



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

WHO/PBD/GET/99.3

Distr. : Générale

Original : Anglais

RAPPORT DE

LA TROISIEME REUNION

DE L'ALLIANCE OMS POUR

L'ELIMINATION MONDIALE

DU TRACHOME

Ouarzazate, Maroc

19-20 octobre 1998



PREVENTION DE LA CECITE ET DE LA SURDITE
Genève, Suisse

© Organisation mondiale de la Santé, 1999

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION		4
1. ACTIVITES ENTREPRISES EN VUE DE L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME (EMT) DU 1^{er} JANVIER AU 15 OCTOBRE 1998		5
1.1	Compte rendu d'activités par le Secrétariat de l'Alliance de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Elimination mondiale du Trachome	5
1.2	Compte rendu d'activités par les pays d'endémie représentés à la réunion et où il existe un programme de lutte contre le trachome	7
1.2.1	Burkina Faso	7
1.2.2	Gambie	8
1.2.3	Kenya	9
1.2.4	Mali	10
1.2.5	Maroc	12
1.3	Compte rendu d'activités par les pays d'endémie représentés à la réunion et où un programme de lutte contre le trachome est prévu	14
1.3.1	Ethiopie	14
1.3.2	Mauritanie	15
1.3.3	Niger	15
1.3.4	Sénégal	16
1.4	Communications d'autres membres de l'Alliance	16
1.4.1	African Medical and Research Foundation (AMREF)	16
1.4.2	Fondation Al-Noor, Egypte	17
1.4.3	Carter Center/Global 2000	17
1.4.4	Fondation Edna McConnell Clark (EMCF)	17
1.4.5	International Eye Foundation (IEF)	18
1.4.6	Seva Foundation	18
2. LE POINT SUR LA METHODOLOGIE D'APPRECIATION RAPIDE DU TRACHOME		18
3. CHIRURGIE DU TRICHIASIS		19
3.1	Résultats de l'essai sur le terrain de la boîte à chirurgie du trichiasis à prix modique réalisé à l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), Bamako, Mali	19
3.2	Suivi de la formation et de la qualité de la chirurgie du trichiasis	20
3.2.1	Projet de guide pour la formation à la chirurgie du trichiasis	20
3.2.2	Suivi de la qualité de la chirurgie du trichiasis	21

3.3	Etude sur l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis au Maroc	22
3.3.1	Projet de formulaire pour l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis	23
3.4	Obstacles à la chirurgie du trichiasis	23
3.4.1	Acceptation de la chirurgie du trichiasis dans une cohorte de femmes à Kongwa, Tanzanie	23
4.	LE POINT SUR LE SYSTEME D'INFORMATION GEOGRAPHIQUE (SIG) POUR LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME	24
5.	LE POINT SUR L'AZITHROMYCINE	24
5.1	Présentation de l'analyse finale des résultats des essais de terrain réalisés au Maroc	24
5.1.1	Conclusions de l'essai en population scolaire	25
5.1.2	Conclusions de l'essai en population générale	25
5.2	Mise au point de préparations pour application locale	25
5.3	Résistance	25
5.4	Autres questions	26
6.	CHANGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT	26
6.1	Projet de manuel sur la lutte contre les mouches	26
6.2	Réduction du trachome par la lutte contre les mouches	26
7.	RAPPORT SUR L'ELABORATION D'UN MODELE DE PROGRAMME DE LUTTE AU NIVEAU DU DISTRICT	27
8.	SURVEILLANCE ET EVALUATION DE L'ELIMINATION DU TRACHOME CECITANT	27
8.1	Généralités	27
8.2	Définitions	28
8.3	Caractéristiques d'un système de suivi et d'évaluation	29
8.4	Comparaison de différentes méthodes d'échantillonnage en vue de la surveillance	30
9.	RESULTATS ET PROFITS ESCOMPTEES DE LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME	31

10. LE POINT SUR LES PROJETS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE	31
10.1 Stratégies de distribution d'antibiotiques	31
10.1.1 Expérience de l'étude ACT (azithromycine contre tétracycline) en Tanzanie	31
10.1.2 Modèle d'estimation des coûts pour la distribution d'antibiotiques aux enfants au Mali	32
10.2 Recherche opérationnelle en Gambie	33
10.2.1 Etudes de cohorte	33
10.2.2 Essais en communauté	34
11. GRANDES LIGNES DU PLAN DE TRAVAIL POUR 1999	35
12. CREATION DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE CONTRE LE TRACHOME (ITI)	37
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	38
Annexe 1: Ordre du jour	41
Annexe 2: Liste des participants	42
Annexe 3: Appréciation du trachome et élaboration du programme au Guatemala et au Nigéria (Extraits d'un rapport préparé par IEF)	47
Annexe 4: Formulaire pour l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis	57
Annexe 5: Allocution du Dr Abdelouahed El Fassi, Ministre de la Santé du Royaume du Maroc	60

INTRODUCTION

La *Troisième réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome*, qui a eu lieu dans le magnifique Palais des Congrès de Ouarzazate au Maroc, en réponse à une invitation du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, a été ouverte par le Secrétaire général de la province de Ouarzazate. Au nom du Gouvernement du Maroc et du Ministère de la Santé, le Secrétaire général a souhaité la bienvenue aux participants et a déclaré que c'était un grand honneur pour le Maroc d'accueillir à Ouarzazate la première réunion de l'Alliance à se tenir en dehors de Genève, et qu'il voyait là l'expression manifeste du soutien apporté à la stratégie de lutte contre le trachome dans son pays.

Le Dr A.-D. Négrel, Secrétaire de la réunion et ophtalmologiste au Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, s'est exprimé au nom de M. M. Zeribi, représentant de l'OMS au Maroc (qui n'a pu assister à la cérémonie d'ouverture), et du Dr B. Thylefors, Directeur du Programme. Il a remercié les autorités nationales et régionales marocaines de leur généreuse hospitalité et de leur participation à l'organisation de cette réunion, et a exprimé ses remerciements au personnel du Ministère de la Santé, non seulement pour son aide dans l'organisation de cet important  v nement, mais surtout pour son appui constant, ces dix dernières années, à de nombreux projets de prévention de la cécité. Il a également souligné l'importance du rôle joué par le Programme national marocain de lutte contre le trachome en partageant avec l'Alliance son expérience et ses connaissances dans un grand nombre de domaines tels que la recherche opérationnelle, la recherche épidémiologique, les essais cliniques randomisés et l'essai sur le terrain d'une méthodologie d'appréciation rapide du trachome. Après avoir brièvement passé en revue le travail accompli par le programme national de lutte contre le trachome, il a loué les autorités marocaines pour leur engagement en vue d'atteindre l'objectif de l'élimination du trachome cécitant d'ici à l'an 2000.

Le Dr Négrel a exprimé la satisfaction de l'OMS devant l'augmentation du nombre de pays, d'agences de développement, d'organisations non gouvernementales et de fondations représentés à la réunion (voir liste des participants à l'annexe 2) et devant l'engagement résolu de l'ensemble des partenaires en vue de réaliser l'élimination du trachome partout où cette maladie constitue un lourd fardeau pour la communauté.

Le Dr P. Courtright et le Dr L. Schwab ont été élus co-rapporteurs de cette réunion, qui a été présidée par M. R. Porter et le Dr L. Pizzarello (respectivement Président et Vice-Président de l'Alliance depuis novembre 1996).

Son Excellence le Dr A. El Fassi, Ministre de la Santé, a pu assister à la dernière session de la réunion et prendre connaissance des recommandations. Il a bien voulu prononcer le discours de clôture de la réunion, dans lequel il a souligné l'importance que le Royaume du Maroc accorde à l'engagement de son pays dans la lutte contre le trachome et à la mise en œuvre des moyens nécessaires (annexe 3).

En réponse à une invitation du Ministère de la Santé, de nombreux participants ont pris part à des visites sur le terrain où ils ont pu voir par eux-mêmes les activités menées par le Programme marocain de lutte contre le trachome dans des domaines comme la formation à la chirurgie du trichiasis, la lutte contre le trachome au niveau de la communauté, et le dépistage et le traitement du trachome dans les écoles.

L'ordre du jour provisoire (annexe 1) a été adopté sans modification.

1. ACTIVITES ENTREPRISES EN VUE DE L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME (EMT) DU 1^{er} JANVIER AU 15 OCTOBRE 1998

1.1 COMPTE RENDU D'ACTIVITÉS PAR LE SECRÉTARIAT DE L'ALLIANCE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR L'ÉLIMINATION MONDIALE DU TRACHOME

COMPTE RENDU D'ACTIVITES POUR LA PERIODE 1^{er} JANVIER-15 OCTOBRE 1998

VISITES DANS LES PAYS EN VUE DE L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES NATIONAUX

Présentation de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome d'ici 2020 (EMT 2020) et promotion de la stratégie CHANCE auprès des responsables du Ministère de la Santé dans les pays suivants :

- & Algérie (visite au Siège de l'OMS de 3 représentants du Ministère de la Santé et de l'Université d'Alger pour un séminaire de formation) (février 1998)
- & Chine, provinces de Beijing et de Guangdong (Dr A.-D. Négrel)
- & Ethiopie (Dr S. P. Mariotti)
- & Soudan (Dr S. P. Mariotti)

NB : Les visites prévues au Niger, en Mauritanie, au Sénégal et en Afrique orientale ont été différées en raison de la non-réponse ou de l'indisponibilité des coordonnateurs nationaux aux dates proposées, ou des propres contraintes de temps de PBD.

Assistance technique pour la mise en place des activités de lutte contre le trachome

- & Oman (Dr A. D. Négrel)
- & Maroc (Dr A. D. Négrel)

Essai sur le terrain et mise en application de la méthodologie d'appréciation rapide du trachome (ART) au Mali et au Maroc.

PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA DOCUMENTATION

Préparation du projet de **guide pour l'appréciation rapide du trachome (ART)**

Mise au point d'une série de 20 diapositives (en anglais et français) pour la promotion de l'EMT et de la stratégie CHANCE, disponible pour tous les membres de l'Alliance intéressés et destinée aux premiers contacts avec les pays d'endémie potentiels ou avec tout partenaire engagé dans la lutte contre le trachome (septembre 1998)

Publication du premier numéro du **bulletin "Traquons le trachome"** (juin 1998)

Documentation pour le deuxième numéro du **bulletin "Traquons le trachome"** (contributions demandées aux membres de l'Alliance) (en cours)

Préparation et diffusion du rapport de la deuxième réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome (en anglais et français)

Préparation d'un **Atlas du trachome** à partir des informations disponibles dans la banque de données sur le trachome (impression de la version finale prévue en 1999)

Préparation d'un **guide de l'assainissement de base** au niveau du village dans les zones d'endémie trachomateuse

Diffusion du matériel d'information (rapports de l'Alliance, manuels de la stratégie CHANCE, etc.) (en cours)

Constitution et mise à jour d'une liste d'adresses pour la diffusion de la documentation sur le trachome

COMPTE RENDU D'ACTIVITES POUR LA PERIODE 1^{er} JANVIER-15 OCTOBRE 1998

RECHERCHE OPERATIONNELLE ET ETUDES DE TERRAIN

- # Validation de la méthodologie ART définitive sur des sites d'étude situés dans les pays d'endémie (en cours)
- # Achèvement de la validation de la boîte à chirurgie du trichiasis à prix modique
- # Assistance technique dans le cadre de l'essai en communauté sur l'utilisation comparée de l'azithromycine et de la tétracycline dans le traitement du trachome
- # Poursuite de la mise au point de protocoles pour :
 - < un système de suivi et de surveillance pour les programmes nationaux d'élimination du trachome cécitant
 - < l'évaluation des progrès réalisés par les programmes nationaux sur la voie de l'élimination mondiale du trachome

ACTIVITES DE FORMATION

- # Préparation de modules de formation pour les ateliers du Ghana et de Cambridge sur l'appréciation du trachome et la lutte antitrachomateuse (Accra, Ghana : 30 novembre 1998 - 2 décembre 1998 et Cambridge, Royaume-Uni : 14-18 décembre 1998)
- # Collaboration avec l'International Centre for Eye Health pour l'organisation de l'atelier de Cambridge
- # Préparation du matériel didactique sur l'appréciation rapide du trachome

RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE COMMUNICATION ET D' INFORMATION

par le biais des médias suivants :

- # Système Majordomo prêt pour les abonnements (<ftp://majordomo.who.ch>)
- # Espace de conversation en ligne disponible sur le serveur Internet de l'OMS (<http://www.who.ch>)
- # Consultation des données sur Internet avec accès restreint (projet différé en raison du changement de pare-feu dans le système informatique de l'OMS. La nouvelle politique d'accès aux données n'est pas encore décidée. Il sera éventuellement nécessaire d'installer un serveur PBD pour la consultation des données sur Internet)
- # Série de diapositives sur l'Alliance OMS et la stratégie CHANCE, visible à l'adresse <http://www.who.ch/pbd/trachoma> (en anglais et français)
- # **Bulletin "Traquons le trachome"** à l'adresse <http://www.who.ch/pbd/trachoma> (en attente de l'achat du logiciel nécessaire)
- # Système de vidéoconférence en ligne avec le personnel de PBD via MS-Netmeeting

ACTIVITES D' INFORMATION ET DE COORDINATION DANS LE CADRE DES REUNIONS DE L' ALLIANCE

- # Préparation et accueil de la deuxième réunion de l'Alliance OMS pour l'EMT, Genève (janvier 1998)
- # Préparation de la troisième réunion de l'Alliance OMS pour l'EMT, Ouarzazate, Maroc (octobre 1998)

1.2 COMPTE RENDU D'ACTIVITES PAR LES PAYS D'ENDEMIE REPRESENTES A LA REUNION ET DANS LESQUELS IL EXISTE UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

1.2.1 Burkina Faso (Dr J.-F. Schémann pour le Dr L. Ilboudo)

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome, effectuée en 1997 par le Programme national de lutte contre la cécité (PNLC) et l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), a permis d'évaluer la situation épidémiologique du trachome au Burkina Faso. Les données de cette enquête montrent que le trachome constitue un problème de santé publique à l'échelle nationale. Sur les 8 régions étudiées, 5 sont touchées par des cas de trachome évolutif et une seule est indemne de complications trachomateuses. Les résultats montrent que 26,8% des enfants de moins de 10 ans ont un TF, avec des pics atteignant 43 et 45,5% dans les régions orientales (régions I et III), où 8,5% des femmes de plus de 15 ans ont un TT. Au total, 5,1% des adultes de plus de 15 ans ont un entropion-trichiasis, ce qui correspond à 135 000 personnes en attente de traitement chirurgical.

L'objectif principal du Programme national de lutte contre le trachome (PNLT) établi dans le cadre du PNLC est de prévenir la cécité due au trachome. Il s'agit d'un programme à base communautaire appliquant la stratégie CHANCE.

La chirurgie du trichiasis, pratiquée selon la méthode de Trabut, est réalisée à tous les niveaux, même par des infirmiers non spécialisés ayant suivi une formation adaptée. Selon les résultats de l'enquête, on estime qu'environ 200 000 personnes (135 000 femmes et 65 000 hommes) doivent être opérées. A raison de 46,75 francs français par personne et par intervention, cela représente un coût total de FRF 9 350 000.

Les antibiotiques sont destinés à la prévention et au traitement. Des cyclines pour application locale sont utilisées selon les recommandations de l'OMS, à savoir deux fois par jour pendant 60 jours ou 5 jours de suite par mois pendant 6 mois consécutifs. La distribution des antibiotiques se fait à l'échelon communautaire. D'après les résultats de l'enquête, 2 villages sur 3 (5300 villages sur les 8000 villages que compte le pays) doivent être traités, ce qui correspond à un total de 2 400 000 enfants. Le coût d'un tel traitement est estimé à environ FRF 20 000 000 (produits et distribution compris, mais sans compter le coût de l'identification des communautés).

Le nettoyage du visage fait l'objet d'une promotion par le biais de campagnes d'information, éducation et communication (IEC) principalement axées sur les mères, les chefs de village, les chefs religieux, les enseignants et les élèves.

Le changement de l'environnement et de l'habitat est maintenant perçu comme indispensable pour lutter contre la maladie, et le pays possède un Ministère de l'environnement et de l'eau ainsi qu'une politique nationale dans ce domaine. L'approvisionnement général en eau potable a débuté dans les provinces de Banwa, Kossi, Loroum, Nayala, Sourou, Passore, Yatenga et Zondoma.

De plus, une étude récente sur les mesures et les moyens de sensibilisation possibles a donné suffisamment d'informations pour la mise en œuvre d'une stratégie de communication sociale.

1.2.2 Gambie (Dr H. Faal)

Depuis la dernière réunion, des activités ont été réalisées dans les domaines suivants :

C *Stratégie CHANCE*

- Chirurgie : Une formation a été donnée à 5 formateurs en chirurgie du trichiasis et 13 infirmiers communautaires spécialistes en ophtalmologie ont reçu une formation à la chirurgie du trichiasis. Un manuel destiné aux formateurs et aux stagiaires a été mis au point et 511 opérations du trichiasis ont été effectuées au niveau de la communauté.
- Antibiotiques : 900 agents de santé communautaires ont reçu une formation aux composantes A, N et CE, et la pommade ophtalmique à la tétracycline, que l'on peut actuellement se procurer dans les établissements de santé, sera bientôt disponible au niveau de la communauté.
- N et CE : Des manuels d'activités scolaires portant sur la santé oculaire (destinés aux enseignants et aux élèves) ont été préparés et font l'objet d'essais de terrain. Des contacts avec les spécialistes des médias traditionnels ont été établis en vue de faire passer des messages sur la santé oculaire dans des chants traditionnels.

C *Gestion de l'information et système d'information géographique*

La saisie de données pour la cartographie du trachome est en cours et il reste à cartographier environ 30% des communautés. La liaison avec le système d'information géographique est retardée, dans l'attente du logiciel approprié.

C *Système de surveillance*

Une étude en collaboration avec l'International Center for Eye Health et avec le soutien de la Fondation Edna McConnell Clark est en cours en vue de la mise en place d'un système de surveillance. Toutes les informations disponibles sur le trachome ont été identifiées et les possibilités de raccordement au système général d'information sanitaire et à la structure SIG nationale ont été explorées. Des projets de méthodes de surveillance du trachome évolutif et du trichiasis ont été préparés.

C *Recherche opérationnelle*

L'achèvement d'une étude sur l'épidémiologie du trachome dans les zones urbaines et périurbaines de Gambie (prévalence et facteurs de risque), lancée en 1996, a montré que la prévalence de l'infection évolutive a augmenté dans ces régions au cours des dix dernières années. Deux pics de trachome inflammatoire évolutif ont été identifiés chez les enfants de 5 à 9 ans et les adultes de plus de 40 ans, groupe chez lequel on observe un TI. Les facteurs de risque domestiques étaient la taille de la famille, le faible niveau d'études du chef de famille et la présence de visiteurs en provenance des communautés rurales (effet possible des migrations de zones rurales à zones urbaines).

Une étude sur la transmission du trachome par les mouches synanthropes est prévue, suite aux résultats encourageants obtenus au niveau de la réduction du trachome inflammatoire évolutif après réduction de la population de mouches. On trouvera plus de détails sur cette étude dans la section 10.5 sur la recherche opérationnelle.

Une reconstitution de l'historique du trachome et de la gestion de la chirurgie du trichiasis en Gambie, réalisée par l'International Centre for Eye Health, a montré qu'un taux élevé

d'acceptation de la chirurgie du trichiasis pratiquée dans la communauté (90%) est une stratégie appropriée pour réduire le nombre de cas de trichiasis.

Une étude sur l'efficacité comparée de l'azithromycine et de la pommade ophtalmique à la tétracycline en situation réelle a été mise en route. Les résultats devraient être disponibles en 1999. On trouvera de plus amples informations à la section 10.6.

Une évaluation des connaissances de la communauté sur le trachome et les stratégies d'intervention a été effectuée. Les résultats montrent que :

- C s'occuper des enfants est la troisième, par ordre d'importance, des activités quotidiennes des femmes;
- C les grand-mères jouent un rôle important en tant que gardiennes des valeurs sociales et, par conséquent, leur influence sur la prise de décision en matière de traitement est grande auprès des personnes plus jeunes;
- C le rôle des hommes est lié aux décisions concernant les ressources du ménage, par exemple les problèmes de transport et de moyens de paiement pour se faire soigner;
- C la notion de chronicité de la maladie et la nécessité de continuer à appliquer de la pommade même en l'absence de symptômes étaient pratiquement inconnues, ainsi que le lien entre l'infection oculaire chez l'enfant et le trichiasis et la cécité chez l'adulte;
- C le nettoyage du visage était lié au traitement du trichiasis, mais non à l'infection évolutive chez l'enfant;
- C la chirurgie du trichiasis était acceptée en cas de "douleur";
- C les guérisseurs traditionnels jouent un rôle important dans la prise de décision concernant l'acceptation du traitement.

1.2.3 Kenya (Dr J. Karimurio)

Une enquête conduite par l'International Eye Foundation (IEF) en 1981 a montré que la prévalence de la cécité au Kenya était de 0,7%. Les principales causes de cécité sont la cataracte (43%), le trachome (16%) et le glaucome (14%). L'enquête a également révélé que le trachome au Kenya varie d'un district à l'autre, qu'il touche principalement les femmes, qu'il est plus répandu dans les zones arides et qu'il est influencé par le mode de vie.

Le programme de santé oculaire existant, le Kenya Ophthalmic Programme (KOP), est de plus en plus impliqué dans la lutte contre le trachome par le biais de son réseau de soins oculaires primaires et d'un groupe spécial d'ONG intéressées (African Medical Research Foundation (AMREF), Lions Clubs locaux et Kenya Society for the Blind (KSB)). Les cas de trichiasis sont actuellement pris en charge dans une cinquantaine de services de soins oculaires répartis dans 18 districts d'endémie. Les méthodes utilisées sont une variante de l'opération de Snellen, la rotation du tarse, l'épilation et, depuis mai 1998, la rotation bilamellaire du tarse. Cette nouvelle technique commence à être adoptée dans le pays suite à quatre ateliers de formation à l'intention des agents de santé oculaire organisés à Kajiado, Meru, Kapanguria et Kabarnet, avec le parrainage de la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) et de Helen Keller International et avec la participation active de l'AMREF et de la KSB. D'autres ateliers de formation sont prévus et le suivi de la chirurgie du trichiasis est à l'ordre du jour. Le KOP attend les résultats de l'évaluation du projet pilote de l'AMREF sur la lutte antitrachomateuse au niveau du district, mis en place à Kajiado, avant de décider de l'utiliser comme modèle dans

d'autres services de soins ophtalmologiques. La prochaine étape sera l'intégration totale de la lutte contre le trachome dans les soins oculaires primaires.

1.2.4 Mali (Dr D. Sacko)

Au Mali, le trachome est la deuxième cause majeure de cécité, après la cataracte. Une étude nationale sur la prévalence du trachome et de ses facteurs de risque a été réalisée en 1997. Elle a montré qu'environ 34,6% des enfants de 0 à 10 ans souffraient de trachome inflammatoire et que 1,5% des femmes de plus de 15 ans présentaient un entropion-trichiasis trachomateux. De plus, le nombre de cas de trichiasis en attente d'opération est estimé à environ 85 000.

Les résultats de l'enquête nationale sur le trachome ont conduit à la mise en place de diverses activités, reposant toutes sur la stratégie CHANCE :

a) Renforcement de la chirurgie du trichiasis

L'opération de l'entropion-trichiasis, qui était auparavant réservée au personnel spécialisé en ophtalmologie, a été étendue au personnel non spécialisé. Quinze infirmiers chefs de poste médical ont été formés à la chirurgie du trichiasis. Les dix premiers à avoir été formés ont pratiqué environ 110 opérations. Deux évaluations du travail de ces infirmiers ont montré que :

C tous pratiquaient la technique de Trabut sans risque pour le patient, comme ils l'avaient appris;

C le faible nombre de malades opérés s'explique par :

& un manque de confiance des infirmiers en eux-mêmes (à cause de leur hésitation, beaucoup de cas de trichiasis leur échappent);

& un manque de confiance de la population dans les infirmiers (la population n'ayant jamais entendu dire qu'ils examinaient les yeux s'inquiète lorsqu'ils déclarent subitement qu'il peuvent opérer);

& un manque de sensibilisation de la population à la chirurgie du trichiasis (certaines personnes sont encore très hésitantes, voire réfractaires, à la chirurgie du trichiasis; pour d'autres, l'entropion-trichiasis est héréditaire).

b) Intégration du dépistage et du traitement du trachome évolutif dans les soins de santé primaires

Le Programme national de lutte contre la cécité (PNLC) a entrepris une vaste campagne de formation aux soins oculaires primaires à l'intention du personnel de santé non spécialisé en ophtalmologie et des agents de santé de village. Environ 500 membres des personnels de santé et 200 agents de santé de village ont bénéficié de cette formation, qui a débuté en 1996 et qui se poursuit encore. Elle a eu pour principal résultat d'améliorer le diagnostic de trachome et la notification des cas.

Tableau 1

**Notification des cas de trachome par secteur dans la région de Koulikoro
en 1997 et 1998**

Secteur	1997	1998*
Banamba	410**	28
Dioïla	8	5
Kangaba	8	10
Kati	263	289
Kolokani	143	111
Koulikoro	39	18
Nara	38	16

* Premier et deuxième trimestres.

** Banamba est l'endroit où a eu lieu la formation à la chirurgie du trichiasis.

La formation des agents de santé de village a également permis d'améliorer le recrutement des cas de trichiasis dans le service de soins oculaires de Koulikoro et à l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA).

**Tableau 2
Nombre de cas de trichiasis opérés à Koulikoro en 1996, 1997 et 1998**

1996	1997	1998*
10	161	61 (171**)

* Premier et deuxième trimestres.

** (171) = ensemble de la région.

c) *Mise en place d'une campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le trachome*

Le PNLC a élaboré une stratégie IEC sur la lutte contre le trachome. A partir d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), des messages éducatifs ont été conçus. Une boîte à images et une cassette audio ont été réalisées pour les messages diffusés à la population sur le mode de transmission, la prévention et le traitement du trachome, et également sur ses complications et sur la chirurgie du trichiasis. La campagne lancée à Koulikoro en octobre 1997 a été évaluée en janvier et février 1998. Les messages ont bien été diffusés à la population au cours de séances avec la boîte à images, d'émissions de radio et de réunions organisées autour de la cassette audio. Une supervision externe - de la stratégie nationale IEC ou de la formation aux soins oculaires dans la région de Koulikoro - a montré que l'IEC sur le trachome est bien menée par les agents formés à cet effet et que les messages sont bien perçus par la population.

En février 1998, le PNLC a organisé une réunion d'information sur le trachome, regroupant les partenaires intervenant ou se préparant à intervenir dans la lutte contre le trachome au Mali, dont des représentants de l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), de Sight Savers International (SSI), de la Croix-Rouge suisse, de l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC) et de Médecins sans Frontières (MSF Luxembourg). Tous les participants ont montré qu'ils étaient prêts à appuyer les efforts nationaux en vue de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Les conclusions et recommandations de cette réunion ont été présentées aux autorités nationales.

En juin 1998, le Programme national de lutte contre la cécité a reçu la visite de représentants de la Fondation Edna McConnell Clark, de Pfizer Inc. et de l'Initiative internationale contre le trachome (ITI) qui désiraient s'enquérir des perspectives de collaboration future dans le cadre de l'Alliance OMS et des réalités sur le terrain en matière de lutte contre le trachome au

Mali. La mission a pu rencontrer le Secrétaire général de la Santé ainsi que le Directeur national de la Santé et le Chef de la Division d'Epidémiologie.

Une autre réunion a été organisée avec les partenaires du PNLC dont des représentants de l'OMS, de Global 2000/Carter Center, de l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), de Helen Keller International (HKI), de Médecins sans Frontières (MSF Luxembourg), de l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), de Sight Savers International (SSI), de la Croix-Rouge suisse et de l'UNICEF. La réunion a permis d'évaluer l'engagement des partenaires à appuyer les efforts nationaux en vue de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Parmi les perspectives d'avenir figurent la création d'un comité national de lutte contre le trachome et l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome basé sur la stratégie CHANCE d'ici décembre 1998.

1.2.5 Maroc (Dr J. Mahjour/Dr Y. Chami Khazraji)

Les activités réalisées par le PNLC depuis la dernière réunion sont :

a) *Essai en communauté sur l'utilisation de l'azithromycine dans les campagnes de traitement de masse*

L'étude a été achevée et ses données examinées. Les résultats présentés à la réunion sont exposés dans la section 5 du présent rapport (Le point sur l'azithromycine).

b) *Formation*

Grâce à des subventions de l'EMCF, les activités de formation suivantes ont pu être réalisées :

C Chirurgie du trichiasis :

Trois sessions de formation auxquelles ont participé 13 médecins et 14 infirmiers des provinces cibles d'Errachidia, Figuig, Ouarzazate, Tata et Zagora ont été organisées. La formation consistait en une initiation à la technique chirurgicale de rotation bilamellaire du tarse. Chaque participant devait réaliser au moins 15 opérations par session, nombre qui a été dépassé par la plupart des stagiaires. Des consultations post-opératoires ont également été effectuées en présence des stagiaires pour les familiariser avec l'ensemble des complications risquant de survenir après l'intervention.

C Séminaires pour les médecins chefs de centre

Quatre séminaires de 3 jours, auxquels ont participé 49 médecins chefs de centre des cinq provinces cibles, ont été organisés sur les questions suivantes : surveillance épidémiologique, nouvelles approches de l'appréciation rapide, stratégie CHANCE, IEC, autres questions en rapport avec le trachome.

C Système d'information géographique (SIG)

Douze personnes ont été formées à l'utilisation d'un SIG par l'équipe OMS de cartographie en santé publique (HealthMap) en deux sessions de 5 jours organisées par le Ministère de la Santé dans la Division des Maladies transmissibles.

C IEC

Dans les cinq provinces cibles, 436 agents de santé et 193 membres d'autres catégories de personnel ont participé à des sessions de formation en IEC.

c) *Appréciation rapide du trachome*

L'appréciation du trachome a été réalisée selon la méthodologie proposée lors de la première réunion de l'Alliance dans les 5 provinces cibles. Les résultats ont été analysés et communiqués à l'équipe HealthMap de l'OMS pour cartographie.

d) *Interventions*

C Distribution des ressources

Le matériel et les fournitures pour la chirurgie du trichiasis et les produits pharmaceutiques pour le traitement du trachome ont été principalement acquis grâce à des subventions de l'EMCF et de Pfizer Inc., de même que le matériel informatique et les véhicules pour le service central et les services de terrain.

Le matériel destiné à l'hygiène du milieu et les fournitures pour la promotion de l'hygiène dans 20 communautés pilotes des cinq provinces cibles ont été acquis par la Division d'Hygiène du Milieu du Ministère de la Santé.

C Prise en charge du trachome et chirurgie du trichiasis

En 1998, les activités de chirurgie du trichiasis ont diminué au profit d'autres activités comme la sensibilisation du public et la détection et la prise en charge des cas de trachome et de trichiasis.

Un protocole d'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis a été élaboré en collaboration avec le Programme OMS de Prévention de la Cécité et de la Surdité (PBD) et présenté à l'Alliance. On trouvera à la section 3 (Chirurgie du trichiasis) des détails sur ce projet de protocole.

C IEC

Une journée d'information sur la campagne nationale de lutte contre le trachome a été organisée de façon à sensibiliser davantage le public aux facteurs environnementaux contribuant à la transmission de la maladie et à appeler l'attention des décideurs sur l'ampleur du problème dans les provinces cibles.

Une collaboration entre le Ministère de la Santé et les volontaires du Corps de la Paix (US) est prévue, et un programme de formation aux activités de lutte contre le trachome doit être organisé au niveau provincial à l'intention ces volontaires qui travailleront dans les villages d'endémie.

Des séances éducatives de deux types différents (pour le grand public et pour les agents de santé) ont permis d'atteindre plus de 255 000 personnes. Lors de ces séances, il était montré comment faire passer les messages appropriés. Des outils didactiques, tels que brochures, affiches, trois vidéos (pour le grand public, pour le personnel de santé et pour les décideurs), ont été produits à cette fin. La diffusion des vidéos était facilitée par la mise à disposition d'une caravane cinématographique par le Ministère de la Communication. Cette activité a eu le double impact de mobiliser les décideurs et de renforcer la sensibilisation du public. Des rapports sur les résultats des campagnes de lutte contre le trachome ont été préparés et distribués.

C Collaboration intersectorielle

Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation nationale sont convenus de la mise en œuvre d'une activité conjointe consistant en une séance d'enseignement type sur le trachome destinée aux écoles des cinq provinces cibles.

Le Ministère de la Santé et l'Office national pour l'Eau potable (ONEP) ont entrepris conjointement une campagne de promotion de l'élimination du trachome d'ici à l'an 2000 dans 23 communautés pilotes. Les principaux thèmes de la campagne étaient l'hygiène domestique, individuelle et collective, l'élimination des déchets, la promotion du concept " Famille/Communauté" , la lutte contre les mouches et la promotion du rôle de l'eau dans la santé et dans l'hygiène.

1.3 COMPTE RENDU D'ACTIVITES PAR LES PAYS D'ENDEMIIE REPRESENTES A LA REUNION ET DANS LESQUELS UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME EST PREVU

1.3.1 Ethiopie (Dr W. T. Mekuria)

Le trachome est fortement endémique en Ethiopie. Sur 60 millions d'habitants, on estime à 10 millions le nombre de personnes atteintes de trachome évolutif (TF/TI) et à 1 million le nombre de cas de trichiasis. La chirurgie du trichiasis (12 000 cas par an) est effectuée sur les ressources du pays, avec le soutien de CBM. D'autres ONG, comme Help Age et Orbis International, sont également présentes dans le pays. Un atelier national sur la dispensation des soins oculaires et la prévention de la cécité, qui s'est tenu en juillet 1998 sous l'égide de CBM, a permis de rassembler davantage de données sur l'ampleur et les causes de la cécité dans le pays, et de définir les priorités en termes de ressources humaines, d'infrastructures, de services de traitement de la cataracte et de lutte contre le trachome.

1.3.2 Mauritanie (Professeur S. E. Ahmedou)

Le trachome est considéré comme un problème de santé publique en Mauritanie. On pense qu'il s'agit de la deuxième cause de cécité, malgré l'absence de données fiables. L'établissement d'un programme national de prévention de la cécité en 1987 a permis de mettre en place des activités de lutte contre la cécité grâce à un réseau d'infirmiers spécialistes en ophtalmologie et à la création de centres de soins oculaires dans 13 *wilayas* (régions). Malheureusement, le manque de ressources qui a frappé le programme de 1991 à 1998 a considérablement entravé la mise en œuvre des activités. Actuellement, le pays dispose de cinq ophtalmologistes et de 17 infirmiers spécialistes en ophtalmologie, dont quatre seulement ont été formés à la chirurgie du trichiasis. Les principales priorités du PNPC sont :

- i) la réalisation d'une enquête nationale sur la cécité;
- ii) l'évaluation et la cartographie du trachome;
- iii) la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, essentiellement par :
 - & une formation et un recyclage en chirurgie du trichiasis,
 - & l'établissement d'un partenariat avec le Ministère de l'Environnement,
 - & la collaboration avec le programme de santé scolaire.

Un soutien financier et/ou une collaboration technique pour aider à mettre en œuvre ces activités devraient être assurés par l'Union européenne, les Lions Clubs locaux et l'OMS d'ici la fin 1999, et les autorités nationales se sont fermement engagées à intégrer la lutte antitrachomateuse dans le système de santé existant.

1.3.3 Niger (Dr A. Amza)

Deux enquêtes réalisées au Niger en 1985 et 1989 ont permis d'estimer à 1,2% la prévalence de la cécité. Le trachome évolutif (TF et TI) représenterait 2,2 millions de cas, et le nombre de cas de trichiasis en attente d'opération serait compris entre 63 000 et 100 000. Bien qu'il existe un programme national de prévention de la cécité, aucun budget n'est actuellement affecté à la cécité. Les ressources en personnel se composent de huit ophtalmologistes et 18 infirmiers spécialistes en ophtalmologie, plus quatre autres actuellement en formation et dix spécialisés en chirurgie du trichiasis. Un plus grand nombre de personnes sont actuellement en formation et une enquête nationale sur le trachome est en cours. Les principales priorités du PNPC sont :

- i) achèvement de l'enquête sur la prévalence du trachome;
- ii) mise en œuvre de la stratégie CHANCE, essentiellement par :
 - & formation du personnel de soins oculaires à la chirurgie du trichiasis,
 - & prise en charge des cas de trichiasis en attente d'opération,
 - & distribution d'antibiotiques,
 - & campagnes IEC,
 - & suivi et évaluation.

1.3.4 Sénégal (Dr M. Sall)

On évalue à 1,4% la prévalence de la cécité au Sénégal. Malheureusement, aucune enquête de prévalence n'a été faite pour valider cette estimation, fondée sur deux enquêtes réalisées au niveau du district dans trois régions du pays. Avec une prévalence de 0,26%, le trachome est considéré comme la deuxième cause majeure de cécité après la cataracte.

D'après les estimations actuelles, seuls 30% des cas de trichiasis sont opérés. Afin de mieux évaluer la prévalence du trachome dans le pays, le Programme national de Prévention de la Cécité (PNPC), établi en 1993, prévoit de réaliser une enquête nationale sur le trachome en 1999.

Les ressources en personnel se composent de 21 ophtalmologistes et de 21 infirmiers spécialistes en ophtalmologie, plus neuf infirmiers actuellement en formation.

Jusqu'à maintenant, le PNPC a organisé des campagnes d'IEC dans toutes les régions au moyen d'émissions de radio sur le trachome. Les principales priorités du PNPC sont :

- i) l'achèvement de l'enquête sur le trachome;
- ii) la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, essentiellement par :
 - & la formation du personnel des services de santé oculaire à la chirurgie du trichiasis,
 - & l'appel à des partenaires pour la mise en œuvre des composantes N et CE de la stratégie,
 - & les campagnes d'IEC,
 - & les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP).

1.4 COMMUNICATIONS D'AUTRES MEMBRES DE L'ALLIANCE

1.4.1 African Medical and Research Foundation (AMREF) (M. D. Sokooi)

Le soutien d'EMCF avec la collaboration de HKI a permis à l'AMREF, avec le Kenya Ophthalmic Programme (KOP), de former des personnels de santé des 18 districts d'endémie trachomateuse à l'intervention par rotation bilamellaire du tarse. La méthode utilisée auparavant était une variante de l'opération de Snellen, qui avait un fort taux d'échec. La rotation du tarse a un taux élevé de réussite, mais on observe certaines récurrences. Des boîtes à chirurgie du trichiasis ont été fournies aux participants à l'atelier.

Un comité d'orientation de l'initiative AMREF/Lions, comprenant des représentants du KOP du Ministère de la Santé et du Département d'Ophtalmologie de l'Université de Nairobi, a élaboré des stratégies destinées à renforcer la lutte contre le trachome dans l'ensemble des districts d'endémie et a transmis un projet de proposition au projet SightFirst du Lions Club par l'intermédiaire du Lions Club local de Dagoretti.

L'équipe de gestion de la santé au niveau du district de Kajjido a été formée aux soins oculaires primaires. Un modèle de lutte contre le trachome au niveau du district au moyen de la stratégie CHANCE a été élaboré et intégré au projet existant de soins de santé primaires.

Le soutien reçu de Pfizer Inc. a permis de poursuivre la réalisation du projet élargi de lutte contre le trachome, qui porte sur 6500 personnes et comporte la formation de plus de 180 personnes dont 76 membres de la communauté jouant le rôle de motivateurs. Ces derniers jouent un rôle clé dans la lutte contre le trachome et le suivi des activités, notamment en ce qui concerne les composantes A, N et CE de la stratégie CHANCE. Une formation à la collecte de données et à la promotion de la santé a également été fournie à 18 agents de santé itinérants.

A présent, les obstacles à la lutte contre le trachome sont la réinfection due au nomadisme et le manque de moyens de transport (pour les malades et pour les agents de santé). Il faudra donc à l'avenir résoudre ces problèmes par une extension du projet de lutte et par l'obtention d'un financement pour deux nouveaux véhicules.

1.4.2 Fondation Al-Noor, Egypte (Dr G. Ezz Al Arab)

La Fondation Al-Noor réalise actuellement avec le Ministère égyptien de la Santé une enquête sur la prévalence et les causes majeures de cécité, de déficience visuelle et de trachome dans le Gouvernorat de Menofiya dans le delta du Nil, en Egypte.

On espère que les résultats de cette enquête, qui devront être disponibles au premier semestre 1999, contribueront à montrer aux autorités nationales l'état de la situation en matière de trachome et la nécessité d'une intervention.

Actuellement, il semble que la plupart des ophtalmologistes du pays utilisent la technique de résection cunéiforme du tarse pour corriger le trichiasis trachomateux. Comme cette technique semble comporter un taux de récurrence considérable, la Fondation Al-Noor propose d'offrir des cours et des ateliers de formation aux techniques chirurgicales à l'intention des ophtalmologistes afin de promouvoir et d'appliquer la technique de rotation bilamellaire du tarse.

Une analyse des différents obstacles à la prise en charge correcte du trachome ainsi qu'une évaluation des aspects environnementaux et socio-culturels de l'épidémiologie du trachome seront réalisées d'après les résultats de la collecte de données.

1.4.3 Carter Center/Global 2000 (Dr J. Zingeser)

Grâce à une subvention de la Fondation Conrad Hilton, le Carter Center a pu établir un programme de lutte contre le trachome en 1998. Il propose de se baser sur l'expérience et les connaissances acquises dans les programmes d'éradication du ver de Guinée et de lutte contre l'onchocercose pour travailler, avec les gouvernements et les organisations partenaires, à la lutte contre le trachome par la sensibilisation, les interventions à base communautaire et la recherche opérationnelle.

Des partenariats nationaux ont été proposés selon le calendrier suivant :

- & Phase 1 : Ghana et Mali (1998)
- & Phase 2 : Niger et Yémen (1999)
- & Phase 3 : Nigéria et Soudan (2000).

Des discussions sont en cours avec le Ministère de la Santé du Ghana, du Mali et du Niger concernant une éventuelle assistance technique du Carter Center aux programmes respectifs de lutte contre le trachome dans ces pays.

1.4.4 Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) (Dr J. Cook)

EMCF continue à soutenir les activités de lutte contre le trachome au moyen de subventions aux ONG, aux Ministères de la Santé et à l'OMS dans des domaines comme l'appréciation du trachome, la formation à la chirurgie du trichiasis, le SIG, l'IEC, les interventions, la recherche opérationnelle et la coordination mondiale (OMS). Avec les représentants de la section d'activités philanthropiques de Pfizer Inc., la Fondation a annoncé la création de l'Initiative internationale contre le trachome (International Trachoma Initiative, ITI), qui devrait démarrer en novembre 1999. On trouvera à la section 12 du présent rapport de plus amples informations sur la structure de l'ITI et son mandat.

1.4.5 International Eye Foundation (IEF) (Mme V. Sheffield)

Depuis la dernière réunion, l'International Eye Foundation (IEF) a travaillé avec les Ministères de la Santé du Guatemala et du Nigéria et les ONG locales intéressées en vue d'évaluer la situation du trachome et de mettre en œuvre des programmes de lutte antitrachomateuse.

Des profils de pays ont été préparés au moyen des formulaires établis par le secrétariat de l'OMS et donnent à la fois des renseignements d'ordre général (comme l'infrastructure des soins de santé et des soins ophtalmologiques) et des informations spécifiques sur le trachome. On trouvera à l'annexe 3 de plus amples informations sur ces activités.

1.4.6 Seva Foundation (Dr P. Courtright)

SEVA collabore avec le British Columbia Centre for Epidemiologic and International Ophthalmology, le Tibet Development Fund, le Tibet Health Bureau et d'autres partenaires pour mettre en œuvre le Tibet Eye Care Assessment (TECA) en 1999 et 2000. Comme le trachome est signalé comme cause majeure de cécité, il entre dans le cadre de cette évaluation.

2. LE POINT SUR LA METHODOLOGIE D'APPRECIATION RAPIDE DU TRACHOME

Depuis la dernière réunion, la méthodologie d'appréciation rapide du trachome a été encore améliorée; en particulier, le groupe a noté que les mesures des facteurs de risque et des résultats ont été harmonisées.

Bien que certains points des protocoles restent encore à valider, une version préliminaire du manuel est disponible pour tous les pays souhaitant procéder à une appréciation rapide du trachome. L'appui technique concernant l'utilisation de ce manuel peut être fourni par l'OMS pour autant que celle-ci reçoive des informations en retour qui lui permettront d'apporter de nouvelles améliorations. La version préliminaire actuelle, basée sur un important travail de terrain réalisé au Maroc, tient compte à la fois de la maladie évolutive et de ses complications, d'un "profil communautaire" des facteurs de risque de trachome, des besoins fondamentaux en matière de soins de santé et des paramètres environnementaux et comportementaux. Elle est actuellement en cours de validation dans d'autres pays et une méthodologie finalisée devrait pouvoir être présentée à la prochaine réunion de l'Alliance.

3. CHIRURGIE DU TRICHIASIS

3.1 RÉSULTATS DE L'ESSAI SUR LE TERRAIN DE LA BOÎTE À CHIRURGIE DU TRICHIASIS À PRIX MODIQUE RÉALISÉ À L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE DE L'AFRIQUE (IOTA), BAMAKO, MALI

- C Objectifs :
- i) évaluer la qualité de la boîte à chirurgie dans un cadre chirurgical normal, en milieu hospitalier ou en ambulatoire
 - ii) évaluer sa facilité d'utilisation

C Instruments : 4 jeux d'instruments contenant chacun :

- & 1 boîte à stérilisation
- & 2 plateaux réniformes
- & 1 porte-lame
- & 1 plateau en acier inoxydable
- & 1 paire de ciseaux à conjonctive
- & 3 pinces hémostatiques de type "mosquito"

NB : La plaque de Trabut n'est pas comprise dans le jeu d'instruments

C Utilisation :

- & Chirurgie du trichiasis par la technique de Trabut
- & 2 boîtes utilisées en salle d'opération de l'IOTA et 2 boîtes utilisées pour la chirurgie en ambulatoire
- & Chaque boîte est utilisée de façon indépendante et numérotée de 1 à 4
- & Les jeux d'instruments ne sont pas attribués à un opérateur particulier, mais sont mis en commun.

Boîtes pour l'hôpital	Boîtes pour le terrain
Boîte 1 : 149 opérations (237 yeux) Boîte 2 : 104 opérations (171 yeux)	Boîte 3 : 47 opérations (70 yeux) Boîte 4 : 33 opérations (51 yeux)
Total : 253 opérations (408 yeux)	Total : 80 opérations (121 yeux)
Total : 333 opérations (529 yeux)	

C Résultats :

- & Globalement bons
- & Les instruments sont de bonne qualité et ne montrent aucune trace d'usure
- & Il reste à tester des ciseaux plus petits et des pinces à dissection
- & La boîte est trop volumineuse pour être transportée sur un vélomoteur
- & La fermeture de la boîte est fragile

C Conclusions :

La nécessité d'une boîte contenant la plaque de Trabut et munie d'une fermeture plus robuste a été notée et sera signalée au fournisseur.

Les mécanismes d'acquisition et de distribution de ces boîtes, actuellement à l'étude, seront annoncés en temps utile aux pays et aux ONG intéressées.

3.2 SUIVI DE LA FORMATION ET DE LA QUALITÉ DE LA CHIRURGIE DU TRICHIASIS

3.2.1 *Projet de guide pour la formation à la chirurgie du trichiasis*

Helen Keller International (HKI), en réponse à une demande de la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF), est en train d'élaborer un manuel du formateur pour la rotation bilamellaire du tarse à l'échelon communautaire. Ce manuel est destiné à être utilisé avec le manuel OMS *Chirurgie du trichiasis trachomateux : rotation bilamellaire du tarse*. Il présente essentiellement un programme de formation en 12 jours qui permet aux stagiaires d'acquérir les compétences techniques pour effectuer une rotation bilamellaire du tarse et également pour apprendre comment apporter ce type de service à ceux qui en ont besoin dans leur communauté, ce qui permettra d'augmenter la couverture et l'accessibilité des services de santé et de réduire les cas de cécité dus au trachome.

Cette approche a été développée en raison des nombreux obstacles auxquels se heurte la lutte contre le trachome à l'échelon communautaire et de la nécessité d'accroître l'accès aux soins et de toucher davantage de malades à l'échelon local. Les obstacles auxquels se heurte la chirurgie du trichiasis sont de plusieurs ordres : peur de l'opération, ignorance de l'existence d'un traitement, manque de moyens de transport ou de moyens financiers nécessaires pour aller à l'hôpital ou au dispensaire pour se faire opérer, méfiance vis-à-vis de l'opération, manque de satisfaction ou de confiance en la qualité des services et/ou du traitement des malades à l'hôpital. Offrir la chirurgie aux malades dans leur propre communauté apporte une réponse concrète à nombre de ces préoccupations. Les malades peuvent discuter avec ceux qui ont déjà été opérés, ce qui permet d'écartier bien des craintes, aucun coût ni inconvénient lié au transport n'est à subir, et l'avantage de l'intervention est immédiatement visible.

Le programme de 12 jours comprend :

- i) une phase d'orientation pratique sur la définition des soins de santé primaires et des soins oculaires primaires;
- ii) l'étude, la démonstration et la pratique cliniques de la rotation bilamellaire du tarse (entièrement basées sur le manuel de l'OMS);
- iii) la description du matériel, des instruments et de leur entretien (y compris la façon de se procurer les jeux d'instruments chirurgicaux);
- iv) des exercices pratiques permettant de maîtriser la technique d'incision et de suture;
- v) des informations sur le recours aux agents de santé de village pour dépister le trichiasis;
- vi) des informations sur la formation des agents de santé communautaires au suivi des malades pendant la semaine suivant l'opération;
- vii) des informations supplémentaires sur la formation des agents de santé de village ou leurs équivalents aux soins oculaires primaires;
- viii) la planification et la préparation de dispensaires de soins oculaires itinérants;
- ix) la création d'au moins 3 dispensaires de soins oculaires itinérants, dans lesquels chaque stagiaire est supervisé lorsqu'il opère le trichiasis;
- x) des visites de suivi dans les dispensaires pour enlever les points de suture;
- xi) un aperçu de la stratégie CHANCE, et des exercices de planification de la mise en œuvre de cette stratégie pour combattre le trachome à l'échelon communautaire;

- xii) une formation abrégée (2 jours) au codage du trachome;
- xiii) un aperçu des méthodes d'appréciation rapide du trachome;
- xiv) une épreuve avant et après formation;
- xv) la surveillance du programme au moyen de formulaires et de dossiers.

Ce manuel devrait être disponible au cours de l'année 1999.

3.2.2 Suivi de la qualité de la chirurgie du trichiasis

La surveillance de tous les malades ayant subi une chirurgie du trichiasis est nécessaire pour deux raisons. Tout d'abord, il faut pouvoir recenser ceux chez qui le trichiasis a récidivé de façon à les retraiter de façon appropriée. Ensuite, la surveillance permet de déterminer le taux de récidive, qu'on utilisera pour mesurer la qualité de l'intervention.

Un opérateur du trichiasis doit chercher à obtenir un taux de récidive (déviation des cils) à un an de moins de 20% chez ses malades, qu'ils aient présenté un trichiasis mineur ou majeur. Ces chiffres sont basés sur les données obtenues par Reacher et ses collaborateurs et sont de l'ordre de ceux rapportés pour la chirurgie du trichiasis à l'échelon communautaire.

Comme tous les sujets qui ont été opérés d'un trichiasis risquent de faire une récidive, il faut assurer un suivi au long cours. En général, on peut prévoir que les personnes atteintes de trichiasis seront identifiées par les agents de santé communautaires. Il faut donc que ceux-ci reçoivent la liste des personnes ayant subi une opération du trichiasis et qui doivent être réexaminées au moins une fois par an. L'opérateur doit faire en sorte que la communication avec les agents de santé communautaires soit bonne de façon qu'on lui envoie tous les cas de récidive et qu'on lui transmette les résultats de toutes les visites de suivi.

Trois indicateurs essentiels permettent d'évaluer les résultats d'un programme de chirurgie du trichiasis

- i) la prévalence du trichiasis chez les personnes de plus de 30 ans (hommes et femmes);
- ii) le pourcentage des cas de trichiasis ayant été opérés;
- iii) le taux de récidive du trichiasis chez les personnes opérées.

Pour des raisons d'ordre programmatique, ces statistiques de base doivent être complétées par des renseignements concernant le nombre total de personnes à risque dans chaque groupe (dénominateur) et le nombre total de personnes réellement examinées (taux de vérification).

3.3 ETUDE SUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA CHIRURGIE DU TRICHIASIS AU MAROC

Il est prévu de conduire une étude sur l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis dans tous les centres de santé des provinces de Zagora et d'Errachidia. On espère que les résultats, qui devraient être connus en 1999, serviront de base à l'élaboration d'un protocole de référence pour l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis.

Les buts et les hypothèses de départ de l'étude sont les suivants :

- i) Buts :

C Evaluer la qualité des résultats de la chirurgie du trichiasis effectuée dans les provinces ci-dessus depuis 1996 (année de référence pour les activités de formation) en termes de :

& survenue de complications au cours des six premiers mois suivant l'opération;

& récurrence au bout d'une période d'au moins six mois, un an et deux ans.

C Evaluer l'impact fonctionnel de la chirurgie sur l'acuité visuelle de l'œil opéré et sur la capacité visuelle totale du patient.

C Evaluer le niveau de satisfaction de l'opéré.

ii) Hypothèses :

C Des complications postopératoires surviennent chez moins de 10% des malades six mois après l'opération.

C L'opération telle qu'elle est effectuée conduit à moins de 10% de récurrences (totales ou partielles).

C Plus de 90% des patients sont satisfaits des résultats de l'opération.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur trois cohortes constituées par tirage au sort comme suit :

i) une cohorte de patients opérés au moins six mois auparavant, pour évaluer la survenue de complications et de récurrences;

ii) une cohorte de patients opérés au moins un an auparavant;

iii) une cohorte de patients opérés au moins deux ans auparavant, pour évaluer les récurrences.

Pour assurer une précision de $\pm 4\%$ autour d'un taux de récurrence estimé de 10% pendant les six premiers mois, chaque cohorte doit comprendre environ 250 personnes. Le même nombre de personnes sera nécessaire pour estimer les taux de récurrence à un ou deux ans avec la même précision. Au total, 750 personnes réparties dans les deux provinces seront recrutées dans l'étude.

Les résultats de cette étude devront être présentés à la prochaine réunion de l'Alliance en décembre 1999, ainsi que ceux d'une étude similaire qui doit être réalisée dans le Sultanat d'Oman au début de 1999.

3.3.1 Projet de formulaire pour l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis

Un projet de formulaire pour l'évaluation de la qualité de la chirurgie du trichiasis a été préparé par le secrétariat de l'Alliance OMS (voir annexe 5).

3.4 OBSTACLES A LA CHIRURGIE DU TRICHIASIS

3.4.1 Acceptation de la chirurgie du trichiasis dans une cohorte de femmes à Kongwa, Tanzanie

En 1989, 205 femmes souffrant de trichiasis ont reçu une information relative à l'opération et se sont vu proposer un transport gratuit jusqu'au centre de santé. Deux ans plus tard, une étude de suivi a montré que 18% seulement de ces femmes s'étaient fait opérer. De plus, une évaluation réalisée dans le cadre d'un programme de chirurgie à base communautaire en 1996 a montré qu'au bout de

7 ans 27% seulement des femmes s'étaient fait opérer, malgré les avantages offerts par le programme en termes de réduction du temps de transport et de durée d'hospitalisation. Parmi les 135 femmes réinterrogées, il a été demandé à celles qui n'avaient pas accepté l'intervention à quelles conditions elles se feraient soigner. On a obtenu les résultats suivants:

Tableau 3

Conditions qui permettraient d'augmenter l'acceptation de l'opération (n = 98)	%
Aucune	52,0
Etre accompagnée par une autre personne	23,5
Avoir de l'argent	15,3
Que l'opération ait lieu dans le village	5,1
La patiente estime que l'opération n'est pas nécessaire	3,1
Avoir quelqu'un pour s'occuper des enfants	1,0

Dans les études réalisées en Afrique orientale, les recommandations sur la chirurgie du trichiasis ont été peu suivies. Les planificateurs chargés de mettre en œuvre la stratégie CHANCE de lutte contre le trachome doivent être conscients du fait que la formation d'opérateurs du trichiasis n'est que l'un des éléments de l'intervention. Etant donné la forte proportion de personnes réticentes à se faire opérer observée dans l'étude ci-dessus, il est urgent de recueillir davantage de données sur la façon d'améliorer l'acceptabilité et l'accessibilité de la chirurgie du trichiasis pour les habitants des régions d'endémie trachomateuse.

4. LE POINT SUR LE SYSTEME D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE (SIG) POUR LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME

Sur la base du logiciel SIG existant, de nouvelles applications simplifiées ont été élaborées pour faciliter la gestion et l'utilisation des données disponibles. Un nouveau logiciel appelé HealthMapper a été développé à l'unité Cartographie en santé publique (HealthMap) de l'OMS afin d'avoir non seulement une interface plus conviviale, mais également de simplifier la collecte, le stockage, l'extraction, la gestion et l'analyse des données de santé publique au niveau local comme au niveau mondial. Cette version est constituée des éléments suivants :

- i) une base de données géographiques standardisées (population, villages, postes de santé, infrastructures);
- ii) un gestionnaire de données (interface conviviale pour la saisie et le stockage des données, la création de rapports et l'exportation de données aux fins d'analyse statistique);
- iii) une interface de cartographie permettant de créer une carte interactive avec représentation graphique des données pertinentes par simple sélection d'une région, d'un district ou d'une communauté à l'intérieur d'un pays.

Certaines des caractéristiques de cette nouvelle application seront adaptées aux activités de lutte contre le trachome en collaboration étroite avec PBD avant son expérimentation et sa mise à la disposition de tous les pays intéressés et des membres de l'Alliance. Une base centrale de données sur le trachome et de données des systèmes de santé par pays sera créée au Siège de l'OMS, et les données pertinentes seront mises à disposition grâce à un système de recherche documentaire sur

Internet et à la production et la distribution d'un CD-ROM, en fonction des ressources disponibles (humaines et financières).

5. LE POINT SUR L'AZITHROMYCINE

5.1 PRÉSENTATION DE L'ANALYSE FINALE DES RESULTATS DES ESSAIS DE TERRAIN REALISES AU MAROC

Les résultats définitifs de l'essai randomisé en communauté sur l'utilisation de l'azithromycine et de la tétracycline à 1% pour le traitement du trachome ont été présentés.

Cette étude a été réalisée dans deux des provinces les plus endémiques du Maroc, Ouarzazate et Errachidia. A Ouarzazate, l'étude s'est intéressée à la population générale (tous âges et sexes confondus), tandis qu'à Errachidia elle a été axée sur les écoliers de moins de 15 ans (filles et garçons).

L'étude avait pour but :

- i) de comparer l'efficacité des protocoles thérapeutiques suivants :
 - & azithromycine en dose unique,
 - & azithromycine en deux doses à six mois d'intervalle,
 - & pommade à la tétracycline à 1% à raison de deux applications par jour pendant six semaines;
- ii) d'étudier l'émergence de nouveaux cas de trachome évolutif dans la population à l'étude afin d'évaluer l'incidence de la maladie.

5.1.1 Conclusions de l'essai en population scolaire

- C Le traitement par l'azithromycine en deux doses était significativement plus efficace contre le trachome que le traitement en une dose ou la pommade à la tétracycline.
- C Dans le groupe de traitement par l'azithromycine en deux doses, les enfants présentant un trachome intense au départ bénéficiaient davantage de l'effet du traitement que ceux qui présentaient un trachome folliculaire au même moment; 94,6% des enfants atteints de trachome intense au départ étaient guéris à 12 mois, contre 89,5% de ceux atteints de trachome folliculaire.

5.1.2 Conclusions de l'essai en population générale

- C L'azithromycine et la pommade à la tétracycline sont toutes deux efficaces pour traiter le trachome.
- C Une deuxième dose d'azithromycine au bout de six mois protège davantage contre la récurrence à un an que le traitement par une seule dose, mais aucun de ces schémas n'est significativement différent du traitement de six semaines par la pommade à la tétracycline.
- C L'azithromycine est bien acceptée par la population et plus facile à administrer que la pommade à la tétracycline, surtout chez les jeunes enfants.
- C Les politiques de santé publique concernant le traitement et la prévention du trachome dans la communauté doivent tenir compte du coût du médicament et de son administration, et non seulement de son efficacité.

5.2 MISE AU POINT DE PREPARATIONS POUR APPLICATION LOCALE

Cette question a été peu abordée à la réunion étant donné qu'il reste encore à trouver un fabricant intéressé par la mise au point et la production d'une préparation d'azithromycine pour application locale. L'OMS a été priée de poursuivre l'exploration de cette voie.

5.3 RÉSISTANCE

Pfizer Inc. contrôle en permanence l'efficacité de l'azithromycine et informe l'OMS de l'émergence de toute souche résistante. D'après les données de la surveillance continue, il existe une résistance de *S. pneumoniae* à la pénicilline et aux macrolides en Espagne, en France, en Belgique, en Corée et au Japon. Des recherches préliminaires ont été menées sur le coût et l'observance associés à différentes stratégies de distribution de l'azithromycine.

Le groupe a recommandé que les résultats de la surveillance de la résistance à l'azithromycine, notamment chez les personnes traitées pour un trachome, soient rapportés à intervalles réguliers.

5.4 AUTRES QUESTIONS

La section d'activités philanthropiques de Pfizer Inc. a annoncé, avec la Fondation Edna McConnell Clark, la création d'une nouvelle organisation à but non lucratif, l'Initiative internationale contre le trachome (ITI), chargée d'administrer son programme de dons de Zithromax® (azithromycine). Ce don, d'une valeur de US \$66 millions, est destiné au traitement dans l'ensemble des pays touchés par le trachome, mais sera subordonné à la réussite du programme dans les pays pilotes. On trouvera à la section 12 du présent rapport de plus amples informations sur la mission et la structure de l'ITI.

6. CHANGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

6.1 PROJET DE MANUEL SUR LA LUTTE CONTRE LES MOUCHES

Le Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité et le Programme sur l'Eau, l'Assainissement et la Santé préparent actuellement un document sur les mesures environnementales et les pratiques d'hygiène qui favorisent la prévention du trachome. Ce document vise principalement les agents de santé de village, les chefs de village et autres acteurs locaux souhaitant participer à l'amélioration de l'assainissement dans leur communauté. Les mesures environnementales recommandées portent sur la lutte contre les mouches, l'évacuation des excreta et des déchets, l'hygiène alimentaire et les animaux domestiques. Elles seront complétées par d'autres mesures de base en matière d'hygiène et d'assainissement, non spécifiquement axées sur la prévention du trachome.

Après finalisation, le manuel sera testé sur le terrain et distribué aux programmes nationaux et aux membres de l'Alliance.

6.2 RÉDUCTION DU TRACHOME PAR LA LUTTE CONTRE LES MOUCHES

Les mouches domestiques sont fréquemment citées en tant que vecteurs du trachome, mais leur rôle n'a jamais fait l'objet d'une évaluation quantitative. Une étude réalisée dans des villages de Gambie a évalué l'impact direct de la lutte contre les mouches sur le trachome. L'étude a été réalisée dans deux paires de villages ruraux similaires, pour l'une en 1997 pendant la saison humide et pour l'autre en 1998 pendant la saison sèche. Des pulvérisations de deltaméthrine contre les mouches ont été effectuées pendant trois mois dans un village, tandis que l'autre servait de témoin. Les populations de mouches étaient évaluées au moyen de pièges. Le contact mouche-œil était mesuré par capture, avec un filet à main, des mouches attirées par des enfants infectés. Des enquêtes sur le trachome ont été réalisées dans tous les groupes d'âge au début de l'étude et au bout de trois mois. Parmi les

mouches capturées alors qu'elles cherchaient à se poser sur les yeux, 92% appartenait à l'espèce *Musca sorbens* et 8% à l'espèce *Musca domestica*. La lutte contre les mouches a entraîné une réduction de 76% de l'effectif de ces espèces dans les villages d'intervention par rapport aux villages témoins. Le contact mouche-œil a été réduit de 96%. Les muscides (en particulier *M. sorbens*) sont des vecteurs importants de trachome dans cet environnement, puisque les mouches sont responsables de 75% de la transmission. En détruisant les mouches on réduit de façon significative la transmission du trachome. La deltaméthrine est efficace et pourrait être utilisée dans des programmes d'élimination. Ces résultats devront être vérifiés et les recherches visant à mettre au point des méthodes durables de lutte contre les mouches devront avoir la priorité.

7. RAPPORT SUR L'ELABORATION D'UN MODELE DE PROGRAMME DE LUTTE AU NIVEAU DU DISTRICT

L'expérience du comité de village de Tafergalt, un village rural situé à 10 km d'Agdez dans la province de Zagora au Maroc, a été signalée en tant que modèle possible pour la lutte contre le trachome. Sa population de 1766 habitants se compose de 240 foyers qui vivent principalement d'agriculture et d'élevage. Les critères de sélection étaient la prévalence du trachome, l'hygiène globalement médiocre et le désir de la population de participer à l'expérience.

Il s'agissait d'amener la communauté à adopter un comportement social capable d'empêcher la transmission de la maladie. Pour cela, le comité a reçu le soutien technique d'équipes d'assainissement, principalement en matière d'information, éducation et communication sur la lutte antitrachomateuse (la maladie, son mode de transmission, les facteurs de risque et les moyens de prévention et de lutte), et au sujet de l'utilisation du matériel de lutte contre les mouches. Le comité a également bénéficié d'une quantité notable de matériel et de produits d'hygiène, y compris de matériel pour la conservation de la qualité de l'eau de boisson.

Les activités du comité de village consistaient en :

- & campagnes sur l'hygiène de l'environnement;
- & construction de latrines;
- & séparation des étables et des logements;
- & gestion des tas de fumier;
- & lutte chimique contre les mouches;
- & campagnes de sensibilisation sur un comportement favorable à l'hygiène;
- & participation aux activités des services de santé.

Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer l'impact de cette expérience en termes de changements de l'environnement, il semble y avoir une très bonne collaboration de la population et une prise de conscience du fait qu'elle peut jouer un rôle actif en s'occupant de ses propres problèmes. Les développements et les résultats de cette étude seront rapportés ultérieurement.

8. SURVEILLANCE ET EVALUATION DE L'ELIMINATION DU TRACHOME CECITANT

8.1 GÉNÉRALITÉS

Tout programme d'élimination du trachome, quelle que soit sa taille, est soumis par ses administrateurs à un examen périodique.

Le **suivi**, la **surveillance** et l'**évaluation** sont nécessaires pour apprécier et démontrer les réalisations d'un programme et pour identifier les lacunes auxquelles il faut remédier afin de le renforcer. Une bonne appréciation de l'effet escompté est indispensable si l'on veut démontrer aux principaux responsables et décideurs que le programme réalise ses buts et objectifs à court, moyen et long terme. En l'absence d'un suivi ou d'une évaluation systématiques, il n'est généralement pas

possible de surmonter les contraintes et les problèmes ou de déterminer régulièrement si le programme pourrait ou non être exécuté plus efficacement.

Par conséquent, des instruments de gestion pratiques (et un système efficient d'information pour la gestion) sont indispensables pour que les pays exécutent et suivent efficacement leur programme d'élimination du trachome cécitant. La lutte contre le trachome, qui est basée sur la mise en œuvre généralisée de la stratégie CHANCE, suppose l'adoption d'approches de suivi, de surveillance de la maladie et d'évaluation simples, peu coûteuses et axées sur le terrain. Dans l'idéal, il faudrait mesurer périodiquement l'ampleur du problème du trachome (nombre de cas) et son intensité (complications potentiellement cécitantes), en les rapportant à la population, au lieu géographique et au moment considérés.

Le seul moyen scientifique d'apprécier de façon approximative la prévalence vraie de la maladie est d'effectuer une enquête par sondage qui, malheureusement, exige un échantillon de grande taille pour avoir une précision acceptable et qui, de toute façon, sera entachée de divers biais et erreurs autres que des erreurs d'échantillonnage. A l'avenir, la méthodologie d'appréciation rapide du trachome pourrait devenir une solution de remplacement acceptable pour déterminer l'existence de la maladie à un moment et en un lieu donnés.

De plus, l'évolution des tendances et de la distribution du trachome (si, comme prévu, les interventions sont couronnées de succès) obligera à l'avenir à appliquer des méthodes spéciales, par exemple pour évaluer les faibles taux d'incidence, déterminer les personnes à risque de trichiasis et surmonter les problèmes et contraintes de la phase finale afin de pouvoir certifier l'"élimination" dans les zones d'endémie trachomateuse.

Compte tenu du tableau épidémiologique, de la nature même du trachome et des caractéristiques des communautés atteintes, les outils d'aide à la décision en matière de planification, suivi et évaluation d'un programme d'élimination du trachome devront être basés essentiellement sur une information qui puisse être collectée par le personnel de santé sur le terrain, par exemple en enregistrant systématiquement les cas diagnostiqués et/ou traités dans les centres de santé (consultations ambulatoires ou activités de chirurgie du trichiasis), ou les patients vus par les équipes itinérantes lors d'activités au niveau périphérique.

Toutefois, dans certaines situations, il peut être nécessaire de faire appel à des méthodes plus sophistiquées comme les systèmes sentinelles pour la surveillance ou des enquêtes pour l'évaluation finale de l'impact du projet. Etant donné que l'objectif final du programme est l'élimination du trachome cécitant, il faut être en mesure de mesurer cette élimination et de l'imputer au programme. Ce type d'évaluation n'est pas facile et doit être réalisé au moyen d'études spéciales exigeant des ressources plus importantes.

Les activités de suivi, de surveillance et d'évaluation exigent des ressources en termes de temps, de logistique et de personnel. Elles doivent par conséquent faire partie intégrante de tout programme d'élimination du trachome dès la phase de planification, et il convient d'y affecter des ressources suffisantes.

8.2 DÉFINITIONS

- C **Examen** : Processus systématique de collecte, de présentation et d'analyse des divers types d'informations fournies par un programme de lutte, y compris les indicateurs qualitatifs et les indicateurs de suivi et/ou d'évaluation (parfois appelés indicateurs épidémiologiques et opérationnels).
- C **Suivi** : Collecte et analyse périodiques d'indicateurs choisis pour permettre aux administrateurs de déterminer si les activités clés sont exécutées comme prévu et si elles ont les effets escomptés sur la population cible.

“Dans le cadre de la gestion, le suivi est le contrôle continu de l'exécution d'une activité qui vise à s'assurer que l'apport des intrants, les programmes d'activité, les productions escomptées et les autres activités nécessaires se déroulent conformément aux prévisions.”¹

“Pour certains, le suivi implique une intervention à la lumière de mesures observées. Le suivi ne doit pas être confondu avec la surveillance.”¹

C **Surveillance** : *“Collecte, analyse et interprétation continues et systématiques de données sanitaires au cours du processus de description et de suivi d'événements sanitaires. L'information ainsi recueillie est utilisée pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'intervention en santé publique. Les données de la surveillance permettent à la fois de déterminer la nécessité d'une action de santé publique et d'évaluer l'efficacité des programmes.”²*

C **Evaluation** : *“Processus qui vise à déterminer d'une manière aussi systématique et objective que possible la pertinence, l'efficacité et l'impact des activités en fonction de leurs objectifs. On peut distinguer divers types d'évaluation, par exemple l'évaluation d'une progression, d'un processus, de résultats, etc.”²*

8.3 CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Un tel système doit prendre en considération les critères suivants :

- C Pourquoi cette information est-elle nécessaire ?
- C Comment peut-elle être analysée ?
- C Comment doit-elle être utilisée pour améliorer la lutte contre le trachome dans une communauté donnée ?

Compte tenu de ces observations, les examinateurs et les administrateurs d'un programme doivent répondre aux quatre questions suivantes :

- i) **Quelles sont actuellement l'ampleur du problème du trachome et l'importance de sa transmission ?** (On peut utiliser à cet effet des indicateurs en rapport avec la maladie. Le principal problème consiste à recueillir et analyser ces indicateurs à moindre coût, notamment s'il s'agit d'une maladie irrégulièrement répartie.)
- ii) **Quel type d'activités convient-il de suivre ?** (Cela dépendra des activités définies dans le plan d'action national. Toutefois, certaines activités clés se retrouvent dans tous les plans, par exemple le dépistage des cas et leur prise en charge (quantitative et qualitative), tant au cours de la phase aiguë qu'au moment de la phase cicatricielle tardive (prévention de l'incapacité.)
- iii) **Dispose-t-on des ressources nécessaires pour s'attaquer au problème du trachome ?** (Un examen complet doit être entrepris pour évaluer les systèmes d'appui opérationnel, de suivi et de surveillance, de coordination et de contrôle, ainsi que d'allocation des ressources.)
- iv) **Quel est l'impact des interventions de la stratégie CHANCE ?**

Un système efficace d'information pour la gestion ...

¹ A dictionary of epidemiology, 2nd Edition, edited by J. M. Last, IEA, 1988.

² Guidelines for evaluation surveillance systems, CDC Morbidity and monitoring weekly report supplement. Vol. 37, No. S-5, May 6, 1988.

- C permet d'identifier et de classer correctement une grande proportion des cas de trachome;
- C reflète correctement la distribution des cas de trachome évolutif (TF et/ou TI) dans une population, dans une région et dans le temps;
- C est peu compliqué;
- C peut s'adapter et répondre à de nouvelles exigences;
- C entraîne un taux de participation élevé;
- C fournit l'information assez vite pour permettre de prendre des mesures efficaces;
- C exige un minimum de ressources, compte tenu des conditions locales.

Les conditions nécessaires pour une application pratique de ce système sont :

- C une connaissance suffisante de la population soumise à la surveillance;
- C l'application de méthodes bien définies et appropriées pour la collecte, l'analyse et l'interprétation de l'information, ainsi que pour l'information en retour;
- C la mise en place de voies d'acheminement claires et logiques pour le flux de données entre le niveau des soins oculaires primaires et l'administrateur du programme de lutte contre le trachome;
- C des définitions claires des diverses formes de trachome sous surveillance (TF, TI, TT, CO, TS, conjonctivite, etc.).

La surveillance exige beaucoup de main-d'œuvre, et des efforts importants sont nécessaires pour la collecte de l'information, surtout lorsque celle-ci n'est pas déjà recueillie dans le cadre d'un système d'enregistrement et de notification systématiques. La mise en tableaux, l'analyse et l'interprétation des données prennent aussi beaucoup de temps.

8.4 COMPARAISON DE DIFFÉRENTES MÉTHODES D'ÉCHANTILLONNAGE EN VUE DE LA SURVEILLANCE

Il a été possible d'évaluer l'intérêt de plusieurs stratégies d'échantillonnage en vue de détecter des modifications au cours du temps de la situation du trachome évolutif dans le cadre de la recherche opérationnelle menée en Tanzanie et rapportée par le Professeur S. West. L'étude en cours montre déjà que la comparaison des échantillons de référence tend à indiquer une variation significative d'un échantillon à l'autre (échantillon aléatoire,¹ échantillon de commodité géographique² et échantillon scolaire³), l'échantillon de commodité donnant la valeur la plus élevée pour la prévalence et les échantillons obtenus en milieu scolaire donnant des estimations irrégulières.

9. RESULTATS ET PROFITS ESCOMPTES DE LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME

L'analyse coût/efficacité peut donner des informations qui entrent dans le processus décisionnel d'attribution des ressources. On peut envisager plusieurs perspectives selon que l'on se place au

¹ Situation idéale basée sur un recensement complet de la population et corrigée de l'âge et du sexe.

² Obtenu par enquête sur un nombre déterminé d'enfants et d'adultes en différents emplacements dans l'ensemble du village.

³ Echantillon obtenu en examinant tous les enfants des petites classes jusqu'à un nombre déterminé.

niveau sociétal, gouvernemental ou au niveau du village traité. Chaque perspective définit les coûts et effets à analyser. Dans une perspective globale, il existe trois coûts importants : les coûts des médicaments, les coûts liés à l'équipe de traitement et les coûts d'"opportunité" pour les villageois. Ces derniers mesurent ce à quoi la population doit renoncer pour se procurer un traitement et peuvent être mis en relation avec l'observance. Les effets peuvent être traduits en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) ou en années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALY) pour comparer les programmes de traitement du trachome ou comparer le traitement du trachome à celui d'autres maladies.

Actuellement, la charge que fait peser le trachome sur l'individu, la société et la production économique n'a pas encore été chiffrée, non plus que l'efficacité de stratégies CHANCE coordonnées au sein d'un programme. Il est recommandé de procéder à un examen systématique des preuves d'efficacité de la combinaison des diverses composantes de la stratégie CHANCE. De plus amples recherches sur le rapport coût/efficacité de différentes interventions, en insistant particulièrement sur le coût des DALY/QALY évitées, apporteraient des arguments valables pour convaincre les responsables politiques et les donateurs potentiels d'accorder une plus grande priorité au trachome.

10. LE POINT SUR LES PROJETS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

Certains des principaux projets de recherche opérationnelle comme l'appréciation rapide du trachome, les obstacles à la chirurgie du trichiasis, la lutte contre les mouches, ainsi que le suivi et l'évaluation d'un programme de lutte contre le trachome, sont exposés plus en détail aux sections 2, 3 et 6.

D'autres projets de recherche opérationnelle rapportés lors de la réunion portaient sur :

- i) les stratégies de distribution d'antibiotiques;
- ii) les projets de recherche opérationnelle en Gambie.

10.1 STRATÉGIES DE DISTRIBUTION D'ANTIBIOTIQUES

Les résultats de l'impact au niveau communautaire de différentes stratégies de distribution du traitement antibiotique contre le trachome évolutif, expérimentées en Tanzanie et au Mali, ont été présentés.

10.1.1 *Expérience de l'étude ACT (azithromycine contre tétracycline) en Tanzanie*

A Kongwa, en Tanzanie centrale, trois stratégies de distribution d'azithromycine ont été comparées :

- i) traitement des familles de tous les enfants d'âge préscolaire;
- ii) traitement des familles de tous les enfants d'âge préscolaire dont au moins un membre présente un trachome évolutif;
- iii) traitement des familles des écoliers présentant un trachome évolutif.

D'après les résultats préliminaires, la prévalence du trachome chez les jeunes enfants était encore de 50 à 60% après la distribution d'azithromycine; la stratégie basée sur l'école est donc un mode de distribution inefficace.

10.1.2 *Modèle d'estimation des coûts pour la distribution d'antibiotiques aux enfants au Mali*

Un modèle d'estimation des coûts (hypothèse) tenant compte de quatre stratégies possibles de distribution d'antibiotiques pour la voie générale ou locale aux enfants trachomateux du Mali a été

présenté. Le coût des quatre stratégies, y compris le coût des produits, du dépistage, de la distribution et de l'appréciation rapide, a été déterminé en fonction des stratégies et est présenté dans le tableau ci-après. Les stratégies proposées étaient :

- i) traitement limité aux enfants présentant un trachome évolutif;
- ii) traitement de tous les enfants des concessions où au moins un enfant présentait un trachome clinique;
- iii) traitement de tous les enfants des villages où la prévalence du trachome dépassait 20% chez les enfants de moins de 10 ans;
- iv) traitement sans discrimination de tous les enfants de tous les villages.

Tableau 4
Coût de différentes stratégies de distribution (en US \$)*

Stratégie	Nombre d'enfants traités	Tétra-cycline (US \$)	Azithro-mycine (US \$)	Distri-bution (US \$)	Dépistage (US \$)	ART** (US \$)	Coût total (US \$)	
							Tétra-cycline	Azithro-mycine
Enfants TF +	1 090 000	617 597	3 154 494	218 543	167 635	-	1 003 765	3 540 672
Concessions TF +	2 106 000	1 189 394	6 075 060	420 863	167 635	-	1 777 892	6 663 558
Villages TF >20%	2 382 000	1 346 248	6 876 218	476 365	-	80 000	1 902 613	7 432 583
Tous villages	3 044 000	1 720 659	8 788 594	608 848	-	-	2 329 507	9 397 442

* Les estimations sont basées sur une distribution unique d'antibiotiques par an.

** ART : Appréciation rapide du trachome.

Quel que soit l'antibiotique utilisé, la solution la moins coûteuse consiste à ne le distribuer qu'aux enfants atteints. Vient ensuite l'administration de l'antibiotique à tous les enfants des concessions où il existe au moins un enfant atteint. Malgré l'économie du coût du dépistage, l'administration d'antibiotiques sans discrimination à tous les enfants est encore la solution la plus coûteuse, même avec un antibiotique aussi bon marché que la pommade à la tétracycline.

L'adoption d'une stratégie appropriée de lutte contre le trachome peut varier d'une région à l'autre selon le niveau d'endémicité, l'infrastructure sanitaire et les ressources disponibles.

Après discussion, il a été recommandé de poursuivre les recherches sur l'efficacité, l'observance et le rapport coût/efficacité de différentes stratégies de distribution d'antibiotiques.

10.2 RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN GAMBIE

Le Programme national de soins oculaires (NECP) de Gambie réalise actuellement plusieurs projets de recherche opérationnelle en collaboration avec divers partenaires (MRC, Gambie, International Centre for Eye Health et London School of Hygiene and Tropical Medicine). Trois études de cohorte et deux essais en communauté sont en cours.

10.2.1 Etudes de cohorte

C Observation sur un an de 200 patients atteints de trichiasis et non opérés

Cette étude vise à examiner :

- & les attitudes vis-à-vis de la maladie et les obstacles à la chirurgie;
- & la progression des cicatrices conjonctivales et cornéennes chez les personnes refusant de se faire opérer;
- & les résultats de l'épilation en cas de trichiasis mineur et majeur.

D'après les résultats préliminaires :

- & L'auto-épilation des cils est pratiquée par 85% des patients et complétée chez 27% d'entre eux par l'application de cendres chaudes. Cette pratique n'est pas considérée comme un obstacle à l'opération.
- & Le recours à la chirurgie est faible, même après une information approfondie (16% à six mois).
- & Les obstacles à l'acceptation de l'opération semblent être i) l'ignorance (les deux tiers des patients qui auraient besoin d'une opération déclaraient ignorer auparavant l'existence et le coût de l'intervention); ii) les facteurs économiques (double revenu chez le mari); et iii) les craintes associées aux pratiques oculaires traditionnelles et au fait que l'opération est étrangère aux habitudes du pays.

C Etude de la progression de la maladie chez les personnes refusant l'opération

Un suivi sur 12 ans de 620 patients identifiés en 1986 lors de l'enquête nationale et présentant un TS, un TT et un CO a été mis en place pour déterminer l'incidence du trichiasis et de la perte de vision, ainsi que les facteurs de risque d'évolution de la maladie. Jusqu'à présent, seuls 50% des patients ont été retrouvés.

C Etude des résultats à long terme de la chirurgie par rotation bilamellaire du tarse

Pour obtenir davantage de données sur les résultats à long terme de la chirurgie par rotation bilamellaire du tarse, on a identifié 56 patients et établi une moyenne pour le suivi post-opératoire, qui est de 11,7 ans (0,5-50 ans). Dans cette série hétérogène de patients, seuls 25% ont été trouvés complètement indemnes de trichiasis.

10.2.2 Essais en communauté

C Chirurgie du trichiasis dans la communauté et en centre de soins

La chirurgie du trichiasis pratiquée gratuitement dans la communauté est progressivement introduite par le NECP pour mesurer l'effet d'une telle mesure sur l'acceptation de l'opération. Jusqu'à présent, l'étude pilote a montré des taux d'acceptation de 50% pour le centre de soins et de 90% pour la communauté.

C Essai contrôlé randomisé azithromycine contre tétracycline

Cette étude a été réalisée pour vérifier l'hypothèse selon laquelle l'azithromycine est plus efficace que la pommade à la tétracycline lorsque son administration n'est pas faite sous contrôle médical. Pour cette étude, 314 enfants ont été recrutés, dont 23 ont été perdus de vue au bout de trois mois. Le taux de guérison serait globalement de 56%.

11. GRANDES LIGNES DU PLAN DE TRAVAIL POUR 1999

PLAN DE TRAVAIL DE L'ALLIANCE OMS POUR LA PERIODE 15 octobre 1998-31 décembre 1999

VISITES DANS LES PAYS POUR L' ELABORATION DE PROGRAMMES NATIONAUX

- # Présentation de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 et promotion de la stratégie CHANCE auprès des responsables du Ministère de la Santé dans les pays et régions suivants:
 - & Afrique orientale
 - & Mauritanie
 - & Niger
 - & Sénégal

- # Assistance technique pour la mise en place des activités de lutte contre le trachome dans les pays suivants :
 - & Algérie (mise en application de la méthodologie d'appréciation rapide du trachome)
 - & Chine : provinces de Beijing et de Guangdong (idem)
 - & Ethiopie (idem)
 - & Maroc (visite de suivi sur l'appréciation rapide)
 - & Oman (idem)
 - & Soudan (appréciation préliminaire du trachome)

PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA DOCUMENTATION

- # Finalisation et impression du guide pour l'appréciation rapide du trachome (ART) & version française à paraître vers la mi-1999
- # Distribution d'un jeu de 20 diapositives (en anglais et français) pour la promotion de l'EMT/CHANCE, disponible pour tous les membres de l'Alliance intéressés
- # Publication des deuxième et troisième numéros du bulletin "*Traquons le trachome*"
- # Préparation et distribution du rapport de la troisième réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome (en anglais et français)
- # Finalisation et impression d'un Atlas du trachome à partir des informations disponibles dans la banque de données sur le trachome
- # Finalisation et impression d'un guide de l'assainissement du milieu et de l'amélioration de l'hygiène (activité conjointe avec le Bureau OMS de l'Hygiène du Milieu intégrée et mondiale)
- # Finalisation et distribution d'un prospectus sur l'éducation sanitaire et l'information intitulé "ABC for NO-FLY zone" (en anglais seulement pour le moment)
- # Distribution régulière de la documentation sur le trachome (rapports de l'Alliance, manuels de la stratégie CHANCE, etc.)
- # Mise à jour régulière de la liste d'adresses pour la diffusion de la documentation sur le trachome

**PLAN DE TRAVAIL DE L'ALLIANCE OMS POUR LA PERIODE
15 octobre 1998-31 décembre 1999**

RECHERCHE OPERATIONNELLE ET ETUDES DE TERRAIN

- # Utilisation de la première édition du guide pour l'appréciation rapide du trachome (pays à identifier)
- # Rapport des résultats de l'étude sur le contrôle de la qualité de la chirurgie du trichiasis entreprise au Maroc
- # Finalisation du protocole de référence sur le contrôle de la qualité de la chirurgie du trichiasis à partir des résultats de l'expérience marocaine
- # Distribution des boîtes de chirurgie du trichiasis à prix modique
- # Elaboration d'un protocole pour l'évaluation des progrès réalisés par les programmes nationaux sur la voie de l'élimination du trachome

ACTIVITES DE FORMATION

- # Participation des Drs Négrel et Mariotti, en tant que conférenciers, à l'atelier de formation sur la lutte contre le trachome à l'intention des responsables des programmes nationaux, Accra, Ghana (30 novembre-2 décembre 1998) [cours organisé conjointement par le Ministère de la Santé (Dr M. Hogan) et l'ICEH (Dr A. Foster)]
- # Organisation de l'atelier international sur l'appréciation rapide du trachome et la lutte antitrachomateuse à l'intention des coordonnateurs nationaux, Cambridge, Royaume-Uni (14-18 décembre 1998) [organisé conjointement avec l'ICEH (Dr A. Foster)]
- # Finalisation et distribution de matériel didactique sur l'appréciation rapide du trachome (diapositives et brochure)

RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE COMMUNICATION ET D' INFORMATION

Maintenance et mise à jour des systèmes d'information et de communication déjà élaborés :

- # Système Majordomo prêt pour les abonnements (<ftp://majordomo.who.ch>)
- # Espace de conversation en ligne disponible sur le serveur Internet de l'OMS (<http://www.who.int>)
- # Consultation des données sur Internet avec restriction d'accès
- # Jeu de diapositives sur l'Alliance OMS et la stratégie CHANCE à l'adresse <http://www.who.ch/pbd/trachoma>
- # Bulletin "Traquons le trachome" à l'adresse <http://www.who.ch/pbd/trachoma>

Finalisation des projets suivants :

- # Système de vidéoconférence en ligne avec le personnel de PBL via MS-Netmeeting
- # Atlas du trachome à l'adresse <http://www.who.ch/pbd/trachoma> et sur CD-ROM

ACTIVITES D' INFORMATION ET DE COORDINATION DANS LE CADRE DES REUNIONS DE L' ALLIANCE

- # Préparation et accueil de la quatrième réunion de l'Alliance OMS pour l'EMT, Genève (dates à fixer)

12. CREATION DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE CONTRE LE TRACHOME (ITI)

La Fondation Edna McConnell Clark et Pfizer Inc. ont annoncé leur décision de créer l'Initiative internationale contre le trachome (ITI), initiative indépendante en faveur de l'élimination mondiale du trachome cécitant. L'ITI soutiendra l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 (EMT 2020) et œuvrera avec les programmes nationaux dans un petit groupe de pays pour étendre la lutte antitrachomateuse par la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

L'ITI aura pour mission de :

- C promouvoir la lutte contre le trachome au moyen de la stratégie CHANCE;
- C fournir une assistance technique aux efforts menés dans certains pays pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE;
- C distribuer le Zithromax® (azithromycine) offert par Pfizer Inc. et assurer son utilisation appropriée;
- C soutenir la recherche opérationnelle en vue d'améliorer encore les efforts de lutte contre le trachome;
- C suivre les progrès et évaluer l'activité du programme en ce qui concerne les efforts soutenus par l'ITI;
- C conduire des activités d'éducation, communication et mobilisation des ressources afin d'aider à éliminer le trachome dans le monde entier.

Les participants à l'ITI viendront des 16 pays prioritaires identifiés par l'OMS en Afrique et en Asie et dans lesquels le trachome reste une cause majeure de cécité. Le choix des pays qui participeront n'est pas encore fixé. Cette phase de l'ITI et du programme de dons d'azithromycine par Pfizer Inc. sera conduite jusqu'à la fin 2000. Sa poursuite sera subordonnée aux résultats du programme dans les pays pilotes.

L'ITI collaborera avec les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales dans les pays d'endémie. Elle travaillera également à la lutte contre le trachome avec d'autres organisations comme la Fondation Conrad N. Hilton, le Carter Center ainsi que les organisations non gouvernementales membres de l'Alliance OMS (Helen Keller International, Sight Savers International, Christoffel-Blindenmission e.V., International Eye Foundation, etc.).

La lutte contre le trachome est la plus vaste et la plus importante des activités philanthropiques de Pfizer Inc. au niveau international. Ces dernières années, Pfizer Inc. a soutenu l'effort du Maroc en vue de l'élimination de la cécité due au trachome d'ici la fin de l'an 2000 en soutenant l'éducation sanitaire et en offrant un don en nature sous forme de Zithromax®. Aux Etats-Unis d'Amérique, Pfizer Inc. met gratuitement à disposition ses produits pharmaceutiques de pointe dans le cadre de "Sharing the Care", un partenariat unique entre organisations publiques et privées. Tout au long de son histoire, Pfizer Inc. a développé et soutenu de nombreux programmes communautaires en vue de promouvoir et d'assurer l'accès aux soins pour tous les malades.

Le programme et la structure de l'ITI seront finalisés et présentés en novembre 1998.

TROISIEME REUNION DE L'ALLIANCE OMS POUR L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME

Ouarzazate, 19-20 octobre 1998

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Programme national de lutte contre le trachome

Les participants ont été encouragés par l'état d'avancement de nombreux programmes nationaux de lutte contre le trachome avec le soutien des organisations participantes. De nouveaux progrès sont visibles au niveau de l'intégration des composantes N & CE des programmes nationaux. De plus, on a assisté une augmentation du soutien des classes politiques et des organisations professionnelles dans les pays touchés.

Le groupe réaffirme la nécessité d'un soutien politique et professionnel important pour le développement des programmes nationaux de lutte contre le trachome et la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

2. Appréciation rapide du trachome (ART)

La méthodologie d'appréciation rapide du trachome a été encore améliorée; en particulier, le groupe a noté que les facteurs de risque et les mesures des résultats ont été harmonisés.

Il a été recommandé de mettre à disposition une version préliminaire du manuel, de poursuivre la validation des modes opératoires et de réviser le manuel à mesure de l'expérience de son utilisation.

3. Rapport coût/efficacité de la stratégie CHANCE

La charge que fait peser le trachome sur l'individu, la société et la production économique n'a pas été mesurée. De plus, l'efficacité des stratégies CHANCE coordonnées au sein d'un programme n'a pas été évaluée de façon approfondie.

Il est recommandé d'entreprendre un examen systématique des preuves d'efficacité de la combinaison des diverses composantes de la stratégie CHANCE. Il est ensuite recommandé que l'OMS coordonne de nouvelles recherches sur le rapport coût/efficacité de différentes interventions, en insistant particulièrement sur le coût des DALY évitées. Ces informations seront utiles pour convaincre les responsables politiques et les donateurs potentiels d'accorder une plus grande priorité au trachome.

4. Chirurgie du trichiasis

L'augmentation importante du nombre d'opérations du trichiasis pratiquées ces dernières années et l'expansion prévue de ces opérations dans les pays d'endémie trachomateuse soulignent à nouveau la nécessité de programmes normalisés de formation et de suivi. Il a été noté qu'un guide pour la formation à la chirurgie du trichiasis et le suivi des résultats de l'opération est en préparation. De plus, l'essai d'un jeu d'instruments de chirurgie à prix modique a été achevé.

- C Il est recommandé que le manuel de formation à la chirurgie du trichiasis soit soumis à consultation, puis finalisé et distribué.
- C Il est recommandé de créer un mécanisme d'acquisition et de distribution des jeux d'instruments pour la chirurgie du trichiasis à prix modique.
- C Il est recommandé de créer et d'adopter un protocole de référence pour la notification et le suivi des résultats de la chirurgie du trichiasis.

5. Azithromycine

Des études cliniques récemment réalisées au Maroc ont montré que la pommade ophtalmique à la tétracycline ou l'azithromycine (en une ou deux doses) donnent des taux de guérison à un an d'environ 75%. Pour le traitement en communauté, l'azithromycine en deux doses est supérieure au schéma en une seule dose. D'après des essais de laboratoire, le traitement de masse par l'azithromycine orale serait beaucoup plus efficace pour réduire la prévalence de *C. trachomatis* et les récurrences. La production d'une préparation d'azithromycine pour application locale a peu avancé. La surveillance continue a montré une résistance de *S. pneumoniae* à la pénicilline et aux macrolides en Espagne, en France, en Belgique, en Corée et au Japon. Des recherches préliminaires ont été effectuées sur le coût et l'observance pour différentes stratégies de distribution de l'azithromycine.

Il est recommandé que :

- C l'OMS explore plus avant le potentiel de développement et de production d'une préparation d'azithromycine pour application locale;
- C les résultats de la surveillance de la résistance à l'azithromycine, notamment chez les personnes traitées pour un trachome, soient portés régulièrement à la connaissance du groupe;
- C de plus amples recherches soient réalisées sur l'efficacité, l'observance et le rapport coût/efficacité de différentes stratégies de distribution de l'azithromycine.

6. Initiative internationale contre le trachome (ITI)

Pfizer Inc. a créé avec la Fondation Edna McConnell Clark une Initiative internationale contre le trachome (ITI), destinée à fournir de nouvelles ressources dans le cadre des efforts de l'Alliance en vue de l'élimination mondiale du trachome. Les cinq pays qui participeront à l'initiative seront sélectionnés parmi les 16 pays prioritaires identifiés par la Réunion scientifique mondiale sur les perspectives d'avenir de la lutte contre le trachome (document OMS WHO/PBL/96.56).

7. Système d'information géographique (SIG)

Il a été noté que le SIG est utilisé dans la lutte contre plusieurs maladies tropicales et que l'on commence maintenant à l'utiliser dans les programmes de lutte contre le trachome.

Le rôle du SIG dans la lutte contre le trachome doit faire l'objet de nouveaux travaux de recherche opérationnelle afin de déterminer son intérêt dans la lutte à court et à long terme contre le trachome.

8. Education

Le trachome reste une maladie "oubliée" au niveau international, national et communautaire, malgré les activités menées dans le cadre de programmes à long terme.

Il est recommandé de renforcer les efforts d'information et d'éducation ainsi que les activités d'information, éducation et communication (IEC), y compris la formation décentralisée à l'échelon local.

L'expérience des programmes actuels d'IEC doit être largement partagée de façon que tous les pays puissent en bénéficier. L'évaluation de l'efficacité des activités IEC doit être systématique.

9. Initiatives N & CE

Le groupe a pris note des travaux en cours par le Programme OMS de Prévention de la Cécité et de la Surdité et par l'Unité Hygiène du milieu urbain (Division du Soutien opérationnel à l'Hygiène du Milieu) sur la préparation d'un guide pratique sur l'amélioration de l'environnement et la lutte contre le trachome (*Improving the Environment for Trachoma Control*). Les participants ont également pris note avec satisfaction des travaux sur la lutte contre les mouches et leur contribution potentielle à la réduction de la transmission du trachome dans la communauté.

Il a été recommandé qu'après un essai sur le terrain, le manuel soit mis à la disposition des membres de l'Alliance et des programmes nationaux. Le groupe a également recommandé de poursuivre la recherche opérationnelle en vue d'évaluer l'impact de la lutte contre les mouches et l'élaboration de méthodes durables et à coût modique pour y parvenir.

10. Suivi de l'élimination du trachome cécitant

Les activités du Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité en matière de développement d'indicateurs de routine pour le suivi de l'élimination du trachome sont encourageantes. Le manuel en projet jouera un rôle important en formulant des principes directeurs essentiels pour le suivi des programmes nationaux.

Le groupe a recommandé de poursuivre l'élaboration et l'essai du manuel. Après révision, celui-ci devra être publié et distribué.

11. Recherche opérationnelle

Plusieurs documents de recherche opérationnelle ont été présentés, notamment en rapport avec la participation de la communauté aux activités de lutte contre le trachome. L'Alliance reconnaît la nécessité de poursuivre ces recherches sur un certain nombre de questions critiques en matière de lutte antitrachomateuse.

Un groupe technique devra être créé pour établir les priorités et traiter ces questions.

12. Structure de l'Alliance

Les trois réunions de l'Alliance ont fourni une impulsion considérable vers l'objectif de l'élimination de la cécité due au trachome. Pour maintenir cette impulsion et aller de l'avant, une organisation différente des réunions a été discutée.

Pour maintenir l'impulsion donnée à EMT 2020, l'Alliance recommande de poursuivre la tenue de grandes réunions, d'organiser des réunions régionales appropriées et d'établir des comités techniques et scientifiques.

ANNEXE 1**TROISIEME REUNION DE L'ALLIANCE OMS
POUR L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME****Ouarzazate, 19-20 octobre 1998****ORDRE DU JOUR**

Cérémonie d'ouverture
Présentation des participants
Informations administratives
Adoption de l'ordre du jour

1. Compte rendu des activités entreprises depuis la dernière réunion :
 - C secrétariat de l'OMS
 - C pays d'endémie représentés
 - C organisations membres de l'Alliance
2. Le point sur la méthodologie d'appréciation rapide du trachome
 - C rapport sur le travail de validation entrepris au Burkina Faso, au Mali, en Gambie, en Tanzanie et dans d'autres pays
 - C présentation du projet de manuel
 - C projet d'activités de formation
3. Chirurgie du trichiasis
 - C rapport sur l'essai de terrain de la boîte à chirurgie à prix modique
 - C présentation d'un projet de guide de formation à la chirurgie du trichiasis
 - C grandes lignes d'un protocole simplifié de suivi de la qualité et des résultats de la chirurgie du trichiasis
4. Le point sur le système d'information géographique (SIG) dans la lutte contre le trachome
5. Le point sur l'azithromycine
 - C Présentation de l'analyse finale des résultats de l'essai de terrain réalisé au Maroc
 - C mises au point de préparations pour application locale
 - C résistance
 - C autres questions
6. Changements de l'environnement : présentation des grandes lignes d'un projet de manuel sur la lutte contre les mouches
7. Rapport sur l'élaboration d'un modèle de programme de lutte au niveau du district
8. Surveillance et évaluation de l'élimination du trachome cécitant
9. Résultats et profits escomptés de la lutte contre le trachome
10. Le point sur les projets de recherche opérationnelle
11. Grandes lignes du plan de travail pour 1999
12. Autres questions

Conclusions et recommandations
Date et lieu de la prochaine réunion
Clôture de la réunion

ANNEXE 2

**TROISIEME REUNION DE L'ALLIANCE OMS
POUR L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME**

Ouarzazate, 19-20 octobre 1998

LISTE DES PARTICIPANTS

COORDONNATEURS NATIONAUX

- Professeur Sidi Ely AHMEDOU**, Coordonnateur, Programme national de Lutte contre la Cécité, Direction de la Protection Sanitaire, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, c/o Service d'Ophthalmologie, Hôpital Militaire de Nouakchott, B.P. 78, Nouakchott, Mauritanie
(Fax +222 2 542 21- E.mail: *pr.sidiely@toptechnology.mr*)
- Dr ABDOU AMZA**, Coordinateur adjoint, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé, Niamey, Niger (Fax +227 75 33 13 - Tel. +227 74 21 19 - E.mail: *g2000ne@intnet.ne*)
- Dr Youssef CHAMI KHAZRAJI**, Chef de la Division des Maladies oculaires & Coordinateur national du Programme marocain de Lutte contre la Cécité, Ministère de la Santé, 14 rue Al Kalsadi, Agdal 10 000, Rabat, Royaume du Maroc
(Fax +212 7 77 20 14 - Tel +212 7 77 86 65 - E-mail: *yhami@sante.gov.ma*)
- Dr Hannah FAAL**, Coordinator, National Eye Care Programme, Department of State for Health, Social Welfare & Women's Affairs, Eye Unit, Royal Victoria Hospital, P.O. Box 950, Banjul, Gambie
(Fax +220 49 62 03 - Tel. + 220 497 049 - E.mail *hbf@gametel.gm & SSI@gamete.gm*)
- Dr Jefitha KARIMURIO**, Eye Care Programme Coordinator, Ministry of Health, Kenya, c/o International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, University College London, 11-43 Bath Street, London EC1V 9EL, Royaume-Uni
(Fax. +44 171 250 3207 - Tel. +44 171 608 6905 - E-mail: *ksblind@africaonline.co.ke*)
- Dr Wolde Tsadik MEKURIA**, Prevention of Blindness Expert, Ministry of Health, P. O. Box 1234, Addis Ababa, Ethiopie (Fax. +251 1 51 93 66 or c/o CBM +251 1 55 08 73 - Tel. +251 1 15 99 78)
- Dr Doulaye SACKO**, Coordonnateur du Programme national de Lutte contre la Cécité, Division de l'Epidémiologie, Direction nationale de la Santé publique, Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité, B.P. 228, Bamako, Mali
(Fax +223 23 17 21 - Tel +223 23 89 30 /+22322 64 97 - Email: *pnlc@datatech.toolnet.org*)
- Dr Mamadou B. SALL**, Coordonnateur du Programme national de Lutte contre la Cécité, Service National des Grandes Endémies, Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, B. P. 3817, Dakar, Sénégal
(Fax +221 8 27 77 501 - Tel. + 221 8 32 20 48)

REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS GOUVERNMENTALES

- M. Momadou BAH**, Secretary, Trachoma Task Force, Department of State for Health, Social Welfare and Women's Affairs, Eye Unit, Royal Victoria Hospital, P.O. Box 950, Banjul, Gambie
(Fax +220 49 62 03 - Tel. + 220 497 049)
- M. Paul EMERSON**, Public Health Entomologist, Representative of the Department for International Development (IDIF) of the United Kingdom, c/o Farafenni Field Station, Medical Research Council Laboratories, P.O. Box 273, Banjul, Gambie (Fax. +220 735 512 - Tel. +220 735 239 - E-mail: *emerson<mrc.farafenni@commit.> & p.Emerson@gte.net*)

**REPRÉSENTANTS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU ROYAUME DU MAROC ET AUTRES AUTORITÉS
NATIONALES ET LOCALES**

Monsieur le Ministre Abdelouahed EL FASSI, Ministre de la Santé, 335 avenue Mohamed V,
Rabat, Royaume du Maroc

Dr Mostafa BOUADDI, Délégué du Ministère de la Santé à Ouarzazate, Hôpital Sidi Hussain,
Ouarzazate, Royaume du Maroc (Fax. +212 488 23 94 - Tel. +212 488 22 02/24 14)

Dr Mustafa Alaoui ISMAILI, Inspecteur Général, Ministère de la Santé, 335 avenue Mohamed V,
Rabat, Royaume du Maroc

Dr Jaouad MAHJOUR, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies, Ministère de la
Santé, 14 fur Ibu al Haitam, Agdal, Rabat, Royaume du Maroc (**VICE-PRÉSIDENT**)
(Fax +212 7 77 20 14 - Tel +212 7 77 19 69)

Professeur Jamal Eddin NAJI, Institut Supérieur de Journalisme, B. P. 6439 Souissi Universités,
Rabat, Royaume du Maroc (Tel. +212 7 67 56 40) (UQAM, Chaire Orbicom.Unesco, Montréal
(Canada): Fax. +1 514 483 5819 - Tel. +1 514 489 9368 - E.mail: mapmt1@interlink.net)

Monsieur le Gouverneur de Sa Majesté, Province de Ouarzazate, Royaume du Maroc

Monsieur le Gouverneur de Sa Majesté, Province de Zagora, Royaume du Maroc

Monsieur le Délégué du Ministère de la Santé à Zagora, Royaume du Maroc

REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET DE FONDATIONS

M. Andrew AGLE, Director of Operations of Global 2000, The Carter Center, One Copenhill, Atlanta,
Georgia 30307, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 404 874 5515 - Tel. +1 404 420 3830 -
E-mail: aagle@emory.edu)

Mme Fatima-Zorah AKALAY, Country Director, Helen Keller International, Rabat, Royaume du Maroc
(E-mail: akalay@maghrebnet.net.ma)

M. Shawn BAKER, Epidemiologist, Regional Director for Africa, Helen Keller International,
B. P. 11.728, Niamey, Niger (Fax +227 75 33 13 - Tel. +227 75 33 14/15 - E-mail:
Keller@intnet.ne)

M. Brad BARKER, President Technical Adviser, Global 2000, PNEVG, B.P. 228, Bamako, Mali
(Fax. 223 22 17 21 - Tel. 223 22 3787 - E-mail: brad.g2mali@spider.toolnet.org)

M. John BARROWS, Director of Programmes, International Eye Foundation, 7801 Norfolk Avenue,
Bethesda, MD 20814, Etats-Unis d'Amérique (Fax. 301 986 1876 -Tel. 301 986 1830 -
E-mail: info@iefusa.org)

M. Dirk CALCOEN, Consultant, Tropical Disease Research, The Edna McConnell Clark Foundation,
250 Park Avenue, New York, NY 10177-0026, Etats-Unis d'Amérique (Fax +212 986 558 -
Tel +212 551 9138)

Dr Marcel CHOVET, Vice-Président d'Honneur et Directeur des Programmes, Organisation pour la
Prévention de la Cécité, 64 rue Molière, 69003 Lyon, France
(Fax +33 478 62 06 78 - Tel +33 478 71 06 28)

Dr Joseph A. Cook, Director, Tropical Disease Research, The Edna McConnell Clark Foundation,
250 Park Avenue, New York, NY 10177-0026, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +212 986 558 - Tel +212 551 9138 - E-mail: jcook@emcf.org)

Dr Paul COURTRIGHT, Representative of the Al-Noor and Seva Foundations, Director of the University
of British Columbia Centre for Epidemiologic & International Ophthalmology, St. Paul's Hospital,
1081 Burrard Street, Vancouver, B.C. V6Z 1Y6, Canada (**RAPPORTEUR**)
(Fax +1 604 631 5058 - Tel +1 604 631 5169 - E-mail:pcourtright@stpaulshosp.bc.ca)

Dr Gamal EZZ AL ARAB, Al-Noor Foundation, No.15, St. 8, Area 4, Sheraton Heliopolis Building,
P. No. 11361, Le Caire, Egypte

(Fax 202 267 1850 - Tel. +202 266 7462 - E-mail gamal@soficom.com.eg)

Dr Allen FOSTER, Medical Director, Christoffel Blindenmission e.V., c/o International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, University College London, 11-43 Bath Street, London EC1V 9EL, Royaume-Uni
(Fax. +44 171 250 3207 - Tel. +44 171 608 6905 - E-mail: a.foster@compuserve.com)

Dr Christine GODIN, Directeur adjoint des programmes, Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), 9 rue Mathurin Régnier, 75015 Paris, France
(Fax +33 1 40 61 01 99 - Tel +33 1 40 61 99 05 - E-mail: opcecite@pratique.fr)

Mr Donald HUBBS, President, Conrad N. Hilton Foundation, Suite 740, 10100 Santa Monica Boulevard, Los Angeles, California 90067-4011, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 310 556 2301 - Tel +1 310 556 4694 - E-mail Dyanne@hiltonfoundation.org)

Mr Martin KYNDT, Deputy Overseas Director, Sight Savers International, Grosvenor Hall, Bolnore Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4BX, Royaume-Uni
(Fax +44 1444 446 688 - Tel +44 1444 446 600. E-mail MKyndt@sightsaversint.org.uk)

Professeur Volker KLAUSS, Medical Consultant to Christoffel Blindenmission, Professor of Ophthalmology, University Eye Hospital, Mathildenstr. 8, 80336 Munich, Allemagne
(Fax +49 89 5160 4942 - Tel + 49 89 5160 3824)

M. Jeffrey MECASKEY, Director, International Trachoma Initiative, 6 East 45th Street, Suite1600, New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique
(Fax. +1 212 490 6461 - Tel. +1 212 490 6460 - E-mail : jmecaskey@trachoma.org)

Dr Anne PAXTON, Consultant Epidemiologist, Trachoma Task Force/Morocco, Helen Keller International, 90 Washington Street, New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 516 325 1074 - E-mail: eapaxton@aol.com)

Dr Louis PIZZARELLO, Medical Director, Helen Keller International, 90 Washington Street, New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique (**VICE-PRÉSIDENT**)
(Fax+1 516 325 1074 - E-mail:bythebay@hamptons.com)

M. Richard PORTER, Executive Director, Sight Savers International, Grosvenor Hall, Bolnore Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4BX, Royaume-Uni (**PRÉSIDENT**)
(Fax +44 1444 44 66 88 - Tel. + 44 1444 44 66 00 - E-mail: rporter@sightsaversint.org.uk)

Professeur Yves POULIQUEN, Président, Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), 9 rue Mathurin Régnier, 75015 Paris, France
(Fax +33 1 40 61 99 49 - Tel +33 1 40 61 99 05 - E-mail: opcecite@pratique.fr)

Dr Larry SCHWAB, Chair, Committee on International Ophthalmology, Medical Director, International Eye Foundation, 3333 Collins Ferry Road, Morgantown, WV 26505, Etats-Unis d'Amérique
[Fax +1 304 599 7346 - Tel +1 304 598 3301 (work) +1 304 598 0241 (home) -
Email: schwabww@earthlink.net]

Mme Victoria SHEFFIELD, Executive Director, International Eye Foundation, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20814, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 301 986 1876 - Tel +1 301 986 1830 - E-mail: vsheffield@iefusa.org)

M. DAVID SOKOOI, Trachoma Programme Manager, Nomadic Health Unit, African Medical & Research Foundation (AMREF), Kenya Country Office, P.O. Box 30125, Nairobi, Kenya
(Fax +254 2 602 182 - Tel +254 2 501 336/501 301 - E-mail:amerflab@africaonline.co.ke)

Mme Lisa TAPERT, Director, Trachoma Program, Helen Keller International, 90 Washington Street, New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 212 943 1220 - Tel. +1 212 943 0890 - E-mail: ltapert@hki.org)

Dr Jean-Daniel VERREY, Ophthalmologiste, Croix-Rouge Suisse, Rainmattstr. 10, 3001 Berne, Suisse
(Fax. 41 31 387 73 73 - Tel. 41 31 387 71 11)

Mme Pamela WUCHET, Director of Development, Programs, The Carter Center, One Copenhill, 453 Freedom Parkway, Atlanta, GA 30307, Etats-Unis d'Amérique
(Fax. 404 688 1701 - Tel. 404 420 5115 - E-mail: p.wuichet@emory.edu)

M. Adam ZAYAN, Vice-President of Programs, Orbis International, Inc., 330 West 42nd Street, Suite 1900, New York, NY 10036, Etats-Unis d'Amérique (Fax. +1 212 244 2744 - Tel +1 212 244 2525 - E-mail:adam@nt.orbis.org)

Dr James ZINGESER, Senior Epidemiologist, Global 2000, The Carter Centre, One Copenhill, 453 Freedom Parkway, Atlanta, GA 30307, Etats-Unis d'Amérique (Fax 404 874 5515 - Tel. 404 420 3854 - E-mail: jzingeses@emory.edu)

REPRÉSENTANTS DE CENTRES COLLABORATEURS OMS POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ET AUTRES INSTITUTS DE RECHERCHE

Dr Alain AUZEMERY, Directeur, Institut d'Ophthalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), B.P. 248, Bamako, Mali (Fax +223 225 186 - Tel +223 223 421 - E-mail: a.auzemery@malinet.ml/iota@malinet.ml)

Dr Richard BOWMAN, Trachoma Research Fellow, International Centre for Eye Health, London, c/o Sight Savers International, P. O. Box 950, Banjul, Gambie (Fax +220 49 62 03 - E-mail: richbowman@compuserve.com)

Professeur Luciano CERULLI, Professor of Ophthalmology, Cattedra di Ottica Fisiopatologica, Dipartimento di Chirurgia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata", Via Orazio Raimondo s.n.c., 00173 Roma, Italie (Fax +39 6 202 6232 - Tel +39 68 41 6132 - E-mail:cerulli@med.uniroma2.it)

Dr Chandler DAWSON, Professor, Francis I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology, University of California San Francisco, 513 Parnassus Street, San Francisco, CA 94143-0412, Etats-Unis d'Amérique (Fax. +1 415 476 6085 - Tel +1 415 496 2658 - E-mail: dawson@itsa.ucsf.edu)

Dr Kevin FRICK, Assistant Professor, Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 624 North Broadway, Room 606, Baltimore, MD 2105-1901, Etats-Unis d'Amérique (Fax. +1 410 955 0470 - Tel. +1 410 614 4018 - E-mail: kfrick@jhsph.edu)

Mme Laura FROST, Project Manager and Doctoral Candidate, Harvard School of Public Health, "Riverrun", The Glen, Crosshaven, Co. Cork, Irlande (Tel. 353 21 832431 - E-mail:ljfrost@iol.ie)

Professeur Gordon JOHNSON, Professor, International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, University College London, 11-43 Bath Street, London EC1V 9EL, Royaume-Uni (Fax +44 171 250 3207 - Tel +44 171 608 6907- E-mail: e.cartwright@ucl.ac.uk)

Dr Thomas LIETMAN, Assistant Professor of Ophthalmology, Francis I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology, University of California San Francisco, San Francisco, CA 94143-944, Etats-Unis d'Amérique (Fax + 1 415 476 0527)

Dr David MABEY, Professor of Communicable Diseases, Department of Infectious & Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni (Fax +44 171 637 4314 - Tel +44 171 927 2297 - E-mail: d.mabey@lshtm.ac.uk)

Mme Beatriz MUÑOZ, Statistician, Johns Hopkins University, Dana Center for Preventive Ophthalmology, Wilmer Institute, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21212, Etats-Unis d'Amérique (Fax+1 410 955 0096 - Tel.+1 410 955 2550 -E-mail:munoz@dcpom.med.jhu.edu)

Dr Jean-François SCHÉMANN, Responsable de la Recherche, Institut d'Ophthalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), B.P. 248, Bamako, Mali (Fax +223 225 186 - Tel. 223 22 34 21 - E-mail:schemann@malinet.ml)

REPRÉSENTANTS DE PFIZER INC. (OBSERVATEURS)

Dr Mostafa BENMIMOUN, Medical Director, Laboratoires Pfizer S.A., 280 Boulevard Yacoub El Mansour, 20 200 Casablanca, Royaume du Maroc (Fax +212 2 39 49 43 - Tel +212 2 39 49 42)

M. Eric DUCHER, Country Manager, Laboratoires Pfizer S.A., 280 Boulevard Yacoub El Mansour, 20 200 Casablanca, Royaume du Maroc (Fax +212 2 39 49 44 - Tel +212 2 39 49 47)

Dr George FLOUTY, Medical Director, Pfizer Pharmaceuticals Group, Pfizer Inc.,
235 East 42nd Street, New York, NY 10017-5755, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 212 808 8827 -
Tel. +1 212 573 7507)

Mme Heather LAUVER, Assistant Manager, Corporate Philanthropy, Pfizer, Inc. The Pfizer
Foundation, 235 East 42nd Street, New York, NY 10017-5755 (Mailstop 250-5-51), Etats-Unis
d'Amérique (Fax +1 212 573 2883 - Tel. +1 212 573 2170)

Mme Paula LUFF, Manager, Corporate Philanthropy Programs, Pfizer Inc., The Pfizer Foundation,
235 East 42nd Street, New York, NY, 10017-5755, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 212 573 2883 - Tel +1 212 573 2932 - E-mail:pluff@pfizer.com)

M. Dennis PONTANI, Senior Associate Director, Pfizer Inc., 219 East 42nd Street, New York,
NY 10017-5755, Etats-Unis d'Amérique (Tel. +1 212 5737 262. E-mail: pontani@pfizer.com)

SECRETARIAT

Dr Silvio MARIOTTI, Ophtalmologiste, Prévention de la Cécité, Programme de Prévention de la Cécité
et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
(Fax +41 22 791 4772 - Tel +41 22 791 3491 - E-mail:mariottis@who.ch)

Dr J.-P. MEERT, Spécialiste scientifique, Health Map, Division de la Lutte contre les Maladies
tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
(Fax + 41 22 791 4777 - Tel +41 22 791 3881 - E-mail meertj@who.ch)

Dr André-Dominique NÉGREL, Ophtalmologiste, Prévention de la Cécité, Programme de Prévention
de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
(Fax +41 22 791 4772 - Tel + 41 22 791 2652 - E-mail:n grela@who.ch) (**SECRETARE**)

Dr Annette PR USS, Administrateur technique, Hygiène du Milieu urbain, Division du Soutien Opérationnel à
l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
(Fax + 41 22 791 4127 - Tel +41 22 791 3584 - E-mail Pruesssa@who.ch)

Dr Anna VERSTER, Conseiller régional, Nutrition, Sécurité alimentaire et Salubrité des Aliments,
Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, P. O. Box 1517,
Alexandrie 21511, Egypte
(Fax. +203 48 38 916/24 329 - Tel. +203 48 30090 - E-mail:verstera@who.sci.eg)

M. M. T. Zeribi, Représentant de l'OMS, Ministère de la Santé, B. P. Mechouar, 335 Avenue Mohammed V,
Rabat 812, Royaume du Maroc
(Fax +212 776 68 05 - Tel. +212 776 67 41/44 - E-mail: whomor@sante.gov.ma)

ANNEXE 3**Appréciation du Trachome et Elaboration du Programme
au GUATEMALA et au NIGERIA**

Extraits d'un rapport préparé par l'International Eye Foundation (IEF)¹

I. GUATEMALA**A. GÉNÉRALITÉS**

Le trachome est présent dans les régions montagneuses du Guatemala à la frontière d'une zone du même type située dans le sud du Mexique. Un programme national de lutte contre le trachome offre des soins curatifs et préventifs. Des enquêtes sont réalisées depuis 1989, mais il est difficile de déterminer d'après les données si le programme a eu un réel impact dans la région car les sites enquêtés ne sont pas notés.

B. INFRASTRUCTURE SANITAIRE

Les soins de santé sont assurés par le Ministère de la Santé. Les principaux hôpitaux publics de Guatemala City sont l'Hôpital Roosevelt et l'Hôpital général San Juan de Dios. Ces deux hôpitaux fournissent les soins généraux à la population. L'Hôpital Roosevelt possède toutefois un département d'ophtalmologie auquel sont adressés les patients de l'Hôpital San Juan de Dios.

L'Hôpital Rodolfo Robles V. est un hôpital privé, mais a été chargé par le Ministère de la Santé d'assurer les soins ophtalmologiques et otologiques pour le pays. Le Comité guatémaltèque pour les aveugles et les sourds (CBDG) fournit ces services dans le cadre de l'Hôpital Rodolfo Robles. Le CBDG est financé par une loterie nationale.

C. INFRASTRUCTURE DE SOINS OCULAIRES

Le Comité guatémaltèque pour les aveugles et les sourds a été créé le 3 mai 1945 et a son siège à l'Hôpital Rodolfo Robles V. à Guatemala City. Il s'agit d'une organisation privée à but non lucratif œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé oculaire et auditive et fournissant des services de soins curatifs et préventifs, en particulier pour les pauvres des régions rurales. La division médicale assure les soins au niveau primaire, secondaire et tertiaire :

1. Niveau tertiaire : Hôpital Rodolfo Robles V. & Guatemala City

& soins spécialisés pour les troubles visuels et auditifs

& programme d'internat en ophtalmologie (post-grade)

2. Niveau secondaire : 7 hôpitaux et dispensaires dans 7 des 22 départements du pays (soins secondaires)

& services ophtalmologiques et otologiques pour les personnes atteintes de problèmes visuels et auditifs (soins curatifs)

¹ Depuis la dernière réunion, l'International Eye Foundation (IEF) a travaillé, avec le Ministère de la Santé et les ONG locales intéressées, à l'appréciation de la situation du trachome et a formulé des recommandations pour les programmes de lutte au Guatemala et au Nigéria. Le soutien à ces évaluations et à l'élaboration d'une proposition de programme a été fourni par la Fondation Edna McConnell Clark.

3. Niveau primaire : Programme de prévention de la cécité (BPP)

- & soins médicaux primaires pour les personnes atteintes de problèmes visuels et auditifs
- & formation du personnel de santé communautaire au contrôle de l'acuité visuelle et à la détection primaire des maladies oculaires (sanctionnée par un examen sous la supervision de techniciens de soins oculaires primaires du BPP et d'ophtalmologistes du CBDG)
- & le Programme national de lutte contre le trachome dépend du BPP, qui dépend lui-même du CBDG

4. Programme national de lutte contre le trachome

Le Programme national de lutte contre le trachome a été créé en 1989. Les deux premières années ont été axées sur la formation et le renforcement des institutions. Les premières enquêtes (en milieu scolaire) ont été réalisées en 1990 et 1991.

Depuis 1990, la Christoffel-Blindenmission (CBM) a participé à l'élaboration du Programme en se chargeant de la formation de personnels de santé communautaire (bénévoles), de techniciens de santé du Ministère de la Santé, et des ONG. De plus, CBM fait don de 4 tubes de pommade ophtalmique à l'oxytétracycline par personne atteinte.

Le Programme national de lutte contre le trachome assure l'éducation sanitaire au niveau des communautés sur les modes de transmission du trachome, la prévention et l'hygiène (composantes N et CE de la stratégie CHANCE). Depuis 1990, au moins 337 agents de santé ont été formés. Le suivi de ces agents est fait régulièrement dans la mesure des possibilités. Le principal problème réside dans la difficulté de garder le personnel, car celui-ci quitte le service ou est nommé ailleurs.

D. LE PROBLÈME DU TRACHOME

Dans la région voisine du lac Atitlan, dans le département de Sololá, le trachome est fortement endémique et touche la plus grande partie de la population étudiée (sud-ouest du département de Sololá et Nahualá dans le département de Quiché). On trouve le trachome cécitant avec cicatrices cornéennes chez les personnes âgées.

1. Situation sanitaire générale à Sololá

Les régions montagneuses du Guatemala, en particulier Sololá, sont parmi les départements qui ont été les plus touchés au cours de 35 années de conflits et de guerre civile et leur sous-développement général les place parmi les régions les plus pauvres du pays. Les habitants sont essentiellement des descendants des Mayas (Quiché). Depuis la fin des conflits, on a assisté à une augmentation de la population, des migrations, de la pauvreté et de la malnutrition (kwashiorkor).

Le choléra, la dengue et le trachome sont endémiques dans cette région, où l'on trouve également des cas de paludisme. On observe un taux accru d'infections à pneumocoques du fait de l'usage répandu des antibiotiques. Environ 60% de la population disposent d'eau distribuée par pompage (IS, UNICEF, etc.), mais on ignore où se trouvent ces personnes et quelle est la relation avec la prévalence du trachome.

Le taux d'alphabétisation est faible et le taux de mortalité maternelle est de 21,1 pour 1000. Les accouchements sont pratiqués par des sages-femmes et non par des médecins, et, selon la tradition, les "étrangers" ne peuvent toucher les bébés avant que ceux-ci aient atteint l'âge de six mois. Les sages-femmes sont contrôlées par les centres de santé communautaires.

2. Etudes de référence

Toutes les enquêtes, des enquêtes de prévalence ponctuelle dans la communauté chez les enfants de 7 ans et plus, ont été réalisées en milieu scolaire. Les enfants de moins de 7 ans n'étaient pas systématiquement inclus dans les enquêtes sauf s'ils étaient amenés par leur mère ou par un agent de santé. Toutes les enquêtes étaient basées sur les symptômes cliniques du trachome oculaire. Aucun frottis ni culture n'était réalisé en routine. Une étude de validation/reproductibilité du diagnostic clinique a été faite avant les enquêtes par comparaison entre le résultat noté par les observateurs et les plaques de diagnostic OMS (voir Tableau 1).

3. Les changements sur 10 ans & incidence, récurrence, dynamique de la transmission

Il est difficile d'estimer la prévalence et l'incidence vraies à partir des données disponibles, et de déterminer s'il y a eu des changements depuis l'introduction des mesures éducatives et sanitaires et du traitement par l'oxytétracycline. Il apparaît que le trachome est relativement limité géographiquement au département de Sololá, mais il y touche un important segment de population et on observe des cas aigus et chroniques.

Seule l'oxytétracycline pour application locale est actuellement utilisée pour les campagnes de traitement de masse. On ne distribue pas d'antibiotiques ni par voie générale ni par voie orale pour le traitement de masse, car la tétracycline orale est déconseillée chez l'enfant de moins de 7 ans en raison du risque de dyschromie dentaire, de dépôt sur les épiphyses des os longs et du risque de photosensibilisation. La tétracycline par voie orale est également déconseillée pour le traitement de masse en raison de problèmes de supervision, de distribution et de coût. Dans les cas graves et les cas chroniques, des antibiotiques par voie orale ou générale comme la tétracycline ou l'érythromycine sont recommandés au cas par cas.

4. Relations entre l'alimentation en eau potable et l'adoption de mesures d'hygiène et la réduction du trachome

On ne dispose actuellement d'aucune information sur une quelconque "relation". Environ 60% des habitants de Sololá disposent d'eau distribuée par pompage. Il existe apparemment des endroits répondant aux cas suivants :

- & pas d'eau, trachome (relation attendue)
- & eau, trachome (relation non attendue)
- & pas d'eau, pas de trachome (relation non attendue)
- & eau, pas de trachome (relation attendue)

5. Cas de conjonctivite à inclusions chez les enfants de moins d'un an

Des cas de conjonctivite à inclusions ont été rapportés à Sololá chez des enfants de moins d'un an, et leur nombre pourrait être en augmentation. Cette situation n'a pas été activement étudiée par les autorités épidémiologiques ou médicales. On ignore si l'affection est contractée au moment de la naissance lorsque la mère présente une chlamydie génitale, ou si elle est contractée sous forme de trachome dû à des mauvaises conditions d'hygiène. Il est donc important de déterminer la source d'infection en recherchant la conjonctivite à inclusions chez l'enfant et la chlamydie génitale chez la mère. Un traitement par voie générale des enfants et des mères serait justifié et, dans ces cas, l'érythromycine orale pourrait convenir dans certains cas et être administrée par un médecin.

E. BUT ET OBJECTIFS D'UN PROJET DE PROGRAMME ÉLARGI

Proposition de plan d'étude pour le traitement de masse par l'érythromycine ou l'azithromycine par voie orale pour combattre/éliminer le trachome (3-5 ans)

But : Combattre/éliminer le trachome en tant que problème de santé publique au Guatemala.

Justification :

1. Il existe un taux accru de réinfection entraînant une augmentation de la prévalence du trachome.
2. Il existe une augmentation de la population, des migrations et de pauvreté conduisant à une augmentation de la prévalence du trachome.
3. On ne dispose pas d'une connaissance globale de la prévalence qui permettrait de cibler le traitement, l'éducation et la prévention.

Objectifs : Introduire la stratégie CHANCE en suivant les lignes directrices de l'OMS

1. Renforcer le Programme national de lutte contre le trachome en développant la promotion communautaire et la participation des agents de santé communautaires; établir et renforcer les capacités techniques du personnel du Ministère de la Santé du Guatemala.
2. Préparer et réaliser une étude prospective par sondage pour la détection/la confirmation et la détermination de l'extension géographique/de l'élimination du trachome dans la région de Sololá et les régions avoisinantes, par exemple Totonicapán, Quetzaltenango, Huehuetenango, San Marcos. Confirmer le diagnostic de chlamydiae par coloration ou autre méthode.
3. Introduire ou développer des systèmes d'alimentation en eau potable dans les communautés ainsi que des conditions d'hygiène suffisantes; promouvoir l'éducation sanitaire et mesurer les changements de comportement par l'étude des attitudes et des pratiques.
4. Etablir un bon système de tenue des dossiers et de gestion pour suivre et surveiller la qualité des services, la formation, etc. Ce système doit être simple et facile à utiliser pour le suivi prospectif, la surveillance et les mesures d'impact.
5. Introduire l'érythromycine par voie orale pour valider les protocoles de traitement, notamment chez l'enfant et en cas de conjonctivite à inclusions; définir ou analyser les protocoles de traitement du trachome.
6. Préparer le Programme de lutte contre le trachome en vue de l'introduction de l'azithromycine par voie orale.

Tableau 1
Prévalence du trachome dans les principales municipalités ou districts
du département de Sololá

Année	Population totale	Nombre de personnes (%)									
		Enquêtées	Positives	TF	TI	TS	TT	CO	0-14 ans	15-44 ans	>45 ans
				(aigu)		(chronique)					
1990-1991	?	?	5 428 (?)	4 854 (89,4)		574 (10,6)			4 162 (76,8)	924 (17,1)	330 (6,1)
1995	185 579	28 805 (15,5)	8 712 (30,2)	1 901 (11,5)	1 005 (11,5)	169 (1,9)	29 (3,3)	16 (0,2)	-	-	-

1996	102 319	9 142 (8,9)	2 195 (24)	1 272 (13,9)	552 (6)	314 (3,4)	41 (4,5)	16 (1,8)	-	-	-
1997	?	9 277 (?)	1 410 (15,2)	799 (8,6)	298 (3,2)	285 (3,1)	23 (0,3)	5 (0,05)	-	-	-
1998*	48 616	5 635 (11,6)	1 432 (46,8)	852 (27,8)	367 (12)	200 (6,5)	11 (0,4)	1 (0,03)	-	-	-

* 1er semestre

II. NIGERIA

A. Généralités

Le trachome est endémique au Nigéria, notamment dans les Etats secs du nord, proches du Sahara. Les données ont été recueillies dans cinq Etats : Borno, Kaduna, Kano, Katsina et Niger.

Les informations ont été tirées des données disponibles (publications et registres), d'entretiens, de questionnaires remplis par 11 hôpitaux, et de visites dans 3 communautés. On a cherché à évaluer l'ampleur du problème, les interventions actuelles et les ressources disponibles ou potentiellement disponibles.

B. Taux de cécité

- & le taux de prévalence moyen de la cécité est de 1,2% dans le pays [voir tableau dans l'annexe 3 (p. 45) du rapport WHO/PBD/GET/98.2]
- & les taux de prévalence vont de 0,62% dans le sud à 1,7% dans le nord
- & des données antérieures du Centre national de santé oculaire (NEC) indiquent une prévalence de la cécité de 1,4% (0,62% à 3,3%)
- & les principales causes de cécité sont :
 - C cataracte (40%-60%)
 - C causes d'origine cornéenne, y compris les traumatismes
 - C glaucome
 - C onchocercose (dans les régions où cette maladie existe)
 - C trachome (surtout dans le nord)
 - C prévalence du trachome : 20,2% (de 10,0% à 69,8%) (données du NEC)

C. Infrastructure sanitaire

Le système national de santé est basé sur le principe d'une responsabilité gouvernementale à trois niveaux. Au sommet se trouve le Ministère fédéral de la Santé qui donne les orientations politiques et assure la gestion des établissements tertiaires. Les Ministères de la Santé des Etats formulent les politiques de santé dans leur zone d'influence, notamment au sujet des affections ou des problèmes de santé qui peuvent leur être spécifiques. Les Etats sont responsables des établissements de santé secondaires, y compris du personnel. Ils sont également responsables de l'enregistrement et de la supervision des établissements ou des postes de santé privés ou religieux relevant de leur compétence géographique.

A la base de l'échelle de prestations des soins de santé se trouve le niveau des soins de santé primaires, dont la responsabilité est assumée par le gouvernement local, c'est-à-dire le niveau le plus proche de la population, avec laquelle il est en relation directe pour toutes questions. L'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA) a été établie en 1983, et est chargée d'administrer et de mettre en œuvre les soins de santé primaires, de fournir des directives financières et techniques et d'assurer le développement de la main-d'œuvre.

Pour faciliter la tâche de l'administration, le pays était déjà divisé en quatre zones sanitaires (A, B, C et D). Ces dernières années, le nombre de zones a été porté à six, car certaines étaient trop vastes pour pouvoir être administrées efficacement à partir du siège de zone. Un bureau de la NPHCDA est établi dans chaque zone pour faciliter l'interaction entre les autorités locales (LGA) et la NPHCDA pour toutes questions.

La politique nationale de santé a été élaborée et lancée en 1938. Elle vise à assurer aux Nigériens un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement

productive. Le secteur nigérian de la santé se caractérise par de vastes disparités régionales au niveau de l'état de santé, de l'utilisation des services sanitaires, et de l'existence même de ces services, la population des Etats du sud du pays étant nettement plus favorisée que celle du nord. Les chiffres de morbidité et de mortalité varient par conséquent d'une région à l'autre.

Pour de plus amples informations sur les diverses catégories de personnel de santé ainsi que leurs effectifs, voir le Tableau 1.

D. Infrastructure de soins oculaires

- & 6 hôpitaux publics spécialisés assurent les soins oculaires au Nigéria
- & 2 de ces hôpitaux se trouvent dans l'Etat de Kaduna dans le nord du pays
- & Un programme national de prévention de la cécité (NPPB), créé en 1992, est mené par le Département de la lutte contre la maladie et des soins de santé primaires dans le cadre du Centre national de santé oculaire (NEC) de Kaduna.

E. Situation du trachome

Bien que l'ampleur du trachome ait diminué au cours des 10 à 15 dernières années comme l'attestent les ophtalmologistes et les infirmiers spécialistes en ophtalmologie qui ont pratiqué ces deux dernières décennies, cette réduction ne semble pas résulter d'une quelconque intervention planifiée, mais est plutôt la conséquence du développement socio-économique, et en particulier du développement de l'approvisionnement en eau dans les communautés. Le NEC fait état d'une prévalence du trachome de 20,2% (de 10,0% à 69,8%).

Le trachome constitue encore un problème majeur de santé publique dans trois des cinq Etats (Kano, Katsina et Borno) pour lesquels on a rassemblé des données. L'approvisionnement en eau en qualité et en quantité suffisantes semble un problème dans les cinq Etats. Les services de distribution d'eau des Etats (State Water Boards) sont les principaux fournisseurs d'eau et ne peuvent alimenter que les zones urbaines.

Etat de Kaduna

- & population : 4,8 millions d'habitants, principalement en zone rurale
- & 23 LGA
- & 600 établissements de santé de toutes catégories, y compris le Centre national de santé oculaire (NEC), l'Hôpital universitaire Ahmadu Bello (ABUTH), l'Army Reference Hospital, et de nombreux hôpitaux privés
- & 2 établissements de santé sont spécialisés en soins ophtalmologiques : le NEC et le Guinness Ophthalmic Unit (GOU) de l'ABUTH
- & des cas de trachome ont été rapportés au NEC et au GOU (voir Tableau 2)

Récemment, le GOU a reçu de Pfizer Inc. un financement et un don d'azithromycine pour effectuer des recherches sur l'efficacité comparée de l'azithromycine et de la tétracycline. Les premières visites de "sensibilisation" des communautés ont été organisées au moment des entretiens ayant servi de base à ce rapport.

Etat de Kano

- & population : 6,8 millions d'habitants
- & partie aride, à climat chaud, peuplée et active, située dans le nord du pays

- & 44 LGA
- & 40 hôpitaux publics et plusieurs hôpitaux religieux et privés (pour la plupart dans les zones urbaines)
- & 268 médecins employés dans l'Etat de Kano, dont 2 ophtalmologistes
- & des cas de trachome ont été rapportés dans les quatre hôpitaux visités (voir Tableau 2)

Etat de Katsina

- & à la frontière du Niger
- & population : 4,7 millions d'habitants
- & 34 LGA
- & 2 hôpitaux publics et 1 hôpital privé visités pour cette évaluation
- & les 2 hôpitaux publics ne disposent que d'infirmiers spécialistes en ophtalmologie
- & l'hôpital privé est la propriété d'un ophtalmologiste qui reçoit les malades adressés par les autres établissements
- & des cas de trachome ont été rapportés dans les trois hôpitaux visités (voir Tableau 2).

IEF parraine un stagiaire postgrade du NEC qui doit effectuer une étude de prévalence du trachome dans l'Etat de Katsina à partir du début 1999.

Etat du Niger

- & zone centrale du Nigéria, à économie agraire
- & population : 3,1 millions d'habitants
- & climat moins hostile que dans les Etats de Kano et de Katsina
- & 26 LGA
- & 310 établissements de santé de diverses catégories
- & 4 des 9 hôpitaux généraux ont des services d'ophtalmologie disposant d'un ophtalmologiste et d'infirmiers spécialistes en ophtalmologie
- & des cas de trachome ont été rapportés dans les deux hôpitaux visités (voir Tableau 2)

Etat de Borno

L'Etat de Borno n'a pas été visité. Cependant, d'après des indications obtenues par téléphone, télécopie et courrier électronique, il semble que l'approvisionnement en eau soit très peu développé. Les établissements de santé ne disposent guère de registres et aucune information sur le trachome n'est disponible.

E. Résumé

Le trachome reste un problème endémique dans la partie septentrionale du Nigéria. La majeure partie de la population est rurale et l'eau est de qualité médiocre et est disponible en quantité insuffisante. Les ONG et les agences bilatérales qui travaillent avec les State Water Boards construisent des forages et des puits, mais il reste encore beaucoup à faire. Les ONG travaillant au Nigéria et l'UNICEF mènent des activités au niveau périphérique et des activités d'éducation du public sur les questions d'assainissement et d'hygiène, mais il n'existe pas de programmes d'éducation à base communautaire sur le trachome ni de campagnes de traitement dans les Etats du centre et du nord.

Tableau 1
Catégories et effectifs du personnel de santé
(d'après : Nigerian Health Profile, FMOH/SS, Lagos (1991))

CATEGORIE DE PERSONNEL DE SANTE	EFFECTIF	EFFECTIF PAR 100 000
Médecins	20 210	22,8
Dentistes	1 197	1,35
Vétérinaires	2 063	2,3
Pharmaciens	6 060	6,8
Infirmiers	17 712	81
Sages-femmes	58 036	65,5
Spécialistes en hygiène de l'environnement	6 366	7,2
Techniciens de laboratoire d'analyses	3 499	3,9
Administrateurs des services de santé communautaires	2 743	3,1
Physiothérapeutes	S/O	S/O
Radiologues	600	0,7
Techniciens dentaires	430	0,5
Superviseurs des services de santé communautaires	3 974	4,5
Agents périphériques des services de santé communautaires	18 287	20,7
Assistants périphériques des services de santé communautaires	14 223	16,1

S/O = Sans objet.

**Données récapitulatives des hôpitaux spécialisés en ophtalmologie dans les Etats
de Kaduna, de Kano, de Katsina et du Niger
(janvier 1996-juin 1998)**

ETAT & NOM DE L' HOPITAL OU DU CENTRE DE SOINS OPHTALMOLOGIQUES	NOMBRE DE CAS DE TRACHOME			% DES CAS DE TRACHOME PAR RAPPORT A L' ENSEMBLE DES CAS	NOMBRE D' OPERATIONS DU TRICHIASIS REALISEES
	Total	Femmes >30 ans	Enfants >10 ans		
Etat de Kaduna (source : registres hospitaliers des patients hospitalisés et ambulatoires)					
NEC Eye Hospital	58	27	2	0,11	13
GOU Eye Hospital	13	4	6	0,03	7
Total	71	31	8	0,08	20
Etat de Kano (source : registres hospitaliers)					
Ecwa Eye Hospital	7 271	-	-	15	469
Murtala Mohammed Hospital	Registres hospitaliers non tenus à jour et insuffisants				256
Al-noury Specialist Hospital, Kano	889	S/O	S/O	11,6	56
E-Shaddai Hospital & Eye Centre, Kano	33	6	4	-	4
Total	8 193	6	4	11,6*	685
Etat de Katsina (source : registres hospitaliers)					
General Hospital, Katsina	4 340	1 468	40	10,4	S/O
General Hospital, Daura	4 814	1 704	73	13,9	S/O
IKH-WAAN Eye/Medical Centre, Katsina	89	-	16	2,1	19
Total	9 243	3 172	129	11,4	19
Etat du Niger (source : registres hospitaliers)					
General Hospital, Minna	362	139	22	5,1	47
Federal Medical Centre, Bida	302	125	34	6,3	0
Total	664	264	56	5,56	47

* Moyenne.

S/O = Sans objet.

ANNEXE 4

FORMULAIRE POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA CHIRURGIE DU TRICHIASIS

PROCÉDURE: ROTATION BILAMELLAIRE DU TARSE

Ce formulaire a été préparé à l'intention des évaluateurs chargés de vérifier la qualité de la chirurgie pratiquée par l'opérateur.

Avant de l'utiliser, on conseille à l'évaluateur de revoir la procédure chirurgicale de façon à adapter le questionnaire à la situation locale, si nécessaire.

Etablissement de Santé:		
	Primaire* 0	Secondaire 0	Tertiaire 0
Nom de l'opérateur:		
Nom de l'évaluateur:		
Date:		

Salle d'opération

La salle d'opération est-elle	- propre?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	- suffisamment spacieuse?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	- bien éclairée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Préparation pré-opératoire

Le visage du patient a-t-il été lavé avec du savon et de l'eau propre bouillie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le collyre anesthésique a-t-il été appliqué correctement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

L'opérateur brosse-t-il ses mains au savon et à l'eau pendant 5 minutes, puis les lave-t-il avec une solution antiseptique et les rince-t-il avec de l'eau stérile?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'opérateur porte-t-il des gants stériles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

L'opérateur vérifie-t-il si les instruments sont parfaitement stérilisés?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

L'opérateur vérifie-t-il si les instruments, sutures, matériels jetables à usage unique nécessaire sont au complet?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

L'opérateur vérifie-t-il si le visage du patient est nettoyé avec une solution antiseptique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Le patient a-t-il été interrogé concernant toute éventuelle allergie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

* Veuillez cocher vos réponses

Procédure chirurgicale

La lignocaine à 2% est-elle contenue dans un flacon stérile?	Oui ___	Non __
L'aiguille et la seringue pour la lignocaine sont-elles stériles?	Oui ___	Non __
L'anesthésique est-il injecté correctement et selon la dose prescrite?	Oui ___	Non __
L'opérateur utilise-t-il une loupe binoculaire frontale?	Oui ___	Non __
L'opérateur se fait-il aider par un assistant?	Oui ___	Non __
Les étapes suivantes sont-elles exécutées selon la procédure recommandée?		
Fixation de la paupière	Oui ___	Non __
Incision de la peau et du muscle	Oui ___	Non __
Incision de la conjonctive et du tarse	Oui ___	Non __
Création d'une voie de passage entre les deux incisions	Oui ___	Non __
Prolongement de l'incision aux deux extrémités	Oui ___	Non __

Suture de la paupière

L'opérateur dispose-t-il les sutures correctement?	Oui ___	Non __
L'opérateur serre-t-il les noeuds des sutures correctement?	Oui ___	Non __

Difficultés rencontrées en cours d'intervention

L'opérateur a-t-il dépisté précocement et apporté la réponse qui convient en cas de:

C saignement?	Oui ___	Non __
C section transversale du bord libre de la paupière?	Oui ___	Non __
C surcorrection?	Oui ___	Non __
C sous-correction?	Oui ___	Non __

DR ABDELOUAHED EL FASSI
MINISTRE DE LA SANTÉ DU ROYAUME DU MAROC

Mesdames et Messieurs,

Au nom du Gouvernement marocain et au nom de tous les personnels du Ministère de la Santé, je vous souhaite la bienvenue. Votre réunion au Maroc et à Ouarzazate, province en lutte contre le trachome, est ressentie par le Ministère de la Santé marocain comme un privilège et un appui exceptionnel à notre stratégie de lutte contre ce qui nous réunit aujourd'hui et nous mobilisera encore ensemble jusqu'à l'an 2020. Un privilège, puisqu'il s'agit de la première réunion de notre alliance, en dehors des murs de l'OMS et aussi de la première réunion après notre importante résolution de mai dernier. Enfin, un privilège, de par le nombre exceptionnel des pays frères et amis qui nous ont fait l'honneur de venir nous soutenir dans notre lutte et nous faire bénéficier de leurs remarques et de leurs expériences, ici à Ouarzazate, une des cinq provinces ciblées par notre lutte.

En espérant que ces réunions de notre alliance soient plus fréquentes et davantage élargie à plus de pays endémiques, puisqu'elles constituent un véritable suivi de la lutte mondiale contre le trachome, je voudrais, si vous le permettez, insister auprès de vous sur ce qui me semble être l'essentiel de la démarche adoptée par notre stratégie de lutte contre le trachome cécitant au Maroc, qui, je vous le rappelle, concerne quelque deux millions de nos concitoyens.

Nous sommes convaincus, tout d'abord, que le préalable à toute stratégie de lutte dans ce domaine, est la volonté politique. Une volonté politique qui, dans le cas du Maroc, s'est très vite exprimée, aux côtés de l'OMS et conformément aux objectifs tracés par la communauté internationale à travers cette organisation. Nous faisons nôtre, tout effort de l'OMS visant à pousser les pays à reconnaître politiquement qu'il y a un problème mondial sur le registre du trachome.

Le premier levier de lutte sur lequel nous voulons insister est la dimension multisectorielle qui doit être la prédominante dans les stratégies et les plans d'action, au niveau national, régional et local. La stratégie "CHANCE" suppose des activités intégrées, une vision coordonnée, appuyée sur un apport technique et scientifique de notre base arrière, l'OMS, et surtout elle suppose un front de lutte occupé par une équipe, une équipe multisectorielle.

Mais, pour autant, nous pensons que la lutte multisectorielle peut être de portée réduite tant qu'elle n'est pas soutenue par l'implication active des communautés concernées et de leurs cadres organisationnels, c'est à dire les organisations non gouvernementales (ONG), les associations, les comités villageois, etc.

Aussi, avons-nous cherché, au Maroc, à sensibiliser dès le départ nos personnels de santé et tous nos partenaires à l'approche communautaire. L'efficacité d'une telle approche n'est plus à démontrer et sa pertinence est davantage concluante en matière de santé collective et préventive et en matière d'éducation sanitaire et de maîtrise de l'environnement. Au cours de ces journées, l'équipe de notre programme de lutte contre la cécité vous présentera des acteurs principaux de cette approche communautaire, des représentants d'associations et de comités villageois. Nous serons attentifs aux remarques des nombreux délégués parmi vous qui nous viennent de pays ayant accumulé plus d'expériences que le Maroc en matière d'approche communautaire.

A cet égard, je profite de l'occasion pour faire part de notre souci, au Maroc, d'aider à un plus grand déploiement de la coopération Sud/Sud en général, et en matière de lutte contre le trachome en particulier. Nous pensons qu'avec le soutien technique des organisations internationales spécialisées et avec l'appui d'expertise d'ONG internationales, il y a nécessité de capitaliser certaines expériences de pays du Sud au profit d'autres pays du Sud, de revues de programmes de lutte, de formation, d'échange d'experts nationaux, de protocoles d'évaluation, etc.

S'arrêtant sur ce dernier aspect de lutte, l'aspect de l'évaluation, j'aimerais retenir devant vous, à la lumière de notre jeune expérience, que notre lutte contre le trachome, mettant en question le comportement du citoyen, nécessite un dispositif d'évaluations régulières et surtout adaptées au contexte spécifique des communautés aux plans économique, social, sanitaire, culturel, etc. Ce souci

de respect du contexte, de “ contextualisation ” de la lutte et de son évaluation, nous a permis, au Maroc, de retenir, par exemple, l'école comme lieu stratégique de lutte.

S'il était évident que la structure de santé soit pour nous un lieu privilégié pour mener une panoplie d'activités, depuis la chirurgie jusqu'à la communication éducative, nous avons choisi de faire également de l'école un espace où nous devons faire converger, et nos actions, et la dynamique du multisectoriel, afin de réunir toutes les chances d'élimination du trachome cécitant au profit des générations montantes. En impliquant l'enfant, l'élève, dans les premiers rangs de la lutte, nous pensons rendre le trachome plus vulnérable à nos stratégies de lutte que résume la stratégie “ CHANCE ” .

Nous avons donc choisi de faire de l'élève, non seulement une cible et un vecteur de lutte en direction de la mère et des parents, mais aussi un compagnon d'armes puisqu'on l'implique, depuis son espace scolaire, dans nos activités éducatives et démonstratives à l'échelle de toute la communauté.

Mesdames et Messieurs,

Quand la volonté politique s'exprime clairement, quand l'action opérationnelle découle d'une prise en compte du contexte et de ses spécificités, quand l'approche de lutte est une approche ouverte sur la contribution de tous, y compris le citoyen lui-même, c'est-à-dire le premier concerné par nos objectifs, je pense que toute question de santé arrive à épouser totalement et valablement la grande question du développement. C'est dans ce sens, et vous l'aurez remarqué, que nous nous sentons, avec cette stratégie de lutte contre le trachome, en phase avec notre agenda national qui, en ce moment, a érigé la lutte contre la pauvreté comme priorité collective qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs nationaux, gouvernement et société civile.

A l'occasion de cette mobilisation nationale contre la pauvreté et des actions communautaires, multisectorielles et de solidarité qu'elle génère, je vous invite, lors de visites de sites que votre programme comporte, à relever la formidable dynamique et les multiples potentialités que cette atmosphère recèle au profit de notre lutte contre le trachome cécitant.

Encore une fois, je vous remercie d'avoir choisi le Maroc pour cette importante réunion et je salue tout particulièrement nos précieux partenaires, je veux parler de l'OMS, de Helen Keller International, de la Fondation Edna McConnell Clark et du Programme philanthropique de Pfizer que je vous demande d'applaudir.

Merci.

~ ~ ~ ~