.2	9.0
Nadowli	49	778	3.6	1.3	91.8	0.0
Bole	53	816	8.2	1.8	81.1	0.1
East Gonja	48	914	3.7	0.9	27.1	0.7
East Mamprusi	49	764	2.8	0.6	73.5	2.9
Gushiegu/Karaga	33	480	4.4	0.8	90.9	9.6
Nanumba	47	777	3.8	0.5	63.8	0.0
Saboba/Chereponi	44	595	3.2	0.5	34.1	0.0

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

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

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

### **Conclusions et interprétation**

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

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

## **Formation des volontaires villageois pour l'éducation sanitaire au Mali**

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

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

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

Voici les critères de sélection. Les volontaires :

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

Les volontaires ont été invités à se rendre dans un centre de santé pour une formation de deux jours, en groupes de 20. On leur a donné des informations sur le trachome et on leur a appris à utiliser du matériel d'éducation sanitaire, leurs montrant comment sensibiliser la population du village. Ensuite, chaque volontaire a reçu une boîte à images, des brochures, un teeshirt et une casquette.

A présent, les volontaires organisent des séances dans les ménages ainsi que des focus group dans les villages pour promouvoir l'éducation sanitaire en matière de trachome.

L'efficacité de cette stratégie sera évaluée après deux ou trois ans.

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

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

Alors que nous étendons à plus grande échelle la distribution d'azithromycine, la question du coût lié à la distribution de chaque dose prend une importance toujours plus grande. D'après certaines informations, le coût de l'administration en masse de ce médicament varie allant de 0,15\$ en Ethiopie à 0,60\$ au Niger. Ces coûts sont gérables lorsque la population ciblée est de l'ordre de centaines de milliers mais ils deviennent exorbitants lorsque nous voulons étendre cette distribution à des millions de personnes. Les programmes de lutte contre l'onchocercose se sont heurtés à ce type de problèmes en Afrique et des recherches ont été faites pour trouver la manière la plus efficace d'atteindre la population ciblée. L'Ouganda est un exemple à cet égard puisque le pays possède l'un des plus grands programmes de distribution d'ivermectine (Mectizan®) dépassant une couverture de traitement de 65% pour une moyenne nationale de 76,9%.

### **Pourquoi certaines communautés arrivent-elles à atteindre les objectifs de distribution alors que d'autres échouent ?**

Etonnant de noter que les communautés dans lesquelles les distributeurs ne reçoivent pas d'argent ou autres incitations atteignent mieux leur but que celles où les distributeurs sont payés. Et les communautés qui choisissent leurs distributeurs dans leur propre rang obtiennent elles aussi de meilleurs résultats que celles où les distributeurs ont été choisis par le programme. Aussi, celles où le programme réussit le mieux sont celles où la communauté choisit les distributeurs et où ces derniers ne reçoivent aucune incitation de la part du programme.

### **La voix du sang : voilà ce qui motive vraiment les gens**

On ne saurait comprendre vraiment la structure communautaire de l'Afrique sans comprendre les « liens du sang » dans les tribus, les clans et les communautés. Chaque membre communautaire connaît bien sa place dans ce réseau de filiation et les modes comportementaux entre les groupes subissent l'influence de ces liens unissant les uns aux autres. Les obligations entre les divers groupes apparentés sont prises très au sérieux. Elles sont primordiales. Prenons par exemple le conflit suivant : emmener votre enfant malade au dispensaire ou se rendre à votre travail payé d'instituteur – l'enfant malade ira toujours au dispensaire mais celui qui ne fait pas partie de la famille attendra en vain ce jour là dans la salle de classe. De même, les obligations s'étendent aux oncles, tantes, cousins, en bref à la famille.

Lorsque les programmes travaillent avec des groupes apparentés et laissent à ces derniers le soin de nommer les personnes chargés de distribuer les médicaments, la dynamique

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

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

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

Il existe bien des avantages si on utilise les structures apparentées dans le cadre d'une intervention qui devrait vraiment être utile à la communauté :

- 1) On évite les coûts inutiles des incitations
- 2) On évite les coûts de la formation – indemnités journalières et déjeuner
- 3) On arrive à une plus grande couverture géographique
- 4) On arrive à une plus grande participation des femmes
- 5) Des comportements sanitaires sains sont acquis au sein de la communauté de la part de personnes qui comptent pour beaucoup dans leur vie quotidienne.

Les parallèles pour les programmes de lutte contre le trachome sont clairs bien qu'il faille un manager audacieux avec le sens de l'initiative qui met un point final aux incitations versés à quelques distributeurs pour recruter un grand nombre de volontaires bénévoles qui ne travailleront qu'au sein de leurs clans.

## ANNEXE I : La maladie

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

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

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

Autre développement important : l'*azithromycine*, antibiotique pris par voie buccale une ou deux fois par an, est un moyen aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que les six semaines de traitement quotidien avec la pommade oculaire à base de tétracycline, traitement recommandé auparavant. Pour aider les Ministères de la Santé à exécuter le volet « A » de la stratégie CHANCE, l'International Trachoma Initiative (ITI), créée grâce à la collaboration de l'EMCF et de Pfizer Inc, gère un don important de zithromax, marque d'azithromycine de Pfizer, pour le traitement du trachome dans certains pays en développement.

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

**Lundi 28 février**

7h30 – 8h00	<u>Petit déjeuner/foyer Ivan Allen</u>	
8h00 – 8h30	Bienvenue et remarques de présentation	Dr Donald Hopkins
<b>Volets N&amp;CE de la stratégie CHANCE</b>		
8h30 – 9h00	Présentation et discussion de l’Ethiopie	Ato Teshome Gebre
9h00 – 9h30	Présentation et discussion du Ghana	Dr Maria Hagan
9h30 – 10h00	Présentation et discussion du Mali	Dr Bamani Sanoussi
10h00 - 10h30	<u>Pause café/foyer Ivan Allen</u>	
10h30 – 11h00	Présentation et discussion du Nigeria	Drs Apiafi and Nimzing
11h00 – 11h30	Présentation et discussion du Soudan (OLS)	Mme Alice Onsarigo
11h30 – 12h00	Présentation et discussion du Soudan (GS)	M. Raymond Stewart
12h00 – 1h00	<u>Déjeuner/foyer Ivan Allen</u>	
1h00 – 1h30	Présentation et discussion du Niger	Dr Kadri Boubacar
1h30 – 2h00	Présentation et discussion de la Tanzanie	Dr Grace Saguti
2h00 – 2h30	Promotion des latrines à fosse en Ethiopie	Ato Teshome Gebre
2h30 – 3h00	<u>Pause café/foyer Ivan Allen</u>	
3h00 – 3h30	Profil des premiers acceptants des latrines en Ethiopie	Dr Rosalyn O’Loughlin
3h30 – 3h50	Recherche sur les latrines au Niger	M. Sadi Moussa
3h50 – 4h10	Savon au Niger	M. Ali Amadou
4h10 – 4h30	Si nous les construisons, viendront-ils ?	Dr Paul Emerson
4h30 – 4h50	Un exemple de construction de latrines en Gambie	
	Discussion	

### **Annexe III : Liste des participants**

#### **Ethiopie**

M. Asefa Cherinet (ITI)  
M. Teshome Gebre (The Carter Center)  
M. Abate Tilahun (The Carter Center)  
Dr Anteneh Woldetensay (The Carter Center)

#### **Ghana**

Dr Agatha Aboe (ITI)  
Ms. Lydia Ajono (The Carter Center)  
Dr Maria Hagan  
M. Aryc Mosher (The Carter Center)  
Dr Daniel Yayemain

#### **Mali**

Dr Mamadou Bathily (The Carter Center)  
M. Yaya Kamissoko (The Carter Center)  
Dr Bamani Sanoussi  
Dr Antandou Telly (ITI)

#### **Niger**

M. Ali Amadou (The Carter Center)  
Dr Kadri Boubacar  
M. Mohamed Salissou Kane (The Carter Center)  
M. Mohamed Samna (ITI)

#### **Nigeria**

Dr Dienney Apiafi  
Dr Nimzing Jip (The Carter Center)  
Dr Emmanuel Miri (The Carter Center)

#### **Soudan**

Ms. Alice Bosibori-Onsarigo (The Carter Center)  
Dr Bellario Ahoy Ngong  
Ms. Glenna Snider (The Carter Center)  
M. Raymond Stewart (The Carter Center)

#### **Maroc**

Professor Mohammed Belmekki (ITI)

#### **Centre Carter**

Ms. Kelly Callahan  
M. Don Denard  
Dr Mamadou Diallo  
M. Philip Downs  
Dr Paul Emerson  
Ms. Sarah Hodgson  
Dr Donald Hopkins  
Ms. Emily Howard-Staub  
Dr Moses Katarwa  
Ms. Nicole Kruse  
Ms. Lisa Rotondo  
Dr Ernesto Ruiz-Tiben  
Ms. Shandal Sullivan  
Ms. Robin Thompson  
M. Marc Tewari  
M. Craig Withers

#### **Conrad N. Hilton Foundation**

Ms. Dyanne Hayes  
Ms. Jennifer Lieberstein

#### **Cristoffel Blindenmission**

Dr Adrian Hopkins

#### **Lions Clubs International Foundation**

Ms. Sonia Pelletreau

#### **Centers for Disease Control and Prevention**

Dr Ellen Dotson  
M. Jonathon King  
Dr Rosalyn O'Loughlin  
Dr Frank Richards  
Dr Robert Wirtz

#### **Tanzanie**

Dr Edith Ngirwamungu (ITI)  
Dr Grace Saguti

**International Trachoma Initiative**

M. Ibrahim Jabr

Dr Peter Kilima

Dr Jacob Kumaresan

Dr Lorenzo Martinez

Dr Amos Sam-Abbenyi

M. Christian Stengel

**London School of Hygiene and Tropical  
Medicine**

Dr. Anthony Solomon

**Pfizer Inc.**

Mr Robert Mallett

Ms. Atiya Ali

**World Vision USA**

M. Samuel Jackson

Dr Joseph Riverson

**Organisation Mondiale de la Santé**

Dr Silvio Mariotti

**Emory University**

M. Ayman Elsheikh

M. Sadi Moussa

Dr Nicolas Menzies

**Fondation Proctor**

Dr Jaya Chidambaram

**Sight Savers International**

Ms. Catherine Cross

**Consultante indépendante**

Dr Laura Frost