

COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

HUITIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

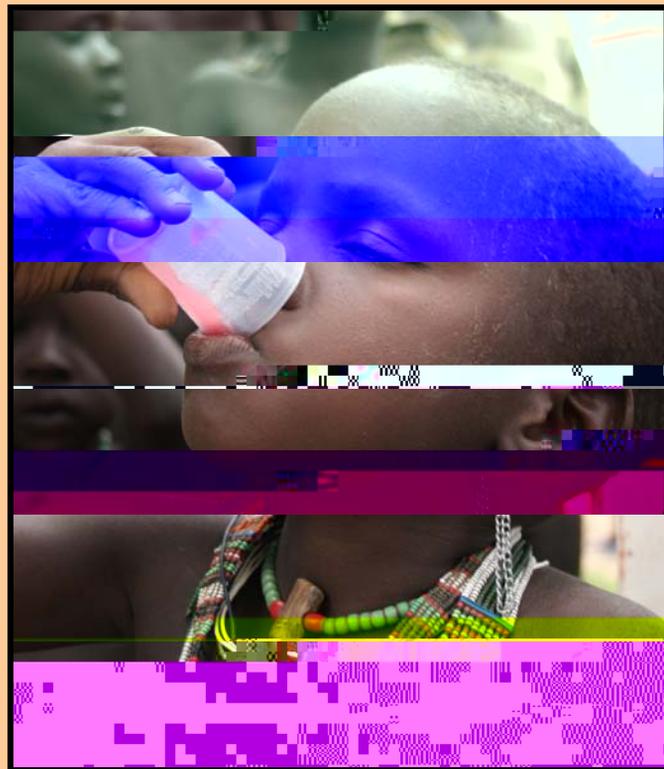
HUITIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

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

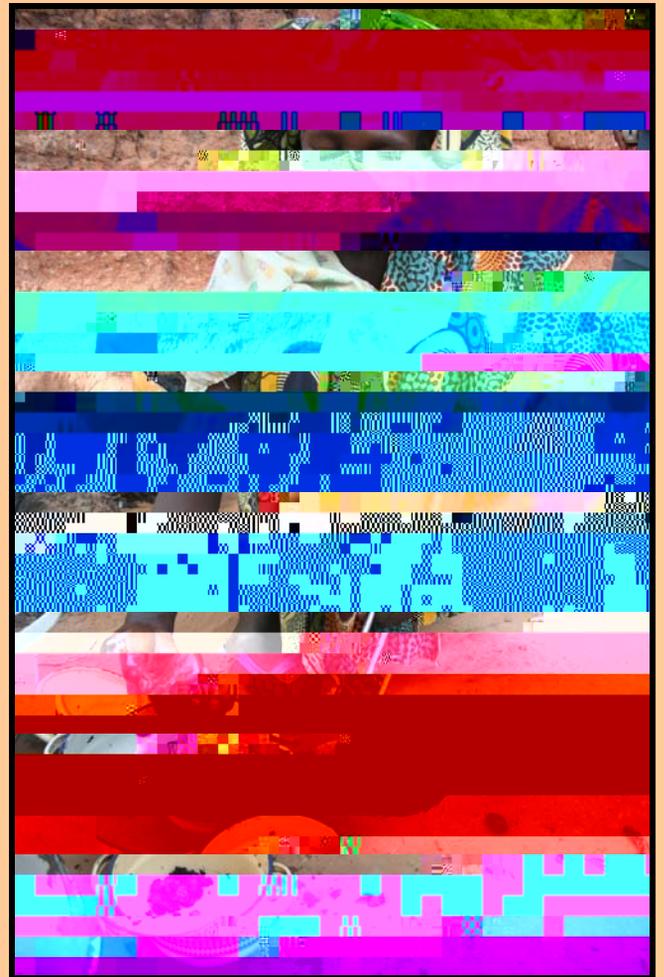
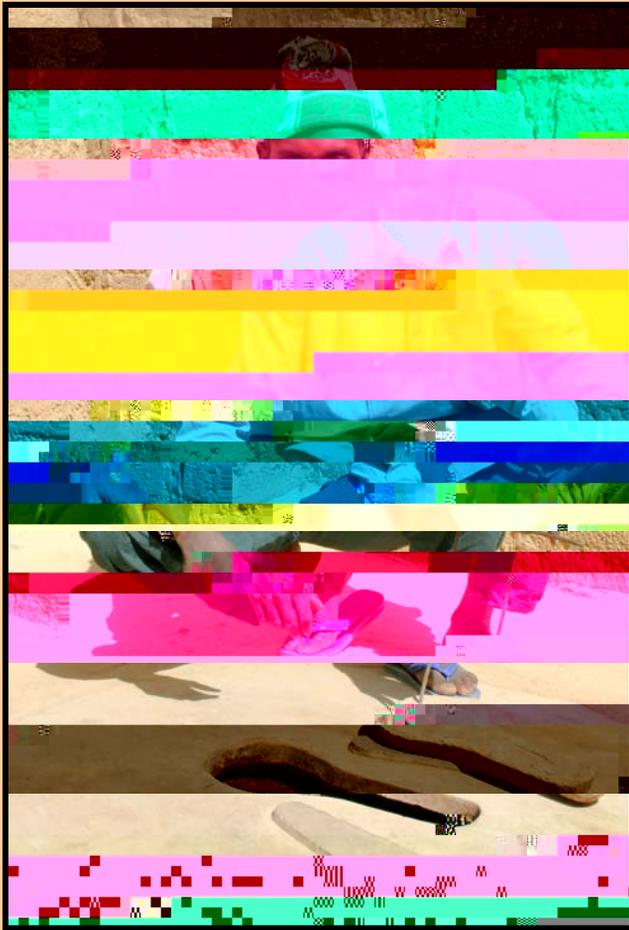


**Atlanta, Georgie
16-18 avril 2007**

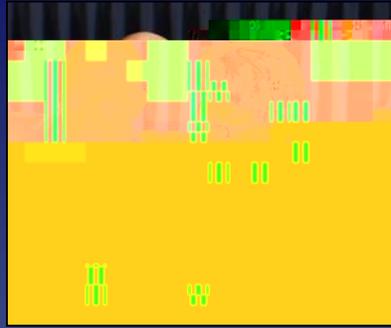
**Financée par :
La Fondation Conrad N. Hilton
La Fondation du Lions Clubs International**



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



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



La huitième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome

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

16 au 18 avril 2007

Atlanta, Georgie

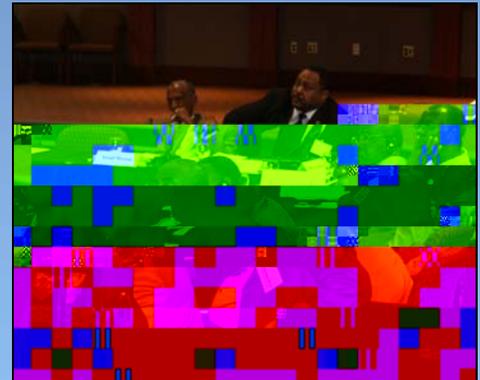
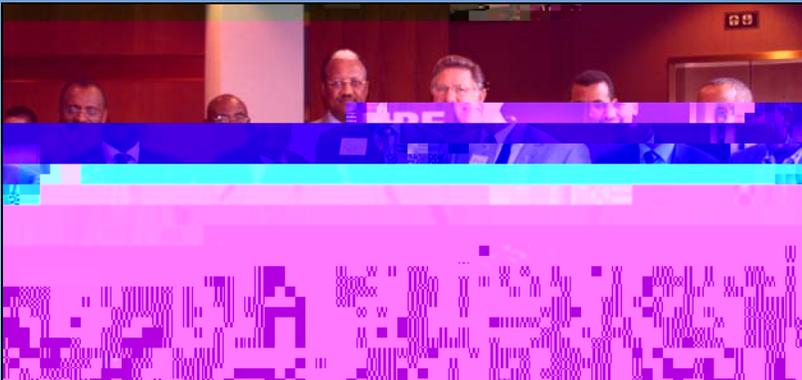
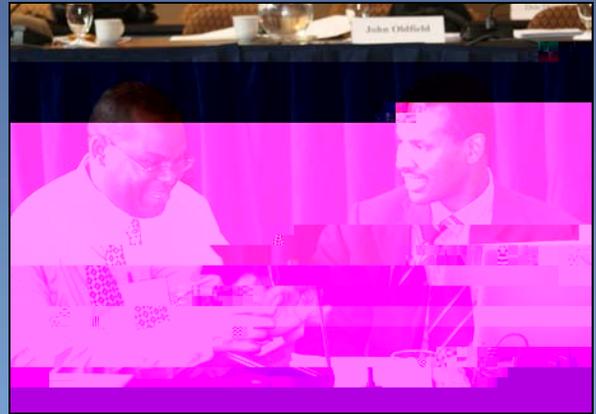


TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	i
Resume Analytique	ii
Liste de Sigles.....	iv
Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria.....	1
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger.....	7
Programme de Lutte contre le Trachome du Mali.....	13
Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana.....	19
Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan et Sud du Soudan.....	23
Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie.....	36
Récapitulatif des tableaux et graphiques	
Tableau 1: Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....	42
Tableau 2: Objectifs annuels des programmes de lutte contre le trachome.....	43
Tableau 3: Interventions soutenues par le Centre Carter, 1999-2006.....	44
Fig. 1: Villages recevant une éducation sanitaire, par pays.....	45
Fig. 2: Latrines familiales construites, par pays.....	46
Fig. 3: Distribution d’azithromycine, par pays.....	47
Fig. 4: Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	48
Fig. 5: Villages qui ont reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	49
Fig. 6: Latrines familiales construites.....	50
Fig. 7: Personnes ayant reçu des antibiotiques.....	51
Séances spéciales	
Bibliothèque de matériel sur l’éducation sanitaire pour le trachome	52
Evaluation de la promotion de latrines soutenue par le Centre Carter au Ghana.....	53
Effet de la promotion de latrines sur la production locale de latrines au Niger et au Mali	56
Essai aléatoire du nettoyage du visage pour arriver à une définition standardisée d’un visage propre	59
Construction des latrines: Coûts, progrès vers la réalisation des buts et viabilité dans le long terme	61
Comparaison des méthodes d’enquête sur le trachome.....	64

LISTE DE SIGLES

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

Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

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

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

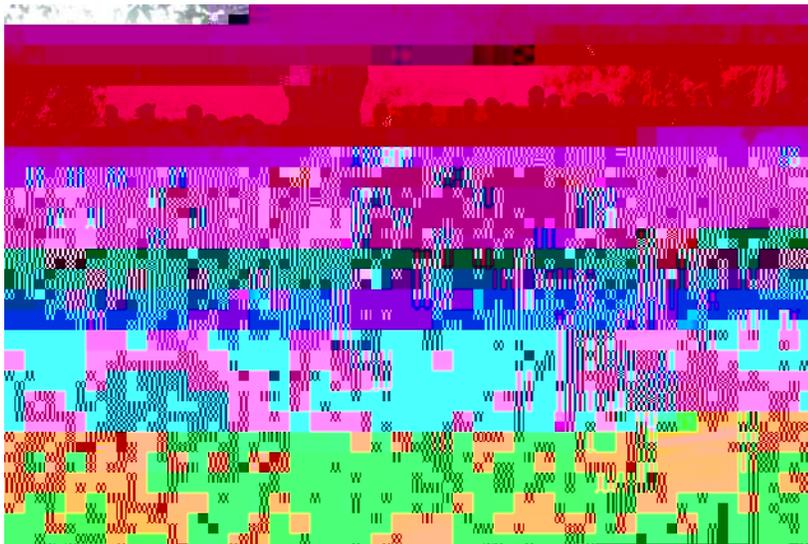
Données générales

du TF chez des enfants âgés de 1-9 ans, se situant dans une fourchette allant de 5-24%, et

Changement Environnemental (CE –objectifs du Centre Carter)

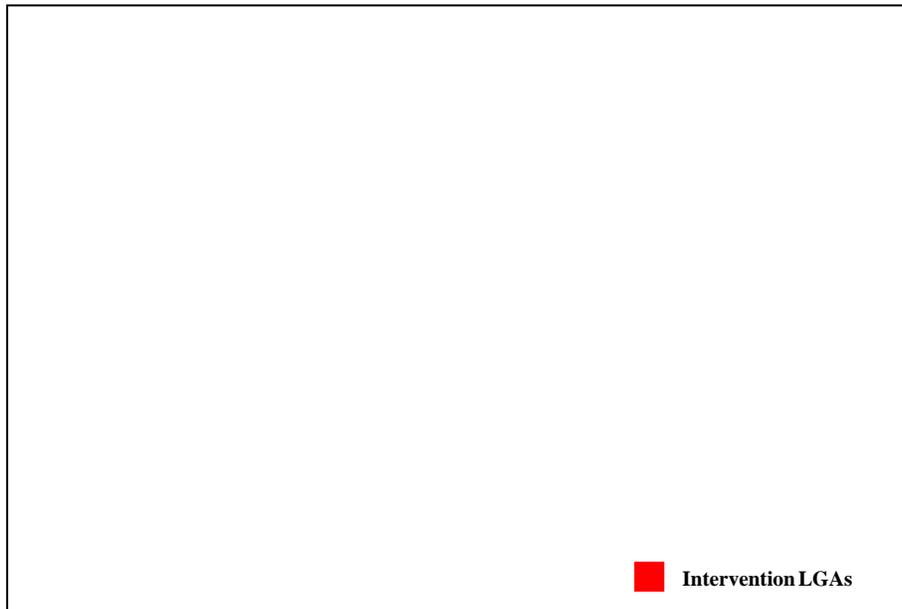
Antibiotiques (A)

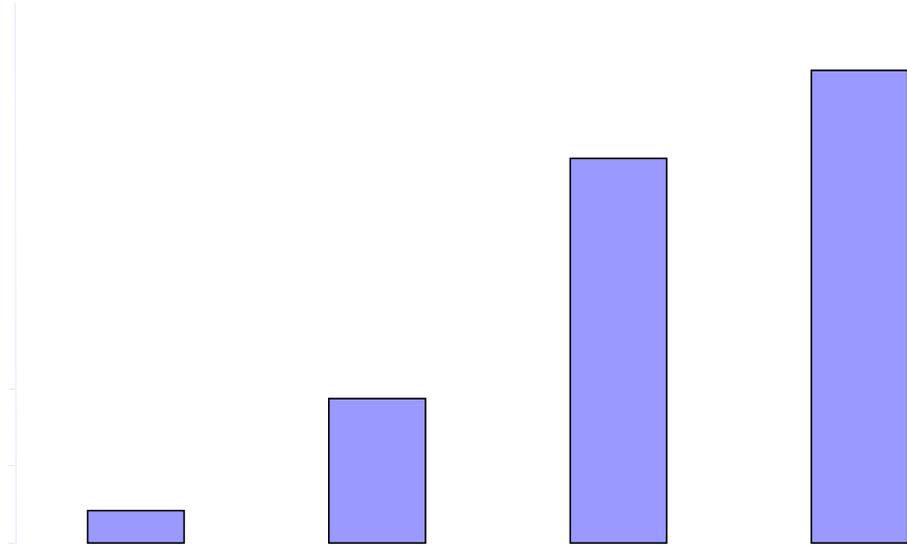
Chirurgie (CH)



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

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





Programme de lutte contre le trachome du Niger

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

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

Données générales

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

L'enquête nationale sur le trachome la plus récente a été faite en 1997-1999 avec une assistance financière de l'Union européenne et du Centre Carter. Elle constate qu'une moyenne de 44% des enfants de moins de 10 ans souffraient de trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des filles et femmes de plus de 15 ans étaient atteintes de trichiasis. Sur l'ensemble du pays, on estime que 68 300 hommes et femmes ont besoin d'une chirurgie du trichiasis. C'est dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi Dév-0.11u8 Tue 1sist4TDt'enquête 4TD

Changement environnemental (CE)

Le projet de promotion des latrines au Niger a démarré en 2002, l'objectif étant de réduire les populations de *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique ainsi que d'améliorer l'hygiène en général. La promotion des latrines reçoit un soutien du programme national, du Centre Carter, des Lions Clubs locaux, de l'Initiative d'approvisionnement en eau de l'Afrique de l'Ouest (WAWI) et de l'UNICEF. En 2006, les partenaires ont prêté main forte au

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

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

Changement Environnemental (CE)

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

Antibiotiques (A)

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

Chirurgie (CH)

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

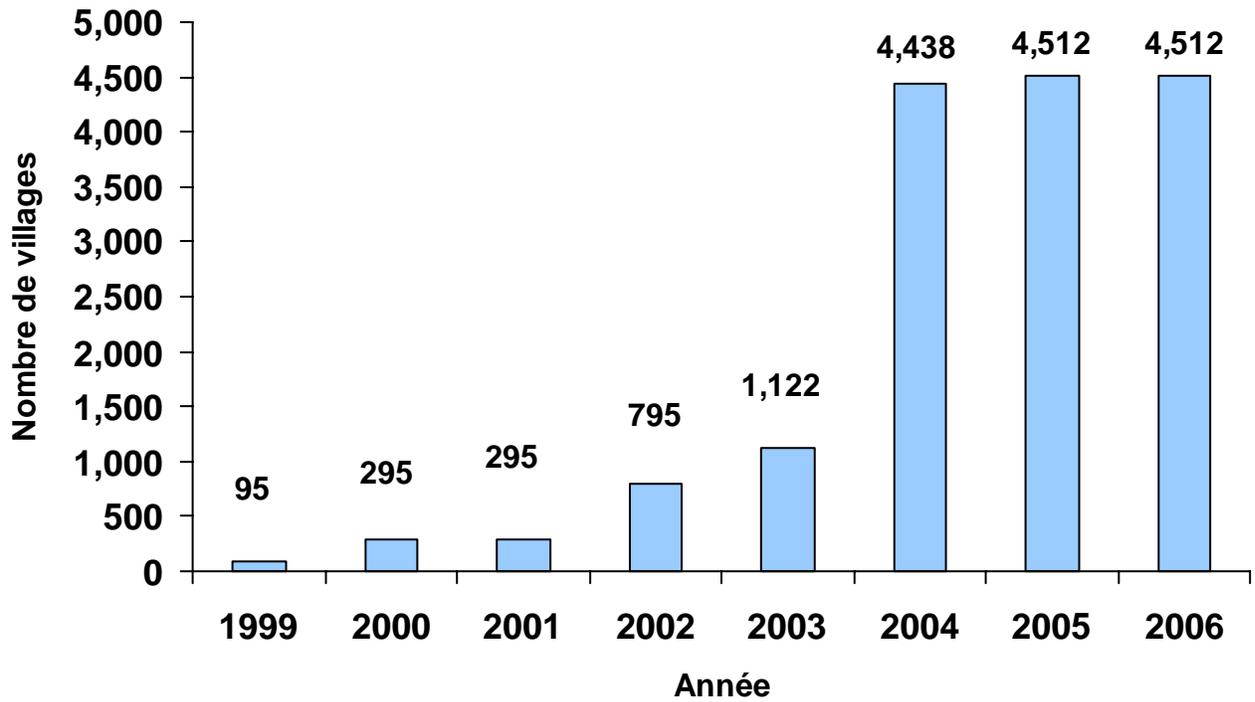
Autre

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

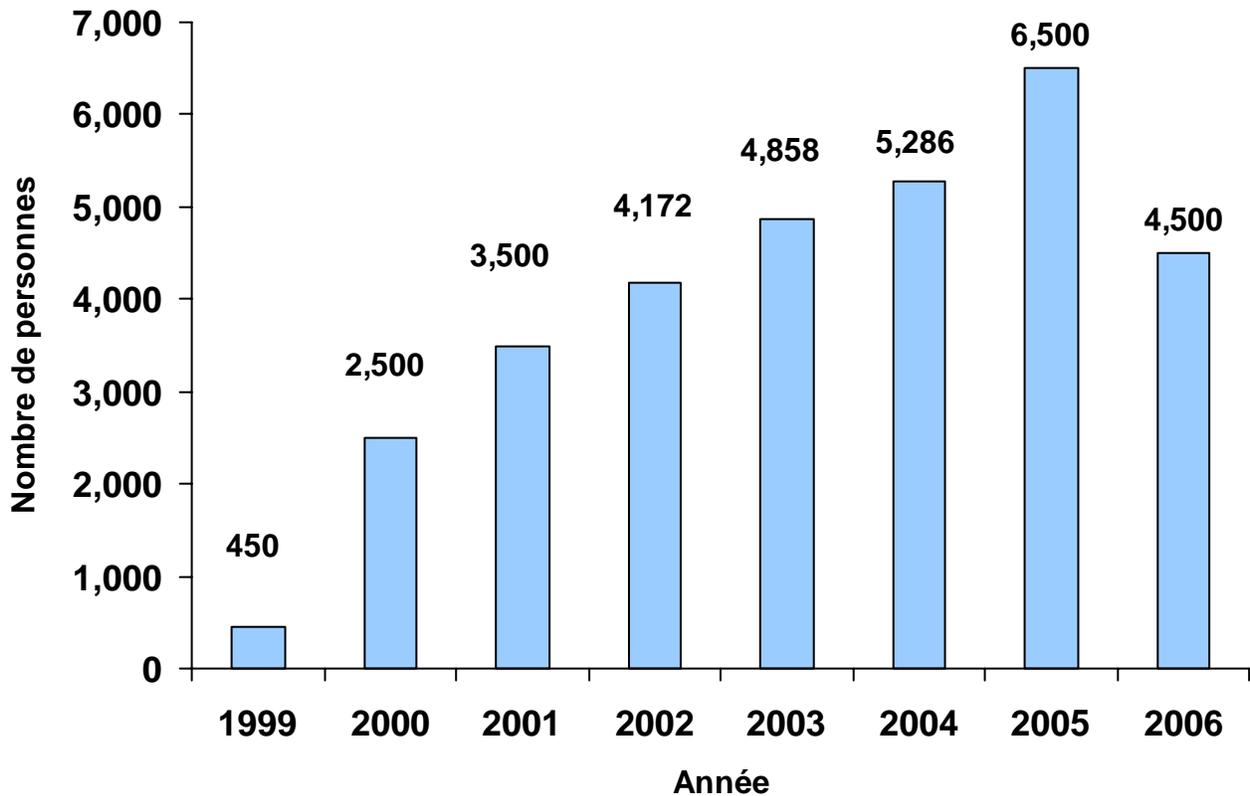


Une femme (à gauche) démontre comment fabriquer du savon avec des matériaux disponibles localement. Le programme de lutte contre le trachome a fait une évaluation des latrines en novembre 2006 (à droite).

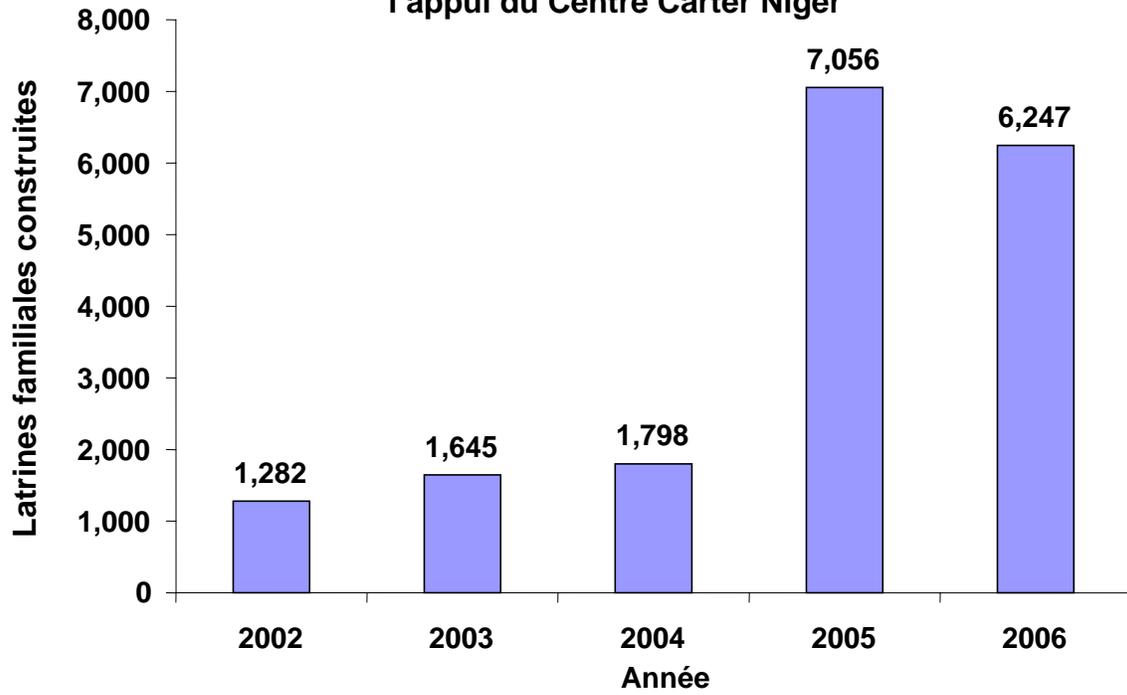
Villages recevant une éducation sanitaire, Niger



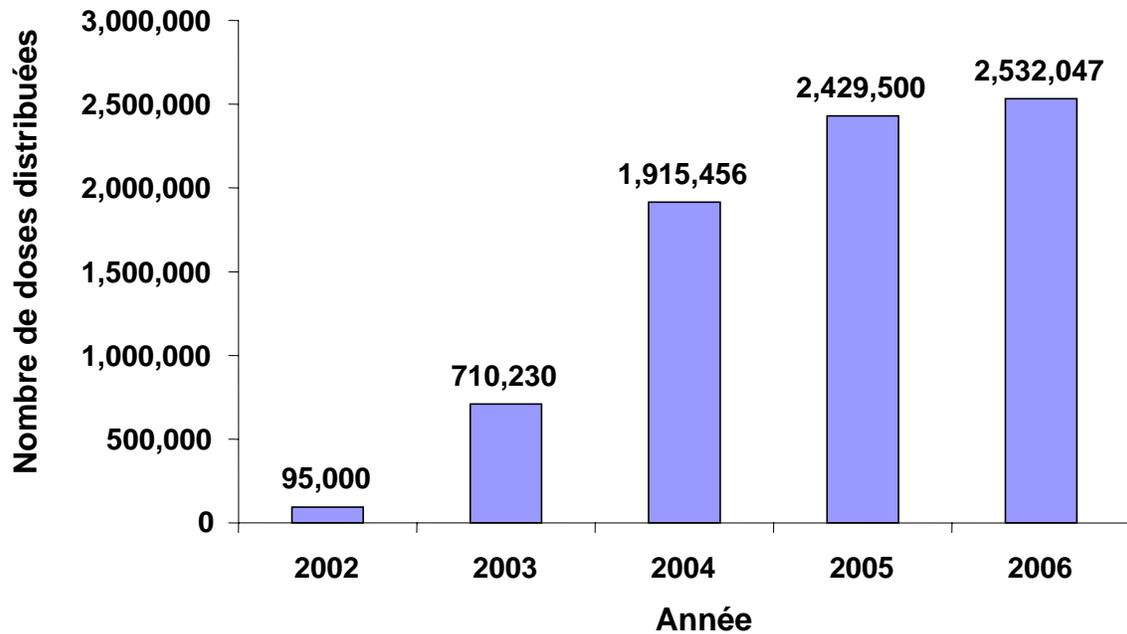
Personnes recevant une chirurgie du trichiasis, Niger



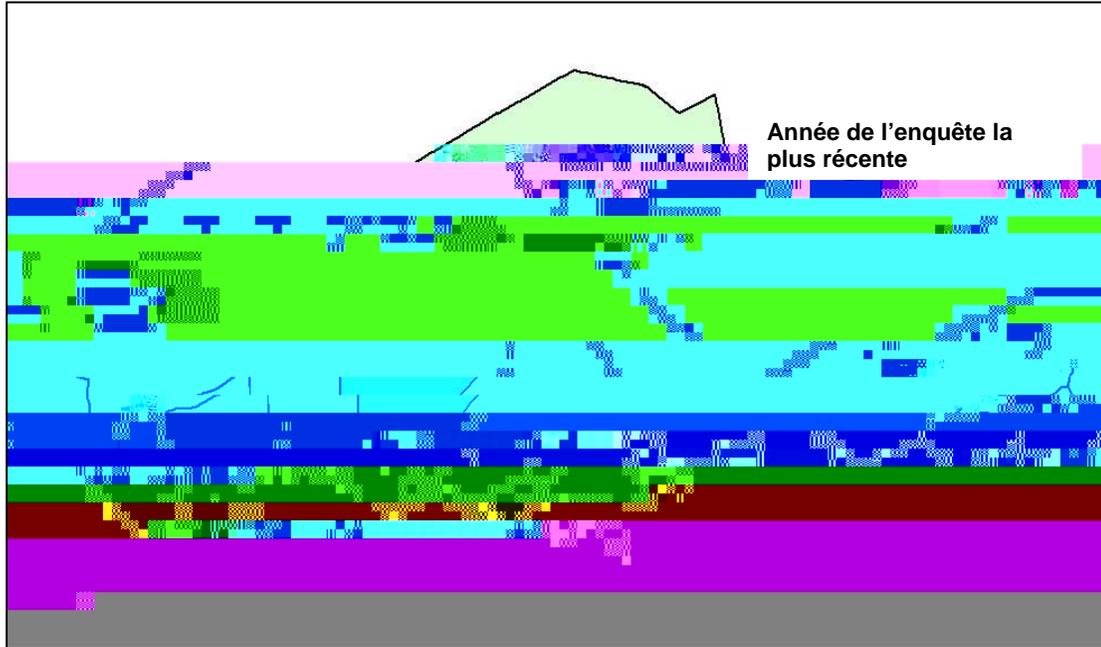
Construction de latrines familiales avec l'appui du Centre Carter Niger



Distribution nationale d'azithromycine, Niger



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



Programme de lutte contre le trachome du Mali

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

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

Données générales

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

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

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

Une enquête nationale faite en 2001 a constaté que 23% des ménages n'avaient pas de

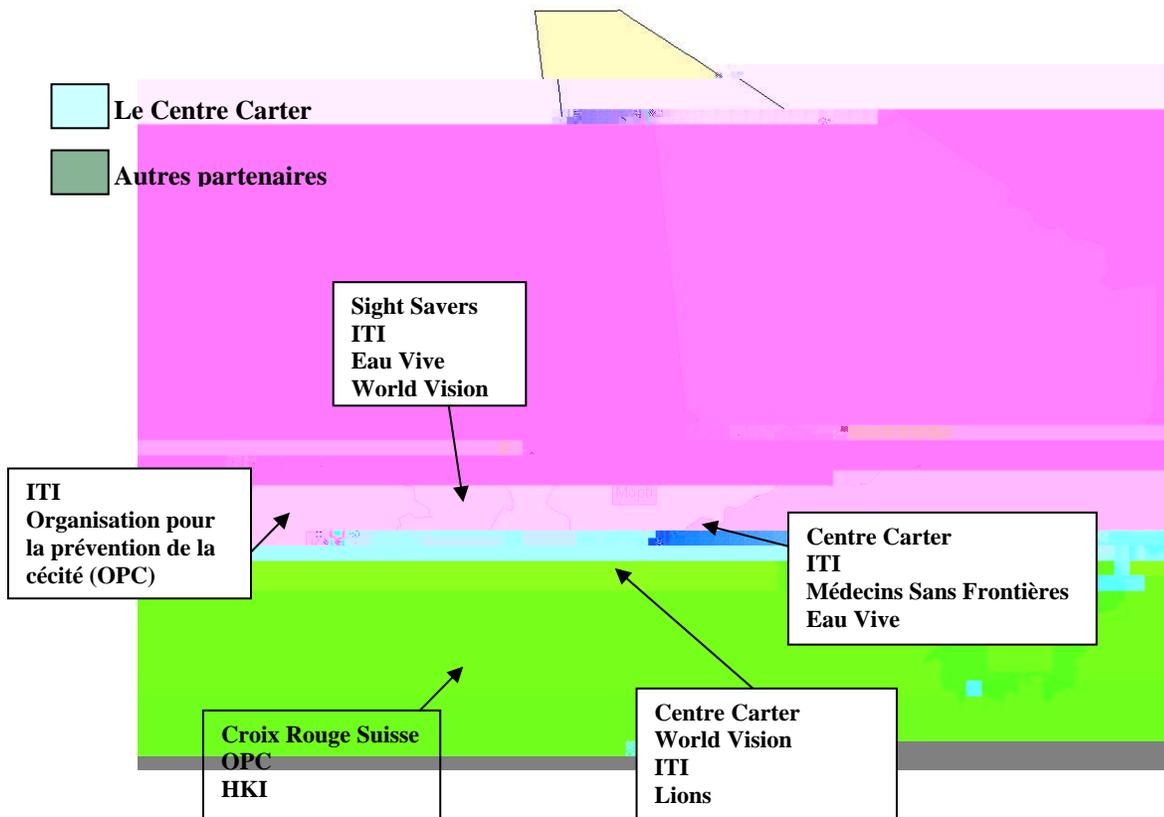
D'après des estimations de 1997, 85 700 personnes attendent d'être opérées du trichiasis.

De 1999 à 2006, 29 052 personnes ont été opérées (34% de la chirurgie du trichiasis est réalisée dans 5 établissements de stratégies avancées et campagnes rurales de chirurgie). Les partenaires qui apportent une assistance aux interventions sont Helen Keller International, ITI, Médecins Sans Frontières, OPC, Sight Savers International et la Croix Rouge suisse.

pour la Prévention de la Cécité, Sight Savers International et la Croix Rouge suisse.

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

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



Accomplissements du programme en 2006 Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

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

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

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Former 750 agents de santé communautaire (600 avec le soutien du Centre Carter)

Former 500 enseignants et 315 élèves

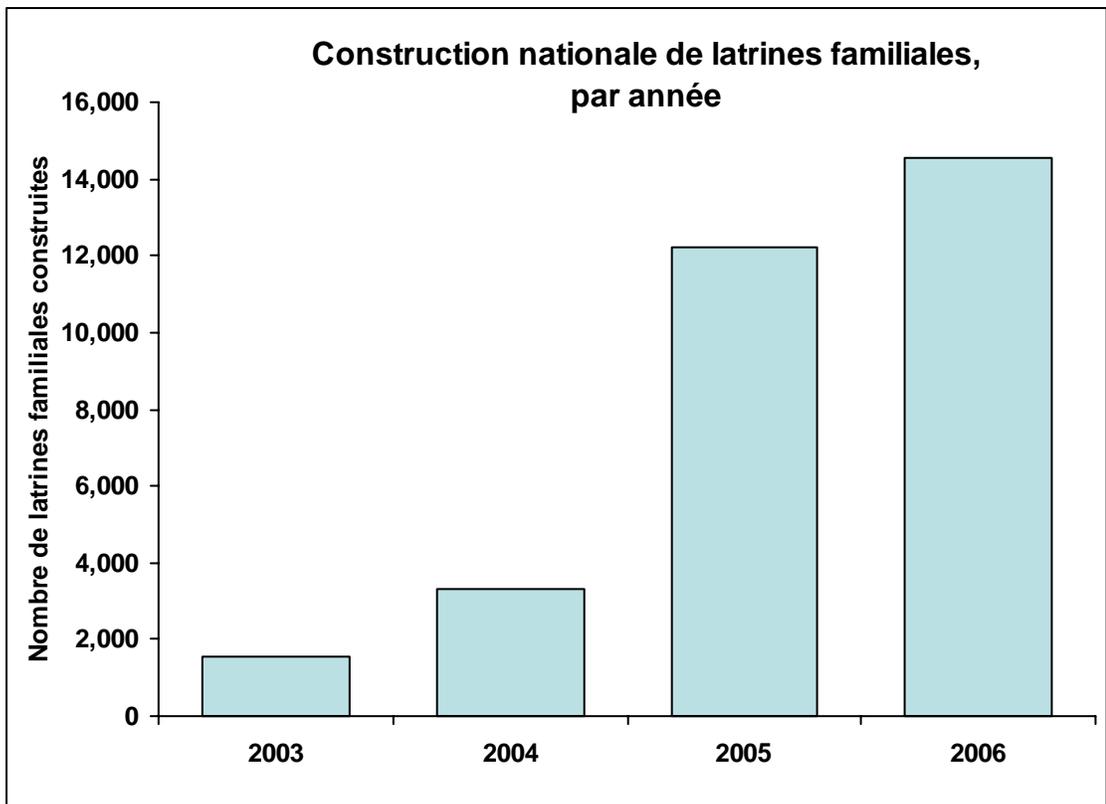
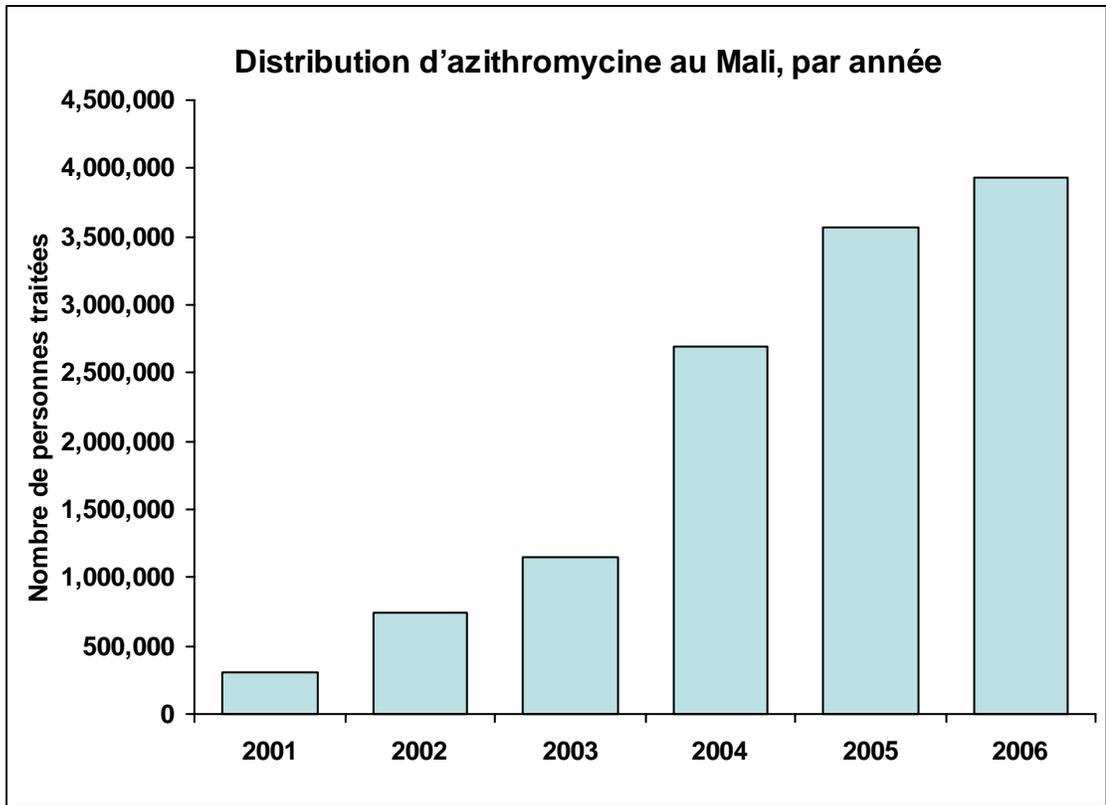
Former 131 infirmiers dans des dispensaires ruraux

Organiser une campagne radiophonique dans les régions de Ségou, Mopti, Sikasso, Koulikoro et Kayes

Revoir la boîte à images éducative

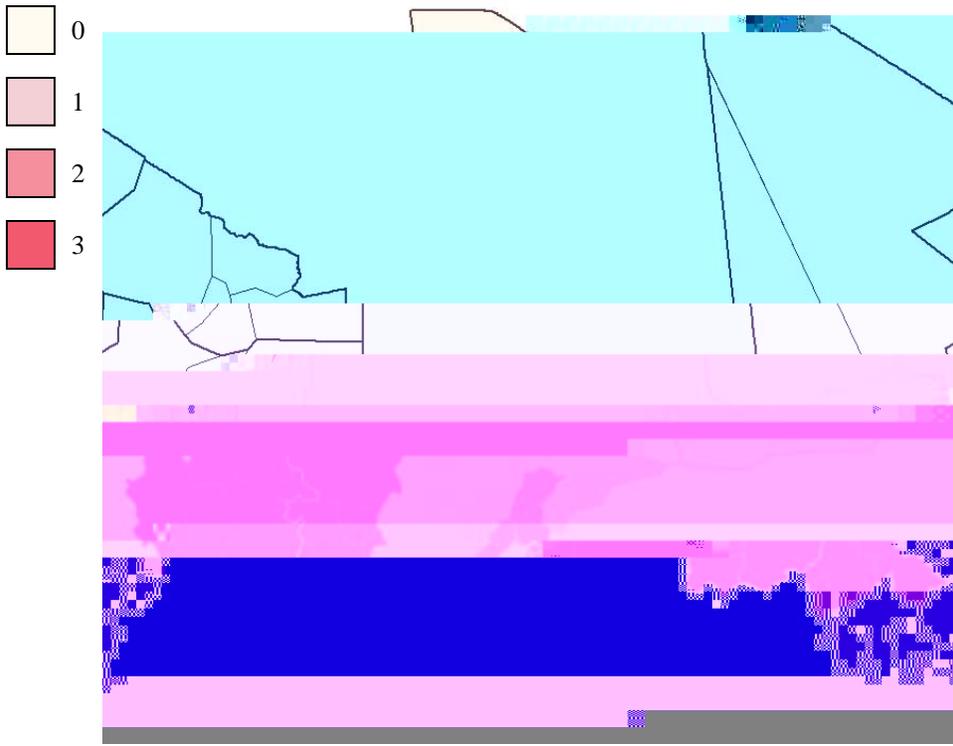
Changement Environnemental (CE)

Aider 20 000 ménages à constr



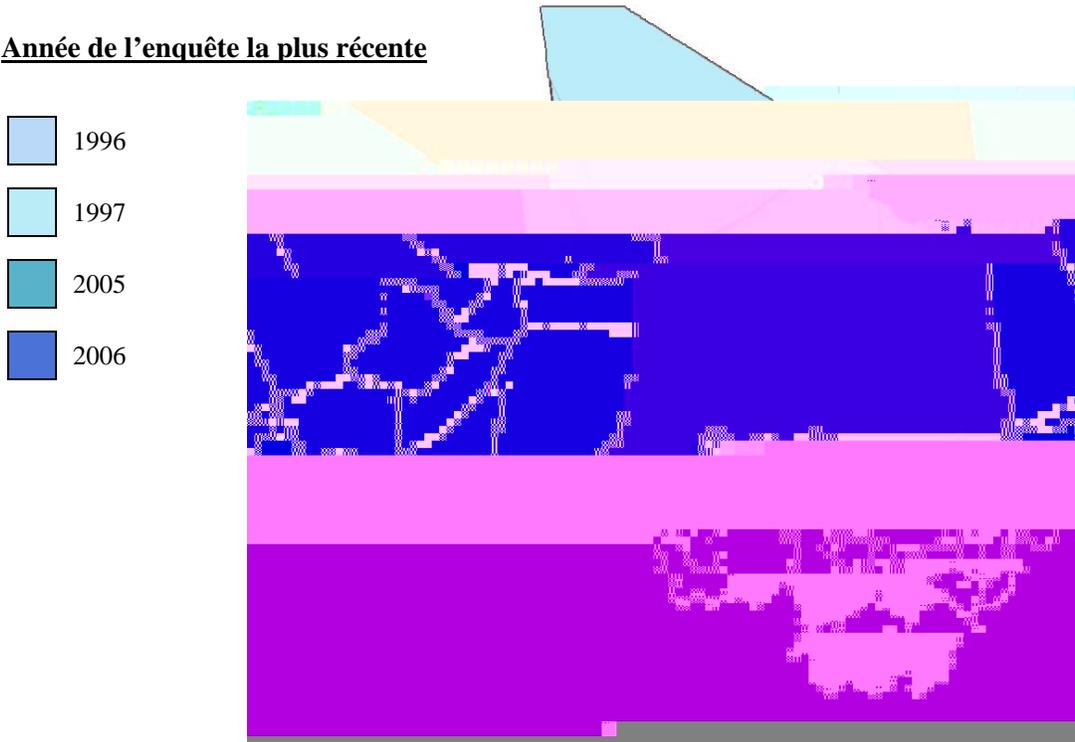
Carte 2. Distribution d'azithromycine, par district

Années de distribution



Couverture de l'enquête sur la prévalence, par année

Année de l'enquête la plus récente



Programme de lutte contre le trachome du Ghana

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

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

Données générales

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

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

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

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2006, 2 215 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue portant sur le

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

Changement environnemental (CE)

Actuellement, le Centre Carter soutient la construction de latrines dans 65 communautés des Régions Upper West et Northern, ayant achevé 889 latrines en

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de personnes souffrantes du TT	336	421	383	951	1 146	626
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	71 438	101 174	163 931	292 715	740 884	825 217

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

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

Changement Environnemental (CE)

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

Chirurgie (CH)

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

Antibiotiques (A)

- Distribuer des antibiotiques à 957 000 personnes

Autres

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

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

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Sud du Soudan les 10 états au sud. Les zones du GOS comptent une population finissant en 2005 de Nord et du Sud (5 millions). Le GOS a une population de 13,335 millions et une superficie de 1,335 millions de kilomètres carrés.

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

Accomplissements du programme en 2006

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

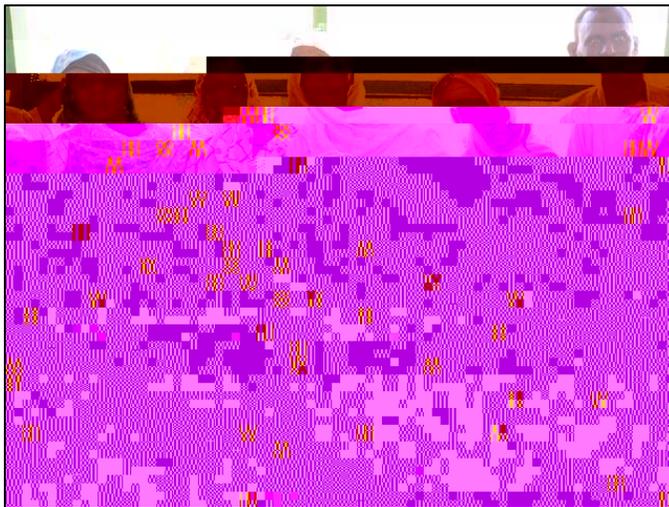
Résultats provisoires de l'enquête sur la prévalence, Gouvernement du Soudan

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

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

Le programme a l'intention de terminer la conception et la production des affiches

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



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

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

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

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

Données générales

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

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

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

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

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et Education sanitaire (N)

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

Les superviseurs de la lutte contre le trachome, contre la dracunculose et des soins de santé primaires

Les agents de soins de santé communautaires dans les structures de soins de santé primaires des ONG

Les agents de soins de santé maternelle et infantile (accoucheuses traditionnelles et vaccinateurs)

Les instituteurs de l'école primaire

Les animateurs de l'hygiène communautaire faisant partie des partenaires ONG travaillant dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement

Les agents communautaires de la santé ~~Des séances~~ d'éducation sanitaire sont réalisées à différentes communautés et sensibiliser au trachome. Les personnes su

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

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

Chirurgie (CH)

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

Antibiotiques (A)

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

Objectifs pour 2007

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En collaboration avec des ONG partenaires, cibler 200 villages accessibles de 24 sous-districts ou payams et leur apporter une éducation sanitaire portant sur l'hygiène personnelle et la construction de latrines

Former 150 éducateurs sanitaires (75 hommes et 75 femmes) pour qu'ils puissent réaliser des activités d'éducation sanitaire dans les écoles, les églises et d'autres lieux de regroupement social.

Changement environnemental (CE)

Encourager la construction de 100 latrines familiales et publiques dans des villages accessibles où le trachome est endémique

Coordonner avec d'autres ONG responsables de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans des villages d'endémicité pour améliorer et protéger les puits communautaires creusés à la main afin d'améliorer l'accès à l'eau salubre.

Chirurgie (CH)

Former 50 nouveaux chirurgiens du trichiasis

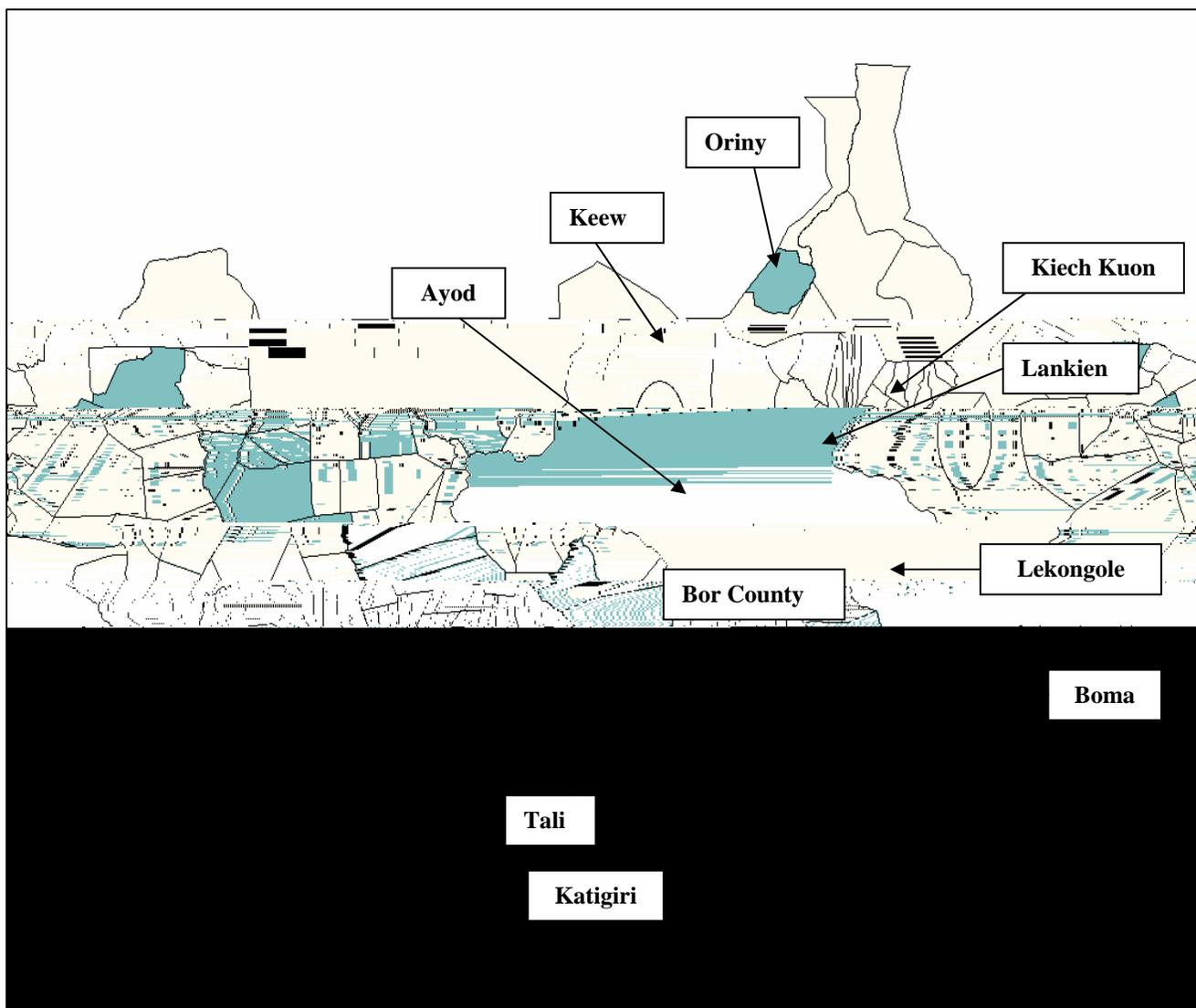
Opérer 2000 personnes du trichiasis

Antibiotiques (A)

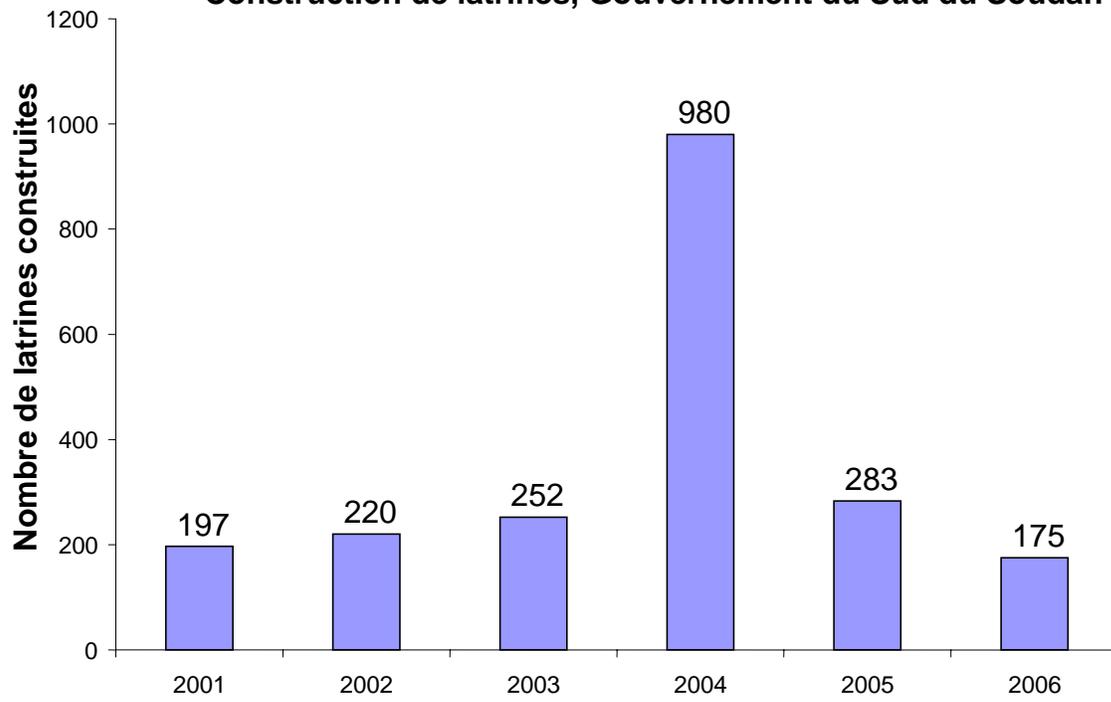
Distribuer de l'azithromycine à 525 198 personnes (dans les zones d'intervention du Centre Carter dans les états Eastern Equatoria et Jonglei)

Distribuer de la pommade oculaire à base de tétracycline à 105 239 personnes

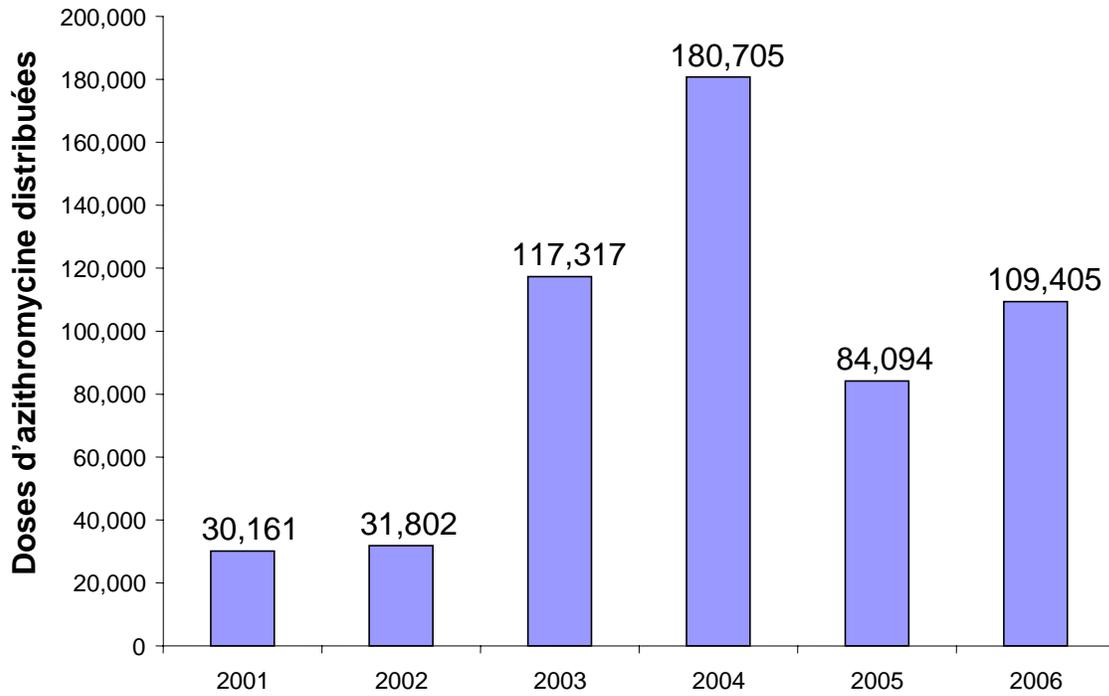
Carte 1. Zones du programme de lutte contre le trachome du Gouvernement du S du S



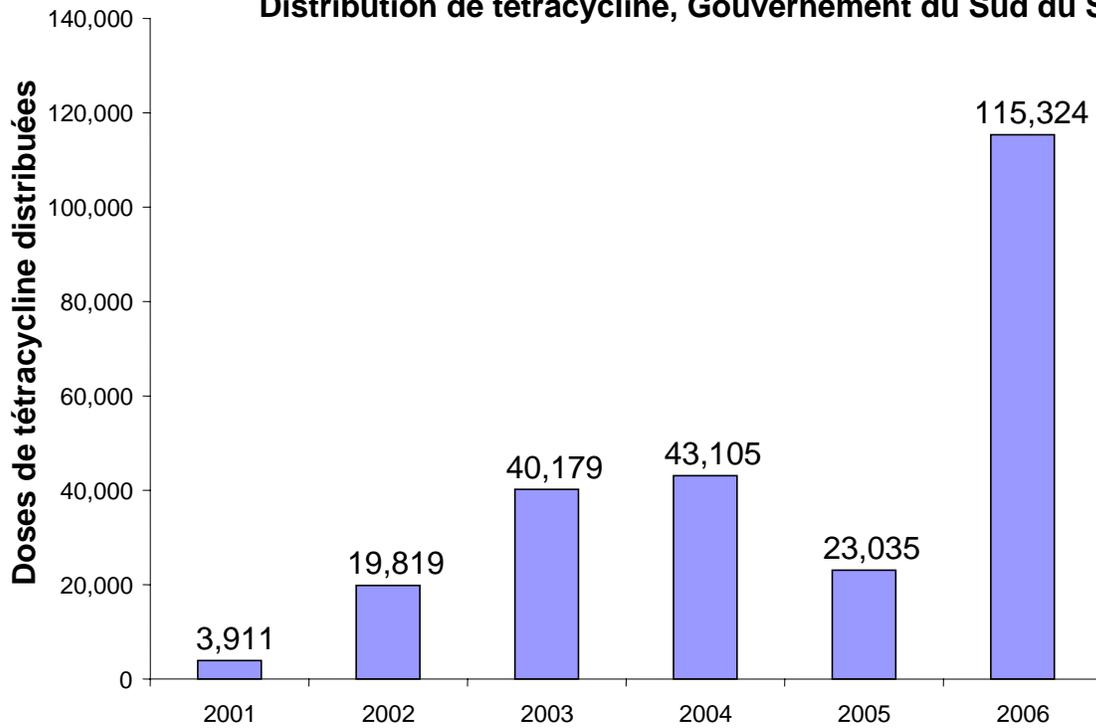
Construction de latrines, Gouvernement du Sud du Soudan



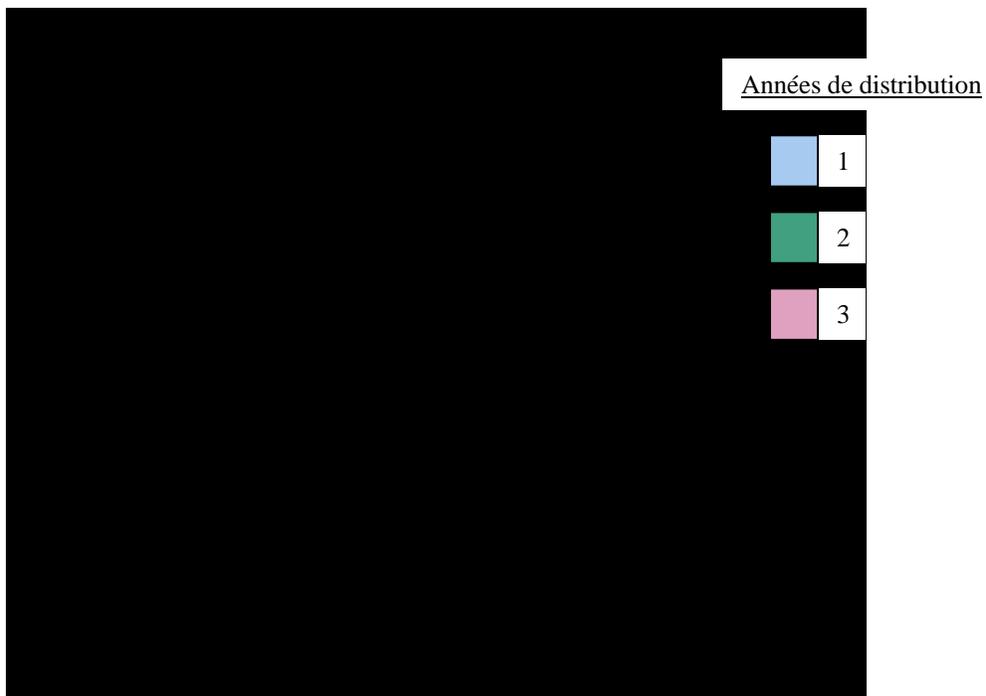
Distribution d'azithromycine, Gouvernement du Sud du Soudan



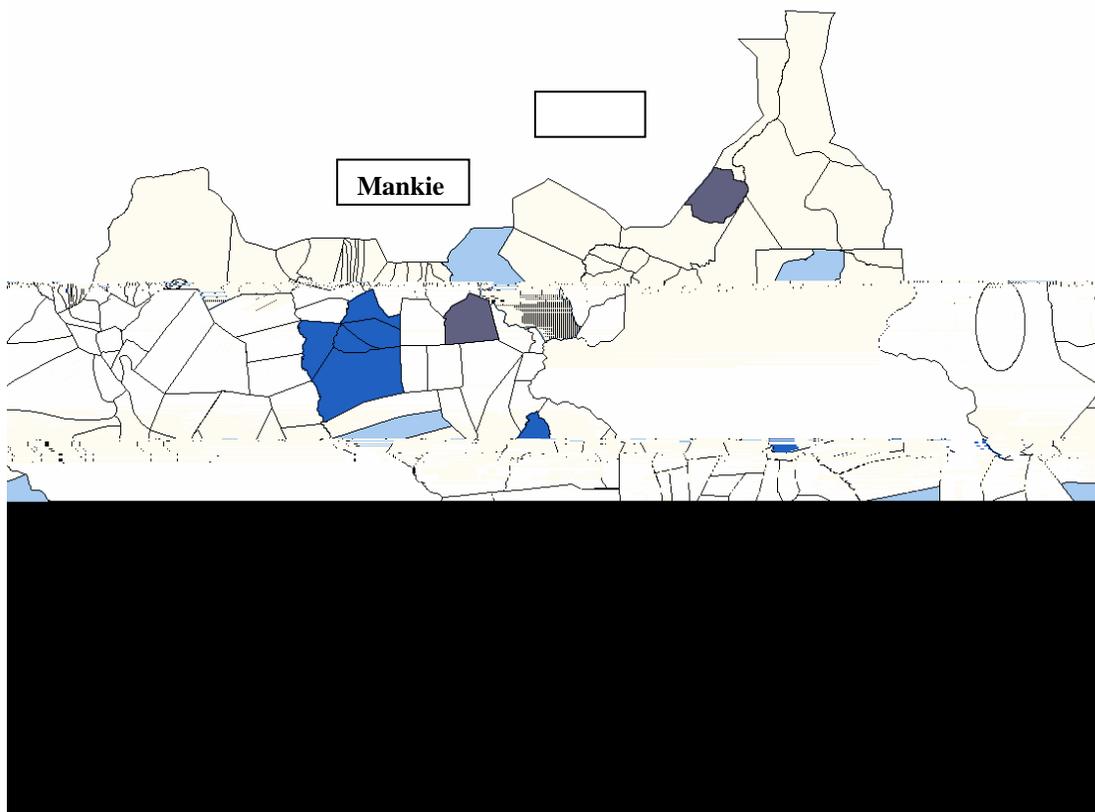
Distribution de tétracycline, Gouvernement du Sud du Soudan



Carte 2. Distribution de l'azithromycine, par comté



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



la prévalence la plus élevée (626%).

Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie

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

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

Données générales

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,6%, serait la plus élevée au monde. La cataracte (50%) et le trachome (12%) sont les deux grandes causes de la cécité. Une enquête nationale sur la cécité et la faible vision a été réalisée en 2006 afin d'éclairer la situation nationale. La prévalence nationale du trachome actif (soit TF soit TI) chez les enfants de moins de 10 ans est de 42,5% (soit TF 10,7% et TI 31,8%).

prévalence du trachome

Amhara (5,2%).

3 (ci, il existait 1162 cas). Les personnes souffrant du problème de la cécité à l'âge de 11 à 19 ans sont 56 (soit TF 0,69% et TI 55,31%).

Amhara (5,2%).

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

Carte 1. Woredas du programme de lutte co

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

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

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

Accomplissements du programme en 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

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

Changement Environnemental (CE)

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

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

construisent leurs propres latrines en utilisant uniquement des matériaux locaux. La communauté fait apport de main-d'œuvre et de matériaux pour la cons

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

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

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

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

Education sanitaire, Nettoyage du visage (N)

Atteindre au moins 50% des écoles primaires dans la région d'Amhara pour leur apporter une éducation sanitaire

Atteindre au moins 50% des kebeles dans la région d'Amhara pour leur apporter une éducation sanitaire

Former au moins 80% des animateurs sanitaires en matière de prévention et de lutte contre le trachome

Changement environnemental (CE)

Atteindre une couverture en latrines de 54% dans la Région d'Amhara

Soutenir la construction de 450 000 latrines familiales dans la Région d'Amhara

Chirurgie (CH)

Former 156 nouveaux chirurgiens du trichiasis dans la région d'Amhara (306 à l'échelle nationale)

Réaliser 95 751 chirurgies du trichiasis dans la région d'Amhara (129 357 à l'échelle nationale)

Antibiotiques (A)

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

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

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

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

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

* Reflète les objectifs pour la distribution totale d'antibiotiques

** Objectifs non présentés/non disponibles

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

	Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
					GOS***	GOSS***			
CH	Nombre de personnes opérées du trichiasis	N/A**	N/A**	N/A**	2 098	1 401	64 730	N/A**	68 229
	Nombre de nouveaux chirurgiens formés en matière de trichiasis	N/A**	N/A**	N/A**	55	55	207	N/A**	317
A	Nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine	N/A**	N/A**	N/A**	82 426	193 501	4 925 481	N/A**	5 201 408
	Nombre de personnes traitées avec de la pommade à base de tétracycline	N/A**	N/A**	N/A**	N/A	138 359	687 101	N/A**	825 460
	Nombre de villages avec education sanitaire continue*	45	809	495	-	177	653	175	2 354 sn

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

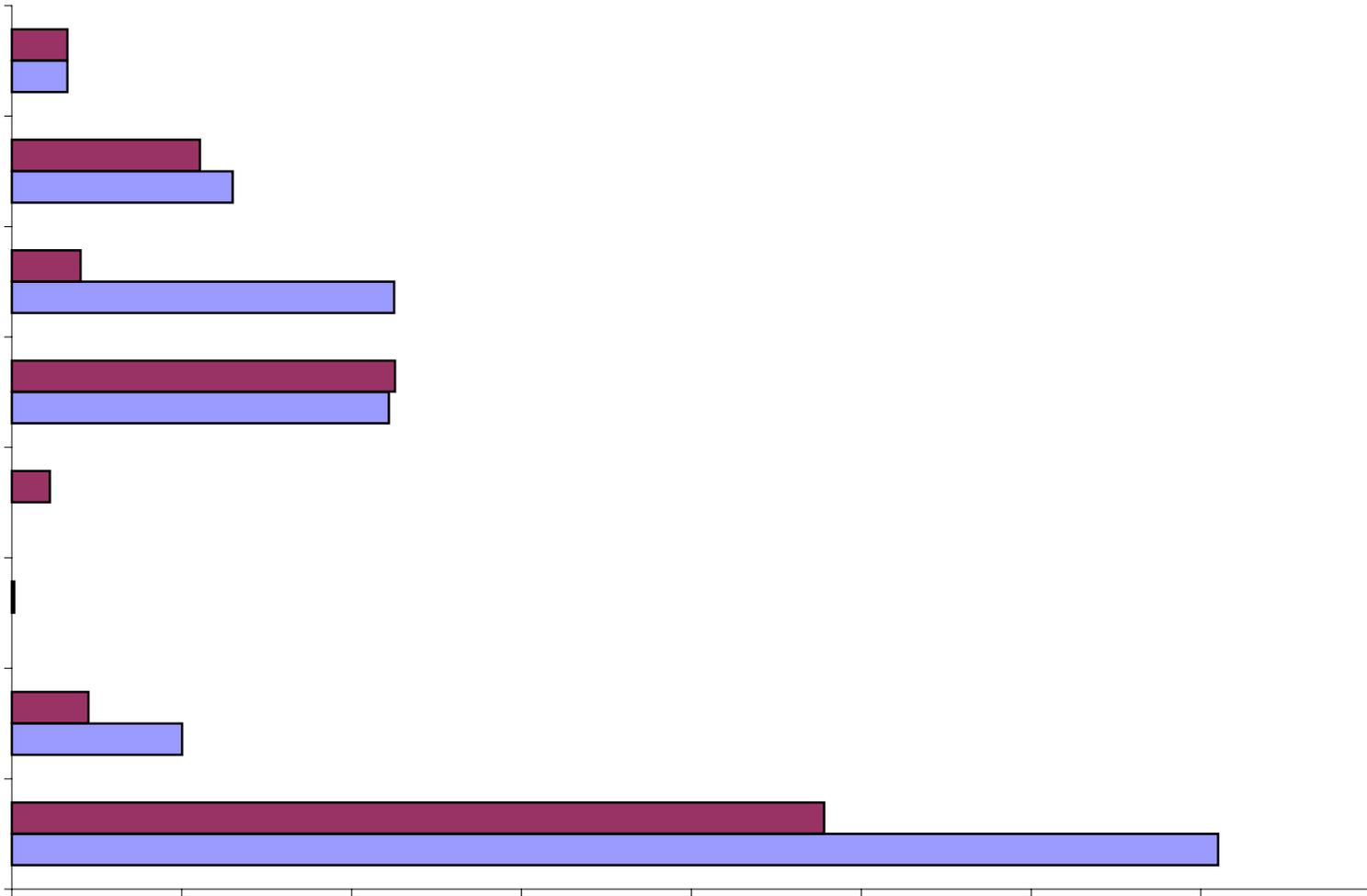


Figure 2. Latrines familiales construites, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national, telles que présentées pour janvier-décembre 2006

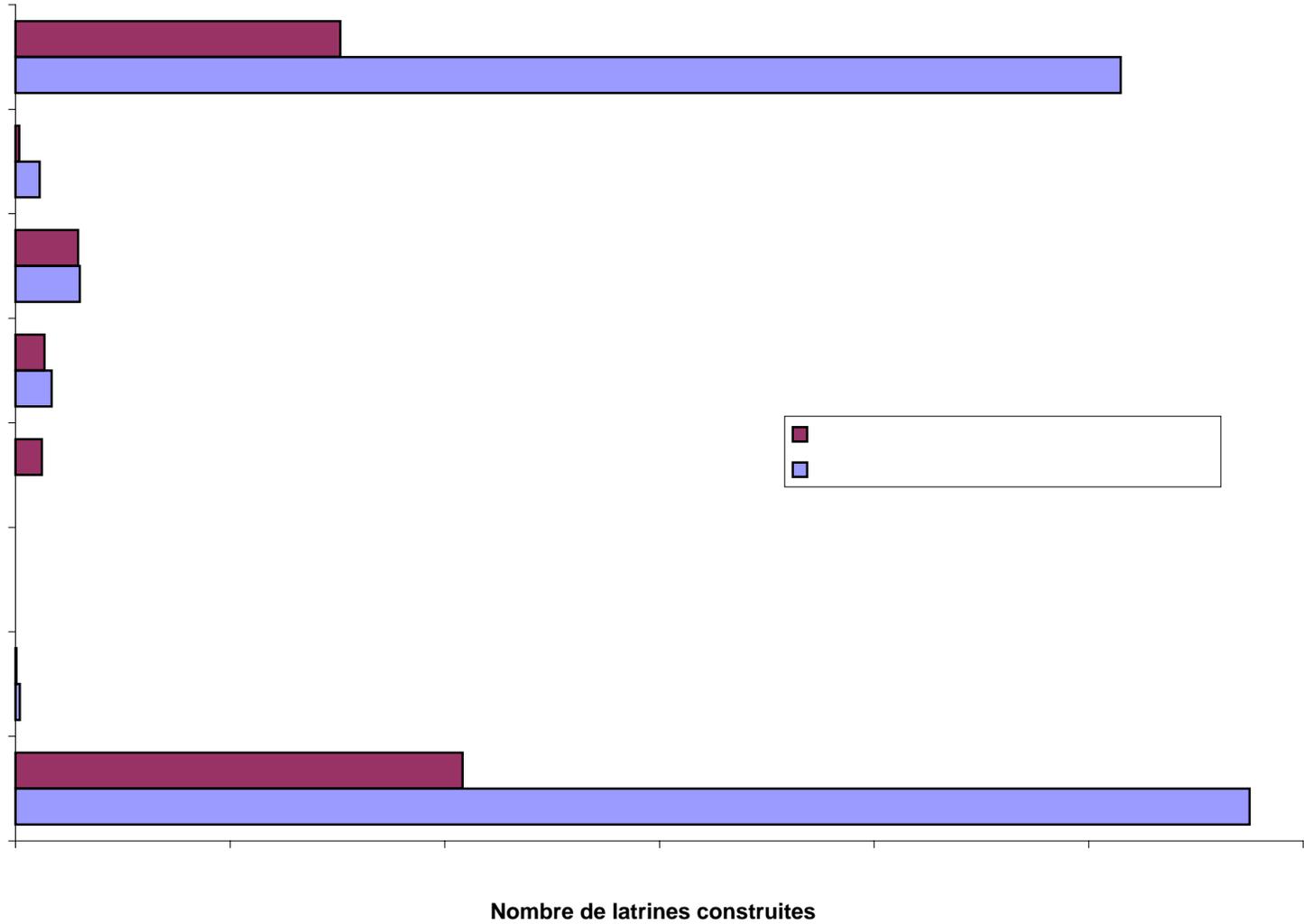


Figure 3. Distribution d'azithromycine, pays appuyés par le Centre Carter

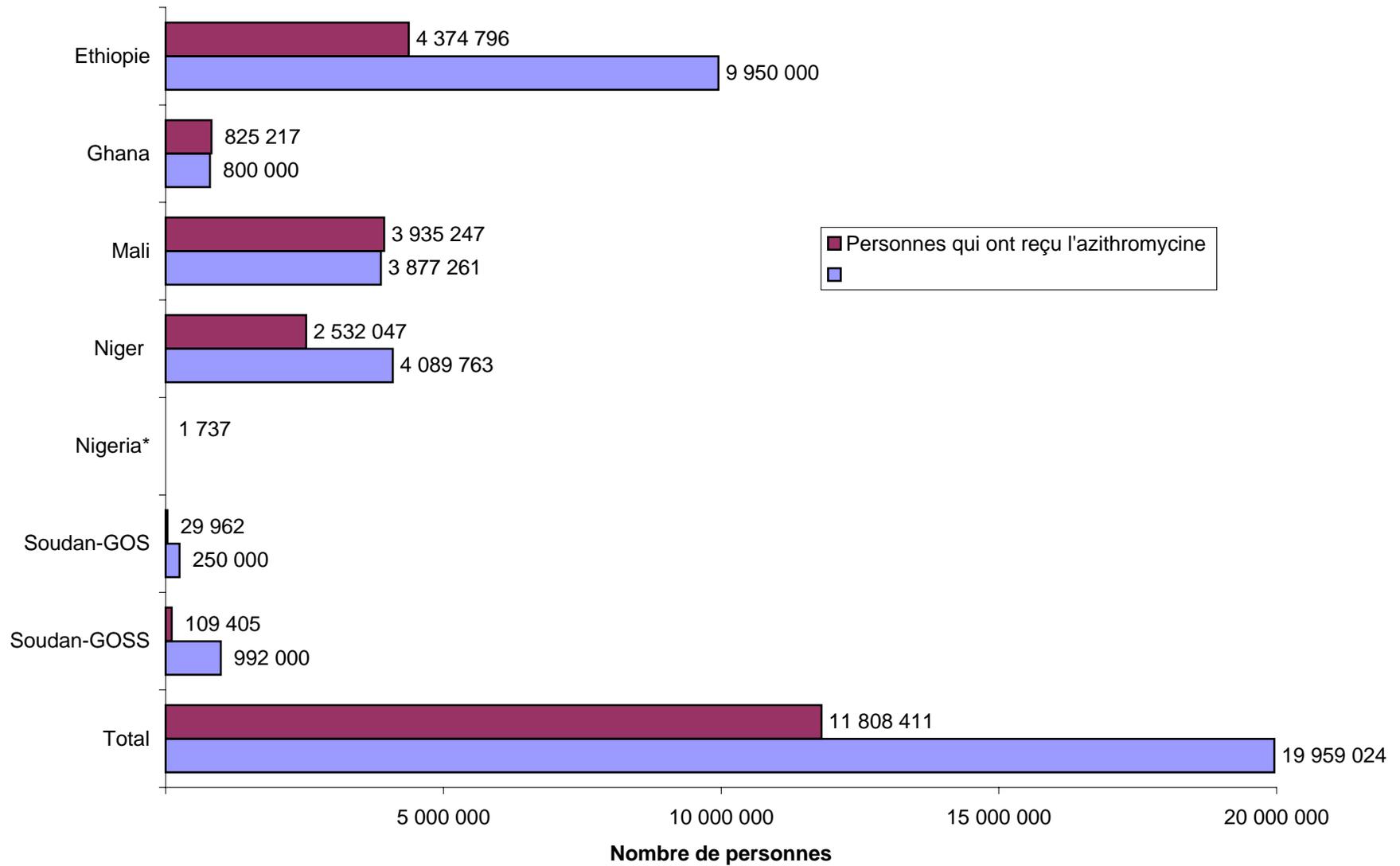


Figure 5. Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue

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

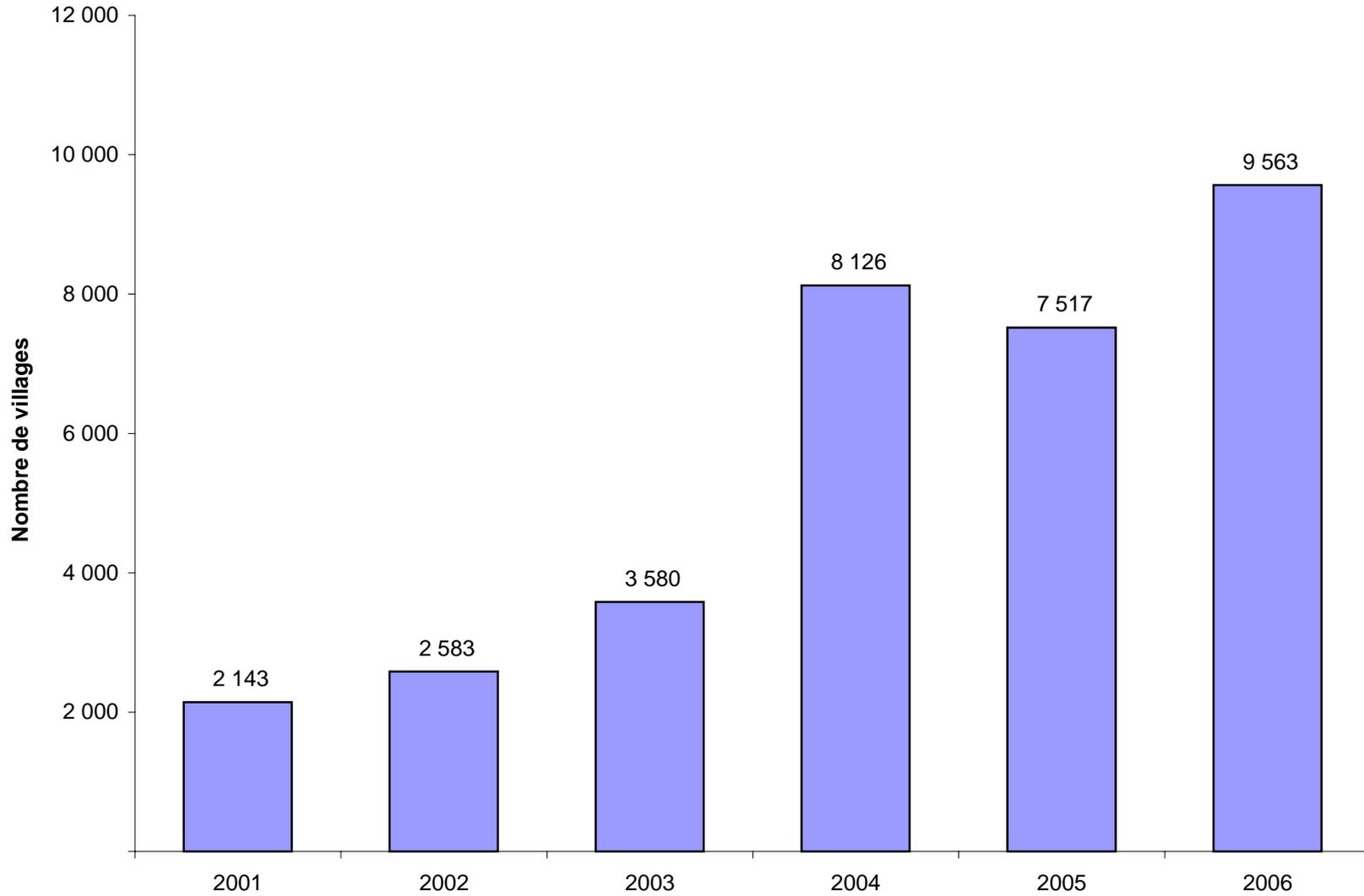
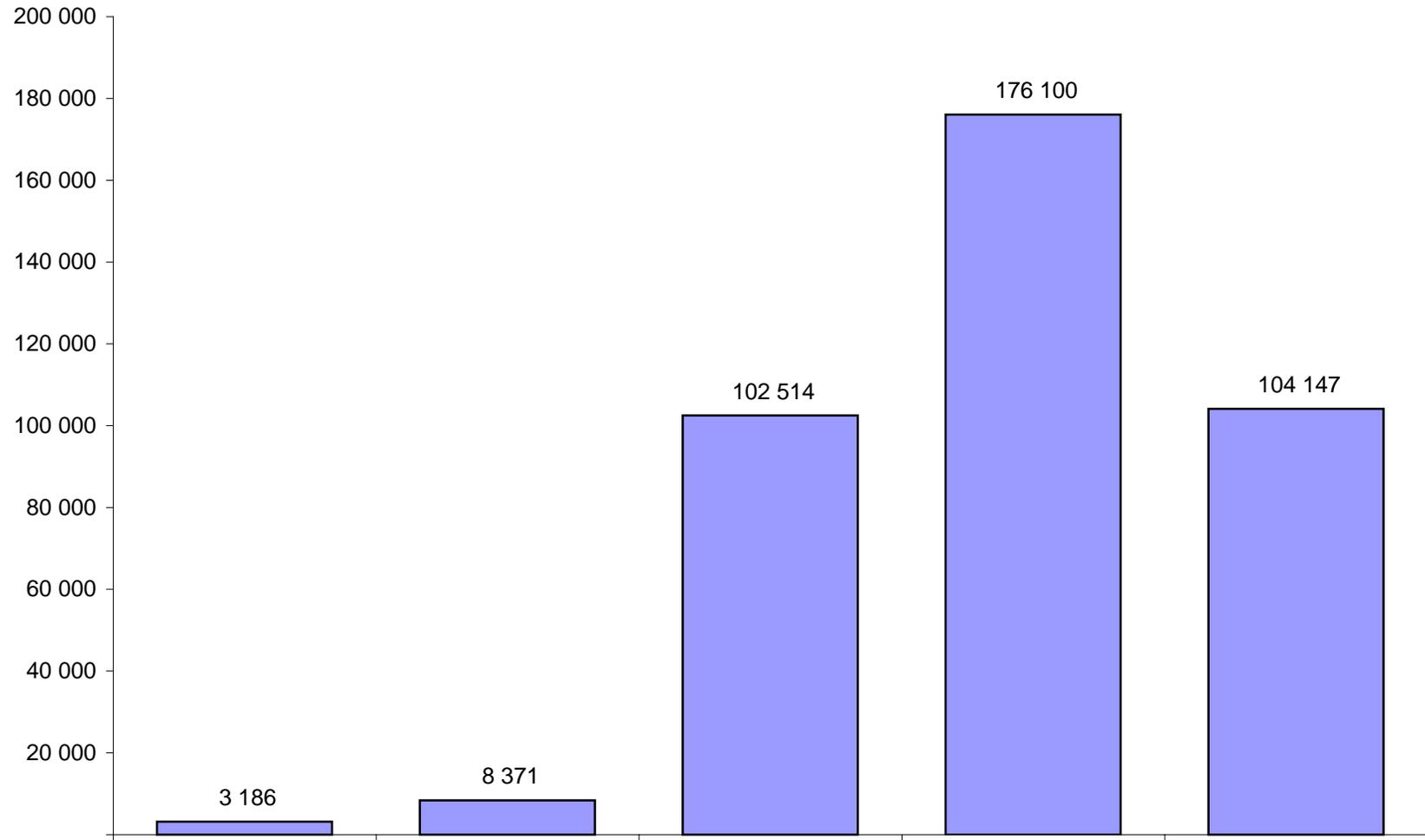
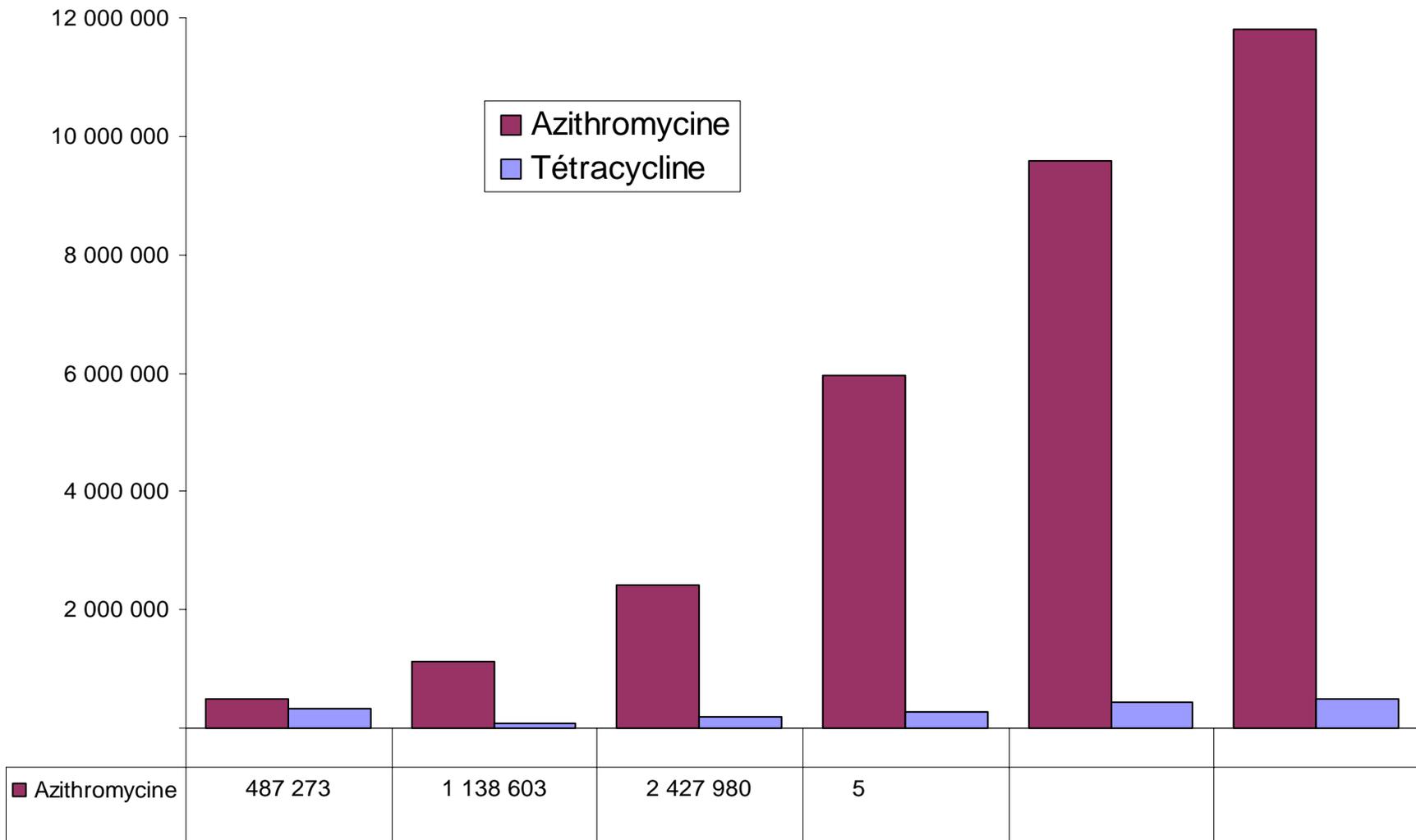


Figure 6. Latrines familiales construites

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





Bibliothèque de matériel sur l'éducation sanitaire pour le trachome

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

Vue d'ensemble

Une étude en 2005 a démontré que la couverture en équipement sanitaire au Nord du

Recommandations

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

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

Présenté par Lisa Rotondo, Centre Carter

Données générales

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

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

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

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

Méthodologie

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

Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusions

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

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



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

Pour décider si une définition pouvait être répétée, nous avons cherché à voir dans quelle



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

Présentée par Paul Emerson, Centre Carter

Rôle des latrines dans la lutte contre le trachome

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

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

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

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

Choisir la bonne technologie

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

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

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

Que coûtent les latrines ?

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

Tableau : Estimations de coûts pour les dépe

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

Caractéristique	Echantillon aléatoire en grappes (CRS)	Evaluation rapide du trachome sur échantillon d'acceptation (ASTRA)	Evaluation rapide du trachome
Plan d'échantillonnage	Echantillon à grappes à un ou plusieurs stades. Sélection aléatoire.	Echantillon aléatoire stratifié – modifié LQAS*	Echantillon pratique. Sélection non aléatoire.
Sous-populations	Appelées grappes. Se basent sur les limites géographiques ou politiques. Supposées être hétérogènes.	Appelées lots. Se fondent sur des limites géographiques ou politiques. Supposées être homogènes.	Villages ou communautés.
Taille de l'échantillon	Estimation basée sur une proportion de la population.	Estimation basée sur le test d'hypothèse (proportion souhaitée et niveau d'erreurs du Type I et Type II).	Echantillon fixe de 50 enfants âgés de 1 à 9 ans.
Liste des unités	Liste des unités d'échantillonnage primaires, recensement complet n'est pas nécessaire.	Recensement de la population est essentiel.	Pas de recensement nécessaire.
Base du résultat d'inférence	Intervalle de confiance pour l'estimation	Test d'hypothèse	
Résultat	Estimation générale de la population (par exemple, prévalence) A ne pas calculer l'estimation des grappes individuelles.	Lots individuels jugés acceptables ou non acceptables. Estimations générales si un point seuil n'est pas utilisé.	Proportions dans chaque village ou communauté.
Pondération de l'échantillon	Auto-pondération si PPS.		Pondération n'est pas nécessaire.
Coût	Moins de temps de déplacement et moins de préparations. Coût moindre car recensement n'est pas nécessaire.	Faible coût suite à de petites tailles d'échantillon. Besoin d'échantillonner chaque lot peut faire grimper le coût pour les recensements de la population.	Peu chère car l'échantillon est pratique.
Raisons des éventuels biais	Regroupement géographique de l'échantillon.	Petits échantillons dans chaque lot.	Biais de sélection
Avantages	Simple et efficace. Recensement auprès de la population n'est pas nécessaire. De multiples indicateurs peuvent être évalués dans une enquête.	Petites tailles d'échantillon pour décider de l'acceptabilité d'un lot. Convient à de petites unités d'étude.	

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

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

ASTRA repose sur l'échantillonnage d'assurance de qualité du lot (AQL). C'est la méthode recommandée pour cerner et classer les communautés qui ont une prévalence faible ou élevée du trachome. La méthode AQL est empruntée de l'industrie manufacturière aux fins de contrôle de qualité et elle est utilisée par les services publics de santé pour évaluer la couverture vaccinale. Ce type d'enquête n'a pas de taille fixe d'échantillon et l'échantillonnage pourra s'arrêter une fois dépassé le nombre de défauts autorisés. Cette méthodologie sert essentiellement à déterminer si un lot de produits est « acceptable » ou « non acceptable ». Pour cela, on prélève un échantillon et en définit le niveau de risques acceptables qui sera pris si on n'inspecte pas chaque article. La décision à prendre consiste à déterminer le nombre d'articles « défectueux » qui doit être trouvé avant de juger que tel lot est inacceptable. Dans le cadre d'un essai ASTRA au Malawi en 2003, on a examiné des enfants âgés de 2 à 5 ans jusqu'à identification d'un nombre prédéterminé de cas de trachome actif (prévalence élevée) ou d'un total de 50 enfants échantillonnés sans qu'on ait atteint le seuil limite (faible prévalence). ASTRA n'est généralement pas utilisé pour les estimations générales de la

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

L'argument selon lequel les techniques d'évaluation rapide économisent sur les coûts ne tient pas. Par ailleurs, l'évaluation rapide se base souvent sur des échantillons qui peuvent

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

Le 14 mars 2006, l'USAID a présenté une Demande d'Application pour une somme qui devrait s'élever à 100 millions de dollars sur une période de cinq ans et qui est destinée à la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées. Le projet

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

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

Mise en œuvre de la seconde étape

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

Gestion et organisation

Coordination du programme : Sera confiée au contractant principal, RTI International soutenue en cela par Liverpool Associates in Tropical Health (LATH) et Sabin Institute.

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

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

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

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

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

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

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

	Filariose lymphatique	Onchocercose	Schistosomiase/Helminthes du sol
Distribue des médicaments	Tous les ans pendant au moins 5 ans	Oui, indéfiniment	En fonction de la prévalence

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

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

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

Données générales

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

B-~~6~~bné pd'une aprogcheintégré e

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

Stratégies

Voici les principales stratégies du projet MALTRA :

- i. Mise en œuvre de l'enveloppe complète de la stratégie CHANCE – Chirurgie pour corriger les stades avancés de la maladie ; Antibiotique (azithromycine, pommade à base de tétracycline) pour traiter l'infection active ; Lavage du visage pour prévenir la transmission de la maladie et Changement environnemental pour élargir l'accès à l'eau salubre et à un meilleur assainissement.
- ii. Lutte sélective contre le vecteur pour la prévention du paludisme – distribution de trois millions de MII dont 1,26 millions iront dans les zones du projet MALTRA. Les animateurs et les volontaires communautaires joueront un rôle clé dans la distribution des MII et l'éducation sanitaire.

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

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

Le chemin en avant

- Finaliser l'enquête initiale sur la prévalence du trachome et du paludisme :
analyse et diffusion des résultats
- Soutenir la distribution des MII au niveau des ménages



Etudes de fiabilité pour la classification et les questionnaires du trachome

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

Le tableau ci-après présente la base du

volet « A » de la stratégie CHANCE, l'Initiative Internationale du trachome (ITI), créée grâce à la collaboration de l'EMCF et de Pfizer Inc., gère un don important de Zithromax® (azithromycine) pour le traitement du trachome dans des pays d'endémicité

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

Mardi 17 avril

8:00 – 8:30 Petit déjeuner

Présentation des pays N & CE

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

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

Volet CH & A de la stratégie CHANCE

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

10:30 – 10:50 Pause café

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

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

Séances spéciales

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

12:40 – 2:00 Mises à jour du groupe sur les maladies tropicales dudi

Annexe II : ordre du jour du programme
Dix années après lancement de GET 2020 : Où en sommes-nous maintenant ?

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

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