

Rapport de la neuvième réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant

Genève, 21-23 mars 2005



GET 2020

ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME CECITANT D'ICI 2020

REMERCIEMENTS

L'Organisation mondiale de la Santé remercie ses nombreux partenaires de l'appui qu'ils apportent à l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant. Parmi ces activités, la réunion annuelle des membres de l'Alliance est une occasion unique de mettre en commun l'information, les données d'expérience et d'énoncer des problèmes immédiats. Elle permet aussi de réaffirmer l'engagement du groupe en faveur de l'objectif ultime de l'élimination. L'Organisation mondiale de la Santé les remercie non seulement pour leur appui financier qui permet à l'Alliance de fonctionner, mais également pour le travail réalisé au cours de la réunion elle-même et pour la préparation du rapport.

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Cette publication exprime les avis collectifs d'un groupe d'experts international et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique énoncée de l'Organisation mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES

	Pages
1. INTRODUCTION	2
2. RAPPORTS DE PAYS	
2.1 République Unie de Tanzanie	3
2.2 Ghana	6
2.3 Maroc	9
2.4 Sultanat d'Oman	12
2.5 Pakistan	15
2.6 Australie	18
2.7 Brésil	20
2.8 Chine	21
2.9 Nigeria	23
2.10 Afghanistan	24
2.11 République islamique d'Iran	25
3. RAPPORT DE LA COALITION DES ONG	
3.1 Coalition internationale pour la lutte contre le trachome	26
4. LE POINT SUR LES PROJETS DE RECHERCHE	
4.1 Rapport de l'atelier scientifique informel sur le trachome	27
4.2 Programme de recherche 2005-2006	29
5. NOUVELLES ORGANISATIONS PARTICIPANTES	
5.1 Fondació Ulls del Món	31
5.2 Brochure d'éducation sur le trachome CHEPE	31
6. AUTRES QUESTIONS	
6.1 Processus de certification de l'élimination du trachome cécitant	32
6.2 Groupe de travail informel sur les principes directeurs pour la certification de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique au Centre DANA	34
6.3 Projet de manuel d'évaluation des chirurgiens du trichiasis	35
6.4 Lutte antitrachomateuse : guide pour les administrateurs de projet	38
6.5 Lutte antitrachomateuse en Asie du Sud-est	39
6.6 Evaluation du programme World Vision	40
6.7 Mobilisation de ressources	42
7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	43
8. DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION	45
9. CLOTURE DE LA REUNION	45
ANNEXES :	
1. ORDRE DU JOUR	46
2. LISTE DES PARTICIPANTS	47
3. DONNEES	58

1. INTRODUCTION

La neuvième réunion annuelle de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 (GET 2020) s'est tenue au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève du 21 au 23 mars 2005. Ont assisté à la réunion 31 coordonnateurs nationaux, 14 représentants des centres collaborateurs de l'OMS pour la prévention de la cécité et d'autres établissements de recherche, 14 représentants d'organisations non gouvernementales et de fondations, 6 observateurs et 13 membres du personnel technique de l'OMS, y compris un représentant du Bureau régional de l'Europe.

Le Dr Serge Resnikoff, Coordonnateur, Prévention et prise en charge des maladies chroniques, a ouvert la réunion, souhaitant la bienvenue à tous les participants au nom du Directeur général de l'OMS et reconnaissant l'utilité d'une réunion d'un aussi grand nombre de parties intéressées pour échanger des informations sous une forme nouvelle mieux ciblée. La coopération internationale et le développement communautaire – deux éléments clés de tout programme efficace – progressent nettement. L'importance de l'élimination du trachome cécitant va au-delà de la lutte contre les maladies transmissibles ; en tant que maladie des populations pauvres, mal desservies et laissées pour compte, elle est liée à de vastes questions de société et d'environnement qui doivent demeurer au cœur des discussions. Le cadre pour la certification de l'élimination a été approuvé officiellement et l'OMS s'efforce maintenant de mettre en place le processus pour les pays prêts pour la certification.

Le Dr Silvio Paolo Mariotti, coordonnateur de la réunion, a exposé le nouveau format de compte rendu dont s'inspireraient les exposés de pays. Cette nouvelle présentation est conforme aux souhaits de l'Alliance, tels qu'elle les a exprimés à sa huitième réunion, c'est-à-dire réduire le nombre d'exposés, normaliser et condenser le matériel présenté et libérer ainsi davantage de temps pour la discussion elle-même. En conséquence (en principe), des feuilles de données devraient être communiquées avant la réunion et seuls les problèmes pertinents, les enjeux, les solutions et les possibilités seront examinés pour des pays choisis. L'Alliance a également exprimé le souhait de voir les pays fortement peuplés faire une mise à jour des progrès accomplis chaque année, aussi des bilans seront-ils également présentés par le Brésil, la Chine et le Nigeria.

Le Dr Grace E. B. Saguti (République Unie de Tanzanie) a été élue Président de la réunion et Mme Dyanne Hayes (Fondation Conrad N. Hilton) Vice-Président. Le Professeur Nouhou Konkouré Diallo (Guinée Conakry) et le Dr Rajiv Bhalchandra Khandekar (Soins de santé oculaires et auriculaires, Ministère de la Santé, Sultanat d'Oman) ont été élus Rapporteurs.

L'ordre du jour a été adopté avec une modification de la liste des pays devant présenter un exposé le deuxième jour et l'ajout de plusieurs mises à jour (annexe 1). La liste des participants figure à l'annexe 2.

En mai 2005, l'Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome décernera au Dr K. Konyama la Médaille d'or du trachome et celui-ci donnera une conférence sur la lutte antitrachomateuse dans les pays d'Asie et son essentielle intégration aux soins de santé primaires.

2. RAPPORTS DE PAYS

2.1 République-Unie de Tanzanie (Dr Grace Saguti)

Développement du programme de lutte antitrachomateuse en Tanzanie : problèmes rencontrés, possibilités offertes et enseignements tirés

La lutte antitrachomateuse a commencé dans les années 70 avec l'action d'organisations non gouvernementales (ONG) dans plusieurs zones d'endémie, en particulier dans le centre du pays. Les activités de lutte ont été renforcées en 1988 avec la formation du Comité national de Prévention de la Cécité, puis en 1999 à travers le partenariat public-privé avec l'Initiative internationale contre le trachome (ITI). Grâce à ITI, le pays a commencé à mettre en oeuvre la stratégie CHANCE de l'OMS et a utilisé l'Azithromycine offert par Pfizer dans six districts. En 2003, la stratégie CHANCE était intégrée dans les systèmes de santé de district, permettant un élargissement du programme de lutte à 10 districts par an (pour atteindre 30 districts en 2004). Le programme national de lutte contre le trachome (NTCP) a été établi en 2003 sur une base quinquennale, un plan stratégique étant élaboré en 2004 et une enquête de base organisée.

A l'heure actuelle, on estime que le trachome est endémique dans 50 districts (sur les 119 que compte le pays). De premières données d'enquête ont été réunies pour 30 districts (avec des données périphériques) : 12 millions de personnes sont exposées ; 2 millions d'enfants de moins de 10 ans souffrent de la forme évolutive de la maladie. L'arriéré de prise en charge chirurgicale pour le trichiasis trachomateux (TT) est estimé à 54 000 cas. Le trachome a rendu aveugle quelque 45 000 personnes.

Les 30 premiers districts ont été choisis sur la base des données recueillies grâce à la notification régulière de toutes les maladies ophtalmologiques aux niveaux régional et du district. Sur les premiers districts enquêtés, 26 avaient un taux de trachome évolutif supérieur à 10 %. La maladie évolutive était inférieure à 4 % dans quatre districts seulement dans des zones localisées. Contrairement aux attentes, la cartographie préliminaire fait apparaître une incidence du TT variable à travers le pays. L'étude devrait être achevée en 2005 avec la réalisation d'enquêtes dans les 20 districts restants.

Le programme est encore confronté à de nombreux problèmes tels que le manque de ressources humaines ou de capacités de mise en oeuvre du programme CHANCE suffisantes. L'enquête de base a révélé une augmentation de la population (de 1,5 million à 7 millions) à qui de l'azithromycine devrait être distribuée conformément à la stratégie du programme d'administration de masse au niveau du district. Pour mettre en oeuvre cette stratégie, le programme a dû trouver les moyens de motiver les distributeurs communautaires, en rattachant l'activité à d'autres programmes tels que la lutte contre la filariose lymphatique et l'onchocercose. L'action de sensibilisation a été décisive pour convaincre les districts de la nécessité d'allouer des ressources à la lutte antitrachomateuse, compte tenu des demandes concurrentes de maladies mortelles telles que le paludisme, le VIH ou la tuberculose. Ceci est particulièrement important pour influencer les décisions concernant les plafonds budgétaires pour l'élimination de la maladie. D'autres problèmes se posent également lorsqu'il s'agit d'accroître le sentiment d'appropriation par la communauté du programme de prévention de la cécité et de mieux l'intégrer aux autres programmes. Les éléments « N » et « CE » de la stratégie CHANCE ont progressé très lentement malgré les efforts faits pour associer la communauté à une approche participative. Bien que tous les éléments de la stratégie soient mis en oeuvre dans tous les districts au titre du programme, seuls six districts ont construit des latrines dans le cadre de cette initiative fondée sur la participation. L'environnement politique n'a pas été favorable au programme, qui a été interrompu par les élections locales et présidentielles. En outre, lorsque les districts sont tombés au-dessous du « seuil de 10 % », l'établissement d'une surveillance au niveau du village pose problème.

Les possibilités qui s'offrent pour résoudre ce problème sont liées à une intégration des plans de lutte contre le trachome dans les politiques de lutte contre la pauvreté. L'élimination du trachome cécitant doit se voir accorder un rang de priorité plus élevé et l'appropriation par la communauté doit être renforcée.

Parmi les enseignements tirés de l'expérience, on constate que l'action de sensibilisation a, d'une manière générale, permis de mieux faire percevoir le trachome comme un problème de santé publique. En 2004, le jour de la Journée mondiale de la Vue, le bureau du Vice-président était l'invité d'honneur, l'accent étant mis sur les éléments « N » et « CE » de la lutte antitrachomateuse grâce à la participation des ministres de l'environnement et de l'eau. La stratégie CHANCE est la meilleure méthode de lutte antitrachomateuse, notamment lorsqu'elle est bien gérée au niveau de la communauté. Les éléments « CH » et « A » sont faciles à mettre en oeuvre dans le secteur de la santé, l'azithromycine étant bien acceptée dans la population. En tant qu'antibiotique à large spectre, le médicament n'agit pas uniquement sur le trachome. Afin de réduire les coûts, on pourrait renforcer la mise en oeuvre au niveau communautaire. Les compétences régionales doivent être développées afin qu'un soutien technique approprié puisse être fourni, un soutien financier et à la gestion des programmes étant particulièrement nécessaire.

Discussion

Ressources humaines : Les problèmes du coût et de la formation de ressources humaines suffisantes sont communs à de nombreux pays. En Tanzanie, le Plan stratégique national de soins ophtalmologiques est largement axé là dessus puisqu'au titre de ce plan, des agents de niveau intermédiaire tels que des assistants médicaux et des infirmières reçoivent une formation pour devenir « infirmiers en soins ophtalmologiques intégrés », solution retenue de préférence à la formation plus longue d'ophtalmologistes. Les directives concernant les soins ophtalmologiques (actuellement examinées par le Gouvernement) indiqueront aux districts comment choisir et former des personnes qui resteront sur place pour mettre en oeuvre le programme. Un comité aidera à la sélection et donnera également des avis.

Distributeurs communautaires : La motivation des distributeurs communautaires peut poser problème compte tenu des demandes concurrentes de ressources et d'action. En Tanzanie, la première mesure consiste à prendre conscience des problèmes de santé rencontrés par la communauté, tels que le paludisme ou le VIH, puis à adapter la prévention de la cécité à ce cadre, en utilisant des outils éducatifs pour illustrer les liens entre les différentes activités. Pour inciter les distributeurs, on fait davantage valoir le bien de la communauté que des incitations financières. Si un distributeur travaille déjà pour un autre programme, il peut également être recruté pour l'action antitrachomateuse. Les décisions telles que le mode de distribution – porte-à-porte ou à partir d'un point central – sont prises par la communauté elle-même, avec les conseils techniques d'experts.

Il n'existe pas de critères nationaux centralisés pour la sélection des distributeurs et des représentants communautaires. Cette sélection est opérée par les districts eux-mêmes, qui choisissent les personnes qui resteront sur place après leur formation. Dans les districts qui ne mettent pas encore en oeuvre la stratégie CHANCE, le traitement du trachome reste une priorité dans le cadre du programme national de soins ophtalmologiques, des opérations étant pratiquées et le traitement antibiotique par la tétracycline étant assuré.

Environnement politique : Bien que le changement politique puisse avoir une incidence, notamment au niveau ministériel, les mécanismes de mise en oeuvre et les activités de sensibilisation se poursuivent grâce aux interventions des nombreux personnels techniques du Ministère qui, eux, demeurent malgré les changements qui peuvent intervenir à la tête de l'Etat.

Recherche : Des recherches sur la réémergence du trachome après le traitement de masse sont actuellement entreprises dans un district. Les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles.

Intégration/partenariat : Un excellent partenariat a été mis en place grâce à l'action conjointe du groupe spécial national de lutte contre le trachome, au sein duquel tous les ministères sont représentés, aussi bien aux niveaux régional que des districts. Lorsque des membres de ministères, comme ceux de l'éducation, de l'assainissement, de l'eau et de l'environnement, assistent à des réunions du groupe spécial, ils peuvent ensuite communiquer ces informations à leurs ministères. L'intégration est donc réalisée jusqu'au niveau des districts.

Parmi les nombreux partenaires qui travaillent en Tanzanie, World Vision, conjointement avec la Fondation Conrad N. Hilton et le Carter Center ont soutenu la lutte antitrachomateuse en mettant l'accent sur les éléments « N » et « CE » de la stratégie CHANCE, en construisant des puits et en approvisionnant en eau des communautés du centre du pays.

Plutôt que d'essayer d'éduquer les communautés programme par programme, la question a été soulevée de l'intégration de l'éducation sanitaire et des stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles dans les services de santé de district.

Ces services de santé doivent également avoir un sentiment d'appropriation vis-à-vis des programmes si l'on veut en assurer la pérennité. En Tanzanie, tous les efforts sont coordonnés à travers l'équipe de gestion sanitaire de district qui est responsable de l'intégration, même si certains districts ont besoin pour cela de soutien et de motivation et si les progrès sont lents au niveau du système dans son ensemble. Des tentatives sont faites globalement pour intégrer les programmes verticaux, associer les activités visant les mêmes groupes d'âge, etc.

Enseignements : Trois éléments importants pour d'autres programmes de pays sont à noter : l'accent mis sur l'éducation des jeunes pour apprendre aux prochaines générations à prévenir la maladie ; l'accent mis sur les districts afin d'offrir des structures sûres et permanentes d'approvisionnement en eau à proximité des communautés et le renforcement des services de santé pour prendre en charge les personnes déjà atteintes.

Des enseignements ont été tirés de l'administration en masse de médicaments par le programme de lutte contre l'onchocercose : dans le cadre d'un projet pilote observé par cinq autres districts, le personnel de soins ophtalmologiques a tiré ces conclusions de l'observation de la distribution d'ivermectine pour la distribution d'azithromycine en masse.

Enquêtes : D'après les recommandations de l'OMS, tous les districts se situant au-dessus du seuil de 10 % doivent faire l'objet d'une distribution de masse d'azithromycine. Lorsque le district se situe au-dessous de 10 % pour le trachome évolutif, la Tanzanie réétudiera les communautés de façon à recenser les besoins de traitement et de sorte que les villages dans lesquels le trachome n'est pas endémique ne reçoivent pas de traitement superflu.

Extension de la chirurgie du TT : Compte tenu du manque de ressources humaines déjà cité, le développement de la composante chirurgicale de la stratégie demeure un problème. Des principes directeurs concernant la technique de rotation bilamellaire du tarse (RBT), telle que la recommande l'OMS, ont été élaborés et distribués à tous les chirurgiens de l'ensemble des districts. La Tanzanie a décentralisé la chirurgie du trichiasis trachomateux (TT) au niveau du district. Dans toutes les communautés, un agent de santé tient un registre des cas recensés (grâce au dépistage) comme à opérer, en faisant apparaître la charge des cas de TT. Cette information constitue la base de la planification par le coordonnateur des soins ophtalmologiques de district de la formation et des opérations chirurgicales. Il existe trois centres de formation qui forment six agents par trimestre.

Coordination des ressources : La manière d'utiliser au mieux les ressources des ONG ont été examinés et l'on a reconnu la contribution apportée par les nombreux partenaires sur le terrain. Le groupe des ONG se réunit chaque année pour examiner les plans et déterminer les interactions, en passant en revue les besoins et les possibilités. A cet égard et pour répondre aux préoccupations soulevées quant à l'effet préjudiciable possible sur les programmes du retrait d'agents communautaires d'un programme pour les placer dans un autre programme concurrent, l'Alliance a été informée qu'une réunion destinée à l'ensemble des programmes nationaux du pays était prévue, à laquelle participeraient les ministères de la santé et des finances ainsi que les ONG. Pour éviter les conflits d'intérêts et de calendriers entre programmes, tous les districts demandent aux programmes d'envoyer leurs plans d'exécution et budgets annuels à un comité central de planification qui alloue ensuite les fonds. Des protocoles régissent les visites dans les districts et la mise en oeuvre des activités, ce qui évite des chevauchements. On a souligné l'importance de fixer des

priorités au niveau local pour déterminer quel aspect des soins ophtalmologiques est le plus important pour chaque communauté. En Tanzanie, bien qu'il existe un plan stratégique national de soins ophtalmologiques, les plans d'exécution régionaux reflètent des priorités plus spécifiques.

2.2 Ghana (Dr Maria Hagan)

Les défis de la chirurgie du TT

Le Ghana est doté d'un secrétariat national et d'un programme de soins ophtalmologiques, et a reconnu depuis longtemps l'importance du trachome sur le plan de la santé publique. En 1995, l'équipe de soins ophtalmologiques a appelé l'attention sur une disparité des soins dans la région septentrionale, où l'on ne pratiquait qu'une opération du TT pour 12 opérations de la cataracte.

Avec l'appui de l'OMS et de plusieurs partenaires, y compris le Carter Centre, Christoffel Blindenmission (CBM), Sight Savers International (SSI) et l'Initiative internationale contre le trachome (ITI), des réunions de planification ont été organisées et une évaluation rapide effectuée. En 2000, une enquête épidémiologique a été réalisée et des activités du programme ont été mises en oeuvre dans 5 districts. En 2003, 12 districts supplémentaires étaient étudiés et un plan stratégique quinquennal était étalé pour 2004 à 2009. Divers partenaires soutiennent désormais l'ensemble des composantes de la stratégie CHANCE dans tous les districts, dont d'azithromycine compris.

Les ressources humaines sont un problème critique. Le Ghana compte actuellement 2 ophtalmologistes, 16 infirmières en soins ophtalmologiques et 650 agents de soins de santé primaires (SSP), 4 autres infirmières et 200 autres agents de SSP étant en formation. Les opérations du trichiasis à base communautaire sont gratuites et utilisent la technique de RBT. Des dossiers détaillés sont tenus pour chaque opération (par exemple, nom du chirurgien, nom, âge, sexe et adresse du patient, acuité visuelle, et oeil opéré). Un manuel est actuellement en cours d'élaboration pour aider les chirurgiens spécialisés dans les opérations du TT et un processus d'autorisation d'exercer est en cours. Le recyclage est possible. Des études sont actuellement faites pour évaluer le taux de récurrence.

Dans l'ensemble, l'objectif ultime d'intervention (OUI) concernant les opérations chirurgicales consiste actuellement à opérer au total 12 000 personnes (Tableau 1, annexe 3). L'objectif annuel d'intervention pour 2004 (à l'origine, 2100 opérations) a été révisé à la baisse (1200 opérations) en raison du manque de ressources. Certains des nouveaux districts rattachés au programme ne comptent pas un seul chirurgien TT. Bien que l'on ait atteint 79 % de la cible annuelle pour la chirurgie, cela ne représentait que 7,9 % de l'objectif ultime d'intervention. La couverture par les autres composantes de la stratégie CHANCE est satisfaisante, avec d'excellents résultats concernant la fourniture d'eau et de latrines grâce à l'appui des partenaires. L'objectif pour les opérations chirurgicales en 2005 est de 1500, chiffre qui serait ensuite doublé pour passer à 3000 opérations en 2006 et en 2007 dans l'espoir de pouvoir disposer de davantage de praticiens qualifiés.

Les problèmes qui se posent sont l'inaccessibilité saisonnière de certaines communautés, qui exige que les activités soient planifiées et exécutées dans les délais. La dotation en personnel est un problème majeur, mais des solutions sont mises à l'épreuve telles que la formation à la chirurgie du TT d'agents de santé qui pratiquent déjà certains actes chirurgicaux. Les chirurgiens existants réserveront l'essentiel de leur emploi du temps aux opérations du trichiasis trachomateux.

Les activités de lutte dans les pays de méso-endémie exigent davantage de temps et de ressources, en particulier lorsque l'habitat est dispersé, ce qui demande une certaine mobilité. Les épidémies d'autres maladies viennent occasionnellement détourner des ressources, par exemple lorsqu'il faut organiser des journées nationales de vaccination pour l'éradication de la poliomyélite. La pauvreté est un problème dans les zones d'endémie trachomateuses et l'on espère que les plans de lutte contre le trachome cécitant et la cataracte pourront être intégrés dans le document stratégique de lutte contre la pauvreté concernant le Ghana (GPRS) et qu'une aide sera apportée afin de développer les opérations chirurgicales contre ces deux

affections. Les conflits ethniques, en particulier dans la région du Nord, ont réduit l'efficacité du programme, le personnel n'ayant pas été en mesure de se rendre sur place pour pratiquer les opérations. Certaines personnes ont encore des préjugés contre l'opération et refusent d'être traitées, ce qui montre bien qu'il est important d'intensifier l'éducation sanitaire.

Parmi les succès remportés au Ghana, on citera le fait que tous les districts ont été enquêtés et que la stratégie CHANCE est mise en oeuvre ; un plan quinquennal de lutte contre le trachome est en cours d'exécution. Le cadre stratégique national de soins ophtalmologiques a été élaboré et lancé par le Ministre de la Santé ; et quatre bilans de programme ont été effectués.

Le principal échec a été l'incapacité d'atteindre les objectifs fixés pour les opérations chirurgicales. Malgré les efforts consentis pour former du personnel supplémentaire, les normes n'ont pas été satisfaisantes et les résultats sont décevants.

Il existe plusieurs points positifs : une volonté politique favorable au programme et une approche structurée. Le trachome est une maladie à éliminer en priorité, citée dans le programme de travail du Ministère, et inscrite dans le document stratégique quinquennal de soins ophtalmologiques. Des personnels de santé ont été formés au dépistage des cas et à la chirurgie, un manuel a été rédigé et un système d'enregistrement établi. Ces personnels sont suivis pour assurer le contrôle de qualité. Toutes les opérations du TT sont gratuites et accessibles, pratiquées dans la communauté, avec un matériel adéquat (nécessaires chirurgicaux) et des dons d'azithromycine.

Le Directeur général des services de santé a fixé comme date 2010 pour l'élimination du trachome cécitant. Bien qu'ambitieux, cet objectif est réalisable moyennant certaines conditions à remplir pour tous les éléments de la stratégie CHANCE, à savoir que les chirurgiens formés au TT puissent effectuer au moins 60 opérations par an et que l'éducation sanitaire permette de convaincre les patients réticents de se faire opérer, que les dons d'antibiotiques se poursuivent jusqu'en 2010 et que les efforts d'approvisionnement en eau et d'assainissement restent les mêmes.

Discussion

Dépistage des cas : Afin de dépister et d'opérer rapidement les cas justifiant d'une chirurgie, en 2004, des bénévoles et des infirmières de soins ophtalmologiques ont procédé à une recherche active des cas maison par maison, en plus des patients adressés pour consultation. Cela s'est révélé une méthode très efficace, puisqu'elle a permis en un an de dépister davantage de cas qu'au cours des trois années précédentes. Ces recherches ont également mis en lumière des problèmes de soins ophtalmologiques autres que le trachome. Au Ghana, toutes les opérations du TT sont gratuites.

Matériel : L'ITI a fourni plus de 60 nécessaires chirurgicaux à chaque chirurgien pour couvrir le nombre d'opérations visé.

Acceptabilité des chirurgiens : Des chirurgiens supplémentaires provenant d'autres disciplines sont formés aux soins ophtalmologiques. Ils travaillent aux côtés d'infirmières de soins ophtalmologiques expérimentées jusqu'à ce qu'ils aient atteint le niveau voulu pour pouvoir opérer seuls. Ils sont généralement bien acceptés par les communautés.

Préjugés concernant l'opération du TT : Les gens ont peur du bistouri, surtout lorsque cela concerne leurs yeux. Des expériences négatives, telles qu'un problème rencontré par un parent lors de l'opération, peuvent avoir une influence déterminante jusqu'à ce que l'éducation sanitaire vienne corriger cette impression. Le rôle des responsables est également important et lorsque le dirigeant de la communauté refuse l'opération, cela peut se répercuter sur le reste de la communauté. Au contraire, lorsqu'un membre dirigeant de la communauté a été opéré avec succès, cela peut rejaillir positivement sur les activités.

Evaluation de la qualité après une opération : Les chirurgiens possèdent tous un registre et procèdent à des contrôles individuels. Le Ministère de la Santé prélève des échantillons dans chaque district afin d'évaluer la qualité et de vérifier les taux de récurrences. Le programme national a fixé comme objectif à ne pas dépasser 10 % de récurrences. L'évaluation n'est pas encore achevée, aussi ignore-t-on pour le moment la situation des récurrences.

Eau et assainissement/coordination : Les objectifs pour 2004 ont été largement dépassés grâce aux contributions de partenaires comme l'UNICEF, la West African Water Initiative (WAWI) et World Vision, et de nombreuses autres parties intéressées par la fourniture de sources d'eau et de latrines. Les programmes concernés par la dracunculose et les helminthiases ont été incités à se joindre aux activités de lutte antitrachomateuse, afin de mettre en commun les forces et les ressources. Lorsque plusieurs partenaires travaillent vers un même but, une bonne coordination est indispensable, soit directement dans le cadre de la prévention de la cécité, soit dans d'autres domaines de la lutte contre la maladie.

Collecte des données : D'une manière générale, il est difficile d'obtenir des données cohérentes en temps opportun des ministères de la santé et des ONG. C'est un problème au Ghana comme ailleurs. Les groupes spéciaux du trachome aux niveaux régional et du district établissent des plans d'exécution adaptés aux besoins de la communauté. Les ONG et les partenaires ont leur propre calendrier et complètent l'action du programme national du trachome.

Des données de surveillance concernant le nettoyage du visage sont recueillies par des agents de salubrité de l'environnement, qui se rendent de maison en maison, et font rapport chaque mois. Ces données ne correspondent pas à celles des enquêtes pare-brise mettant en évidence une amélioration des comportements. Il a été suggéré qu'un système de codage simple serait utile pour pouvoir évaluer et comparer des données concernant le nettoyage du visage.

Un problème majeur concerne la façon de rationaliser les protocoles de recherche et d'établir à partir de ceux-ci une liste d'indicateurs qui puisse raisonnablement être utilisée pour le suivi des programmes. Pour cela, un ensemble commun de données acceptées par tous les partenaires serait nécessaire, sans pour autant surcharger le système de santé, ni créer de résistance. Un groupe spécial ou comité national pourrait se charger du suivi, une liste d'indicateurs convenus et un formulaire type étant utilisés uniformément par tous. La périodicité de la collecte des données doit être examinée et arrêtée. En outre, le comité doit convenir des responsabilités à confier à chaque niveau, de sorte que tous les intervenants utilisent les mêmes filières pour le transfert des données, qu'il s'agisse d'ONG ou d'autres partenaires, et que l'on puisse ensuite effectuer une synthèse des données.

Financement : Alors que le Ghana et la Tanzanie ont été félicités d'être parvenus à cartographier la charge de morbidité, à formuler des plans et à mobiliser des fonds à partir du niveau du district afin de développer des programmes d'élimination du trachome, il a été suggéré qu'il faudrait également procéder à un bilan, au niveau mondial et des pays, concernant les options financières. Des crédits sont en effet nécessaires pour la mise en oeuvre du programme, la recherche opérationnelle et les enquêtes. Un débat général sur ces points s'impose.

Examen des progrès : Il a été suggéré que l'on passe du temps à examiner les conclusions et les recommandations formulées par l'Alliance à sa dernière réunion pour évaluer les progrès. De même l'Alliance devrait examiner quels ont été les progrès d'ensemble au niveau mondial et faire le bilan de l'action en vue de l'élimination.

2.3 Maroc (Dr Youssef Chami Khazraji)

Suivi des opérations chirurgicales au Maroc

Conformément aux recommandations formulées en 2003 par la deuxième réunion scientifique mondiale concernant les objectifs ultimes d'intervention pour la lutte antitrachomateuse, une enquête à base communautaire a été effectuée en 2004. L'enquête, qui a duré un mois, a porté sur 140 000 personnes et évalué la prévalence et la gravité du trachome dans les régions d'endémie, aboutissant à une nouvelle cartographie de la maladie au Maroc.

Parmi les enfants âgés de moins de 10 ans, le taux d'inflammation trachomateuse-folliculaire (TF) était de 0-9,1 %. Dans la population âgée de plus de 40 ans, le taux de TT était de 0,4-6 %. Des informations sur la propreté du visage sont recueillies régulièrement et montrent que 80 à 97 % des enfants enquêtés ont le visage propre aux termes de la définition de l'OMS. Pour les objectifs « N » et « CE », 77 à 85 % des ménages utilisent des latrines et 100 % ont accès à l'eau, même si la propreté de celle-ci varie selon les provinces.

De nombreux partenaires extérieurs participent à la composante chirurgicale de la stratégie, y compris la Fondation Hassan II d'Ophtalmologie (Fondation Hassan) qui, avec ses ophtalmologistes, veille à l'exécution de la stratégie établie en 2004. Des associations locales de développement participent activement aux composantes « CH » et « A » de la stratégie, aidant à repérer les patients qui refusent de se faire opérer. La gestion des cas chirurgicaux de trichiasis est effectuée à la fois dans le cadre des soins fixes aux patients qui se présentent eux-mêmes dans les centres de santé et par les services périphériques. Il s'agit de programmes mobiles de deux jours, organisés le premier et le troisième mois de chaque trimestre, par des agents de santé formés à la chirurgie de RBT. Les équipes prennent en charge tous les cas identifiés et opèrent dans des postes de santé dans tout le district. Troisièmement, une chirurgie plus spécialisée du trichiasis est pratiquée le deuxième mois de chaque trimestre par des équipes locales d'ophtalmologistes qui pratiquent également des opérations de la cataracte, dépistent d'autres maladies chroniques telles que l'hypertension et dispensent des soins dentaires. Ces équipes, sous la supervision générale de responsables de la campagne nationale de prévention de la cécité, suivent les patients qui ont été opérés par les équipes locales et ceux qui ont souffert de complications ou de rechutes. Ils font du porte-à-porte pour recenser les patients qui ont besoin d'une opération ou d'interventions ophtalmologiques, ou qui ont d'autres besoins de santé.

Cette méthode permet de garantir la qualité de la surveillance postopératoire et du suivi des patients opérés. Grâce à cette stratégie, les OUI pour chaque communauté sont suivis de près.

Les progrès par rapport aux objectifs ultimes d'intervention sont bons : pour 2004, le taux de couverture était supérieur à 100 % de l'objectif estimé pour les cinq districts d'endémie (Tableau 2, annexe 3). Pour 2005, on enregistre un retard de 6678 cas à opérer, les cas sévères et rechutes devront donc encore être pris en charge en 2006 et au-delà. La couverture antibiotique était en 2004 de 95 %. L'objectif pour 2005 est de fournir 136 830 doses (sur la base des données recueillies au cours de l'enquête 2004 et de la formule recommandée par l'OMS pour le calcul des doses). Les cas à traiter sont moins nombreux étant donné que la prévalence est tombée à moins de 5 % dans la plupart des communautés, en-dehors de deux ou trois communautés où le traitement de masse sera poursuivi pendant les trois prochaines années. En ce qui concerne le nettoyage du visage, la couverture moyenne en 2004 était de 84 % et ce taux devrait être maintenu ou amélioré en 2006 et 2007. Les changements environnementaux ont été soutenus par les associations locales de développement, des campagnes de promotion de la propreté, un meilleur approvisionnement en eau grâce au bureau de l'eau de boisson (qui a investi US \$12 millions pour 2004-2005) et un meilleur réseau d'égouts. De nombreux progrès dans ces domaines importants devraient être possibles au cours des années à venir.

La cartographie du trichiasis fait apparaître une prévalence allant de 1 pour 1000 dans trois ou quatre communautés, à trois pour 1000 dans deux provinces. Les nouveaux OUI pour la composante « CH »,

d'après le récent exercice de cartographie, indiquent qu'un total de 6678 personnes devraient être opérées en 2005. Le taux moyen de couverture chirurgicale dans les cinq districts était de 14,8 % pour l'ensemble ; 15 % à Errachidia ; 28 % à Figuig ; 8 % à Ouarzazate ; 36,4 % à Tata et 10 % à Zagora.

Les principaux défis consistent à consolider les acquis, à opérer les cas restants d'ici la fin de 2005, à accélérer les activités d'information, éducation et communication (IEC) par le biais des associations locales de développement, dont la participation au programme est très forte ; et à établir le meilleur programme de surveillance épidémiologique possible pour le dépistage et la prise en charge des nouveaux cas de TT qui apparaîtront, et des rechutes.

De nombreux facteurs ont contribué au succès du programme : la stabilité politique et l'engagement du pays ; une solide collaboration intersectorielle ; des politiques publiques de décentralisation et d'appui pour l'action au niveau local. La société civile s'est fortement impliquée dans la planification et la mise en oeuvre, ainsi que dans l'évaluation et le suivi. La surveillance épidémiologique du trachome est entièrement intégrée dans le programme général de surveillance des maladies du Ministère de la Santé. L'évaluation et le suivi sont constants, fournissant des données fiables et à jour, permettant ainsi de mieux planifier et cibler les actions. Par exemple, les OUI pour chaque composante de la stratégie peuvent être régulièrement revus et actualisés.

Plusieurs problèmes et obstacles ont été rencontrés : il a été difficile d'atteindre les derniers cas chirurgicaux ; ce sont toujours les plus difficiles et les plus coûteux à prendre en charge compte tenu de l'étendue de la zone géographique et des problèmes logistiques rencontrés. Par ailleurs, le personnel est épuisé après près de dix ans de travail intensif. Malheureusement, il n'y a pas moyen d'alléger la pression sur le personnel et ce facteur peut être un problème important pour le programme. L'ITI va réduire le budget pour la troisième phase du programme concernant les éléments « N » et « CE », qui sont peut-être les plus vitaux pour consolider les progrès en matière d'élimination de la maladie ; les partenaires n'appartenant pas au secteur de la santé, comme les associations locales de développement, risquent alors de se désintéresser du programme.

Des possibilités existent dans divers domaines : la participation à « Vision 2020 » a redynamisé le programme ; l'élimination du trachome cécitant en 2005 sera la preuve que la cause de cécité la plus facilement évitable peut être traitée. Le Gouvernement est également impliqué dans la lutte contre les déterminants de la pauvreté, la décentralisation et la satisfaction des besoins locaux étant des aspects importants de l'action gouvernementale en faveur des populations rurales.

Le Maroc demandera officiellement à l'OMS la certification de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique en 2005 ; un dossier est actuellement préparé à l'issue de diverses réunions nationales et internationales, et les réalisations sont actuellement consolidées grâce aux stratégies décrites de décentralisation, à une approche fondée sur la participation, à la collaboration intersectorielle et à l'accélération des activités locales.

Le Maroc est résolu à atteindre l'objectif fixé dans la résolution WHA51.11 en 2005, avec l'appui non démenti du Ministère de la Santé et de tous ses partenaires. Le retard pour les cas chirurgicaux (6678) n'est pas insurmontable puisqu'un nombre comparable d'opérations ont été pratiquées en 2004 (6088) ; le personnel chirurgical est bien formé, la stratégie est bien comprise et la population connaît bien le problème, en grande partie en raison de la présence des associations locales de développement. Le système de surveillance et de suivi est bien en place, ce qui permet de dépister efficacement les nouveaux cas de même que les récidives et de les traiter au fur et à mesure.

Le système de surveillance épidémiologique du Maroc soutient une planification ciblée et repose sur : des études de prévalence semestrielles, des études d'incidence et un dépistage exhaustif de cas de TT. Un ensemble de principes directeurs concernant la surveillance épidémiologique a été préparé par le Ministère de la Santé du Maroc,¹ dans lequel figure le trachome. Ce guide est utilisé dans tous les programmes de formation en matière de santé partout au Maroc.

Le système OMS est utilisé pour calculer la prévalence, à partir de laquelle sont calculés les OUI pour chacune des composantes de la stratégie CHANCE. Les données détaillées dérivées des études semestrielles permettent de se faire une idée précise de la gravité de la maladie et d'évaluer l'impact des activités de lutte. Alors qu'au départ en 1997, les études étaient effectuées au niveau du district, elles ont cessé de l'être pour être effectuées au niveau de la communauté à partir de 2004 (zones d'endémie seulement), en utilisant les mêmes unités géographiques que pour le recensement de la population – c'est-à-dire population municipale comprise entre 20 000 et 50 000 habitants.

Les études d'incidence permettent de suivre l'incidence du trachome inflammatoire et de la transmission de la maladie, fournissant des taux cumulatifs pour les communautés constituant les cohortes. Les facteurs environnementaux et sociaux ont été étudiés, et l'on s'est penché sur les modes de vie et les changements comportementaux de même que sur le nombre de visages propres. Des études ont été effectuées entre 2001 et 2003 pour établir les taux de prévalence et d'incidence. Les villages retenus étaient ceux qui, compte tenu des données de l'étude de prévalence de 2001, présentaient des taux de TF supérieurs aux taux du district. Au total, 55 villages et 8500 personnes ont été suivis entre septembre 2001 et septembre 2003. Les études ont généralement été conduites avant les campagnes de distribution d'antibiotiques.

L'approche fondée sur un dépistage exhaustif a été adoptée à l'issue de discussions approfondies au sein de l'équipe multidisciplinaire du programme. Elle est d'une extrême importance pour le programme, car c'est le seul moyen de recenser de façon précise les cas de TT et d'obtenir l'adresse des patients. C'est également un moyen de localiser les porteurs de TT et de suivre ceux qui ont subi récemment une opération afin de leur faire subir des tests postopératoires et de contrôler qu'il n'y a pas récurrence. Ce niveau de contact a également pour avantage de faire naître la confiance entre les agents de santé et les populations qu'ils desservent.

La méthodologie s'inspire de la stratégie mobile décrite ci-dessus. Trois équipes de dépistage couvrent toutes les villes de la zone à leur charge avec l'appui des associations locales de développement. Le problème des enquêtes de prévalence décrites est leur coût élevé. En termes économiques, la faisabilité de ce dépistage est discutable, compte tenu des faibles taux de prévalence actuellement mis en évidence. Plus de 146 000 personnes ont dû être échantillonnées, ce qui prend beaucoup de temps, mais les données restent très importantes. Les études d'incidence ont fourni des informations essentielles sur les taux cumulés, permettant le suivi de facteurs tels que les changements comportementaux, mais ces études longitudinales ont été arrêtées en 2003 en raison de leur coût et du surcroît de travail qu'elles représentaient pour les agents de santé qui devaient se préparer aux campagnes de distribution d'antibiotiques. Le dépistage exhaustif est une excellente activité de santé publique si l'on considère les informations qu'il fournit, mais il exige une forte mobilisation du personnel et suppose une logistique très compliquée. Des formulaires normalisés détaillés ont été établis pour la collecte des données et leur compilation, et pour la prise en charge des cas de trichiasis, etc.

Discussion

Ratissage : Les dernières étapes de l'élimination du trachome cécitant seront sans doute parmi les plus difficiles, compte tenu de la surveillance épidémiologique nécessaire pour établir le niveau des cas et du

¹ Guide : normes de la surveillance épidémiologique.

travail que suppose la prise en charge des derniers cas, qui s'étendront sans doute sur une vaste zone géographique.

Changements comportementaux : Compte tenu de la remarquable couverture obtenue pour les réseaux d'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les cinq provinces, il semble que le changement des comportements reste le principal problème. Au début du programme, personne ne semblait se préoccuper beaucoup du trachome. La population est désormais très sensibilisée au problème et comprend qu'il existe une relation entre les latrines, l'eau potable et la maladie. Il est important de ne pas se laisser aller à l'autosatisfaction même si le trachome n'est pas présent dans toutes les régions, mais seulement dans des poches localisées. Le programme doit continuer à éduquer la population pendant au moins deux ou trois ans encore jusqu'à ce que la maladie ait enfin été éliminée.

Pauvreté : L'intérêt des pouvoirs publics est très élevé dans les cinq provinces. Le Roi du Maroc s'est également intéressé personnellement à l'action de lutte contre le trachome, reconnaissant que la région était défavorisée. Trois nouveaux studios cinématographiques ont été inaugurés récemment, dont un à Zagora. Cela devrait attirer des fonds vers la région. La pauvreté risque donc de décroître, mais aucune donnée concernant cette situation ne sera disponible avant fin juin 2005, date à laquelle les résultats du recensement seront publiés.

Soutien durable : Une fois l'élimination déclarée, il y a des chances que le soutien extérieur au programme faiblisse, ce qui pourrait favoriser une résurgence. On en trouve un exemple dans la décision de l'ITI d'arrêter de financer les composantes « N » et « CE » de la stratégie cette année. Néanmoins, dans un geste sans précédent, le Gouvernement a déclaré qu'il financerait l'action de toutes les associations locales dans cette région.

Enseignements de l'expérience de l'Asie du Sud-Est : La République de Corée, le Myanmar et la Thaïlande ont tous été confrontés au double problème de la pauvreté et du trachome. Des investissements importants de l'Etat dans le développement rural ont produit dans ces pays des effets considérables sur le niveau de vie et sur la santé publique. Le développement social et rural au Maroc peut être proportionnel au développement des systèmes de santé et aider ainsi le programme de lutte contre le trachome. Les Ministères de l'Intérieur, des Transports et des Forêts ont tous contribué à la résolution du problème du trachome dans ces pays.

2.4 Sultanat d'Oman (Dr Rajiv Bhalchandra Khandekar)

Elimination du trachome cécitant d'ici 2005 en Oman

Depuis les années 70, date à laquelle un consultant de l'OMS a signalé un taux de trachome de 70 à 80 %, le trachome cécitant étant la principale cause de perte de vision chez les personnes âgées, plusieurs rapports ont été rédigés. Dès le début des années 90, une chute spectaculaire du trachome évolutif chez les enfants était observée, alors que le trichiasis demeurait un problème chez les personnes âgées (22 000 cas selon les estimations). En 1996, la cartographie dérivée de l'enquête de prévalence n'a fait apparaître aucun cas de trachome évolutif dans la zone méridionale. Les principaux problèmes se situaient dans le nord et le centre de l'Oman (en dehors de la zone de la capitale) où la prévalence du trachome évolutif est comprise entre 1 et 3 % chez les enfants de moins de 15 ans, et celle de trichiasis chez les adultes de plus de 15 ans est inférieure à 5 %. Le taux des enfants inscrits en première année d'école primaire fait apparaître une baisse du TF, qui a été ramené de 37 % en 1986 à 0,56 % en 2002-2003.² En 2004, les données émanant de 165 centres de soins de santé primaires et de 24 unités d'ophtalmologie indiquaient un taux de 0,5 % pour le trachome

² Les données tiennent compte d'un changement intervenu en 1992 dans le système de notification pour incorporer des amendements dans le système de codage OMS du trachome.

évolutif chez les enfants de première année d'école primaire et 1159 cas de trichiasis. Les méthodes chirurgicales utilisées sont principalement la RBT (245 cas), l'électro-épilation pour 272 cas et la trichiolyse au laser pour 65. Trois willayas (la plus petite unité sanitaire administrative) ont été désignées comme devant faire l'objet d'efforts intensifiés de lutte contre le trachome en raison de son endémicité. Dans l'ensemble cependant, le trachome cécitant a régressé au point de ne plus être considéré comme un problème de santé publique.

La découverte du pétrole a considérablement amélioré le niveau de vie de la population. Toutefois, cela ne se répercute pas automatiquement sur la santé. Il faut rendre hommage à la sagesse du gouvernement qui a su réinvestir les revenus du pétrole dans le développement d'infrastructures. Cela explique la disparition de la plupart des maladies infectieuses et le dépistage et le traitement des maladies non transmissibles depuis 20 ans. Pour résoudre le problème du trachome dans les trois willayas où il reste endémique, de nombreux membres de la communauté – responsables, police, femmes et personnel de santé ont uni leurs forces.

Les facteurs qui ont contribué au succès de la campagne sont un développement socio-économique spectaculaire soutenu par les revenus du pétrole, l'approche programmatique, le développement des services de santé, l'approche SSP, l'engagement politique et communautaire et d'excellentes composantes « N » et « CE ». Il convient de noter que la population omanaise est comparable à celle d'une région ou d'une province de pays plus grands fortement peuplés. Les objectifs sanitaires ont été atteints sans aucune aide des ONG, mais par le peuple omanais et le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF.

Dans le cadre de l'action du Comité national de Soins ophtalmologiques, il existe un important réseau de dispensateurs de soins, allant des agents de soins ophtalmologiques tertiaires aux infirmières ophtalmologiques, tous coordonnés par le Comité dans le cadre d'un programme national de soins ophtalmologiques et d'une structure de services ophtalmologiques. La planification, la mise en oeuvre et l'évaluation sont principalement assurées par le programme national de soins ophtalmologiques, qui est étroitement rattaché aux services d'ophtalmologie. De plus, il existe des comités de santé de willayas qui sont très utiles pour mettre en oeuvre les éléments tels que l'éducation sanitaire, le conseil et la recherche des déficients. En outre, le Comité national de Soins ophtalmologiques comprend des représentants de nombreuses autres institutions liées aux soins ophtalmologiques telles que les associations d'écoles pour aveugles pour les enfants ayant des besoins spéciaux, les hôpitaux des forces armées et les dispensaires de soins ophtalmologiques du secteur privé. A l'heure actuelle, on dénombre 24 unités ophtalmologiques en service (alors qu'il n'en existait qu'une en 1975). Ce développement rapide des services, y compris des SSP, a facilité l'accès aux soins du trachome.

Le programme a changé plusieurs fois de nom et est actuellement baptisé « Programme de soins de santé ophtalmologiques ». L'un de ses objectifs, liés à Vision 2020, est l'élimination du trachome cécitant d'ici 2010.

Le traitement a évolué avec la situation. Jusqu'en 1998, date à laquelle l'azithromycine a été introduite par le Gouvernement pour les écoliers et leurs familles, la tétracycline était le seul traitement disponible, d'abord par voie orale puis en pommade. Du traitement de masse décrété dans les années 70, on est passé au traitement familial dans les années 80, et actuellement au traitement individuel (avec traitement familial, le cas échéant). Pour le trichiasis, la principale méthode de traitement est la technique de RBT. Un registre du TT a été tenu entre 1996 et 1998 dans tous les centres de SSP ; actuellement, seules les trois willayats à forte endémicité le font. Pour les sujets qui refusent de se faire opérer, même après des conseils répétés, on peut proposer l'électro-épilation. Un moins grand nombre de cas d'opacités cornéennes ont été détectés parmi ceux qui s'étaient soumis à cette forme de traitement.³ Des taux de récurrence de 56 % pour la technique de

³ Recherches devant être publiées prochainement.

RBT sont dus à une mauvaise classification des cas de TT, de nombreux cas de dysplasie et de cas de distichiasis acquis confondus avec des cas de trichiasis, ce qui a faussé les statistiques. Toutefois, sur le long terme, les cas de récurrence pour la technique de RBT sont élevés (comme en Tanzanie). L'électro-épilation au laser est utilisée à titre expérimental dans un centre tertiaire. La mise en commun des résultats avec d'autres centres utilisant cette technique serait la bienvenue.

Le changement environnemental a été le résultat de l'amélioration du logement, mais aussi d'une collecte régulière des ordures ménagères aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, ce qui a permis de réduire les problèmes liés aux mouches.

Les objectifs ultimes d'intervention pour l'Oman ont été fixés et la lutte antitrachomateuse a été intégrée dans le programme de lutte contre les maladies transmissibles, ce qui a permis de fournir des informations sur la méthode d'identification au niveau des soins primaires ; la méthode de notification et le système de surveillance (Tableau 3, annexe 3). La cartographie électronique devrait être opérationnelle à la mi-2005.

Parmi les problèmes rencontrés figurent un taux élevé de récurrence et les impressions négatives qui en découlent chez les patients ; les métaplasies des cils, des taux de refus élevés, le traitement domiciliaire avec épilation, le TT dans les groupes plus âgés assorti d'autres pathologies (dans ces cas-là, le trichiasis est traité d'abord avant la cataracte ou le glaucome), et les demandes concurrentes au sein du programme de prévention de la cécité mais aussi concernant d'autres maladies urgentes comme le diabète.

La reconnaissance des progrès dans l'élimination du trachome est due à de nombreux Omanais, aux agents de soins de santé ophtalmologiques, enseignants, membres de groupes d'appui communautaire, responsables politiques ou de la santé, et à l'OMS.

La communication de messages à caractère sanitaire, essentielle pour mobiliser l'opinion publique et soutenir les programmes de santé publique peut être assurée à travers la télévision par câble ou les médias régionaux, ce qui permet de tirer parti des langues communes à plusieurs pays frontaliers. L'Oman travaille actuellement avec la télévision *Al Jazeera* afin de promouvoir des messages communs à caractère sanitaire en arabe.

Discussion

Le TT dans le sud de l'Oman : Bien que l'on n'observe pas de trachome évolutif dans le sud, on y dénombre encore des cas de trichiasis trachomateux. Le climat est généralement très chaud, même si les précipitations peuvent être importantes de juillet à septembre. Les gens ont donc suffisamment d'eau à disposition et se lavent souvent. Le sud a attiré des immigrants du nord, qui ont apporté avec eux des problèmes de santé comme le trichiasis, ce qui peut expliquer pourquoi l'on n'y observe pas de trachome évolutif mais seulement des cas de TT.

Education : Au départ, l'éducation sanitaire était un processus distinct, mais avait ensuite été intégrée à la santé scolaire, dans le cadre des programmes d'études de SSP. Le programme de santé scolaire a invité le programme du trachome à inclure ses messages dans le programme d'études. Ainsi, par exemple en ce qui concerne l'usage du khôl, l'éducation sanitaire, dans tout le programme d'études, vise activement à décourager les mères d'appliquer du khôl sur les paupières des enfants même si cette pratique est encore observée dans le sud.

L'Oman est parvenu au taux de mortalité le plus bas pour les moins de cinq ans dans la région. La première école a été ouverte en 1970. Dans de nombreuses willayas, lorsque les enfants d'âge préscolaire viennent se faire vacciner (là où la couverture est de pratiquement 100 %), on les soumet au dépistage du trachome. Le trachome chez les enfants d'âge préscolaire ne présente pas une importance du point de vue de la santé publique.

Taux de récurrence : L'Alliance a constaté que le taux de rechute était préoccupant, et qu'à celui-ci s'ajoute le refus des patients de se faire opérer. La technique de RBT a été considérée comme la meilleure solution même si elle n'est pas toujours la plus efficace. Il y a peu de raisons de croire que le fort taux de récurrence soit attribuable aux dispensateurs de soins étant donné que la chirurgie du TT n'est pratiquée que par des ophtalmologistes qualifiés ; un chirurgien plastique oculaire prend en charge la plupart des cas de récurrence. La technique de RBT est essentiellement un traitement palliatif. Si le processus de fibrose se poursuit, même les cas opérés avec succès peuvent présenter une récurrence. Une année après l'opération, le taux de récurrence est de 10 à 15 %. Le taux plus élevé publié traduit la situation quatre ans après une opération, et peut être gonflé par exemple par une mauvaise classification des cas de dysplasie. La situation pose un dilemme aux responsables des décisions en ce qui concerne l'opération chez la personne âgée. Les membres de l'Alliance ont fait savoir qu'il était important de faire la différence entre une véritable récurrence et une récurrence qui serait considérée comme un effet attendu d'une infection chronique à long terme, c'est-à-dire distichiasis ou hyperplasie des cils.

Assurance de la qualité de la chirurgie : Tous les chirurgiens ophtalmologistes omanais sont qualifiés et ont au moins trois ans d'expérience après l'obtention de leur diplôme. Un manuel d'examen et d'évaluation de la chirurgie du TT est en cours d'élaboration (voir ci-après, section 6.1). En 2005, un chirurgien par région sera formé par le chirurgien plasticien à revoir la technique de RBT afin de vérifier qu'elle n'est pas responsable du taux élevé de récurrence. En Tanzanie, l'étude a passé en revue les opérations pratiquées dans cinq districts. Le taux de récurrence global, quatre ans après l'opération, était de 28 %. Dans certains districts, le taux était à peine de 16 % après quatre ans. Il serait utile de se demander quel est le facteur responsable de la différence avec le taux de 16 %. Dans ce district, c'est une infirmière en ophtalmologie qui opérait. Au Maroc, le protocole d'évaluation de la qualité de la chirurgie était le même que celui utilisé en Oman. Les résultats de l'évaluation du Maroc montrent – paradoxalement – une association entre les ophtalmologistes et les taux les plus élevés de récurrence alors que les taux les plus faibles sont à mettre au crédit des agents de santé. Il pourrait être utile en Oman d'évaluer les personnes qui pratiquent les opérations.

2.5 Pakistan (Professeur Mohammad Daud Khan)

La lutte antitrachomateuse au niveau du district dans le cadre d'un programme complet de soins ophtalmologiques de district, projet pilote

En 1980, la première enquête a constaté qu'il n'y avait que 80 ophtalmologues pour 100 millions d'habitants. A l'heure actuelle, on en compte 1800. Le programme national de soins ophtalmologiques relève du Ministère de la Santé et est bien structuré, allant du ministère aux comités de districts placés sous l'autorité d'un comité national élargi constitué de représentants du ministère, de coordonnateurs nationaux de province, ainsi que d'ONG nationales et internationales et de représentants des instituts nationaux d'ophtalmologie. Pour la prestation de services, l'accent est mis sur le district (80-85 % des services). Chaque district est doté d'un centre de soins oculaires primaires desservant une population allant de 200 000 à 3,5 millions d'habitants. Il existe un ou deux centres d'excellence, et les centres tertiaires absorbent 7 à 8 % des cas transférés.

Un groupe spécial de lutte antitrachomateuse a été créé en 2001 et a effectué une évaluation rapide. Une réunion nationale de planification a été organisée et un plan stratégique élaboré en 2002. Les partenaires internationaux tels que CBM et SSI ont ensuite passé en revue les propositions du groupe spécial et les résultats de l'évaluation rapide et alloué des fonds à des projets pilotes au niveau du district dans quatre provinces : la province de la frontière nord-ouest (Batagram), le Punjab (Sheikhupura), le Balouchistan (Quetta), et le Sind (Umer Kot). Dans chaque district, une enquête porte-à-porte a été effectuée afin d'évaluer la charge de morbidité (TF, TT), ainsi que les éléments « N » et « CE » et le niveau d'éducation sanitaire. Curieusement, les résultats préliminaires ont dans certains cas contredit les premières constatations. A Batagram, par exemple, les taux de TF, de TI et TT étaient très bas. Inversement, on a observé une très forte incidence de TF, TI et TT dans l'Umer Kot.

Le plan d'action national sera mis en oeuvre dans les quatre districts pour 2005-2007, après quoi les zones feront à nouveau l'objet d'une enquête et une décision sera prise quant à l'extension du projet au reste du pays. Conformément à la stratégie CHANCE, l'azithromycine sera achetée au niveau central et distribuée par les agents de santé communautaire selon la méthode du traitement sous surveillance directe, et un suivi sera assuré par le département de santé de district. La formation chirurgicale des formateurs a commencé, des opérations étant effectuées dans les villages prioritaires au niveau communautaire. L'amélioration de l'environnement sera axée sur l'amélioration de l'hygiène communautaire, la collaboration étant encouragée à chaque niveau du district. Le nettoyage du visage et l'hygiène personnelle ont été confiés à un comité, des recommandations concernant les messages d'éducation sanitaire devant être établies pour tous les groupes d'âge, des efforts faits pour améliorer l'approvisionnement en eau et un soutien apporté dans le cadre de réseaux communautaires.

Le groupe spécial national a recommandé une série d'indicateurs de surveillance. Un suivi systématique de ces indicateurs sera institué dans tout le pays. Pour les antibiotiques, les indicateurs sont les suivants : le nombre de cas dépistés et traités, le nombre de villages et de communautés faisant l'objet d'un traitement de masse et le nombre de personnes recevant des doses de rappel après six mois. Pour les opérations chirurgicales, les indicateurs sont les suivants : le nombre d'opérations du trichiasis et le nombre d'opérations répétées. Pour le nettoyage du visage, le nombre de séances d'éducation sanitaire sera évalué, ainsi que le nombre de ménages pratiquant quotidiennement le nettoyage du visage. Pour les aspects environnementaux, les indicateurs sont les suivants : le nombre de ménages équipés de latrines et ayant accès à une eau propre, le nombre de ménages ayant accès à un programme d'élimination des déchets solides, et le nombre de gîtes larvaires de mouches éliminés dans des villages sélectionnés.

Il y a de nombreux obstacles à surmonter, l'un des principaux étant la taille des populations à traiter. Sheikhpura compte 3,5 millions d'habitants – ce qui est énorme pour un traitement de masse si l'on constate des taux supérieurs au seuil de 10 %. L'évaluation rapide a indiqué qu'une intervention serait nécessaire dans 59 districts (sur 119), ce qui ne serait pas d'un coût abordable. Il pourrait s'avérer plus pratique d'éliminer le trachome dans les grands districts sur une base village par village. Le coût des antibiotiques pour les pays très peuplés est un obstacle majeur dans la lutte antitrachomateuse. L'observance à travers l'approche DOTS (traitement sous surveillance directe) utilisant les agents de santé communautaire est considérée comme une possibilité. Le programme de lutte antitrachomateuse de district ne devrait pas être un projet vertical, même s'il est administré par les autorités sanitaires de district. Une formation conséquente devra être dispensée dans le cadre du programme de soins ophtalmologiques de district en matière de surveillance et de suivi. De même, au niveau secondaire des soins ophtalmologiques, la formation sera importante et la pérennisation doit être prise en compte. Pour ce qui est du nettoyage du visage et des éléments environnementaux du programme, des problèmes subsistent quant à la viabilité du projet sur la durée, de même que des problèmes de suivi. Si le pays dispose des ressources humaines, une formation et un appui technique considérables seront nécessaires pour faire face au volume énorme de cas de TT en attente d'intervention. De grandes quantités d'antibiotiques seront par ailleurs nécessaires compte tenu de la taille de la population.

Discussion

Identifier les cibles d'intervention : La question de la définition de la plus petite unité communautaire à utiliser pour planifier les interventions a été posée. Une unité de base de 3,5 millions d'habitants est trop grande, or les termes tels que « district » ont des significations différentes selon les pays. Le point important dans l'évaluation des besoins en traitements antibiotiques consiste à sélectionner le plus petit groupe dans lequel le traitement sera mis en oeuvre, qui peut être de 1000 à 5000 personnes, et d'évaluer la prévalence du trachome évolutif chez les enfants. Les districts doivent être ventilés en plus petites unités, à nouveau faire l'objet d'enquêtes, et les villages et les communautés doivent être classés selon un ordre de priorité pour le traitement.

Stratégies concernant les ressources humaines chirurgicales : Le Pakistan possède des ressources considérables en soins ophtalmologiques formées à différents degrés – qu'il s'agisse de programmes

d'internat de quatre ans ou de diplômés sanctionnant deux années d'études – et il existe un grand nombre de médecins et de personnels paramédicaux, y compris des techniciens ophtalmologiques. L'idée consiste au Pakistan à rassembler tous les responsables de formation à l'Institut PICO de Peshawar et de les former à la procédure de RBT, puis de les renvoyer dans leurs provinces où ils formeront d'autres personnels qui pourront intervenir dans les districts. Un soutien technique sera apporté et les interventions seront pratiquées au centre de santé rural et non au niveau du district.

Antibiotiques : L'azithromycine est fabriquée localement et est disponible au Pakistan. Il existe un soutien financier à l'achat de l'azithromycine pour les quatre districts. L'échelle de l'intervention (c'est-à-dire distribution de masse à 3,5 millions d'habitants dans un district) n'était pas prévue dans les plans d'origine, et le conseil d'envisager une planification pour les districts par plus petites unités devrait rendre cette planification plus facile. La définition des zones les plus touchées permettra d'orienter les ressources pour le traitement de masse. Le prix de l'azithromycine fabriquée localement est d'environ US \$0,50 par dose, ce qui revient à un coût de US \$1,5 million pour traiter la seule région de Sheikhpura. L'achat de médicaments génériques n'est une option pour aucun pays fortement peuplé. Il a été rappelé toutefois que l'ITI possédait en réserve 135 millions de doses d'azithromycine offertes par Pfizer, qui doivent être utilisées au cours des quatre prochaines années. Il existe des précédents comparables : l'objectif de la filariose lymphatique est de traiter un milliard de personnes chaque année. En deux à trois ans, le nombre de traitements est passé de 0 à 400 millions par an.

Pharmaco résistance : Compte tenu de l'échelle de distribution prévue, un suivi de la pharmaco résistance pourrait être nécessaire avec la mise en place de plans et recommandations et la participation de l'OMS. La question de la pharmaco résistance a été examinée à de précédentes réunions de l'Alliance : Pfizer dispose d'un réseau mondial pour surveiller la résistance aux antibiotiques à travers son unité des réactions indésirables aux médicaments, a signalé avoir des projets de surveillance de la résistance du médicament depuis le début de la distribution d'azithromycine et a étudié des cas de résistance présumée. Il est prévu de surveiller les effets de l'azithromycine sur toute une gamme de bactéries, y compris les chlamydia, compte tenu de la distribution prévue à des millions de personnes. A l'avenir, au fur et à mesure que les brevets tomberont, la production de médicaments génériques augmentera, ce qui aura des répercussions pour le contrôle de qualité de la fabrication. Il est vraisemblable que l'azithromycine sera largement utilisée pour une diversité d'infections, mais pas en distribution de masse, et il est peu probable que son administration se fasse sous surveillance directe. L'OMS devra peut-être formuler des recommandations sur cette question, et pourra également suggérer la conduite de recherches sur la biodisponibilité des médicaments issus de la production générique.

Stratégies de prévention : Les stratégies agressives ciblant les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement peuvent éviter la nécessité d'un recours étendu aux antibiotiques en prévenant des infections, mais ces améliorations sociales et économiques prennent du temps. Tant que le Pakistan comptera des poches d'infection, les antibiotiques seront nécessaires.

Coût de la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE : Pour le pays dans son ensemble, le coût de la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE peut paraître prohibitif, mais il est important de faire ce qu'il est possible de faire. Le Ghana a présenté un budget faisant apparaître des coûts d'environ \$600 000 pour l'élément « CH », \$850 000 pour l'élément « A », \$800 000 pour l'élément « N » et \$22,5 millions pour l'élément « CE ». Le coût de l'élément « CE » est énorme, mais l'on peut et l'on doit procéder par petites étapes, village par village, en raison de l'importance de la tâche. Il faut rappeler que les coûts présentés pour l'élément « CE » correspondent essentiellement à des activités de développement rural, auxquelles participent de nombreux autres partenaires.

Viabilité sur la durée : Le groupe spécial a joué un rôle essentiel au Pakistan en démarrant et en suivant des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement (entre autres). On ne sait pas très bien à quel moment le groupe spécial devra déléguer la responsabilité aux districts, se limitant à des contrôles périodiques. Il a été indiqué que la surveillance des latrines à fosse, de la toilette, des mouches, etc. a pour but de lutter contre le trachome et que, si ces éléments sont importants, le principal reste le taux de cécité

trachomateuse, difficile à mesurer, d'où l'importance d'une mesure intermédiaire de substitution avec le trachome évolutif. Du point de vue de l'Alliance, une fois que le niveau de trachome évolutif aura été ramené au-dessous du seuil, le contrôle d'indicateurs tels que les latrines à fosse pourra être délégué.

2.6 Australie (Dr Donna Mak)

L'approche d'un pays développé pour éliminer le trachome cécitant

Le trachome est endémique en Australie, mais uniquement dans des poches parmi la population aborigène. La prévalence du TF chez les écoliers était en 2002-2003 comprise entre 0 et 27 % (district) et 0 et 60 % (communauté).⁴ Dans les communautés à forte endémicité, le taux de trichiasis chez les adultes autochtones de plus de 40 ans est d'environ 10 %. On dispose de données limitées sur le nettoyage du visage, mais une enquête effectuée dans trois écoles en 2004 a donné des taux de 55 %. L'utilisation des latrines et l'accès à l'eau sont pratiquement universels (96 %).

Les problèmes auxquels est confrontée l'Australie sont notamment le fait qu'en tant que fédération, le pays n'est pas doté d'un programme national de lutte contre le trachome, se fondant pour cela sur la collaboration avec les départements de la santé des Etats, les services de soins de santé primaires et les organisations de santé contrôlées par la communauté aborigène. Chaque Etat est doté d'une loi différente sur la santé, dont aucune ne mentionne le trachome comme maladie à déclaration obligatoire. Il manque actuellement de consensus dans les milieux de la santé publique et chez les spécialistes de la santé ophtalmologique concernant la gravité et l'importance du trachome en tant que problème de santé publique. Il n'y a pas de consensus non plus sur les meilleures pratiques en matière de surveillance et de lutte. Il existe plusieurs programmes de lutte antitrachomateuse au niveau du district, mais seulement un portant sur le trichiasis. La multiplicité des programmes de lutte a abouti à des données non normalisées (et très peu de données sur le trichiasis). Les personnes principalement touchées par le trachome sont en petit nombre, et sont des populations très marginalisées et mobiles, vivant dans des zones isolées et très peu peuplées. On estime qu'au niveau du pays, moins de 5000 personnes sont atteintes de trachome évolutif et moins de 100 de trichiasis.

Il n'est pas beaucoup question du trachome cécitant, et il n'est généralement pas reconnu comme problème de santé tant que les enquêtes n'apportent pas de données factuelles ; il ne peut être mis en concurrence avec des maladies mortelles prioritaires et il y a une certaine réticence au traitement. En effet, l'accès au traitement peut être difficile compte tenu des distances et il peut également y avoir des problèmes linguistiques. Le renouvellement rapide du personnel de santé est également un problème dans les zones d'endémicité, ce qui se traduit par des taux de sensibilisation et de compétence peu élevés. Les pratiques et normes culturelles peuvent se traduire par une médiocrité des systèmes de ramassage des ordures, d'utilisation de l'eau et de salubrité de l'environnement, et il est difficile, voire risqué, de changer les comportements, compte tenu de l'existence de pratiques rituelles associées à l'utilisation de l'eau, par exemple. Ni le Gouvernement fédéral ni le Ministère de la Santé n'ont de mandat pour changer ou mettre en oeuvre des programmes de lutte antitrachomateuse, car ce sont des programmes gérés par les Etats.

Succès remportés : Les programmes de lutte antitrachomateuse ont été efficaces et mis en oeuvre de façon cohérente par les unités de santé de district dans quatre zones d'endémicité en Australie occidentale et dans un district des Territoires du Nord. Les services de soins de santé primaires, les écoles et le personnel de salubrité de l'environnement ont été étroitement associés. Dans le district de Kimberly, le trachome évolutif a été ramené de 40 % (1976-1979) à 11 % en 2002. Lorsque la prévalence descend au-dessous de 5 %, les écoles et les communautés ne font plus l'objet d'enquêtes ; la prévalence globale est inférieure à 11 %. Les

⁴ Contrairement aux pays en développement, dans les populations autochtones australiennes, une « communauté » désigne un groupe de 50 à 100 personnes. De même, dans les populations autochtones, la population d'un « district » peut être de 10 000 habitants.

crédits nationaux pour la prestation de soins de santé aux populations autochtones ont doublé depuis 1996, ce qui devrait se traduire par un meilleur accès.

Possibilités : l'Australie est dotée d'un réseau de lutte contre les maladies transmissibles qui, en 2004, a reconnu pour la première fois le trachome comme problème de santé publique. Un projet de directives nationales pour la gestion en santé publique du trachome a été rédigé et fait actuellement l'objet de consultations. Il permettra de dégager un consensus national concernant les meilleures pratiques, de mieux coordonner l'action entre les districts et les provinces et de mettre en oeuvre des programmes de lutte (trichiasis compris) dans toutes les zones où l'on sait que le trachome est endémique. Les examens de santé de la population autochtone offrent une possibilité de dépistage du trichiasis et un numéro de poste spécial du système d'assurance-maladie Medicare est désormais prévu à cet effet. Il a été proposé de créer un ensemble de données nationales uniformes et de rendre compte au Gouvernement australien.

Du point de vue national, pour la population australienne qui compte 20 millions d'habitants, le trachome cécitant n'est pas un problème de santé publique et a pratiquement été éliminé. Toutefois, il cause encore un problème pour de petits groupes de population marginalisés et appelle une approche plus unifiée et davantage fondée sur la collaboration.

Discussion

Etat de santé des populations autochtones : Bien qu'elle ait augmenté, l'espérance de vie de la population aborigène en Australie est encore de 20 ans inférieure à celle de la population non autochtone. Le taux de mortalité infantile parmi la population autochtone a atteint un plateau, mais est encore bien supérieur à celui des Australiens non autochtones. Le trachome n'est pas une priorité au niveau national, mais au niveau du district, là où il est endémique, il existe quelques programmes de lutte très actifs. Historiquement, les gouvernements ont longtemps négligé les populations autochtones et il y a encore beaucoup à faire pour redresser la situation, comme en témoignent les résultats sanitaires actuels.

Dépistage de l'infection au laboratoire : Bien que les taux de VIH/SIDA ne soient pas élevés, des taux élevés de chlamydia sexuellement transmissibles sont observés dans de nombreuses régions où le trachome est endémique. Il a été procédé au génotypage des prélèvements oculaires chez les trachomateux. L'origine des souches identifiées chez les enfants est oculaire et non génitale.

Compte tenu des nombreuses maladies infectieuses qui touchent la population aborigène, la distribution de masse d'antibiotiques pourrait être considérée comme utile pour traiter plusieurs maladies à la fois. L'azithromycine est distribuée selon les recommandations de l'OMS dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome, mais ne relève pas encore d'une politique nationale. Il n'a pas été possible, compte tenu d'obstacles politiques, culturels et éthiques, d'assurer la distribution de masse d'antibiotiques aux adultes pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Désagrégation des données : Il est important lorsque l'on prend des décisions en santé publique, d'examiner les données détaillées, de façon à distinguer où subsistent des poches de maladies et à fixer les priorités en conséquence. Cela s'applique à l'Australie comme à d'autres pays.

Date d'élimination : aucune date n'a été annoncée par le Gouvernement australien pour l'élimination du trachome cécitant.

2.7 Brésil (Dr Maria de Fatima Costa Lopez)

Le point sur le programme de lutte contre le trachome au Brésil

L'intention pour 2004 était d'étendre l'enquête nationale sur le trachome dans les écoles à dix nouveaux Etats. Ce chiffre a été ramené à quatre après d'importants problèmes rencontrés dans l'approvisionnement en médicaments, l'interruption de l'approvisionnement en pommades à la tétracycline et des difficultés pour l'achat d'azithromycine au niveau fédéral. Les enquêtes effectuées jusqu'ici (131) ont révélé des zones d'endémicité que l'on croyait jusque-là exemptes de trachome, par exemple dans divers Etats riches du sud. Le trachome a été découvert dans des zones frontalières de la Bolivie, du Guyana et du Venezuela. L'enquête nationale sur le trachome dans les écoles se concentre sur les zones à plus faible indice de développement humain et sur les enfants de 7 à 10 ans. La prévalence du TF est de 98 %, avec 1 % de TI et 1 % de TS. Depuis 2000, les enquêtes ont porté sur un nombre croissant de personnes, et un nombre décroissant de cas de trachome a été décelé.

En 2004, 150 000 personnes ont été examinées mais environ 10 000 cas de trachome seulement ont été diagnostiqués. De plus en plus d'Etats exécutent des programmes de lutte antitrachomateuse plus ou moins actifs.

Activités : En 2004, 250 personnes ont été formées dans 16 Etats, 4 Etats supplémentaires ont mené une enquête scolaire, des matériels éducatifs ont été imprimés et un manuel d'enquête épidémiologique rédigé en portugais. Toutefois, la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE a été décevante (Tableau 4, annexe 3). Pour la composante « A », 15 000 personnes seulement ont été traitées (couverture de 3,1 %) ; une recherche active des cas de TT a été effectuée dans 2 Etats seulement, ce qui s'est traduit par 1203 opérations (toutes étiologies du trichiasis comprises). Les données sur la chirurgie du trichiasis ne sont pas spécifiques, car le formulaire de notification ne mentionne pas actuellement expressément le trachome. Pour les éléments « N » et « CE », l'établissement des priorités est effectué par le Ministère de la Santé. Les communautés sont encouragées à inviter les pouvoirs publics à améliorer l'assainissement, en prenant le trachome comme raison de financer une amélioration du niveau de salubrité de l'environnement.

Les activités prévues pour 2005 comportent, en ce qui concerne la composante « A », l'approvisionnement en médicaments pour 25 % des cas de TF/TI ; et la sélection d'une étude pilote dans la Région du Ceará parmi les populations d'indiens autochtones, avec d'abord la réalisation d'une enquête puis le traitement de masse. En ce qui concerne la composante « CH », la recherche active des cas doit être intensifiée, la sensibilité de la surveillance accrue ainsi que la couverture des opérations chirurgicales dans les zones touchées. La formation des chirurgiens pourrait être améliorée grâce à une coopération avec les sociétés d'ophtalmologie. La surveillance reste un point faible à l'heure actuelle, car de nombreux ophtalmologistes ne sont toujours pas convaincus que le trachome constitue un problème au Brésil. Pour les composantes « N » et « CE », il faut développer l'éducation, conjointement avec le Ministère de l'Education, en utilisant les réseaux de télévision, par exemple. Une meilleure intégration avec les services de soins de santé primaires, tels que le programme de santé familiale, est prévue ainsi que des matériels éducatifs pour les équipes de santé familiale concernant les soins ophtalmologiques et le trachome.

Parmi les faiblesses du programme figurent le fait que les ophtalmologistes nient l'existence et l'ampleur du problème et l'absence d'informations et de formation pour le personnel de santé concernant le trachome. Il n'existe pas de système global par lequel les données sur le trachome cécitant puissent être rassemblées et comparées aux fins de planification. Les données qui existent ne sont pas intégrées au système d'information national bien que l'assurance ait été donnée que cela serait fait.

Le programme a de nombreux atouts, dont la qualité du soutien politique au niveau national et la vigueur du programme de lutte antitrachomateuse au niveau fédéral qui dispose d'un budget et d'un matériel de formation. Les fonds publics servent exclusivement à financer le programme dans les 27 Etats sauf un, Helen Keller International en étant partenaire. Les soins de santé primaires sont bien établis. La fréquentation

scolaire est bonne, 96 % des enfants âgés de 7 à 14 ans étant scolarisés. Le Brésil compte 7000 ophtalmologistes qui, s'ils étaient mieux sensibilisés à la maladie, pourraient être très utiles.

Il reste encore à amplifier la surveillance et la lutte dans 11 Etats où le personnel a été formé mais où les activités n'ont jamais été mises en oeuvre. Le trachome n'est pas perçu comme suffisamment prioritaire pour concurrencer d'autres programmes au niveau des Etats ou au niveau local. Il n'existe actuellement pas de moyen d'effectuer l'analyse PCR de *Chlamydia trachomatis* au Brésil. Il faudrait un réseau de laboratoires pour le diagnostic du trachome.

Discussion

Le trachome chez les enfants d'âge préscolaire : Là où la prévalence chez les écoliers est supérieure à 10 %, un traitement de masse par l'azithromycine est entrepris dans toute l'école, suivi de visites à domicile. Si un enfant est atteint de trachome, toute la famille est traitée. Aucun cas de TT n'a été décelé chez les écoliers, alors que quelques cas ont été dépistés chez des membres de la famille plus âgés.

Justification de l'enquête : Le Gouvernement a décidé d'entreprendre une enquête fondée sur les écoliers plutôt qu'une étude en population parce qu'ils sont plus faciles d'accès. On a constaté la présence de trachome évolutif chez les enfants de moins de cinq ans non encore scolarisés, tandis que l'on trouve des cas de trichiasis parmi les personnes de plus de 40 ans. La planification était fondée sur les résultats, bien que de nombreux cas aient été laissés de côté. D'autres enquêtes devront être effectuées concernant les enfants d'âge préscolaire et les adultes. Par exemple, certaines visites ont été faites dans des jardins d'enfants ou d'autres lieux réunissant de très jeunes enfants. Les enquêtes porte-à-porte sont rares. Des tentatives sont actuellement faites à travers des projets pilotes pour réaliser une enquête dans la communauté, peut-être en formant des agents de soins de santé primaires à effectuer des visites domiciliaires. A l'heure actuelle, l'absence de personnel qualifié pose problème pour le programme, car le roulement est trop rapide.

2.8 Chine (Dr Quingjun Lu, au nom du Professeur Ningli Wang)

Le point sur le programme de lutte antitrachomateuse en Chine

La Chine applique un programme de lutte antitrachomateuse en trois étapes élaboré en 2003. Au cours de la première étape, un modèle exécutif de lutte antitrachomateuse a été défini, concentrant davantage l'attention sur deux populations particulières : les écoliers et les personnes de plus de 45 ans. Des équipes d'évaluation rapide ont été chargées de collaborer localement avec les agents de santé.

En 2004, la deuxième étape a intégré l'action antitrachomateuse aux soins de santé publique. Quatorze provinces ont été sélectionnées pour une formation à la stratégie CHANCE, une évaluation rapide du trachome, le traitement par les antibiotiques et la chirurgie, la mise en place de systèmes informatiques en soins de santé primaires et une éducation au sujet du trachome. Une étude de terrain a également été conduite en 2004 afin d'estimer la charge de morbidité. Les données recueillies en 2004 dans les hôpitaux du pays montrent que la prévalence du trachome est inférieure aux chiffres enregistrés lors d'études précédentes (contribuant au maximum à 4,15 % de la cécité totale). Par exemple, dans les zones urbaines de Beijing, de Shanghai et de Guangzhou, les taux de trachome sont pratiquement nuls, bien que la maladie soit encore observée dans des zones périurbaines. Des données cliniques sont recueillies au moyen du système de codage simplifié de l'OMS et des échantillons sont prélevés de façon à effectuer des analyses de laboratoire au moyen de nécessaires d'épreuves importés. Dans les zones rurales, le dépistage est pratiqué par les écoles, avec l'examen des enfants de moins de 14 ans qui fait apparaître certains cas de TF et de TI mais aucun cas de TS, TT ou CO. Dans le groupe des personnes plus âgées, l'action du programme antitrachomateux est coordonnée avec des camps d'opération de la cataracte. Le dépistage n'a permis de déceler aucun cas de trachome évolutif bien que certains cas de TT et de CO ont été constatés et ces sujets ont été invités à se faire opérer. Si certains ont refusé, car l'opération ne rétablit pas la qualité de la vision, près de 80 % se sont soumis à l'opération.

La croissance économique de la Chine au cours des dix dernières années et le plan de développement national ont eu des répercussions positives sur l'environnement et les composantes « N » et « CE » de la stratégie CHANCE. La plupart des gens ont désormais accès à une eau propre (93,8 %).

Parmi les problèmes auxquels doit faire face le programme d'élimination du trachome figure la taille de la population : l'évaluation demande davantage de temps et de ressources. Les OUI sont difficiles à définir pour les composantes « CH » et « A ». La volonté politique s'est affirmée ; alors qu'il considérait précédemment le trachome évolutif comme ne constituant pas un problème, depuis 2004 le Gouvernement a accordé un rang plus élevé de priorité à l'élimination du trachome cécitant en termes de coordination du Programme, bien que celui-ci bénéficie d'un financement moindre. Un plan d'action régional doit être défini pour refléter la diversité du terrain, du climat et des modes de vie dans le pays.

Dans les plans futurs, le programme sera étendu au reste de la Chine, l'application du modèle d'évaluation rapide sera élargie, les 14 provinces d'origine servant de pilote. Davantage de cours de formation seront organisés en 2005. Un atelier national et une réunion annuelle sur la prévention de la cécité seront organisés avec l'appui du Ministère de la Santé.

Si le soutien de tous les partenaires se poursuit, la Chine pourra atteindre l'objectif de l'élimination du trachome cécitant d'ici 2010.

Discussion

Approvisionnement en eau : Trois formes différentes d'approvisionnement en eau reflètent les divers stades de l'économie dans les différentes parties du pays. Dans les régions les plus prospères, l'eau est amenée au robinet alors que dans le nord-ouest plus sec, l'approvisionnement en eau se fait à partir de systèmes de traitement construits par l'Etat, tandis que les autres régions utilisent des puits.

Evaluation : Les 14 provinces sont la première étape du processus d'évaluation. Elles constitueront ensuite des centres de formation pour la deuxième étape lorsque le programme sera élargi aux zones entourant chaque province. La question a été posée de savoir si le Tibet serait inclus dans les évaluations.

Chirurgie du TT : La chirurgie du trichiasis apporte une amélioration minimale à la vision et réduit le larmoiement et l'inflammation. Le principal changement concerne l'histoire naturelle de la maladie. L'opération réduit le risque d'apparition de la cécité mais a un effet négligeable sur la qualité de la vision, contrairement à la chirurgie de la cataracte. L'éducation sanitaire est importante pour éviter que les gens ne se fassent de fausses idées sur les résultats de l'opération.

Charge mondiale du trachome : Les chiffres sont issus jusqu'ici des évaluations rapides et les résultats de l'enquête de prévalence sont attendus. Toutefois, si l'évaluation rapide ne fait pas apparaître la présence de trachome évolutif chez les enfants dans les secteurs les plus exposés d'une province, il est vraisemblable que la province n'aura pas de problème de santé publique important en raison du trachome. Cette situation s'appliquait à cinq des dix sites. Le développement économique rapide de la Chine contribue à l'élimination de la maladie ; dans les zones rurales, un tel développement serait également le bienvenu. Dans les premières estimations de la charge mondiale de morbidité, la Chine et l'Inde représentaient à elles seules les deux tiers des cas, or la Chine pourrait être en mesure de revoir sensiblement à la baisse ses statistiques. La Chine a été félicitée de l'excellent travail accompli en matière d'évaluation et de lutte.

Changement d'orientation : Précédemment, la Chine était dotée d'un programme de lutte antitrachomateuse efficace. Lorsque le programme de prévention de la cécité a commencé à se concentrer surtout sur la cataracte, cela a eu un effet négatif sur la lutte antitrachomateuse. Auparavant, la prévention de la cécité se faisait par le biais des soins oculaires primaires, plus viables sur la durée. L'information locale permettant de déceler les poches d'infection est essentielle à la lutte antitrachomateuse et à la santé

ophtalmologique en général. Le centre collaborateur de Beijing apporte un nouvel élan et a défini un nouveau plan de travail. Les soins oculaires primaires peuvent être intégrés aux soins de santé primaires.

2.9 Nigéria (Dr Dienney Iyalla Apiafi)

Le point sur le programme de lutte antitrachomateuse au Nigéria

Le Nigeria compte 130 millions d'habitants pour 36 Etats. La prévalence estimée de la cécité est de 1,3 % (nord 2 %, sud 0,6 %). On pense que le trachome est présent dans 19 Etats du nord et endémique dans les 10 Etats de la ceinture du Sahel, mais aucune enquête de prévalence nationale n'a jamais été effectuée. La prévalence nationale du TF/TI est estimée à 5,2 % et celle du TT à 1,5 %. Une enquête épidémiologique nationale sur trois ans a été entamée en février 2005 de façon à ce que l'on puisse disposer de données fiables basées sur la population concernant la prévalence, les causes, l'ampleur, la répartition et des facteurs de risque de cécité et de déficience visuelle. Cette enquête est effectuée par le Gouvernement en partenariat technique avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, soutenue par CBM et SSI. L'enquête couvrira six zones géopolitiques (deux par an). Les avantages de l'enquête épidémiologique seront de fournir des informations à des fins de planification ; des données sur les services ; des données normatives sur le glaucome, avec un impact positif particulier dans les zones où la sensibilisation sera accrue ; un accroissement des capacités et compétences de recherche et un renforcement des capacités en général.

La lutte antitrachomateuse a démarré en 2002 mais n'est pas encore intégrée et ne bénéficie pas du concours d'autres ministères tels que l'eau, les femmes ou l'éducation. A l'heure actuelle, le programme de lutte antitrachomateuse est principalement financé par quatre ONG travaillant dans les zones d'endémie (Carter Centre, CBM, SSI et HKI), avec un soutien occasionnel d'autres partenaires (par exemple pour la formation à la technique de RBT). Lorsque des campagnes nationales de chirurgie de la cataracte sont organisées, les cas de TT sont traités lorsqu'ils sont dépistés. A l'heure actuelle, la participation de l'Etat se limite à un rôle de coordination.

Progrès : Soutenu par les ONG, le programme s'est réuni tous les trois mois de 2002 à 2004 avec les trois ONG qui exécutent les activités de lutte. CBM a procédé à des évaluations rapides dans les Etats où elle travaillait, mais l'exécution du programme n'a pas encore commencé. Ce sont principalement des considérations financières qui empêchent les ONG d'entamer les activités « N » et « CE », même si des activités d'éducation sanitaire telles que des causeries, la formation des enseignants en matière de nettoyage de visage et d'hygiène personnelle des enfants, et des messages communautaires tels que des spots radio, aient été mises en oeuvre. En 2004, 1047 éducateurs sanitaires ont été formés (au total 5700 jusqu'ici). Des activités limitées mais encourageantes concernant les composantes « CH » et « A » sont en cours, mais l'on espère que, d'ici 2006, tous les éléments seront mis en place. Les données recueillies par le Carter Centre dans deux provinces indiquent que les pourcentages d'enfants au visage propre fluctuaient entre 68 et 95 % entre mai et décembre 2004.

Malheureusement, l'efficacité réelle du programme, mesurée par rapport aux objectifs annuels d'intervention, est faible (Tableaux 5-7, annexe 3). Pour les activités « CH », 3830 opérations des paupières ont été pratiquées (1487 en 2003). En 2004, 30 chirurgiens TT ont été formés, 19 nouvelles infirmières ophtalmologiques étant en formation. En ce qui concerne la composante « A », toutes les ONG distribuent de la pommade oculaire à la tétracycline dans le cadre de la distribution de masse dans la plupart des zones d'endémie. En décembre 2004, l'ICC a acheté de l'azithromycine et traité ainsi 2428 personnes. On espère que l'ITI apportera son soutien à cet égard. En 2004, 45 582 personnes ont été traitées aux antibiotiques (10 492 en 2003). Pour les composantes « N » et « CE », grâce à l'action du Carter Centre, des progrès ont été observés dans la construction de latrines, avec 1872 latrines construites en 2003 et 2682 en 2004.

Le programme se heurte à de nombreux défis. Le principal consiste à atteindre la couverture de 75 % alors qu'actuellement, elle est de 10 à 20 %. Le compte rendu doit être amélioré ; bien qu'un format ait été mis en place, à peine un tiers des 36 Etats renvoient les formulaires, aussi l'information est-elle recueillie directement auprès des ONG. Il n'y a pas de financement direct du Ministère de la Santé, qui donne souvent

la priorité à d'autres maladies transmissibles comme le paludisme et le VIH. Le programme a besoin de la participation d'autres ministères tels que l'eau et l'éducation ou les affaires féminines, ainsi que de celle de l'UNICEF. D'autres domaines d'action consisteraient à encourager CBM à mettre en oeuvre son programme d'ici le dernier trimestre de 2005 et toutes les ONG à appliquer la stratégie CHANCE pleinement d'ici 2005-2006. Il serait possible que d'autres partenaires organisent des camps ophtalmologiques et aussi d'améliorer les techniques chirurgicales afin d'inciter davantage de patients à se faire opérer. Dans la mesure du possible, si les fonds le permettent, il existe une volonté d'acheter de l'azithromycine, si nécessaire sur le marché. En attendant, l'utilisation de la tétracycline se poursuivra afin d'accroître la couverture parmi les individus et les membres de la communauté. Une plus forte participation des ONG est nécessaire en ce qui concerne les éléments « N » et « CE » ainsi que davantage d'éducation sanitaire et la construction de latrines plus nombreuses.

Les problèmes sont vraisemblablement le manque de fonds et de volonté du Gouvernement, ce qui risque alors de décourager les ONG de maintenir leur appui au programme, mais aussi des conditions climatiques difficiles qui empêchent l'accès aux zones concernées.

Discussion

Niveau du Gouvernement : Certains ont exprimé la crainte que sans une prise de conscience au sein de la structure gouvernementale du programme, la lutte antitrachomateuse ne puisse pas survivre à un retrait des ONG. Lorsque le programme du trachome a démarré, une réunion des partenaires associait les autorités locales aussi bien que le Ministère de la Santé et les ONG. Lorsque les Etats ne se montrent pas coopératifs, la question peut être portée devant un conseil de la santé auquel participent le Ministre de la Santé et tous les commissaires d'Etat à la santé.

Coordination de la collecte de données : Certains Etats ne relèvent pas directement du programme mais du directeur de la lutte contre la maladie et de la santé publique dans les Etats. La coordination est donc difficile. Lorsque le financement était centralisé, la collecte de données était plus facile. La structure de la collecte d'informations existe mais ne fonctionne pas.

2.10 Afghanistan (Dr Ahmed Shah Salem)

Introduction à la lutte antitrachomateuse

En vue de mettre en place un programme de lutte antitrachomateuse dans le cadre du programme national de prévention de la cécité, une enquête a été effectuée en décembre 2004 au moyen de la méthode d'évaluation rapide simplifiée afin d'identifier et de classer par ordre de priorité les communautés devant faire l'objet d'une intervention au moyen de la stratégie CHANCE. Un appui technique et financier a été fourni par l'Institut pakistanais d'Ophtalmologie clinique et par CBM respectivement. Le travail s'est fait en trois phases : 1) identification des zones où l'évaluation rapide devait être effectuée ; 2) sélection de l'équipe de chaque Région avec collecte des données et travail de terrain ; et 3) analyse des données et préparation du rapport. Dix-sept villages ont été sélectionnés dans 5 provinces (Prawan, Herat, Qandhar, Nagerhar et Takhar). Lors de la phase 2, des équipes composées d'un ophtalmologiste communautaire qualifié, d'un technicien et d'un volontaire ont été sélectionnées et formées à la méthodologie TRA. Pour la collecte des données, au moins 50 enfants ont été évalués dans chaque village sélectionné, le TT étant recherché dans chaque site. Les villages ont été classés en vue d'une intervention contre le TT ; 11 villages ont été classés comme hautement prioritaires et 6 comme moyennement prioritaires (aucun n'entrant dans la catégorie inférieure). En ce qui concerne le trachome évolutif, un village a été classé comme moyennement prioritaire, un comme faiblement prioritaire et un autre n'a pas été classé comme prioritaire.

On a estimé que l'évaluation rapide avait permis d'identifier les zones de lutte antitrachomateuse et d'établir des priorités, mais une enquête porte-à-porte doit être effectuée dans les villages de haute ou moyenne priorité et l'évaluation rapide étendue à d'autres provinces.

Discussion

Suivi : Une demande de fonds a été présentée à CBM et à d'autres ONG afin de poursuivre les enquêtes dans d'autres provinces et effectuer une enquête porte-à-porte. Le Ministère de la Santé a reçu les résultats de l'enquête, mais il existe peu de centres de soins ophtalmologiques et aucun dispensaire ou camp ophtalmologique capable de pratiquer les opérations chirurgicales.

Assistance : L'Afghanistan a obtenu de bons résultats d'enquête mais a relativement peu de ressources à allouer au programme. Le pays a vécu 25 ans de guerre civile. Le Pakistan est doté de programmes de lutte antitrachomateuse très efficaces mis en place au moyen de peu de ressources, et peut-être pourrait-on imaginer un processus de jumelage de façon à accélérer les progrès. Peut-être pourrait-on également tirer les enseignements de l'expérience de l'Iran voisin.

Défi pour le développement social : Il existe un centre de soins ophtalmologiques tertiaires en Afghanistan, mais d'une manière générale l'approvisionnement en eau et l'assainissement laissent à désirer. Moins de 30 % de la population a accès à l'eau potable. Même à Kaboul, les maisons ne sont alimentées en eau potable qu'une heure tous les trois jours.

2.11 République islamique d'Iran (Dr Alireza Delavari)

Le point sur l'élimination du trachome cécitant

La République islamique d'Iran compte 64,5 millions d'habitants, dont près de 60 % vivent en milieu urbain. Le pays est divisé en 30 provinces, 368 districts et plus de 65 000 villages. Les soins de santé primaires ont été institués en 1984 et sont maintenant bien développés. La structure sanitaire est dirigée par le Ministère de la Santé, et l'enseignement médical est intégré à la santé publique. Au niveau le plus bas de la structure, en milieu rural, des « maisons de santé » (responsables de deux ou trois villages) regroupent des agents de santé (« behvarzes »). A l'échelon suivant, il existe un centre de santé pour deux ou trois maisons de la santé. En milieu urbain, il existe des postes de santé (au niveau inférieur) relevant des centres de santé, puis de l'hôpital général de district. Le niveau le plus élevé de recours est l'hôpital universitaire. Au niveau national, on dénombre 30 000 behvarzes, 1174 ophtalmologistes et 1632 optométristes. Toutefois, le trachome ne figure pas parmi les 100 maladies prioritaires. Les données émanant de l'un des hôpitaux nationaux de recours indiquent que l'opacité cornéenne due au trachome représente environ 3,8 % des causes d'affection de la cornée.

Les indicateurs de salubrité de l'environnement pour 2004 en milieu rural font apparaître un niveau élevé d'accès aux sources d'eau (84,5 %), l'usage des latrines étant supérieur à 80 %. Une enquête récente sur les causes de cécité a permis d'obtenir des données préliminaires ne faisant apparaître aucun cas de trichiasis (11 700 yeux examinés, 12 cas de cécité). Les données provenant d'évaluations rapides dans quatre provinces du sud et du sud-est du pays montrent que sur une population enquêtée de 59 384 habitants, neuf cas d'opacité cornéenne et seulement un cas de trichiasis sans opacité cornéenne ont été dénombrés. Les enquêtes ont constaté que la distribution du trachome évolutif chez les enfants était limitée à un district (Systan-va-Bluchestan), voisin de l'Afghanistan, où sept cas de TI ont été observés.

Il n'existe pas de programme de lutte contre le trachome, mais toutes les composantes de la stratégie CHANCE sont mises en oeuvre. Les composantes « N » et « CE » sont intégrées aux SSP à travers les activités des « villages-santé », etc. ; les composantes « CH » et « A » sont mises en oeuvre à travers le système d'orientation-recours. L'ensemble de la population rurale est couverte par une assurance-maladie d'Etat et de nombreux services de santé sont gratuits. Le suivi est assuré par deux systèmes : l'un pour les maladies transmissibles et l'autre pour les facteurs de risque de maladies non transmissibles. Tous les écoliers des écoles primaires passent une visite médicale avant d'entrer à l'école.

Les priorités de l'action Vision 2020 ne comportent pas expressément le trachome (mais comportent d'autres causes de cécité telles que la cataracte, l'amblyopie, le glaucome et la rétinopathie diabétique). Toutefois, l'action menée par le Ministère de la Santé, notamment l'éducation du public ou la prévention de la cécité chez l'enfant, est efficace. Le principal objectif pour 2005 est d'élaborer un plan d'action nationale pour prévenir la déficience visuelle et la cécité.

Discussion

Enfants d'âge préscolaire : l'accès au dépistage se fait au jardin d'enfants et les médias invitent également les gens à se faire dépister lorsque c'est possible. Le principal contact est la télévision.

Certification : L'Iran est prêt à entamer le processus de certification, ce qui est une excellente nouvelle pour toutes les personnes impliquées dans la lutte antitrachomateuse et qui connaissaient l'Iran lorsque le trachome y était endémique.

Investissement : L'Iran investit depuis 15 ans 30 % de son budget dans la santé et l'éducation. Cet énorme investissement a eu des répercussions considérables sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement et explique la chute de la mortalité des moins de cinq ans. Cela montre que, si l'on veut faire face à plusieurs problèmes à la fois, il faut investir dans la santé et dans l'éducation. Des progrès énormes ont été accomplis grâce aux soins de santé primaires.

3. RAPPORT DE LA COALITION DES ONG

3.1 Coalition internationale pour la lutte contre le trachome (Dr Jacob Kumaresan et Dr Catherine Cross)

L'expérience de la coalition des ONG en matière d'onchocercose a été très positive pendant une décennie. La coalition a, avec succès, mis en commun l'information sur les opérations dans les pays et convenu de l'élaboration de politiques. Ses activités ont été financées par la Banque mondiale et d'autres partenaires. Ce n'est pas le cas pour l'élimination du trachome, pour laquelle les fonds sont limités et il faut mobiliser des ressources pour permettre de développer des activités dans les pays, avec les économies d'échelle qui en résultent.

En juillet 2004, sous les auspices de l'IPB, une réunion s'est tenue à Genève entre six organisations afin de déterminer si une organisation du même type pourrait être mise sur pied pour la lutte contre le trachome. A SSI, une réunion d'organisations a été tenue pour arrêter le mandat de l'organisation proposée. Celui-ci consistait à contribuer aux efforts mondiaux d'élimination du trachome cécitant et à mettre en oeuvre et à promouvoir la stratégie CHANCE. L'action doit être menée de manière globale de sorte que les organisations n'exécutent pas la stratégie par petits bouts. Le nom de l'organisation est la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome. Ses activités sont les suivantes : échanger régulièrement des informations sur les activités menées par les ONG, coordonner les activités entre les ONG et les partenaires comme les gouvernements, organismes bilatéraux, etc. ; sensibiliser à la question de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 (de nombreux pays ne sont pas encore représentés à l'Alliance) ; engager de nouveaux partenaires, notamment dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement, et davantage de partenaires dans le secteur de l'éducation ; et mobiliser de nouvelles ressources afin d'élargir la stratégie CHANCE dans les pays.

Le cadre général est celui de Vision 2020. La coalition rendra compte annuellement au GET 2020, qui à son tour présentera son rapport à Vision 2020. Il y aura deux réunions dont la première sera liée à la présente réunion. La deuxième se tiendra plus tard dans l'année, en dehors de l'Europe (cette année, aux Etats-Unis d'Amérique).

Les enseignements tirés des activités de la coalition des ONG concernant l'onchocercose permettront de rationaliser l'action de la coalition pour le trachome.

Discussion

Mise en commun de l'information : Les procès-verbaux provisoires des réunions organisées par SSI seront distribués et il sera rendu compte à toutes les réunions du GET 2020 des discussions de la coalition. On a exprimé la crainte d'une possible contre-productivité due à la multiplicité des activités. Peut-être faudrait-il adapter les réunions de l'Alliance pour répondre aux besoins des ONG plutôt que de créer une réunion distincte ? Inversement, on a fait observer que ce sont les pays qui sont au centre du débat et que les discussions de l'Alliance ne devraient pas être axées uniquement sur les problèmes de mobilisation des ressources.

Composition : Les ONG nationales sont les bienvenues au sein de la coalition, de même que tous ceux qui participent à la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE. Il n'y a pas de droits de participation. L'idée est de prendre contact avec les ONG qui travaillent dans les pays et qui ne sont pas encore associées à l'effort d'élimination. Les recommandations de partenaires ou de membres éventuels sont les bienvenues, et ce qu'ils viennent de différents secteurs, pas uniquement du secteur de la santé. L'intention n'est pas de reproduire l'action du système mis en place pour l'onchocercose, car les programmes sont entièrement différents. Le principal objet de l'Alliance GET est d'assurer la surveillance mondiale et la coordination, d'atteindre de nouveaux partenaires et d'examiner les questions de développement.

Participation des ONG : Le programme de l'onchocercose avait constaté que les ONG nationales apportaient une contribution importante, notamment sur le plan de la sensibilisation, et qu'il fallait autant que possible les mobiliser. Leur connaissance du terrain et leur aptitude à atteindre les communautés et à créer avec elles des liens dépassent de loin tout ce que peuvent obtenir des organismes extérieurs. La façon d'obtenir leur participation à une coalition internationale peut toutefois poser problème compte tenu des budgets limités dont on dispose. Les efforts de coordination et d'union devraient également être faits au niveau national, aussi faut-il également tenter de relier les ONG locales sur le terrain. Une fois la coordination voulue instaurée, un porte-parole pourrait présenter l'action au nom de tous. La pratique de World Vision consiste à rassembler tous les partenaires, y compris les ONG locales, les autorités locales, les églises, etc., pour définir les rôles et les responsabilités, et à passer régulièrement en revue les rapports d'activité. Cela aide la région à assurer la pérennité des structures et à poursuivre l'action après le départ des ONG internationales.

En France, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité a annoncé officiellement sa participation à la coalition.

Mobilisation de ressources : Dans la limite du raisonnable, plus l'on s'intéresse à la mobilisation et plus l'on parvient à réunir des fonds. Des maladies comme le VIH retiennent énormément l'attention et s'adjugent une part conséquente des ressources malgré le manque de spécificité de l'action menée. L'information concernant le trachome doit être portée à la connaissance d'un plus large public en faisant appel à des personnes qualifiées, compétentes dans le domaine de la promotion.

4. LE POINT SUR LES PROJETS DE RECHERCHE

4.1 Rapport de l'atelier scientifique informel sur le trachome (Dr Kaweh Mansouri)

La réunion a été suivie par 31 scientifiques et chercheurs et a mis en lumière plusieurs domaines d'activité importants. Les études concernant les composantes « N » et « CE » ont été passées en revue dans deux pays. En Gambie, des latrines ont été construites dans 32 villages, avec des matériels subventionnés de l'extérieur, mais la participation de la communauté et l'appropriation par celle-ci ont été encouragées,

l'entretien étant effectué par elle. L'approche a su allier avec succès deux paradigmes classiques (subventionnement des meilleures pratiques, construction par les gens eux-mêmes) et l'assainissement à l'initiative de la communauté. Les comités de développement de village ont été engagés dans le processus et ont reçu une petite incitation financière. Sur les 666 latrines construites (au moyen de la technologie « améliorée »), 510 étaient encore utilisables ou en fonction après deux à quatre ans. Une étude d'intervention sur la santé publique au Viet Nam a comparé des villages n'appliquant que les composantes « CH » et « A » de la stratégie avec ceux qui appliquent les quatre éléments. La diminution du trachome évolutif était supérieure de 40 % dans les villages appliquant les quatre éléments. L'étude a conclu que lorsque l'on évalue les composantes « N » et « CE », il faut également prendre en compte la réduction d'autres maladies. L'étude a rencontré une certaine résistance des communautés à participer au projet, par exemple au moment des récoltes. Certaines attitudes négatives face à la construction des latrines ont été observées au départ. La création du sentiment d'appropriation est un élément essentiel du succès et du changement de comportement à long terme, et passe par la participation de groupes locaux tels que les associations de femmes ou groupes de jeunes. Une deuxième étude menée au Viet Nam a utilisé une approche ciblée et comparé trois types de village : ceux qui appliquaient la totalité de la stratégie CHANCE ; ceux qui n'appliquaient que les éléments « CH » et « A », et ceux qui n'appliquaient pas du tout la stratégie. Elle a montré une tendance durable à la diminution du trachome et soulevé la question de savoir si les éléments « N » et « CE » étaient à eux seuls suffisants pour réduire la maladie.

Deux études ont été passées en revue concernant la chirurgie. En Ethiopie, les effets de l'épilation ont été étudiés parmi 1500 patients. Dans les cas mineurs de TT (définis comme moins de 5 cils touchant la cornée), 10 % des cas évoluent vers l'opacité cornéenne avec ou sans épilation. On en a conclu que l'épilation n'évitait pas l'opacité cornéenne dans les cas sans entropion, mais qu'elle pouvait être une alternative viable pour les personnes qui refusent de se faire opérer. Sur les sujets épilés, 44 % présentaient des opacités cornéennes contre 75 % chez les sujets non épilés. Il ne s'agit pas de remplacer la chirurgie ; environ 50 % des cas d'entropion graves sont susceptibles de présenter des opacités cornéennes, même sans épilation. La deuxième étude a examiné l'évolution naturelle du TT en Gambie en évaluant 220 cas, et en les réexaminant quatre ans plus tard. Sur ce chiffre, 153 ont été réexaminés (70 %) ; 41 personnes du groupe étaient décédées. La mortalité des personnes atteintes de TT est de quatre à huit fois supérieure au reste de la population. Les principales conclusions de l'étude ont été que le trichiasis évoluait même lorsque le trachome évolutif était en régression et donc qu'il convient de continuer à suivre les communautés afin de dépister les nouveaux cas de trichiasis. Des opacités cornéennes apparaissent dans les yeux présentant un trichiasis mineur. Les principaux facteurs de risque sont l'inflammation (OR 4) et l'infection bactérienne (2.7).

En ce qui concerne la recherche sur la composante « A », une étude sur la persistance de *Chlamydia trachomatis* a été passée en revue, et plus précisément la présence d'organismes viables dans les couches plus profondes de la conjonctive de Vietnamiens immigrés aux Etats-Unis d'Amérique depuis plus de 10 ans. Cela a soulevé des questions quant à la production permanente ou intermittente d'antigènes qui constitueraient un mécanisme possible de stimulation d'une réponse immunitaire indésirable, bien que l'on ne sache pas très bien si la persistance signifie que la maladie est en évolution. Si la cicatrisation est due à des infections répétées, la question a été soulevée de savoir si la persistance entraîne également davantage de cicatrices et si les antibiotiques peuvent traiter cette affection. L'étude a constaté que 25 % des témoins étaient également infectés par *Chlamydia trachomatis*. Une étude sur le traitement de masse conduite en Tanzanie a montré que, dans les communautés d'hyper endémicité, l'infection ne disparaît pas après traitement de masse, même si elle n'augmente pas significativement. Il semble qu'il y ait une réémergence de la maladie 12 mois plus tard. Les facteurs de risque d'infection incidente à six mois sont : une infection massive chez d'autres membres de la famille et une infection antérieure à deux mois. Les voyages ou la présence de visiteurs étrangers à la communauté ne semblaient pas se répercuter sur le risque d'infection. Le groupe a également examiné la possibilité d'utiliser le TI comme marqueur de la maladie. Lors de recherches futures, les changements saisonniers devraient être pris en compte, étant donné que des fluctuations de 20 % de la prévalence ont été observées. En Tanzanie, une analyse spéciale de la réémergence après traitement de masse laisse supposer que les ménages infectés ont propagé la maladie sur une distance de 1,5 km et recommande un traitement de masse annuel. Une équipe de Pfizer a étudié la bioéquivalence d'une

association d'azithromycine, d'ivermectine et d'albendazole. Les résultats préliminaires indiquent un certain degré d'interaction, mais la modification de la bioéquivalence ne justifie pas un changement de dosage de l'azithromycine. De nouvelles recherches sont attendues sur les deux autres médicaments couverts par l'étude.

La fiabilité de la PCR pour la confirmation du diagnostic a été débattue, à la suite d'une étude menée dans des villages du Pakistan et de Guinée. Lors de ces études, les taux de positivité ont été obtenus à partir de deux systèmes différents de PCR dans des conditions strictes de stérilité et selon des principes rigoureux, allant de 0 à 65 % en Guinée et de 0 à 33 % au Pakistan. On en a conclu que *Chlamydia trachomatis* est détectée chez une minorité de patients présentant un TF et que les patients présentant un trachome évolutif mais une PCR négative guérissent tout de même complètement lorsque l'on améliore l'hygiène et que l'on administre des antibiotiques. L'agent actif pourrait se trouver dans des couches plus profondes de l'épithélium de la conjonctive, comme l'ont montré d'autres travaux de recherche. Théoriquement, la spatule de Kimura pourrait être préférée à l'écouvillon en dacron actuellement utilisé (bien que le coût soit à prendre en compte). La sensibilité de la PCR a été remise en question étant donné qu'il faut plus de 300 copies d'ADN pour obtenir un résultat positif contre 50 en immunofluorescence (IF).

La question a été soulevée de savoir si une administration massive annuelle était une périodicité suffisante, sur la base d'une étude menée en Ethiopie, où la couverture était de 95 ou 96 %, avec un suivi pendant plus d'un an. L'élimination des chlamydia oculaires peut être obtenue avec un traitement annuel dans la durée mais le traitement semestriel est plus efficace. Un long suivi sera toutefois nécessaire pour prouver cette affirmation. La question a également été posée de savoir si une PCR négative signifiait véritablement que les chlamydia avaient été éliminées et quant à la nécessité de la prudence lorsque l'on compare les résultats de la PCR dans les cas d'infection et de maladie évolutive. Il existe des différences importantes entre les villages traités. Après 18 mois, les résultats différaient fortement, l'infection ayant été éliminée dans certains villages mais ayant été rapidement rétablie dans d'autres. Cela peut être fonction de la prévalence de base. Toutefois, on n'observe pas de différence clinique très importante à 12-18 mois.

4.2 Programme de recherche 2005-2006 (Dr Sam Abbenyi)

La huitième réunion de l'Alliance a examiné plusieurs questions qui pourraient selon elle avec profit donner lieu à de nouvelles recherches. C'est pourquoi en 2004, une réunion a été organisée et les points suivants ont été définis comme domaines prioritaires d'intervention.

Chirurgie : Des interventions destinées à réduire le taux d'échec chirurgical (récurrence). La priorité absolue concerne la formation aux techniques chirurgicales et leur normalisation. La gestion des refus d'opérations est également un domaine important de recherche.

Antibiotiques : Les sujets abordés ont été la fréquence du traitement par l'azithromycine et en particulier le choix du moment pour arrêter l'administration d'antibiotiques.

Charge de morbidité : Le but est de trouver des méthodes simples d'enquête épidémiologique afin de déterminer la charge de morbidité. Le processus de certification de l'élimination est lié à cela et à l'aptitude d'un pays à établir de façon factuelle que la maladie ne représente plus un problème de santé publique.

Changement comportemental : Pour les composantes « N » et « CE », la priorité ce sont les études sociales et anthropologiques afin de favoriser un changement efficace de comportement, en examinant les facteurs de risque de propagation de la maladie dans la communauté et en tenant compte de l'hôte, de l'agent et de l'environnement.

Discussion

Décideurs : Les priorités ont été décidées par un groupe d'ophtalmologistes, d'experts, d'ONG et de représentants de pays délégués par l'Alliance à cette fin. Ces questions étaient celles qui étaient perçues comme prioritaires par les pays pour progresser vers l'élimination du trachome cécitant. La réunion a également passé en revue les ressources disponibles et apprécié les perspectives d'obtention de nouvelles ressources. La collecte de fonds pour ces activités se poursuit.

Rôle des pays : La recherche est menée principalement dans les pays où le trachome est endémique, en accord et en collaboration avec le programme national. La liste devrait être passée en revue pour déterminer si les domaines de recherche proposés correspondent aux initiatives en cours ou souhaitées par les pays, et les liaisons ou contributions devraient être organisées.

Echec/succès de la recherche : Il y a 15 ans que l'on utilise l'azithromycine ; la lutte antitrachomateuse remonte à plusieurs dizaines d'années. Les progrès accomplis dans la lutte antitrachomateuse sont décevants par rapport à la lutte contre l'onchocercose, où la distribution d'ivermectine a commencé en 1983, passant rapidement de zéro à un très large déploiement dans les populations humaines en 1989. Au cours des 15 dernières années, on n'a pas mis en place suffisamment de moyens en matière d'utilisation des antibiotiques : fréquence de traitement, populations à couvrir, etc. Aucune étude n'a encore été publiée concernant l'effet de l'antibiothérapie de trois ans. Il est important d'examiner quels sont les obstacles à la pleine mise en oeuvre de la stratégie CHANCE et d'orienter les activités de manière stratégique pour les surmonter. Toutefois, en Gambie, des travaux de recherche opérationnelle ont été menés afin d'améliorer la distribution – en montrant que l'azithromycine est aussi efficace que la tétracycline et comment inciter les gens à se faire opérer en offrant les prestations dans les villages ou dans les centres de santé, et en mettant en évidence le rôle des latrines et de la lutte contre les mouches, ainsi que toute une série d'autres observations faites par l'équipe de soins oculaires – ce qui a un effet sur l'ensemble de la stratégie CHANCE. La base de connaissances est améliorée en permanence.

Accès : L'un des thèmes importants que doivent refléter les priorités de recherche est le niveau d'accès pour les populations. Si l'on obtient une couverture de 80 %, cela veut dire que 20 % de la population sont encore dépourvus d'accès aux antibiotiques et cette proportion peut correspondre à la partie la plus marginalisée et mal desservie, dont les besoins sont les plus grands. Il faut donc faire en sorte que les plus exposés au risque de trachome cécitant jouissent d'un accès équitable à la stratégie CHANCE.

Exécution de la recherche : On a l'impression qu'il y a un décalage entre le volume de recherche effectuée et son application dans les pays. Il faut y remédier. Quels sont les principaux points que les pays doivent connaître pour pouvoir appliquer plus rapidement la stratégie CHANCE ? Le but de la réunion de définition des priorités était de répertorier ces points. Le changement de comportement est un point important. Le financement de ces priorités reste un problème auquel l'Alliance devra trouver une solution.

Deuxième série d'antibiotiques : Lorsque les ressources sont très limitées, il est difficile de distinguer entre la priorité consistant à administrer une deuxième série dans un district ou à administrer une première série dans un autre aux gens qui en ont besoin. Ces distributions posent des problèmes logistiques énormes. Il n'est pas facile de passer de l'exécution de projets pilotes dans 10 villages à la pleine exécution dans 10 districts et l'on ne sait pas très bien si c'est la meilleure stratégie. Il faudrait donc pouvoir disposer de résultats de recherche et d'informations de qualité pour répondre à ces questions. D'ici 2010, il devrait être possible de faire le point de l'élimination.

Financement : L'orientation de la recherche peut souvent être influencée par le bailleur de fonds plutôt que directement par les besoins des pays. Le financement du programme contre l'onchocercose provenait en grande partie de ressources du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR). Merck a participé également pour une bonne part aux études clés sur l'ivermectine. Les tentatives qui ont été faites pour inclure le trachome dans le Programme TDR ont jusqu'ici échoué. Pfizer devrait être invité à entreprendre des recherches sur l'azithromycine. Vu le

manque de crédits, deux éléments sont particulièrement critiques : le moment où il convient d'arrêter l'administration des antibiotiques et l'amélioration des méthodes de changement comportemental.

En Gambie, deux questions intéressent pour l'avenir : la réinfection de certaines zones après traitement de masse par les antibiotiques et les répercussions de la progression des cas de TS vers le TT. Les deux ont des répercussions financières car, même avec les dons de médicaments, il sera impossible d'éliminer tous les cas de trachome compte tenu du taux de récurrence.

5. NOUVELLES ORGANISATIONS PARTICIPANTES

5.1 Fondació Ulls del Món (Eye of the World) (Mme Vivienne Ferradas)

La Fondation, créée en 2001, est une organisation privée à but non lucratif basée à Barcelone (Espagne), dont l'intention est de soutenir la prestation de services ophtalmologiques de qualité pour les personnes souffrant de déficience visuelle dans les pays en développement, et de mieux faire connaître le problème au public dans les pays développés. A l'heure actuelle, il n'y a pas d'action spéciale de lutte contre le trachome bien que l'organisation cherche à se faire une expérience dans d'autres domaines des soins ophtalmologiques. La Fondation déploie des activités en Bolivie, à Gaza, au Mozambique et au Sahara, avec les communautés locales, des agents de santé, les autorités sanitaires, des institutions gouvernementales et des ONG. Plus de 7600 patients ont été vus, 1077 opérations chirurgicales pratiquées au cours de 31 missions de diagnostic, chirurgie et formation. Des professionnels de santé qualifiés et le personnel d'appui sont sélectionnés pour travailler sur des missions déterminées à titre bénévole. Le respect des cultures locales et le transfert de technologie (en travaillant avec les agents de santé locaux et en améliorant leurs compétences) sont deux éléments importants du programme. Le personnel de la Fondation dans le pays destinataire repère le meilleur environnement de travail et le prépare du point de vue opérationnel pour l'arrivée de l'équipe médicale principale. L'équipe pratique alors le diagnostic et le traitement, y compris la chirurgie de la cataracte, forme du personnel local aux techniques utilisées, fournit l'équipement nécessaire, et apprend aux patients eux-mêmes à prendre en charge leur affection en l'absence de soins ophtalmologiques spécialisés dans la région. La fourniture de matériel est un aspect difficile, car il n'existe souvent pas de personnel qualifié sur place pour l'entretenir. La Fondation se concentre également sur la prévention, organisant des ateliers d'éducation sanitaire à l'intention des communautés locales. On espère qu'en 2006, il sera possible de rendre compte à l'Alliance d'activités dans le domaine de la lutte antitrachomateuse.

Discussion

Opérations chirurgicales : Bien que la majorité des opérations concernent la cataracte, les spécialistes pratiquent également d'autres opérations.

Coordination avec de nouveaux partenaires : La Fondation constitue un exemple de ce que l'Alliance peut faire pour accroître l'accès aux soins grâce à des liens avec d'autres organisations. La logistique de cette interaction peut poser des problèmes qu'il convient d'étudier. Au Mozambique, des discussions sont en cours entre la Fondation et HKI.

5.2 Brochure d'éducation sur le trachome CHEPE (M. Jean-Charles Mastromarino)

CHEPE travaille à l'élaboration de matériels d'éducation sanitaire depuis 14 ans, qui portent sur une bonne centaine de sujets dont le paludisme, la fièvre jaune et l'importance de la vaccination. L'organisation rédige et publie du matériel éducatif en faisant appel chaque fois que possible à des artistes locaux : affiches, jeux et bandes dessinées qui permettent de transmettre des messages faciles à mémoriser à l'intention des écoliers des cycles primaire et secondaire dans leur propre langue. Les adultes également apprécient ces matériels. L'expérience de la Tanzanie et du Kenya a montré que les centres de soins de santé primaires et

les centres communautaires offrent un accès satisfaisant à un grand nombre de personnes. Le CHEPE utilise des personnages de bandes dessinées adaptés à la région, par exemple Iseo (en Europe), Juma (dans une bonne partie de l'Afrique) ou Pepito (en Amérique latine) pour parler des différentes maladies. L'essentiel de l'action de l'organisation se déroule en Afrique de l'Est, surtout en Tanzanie, en Ouganda et au Kenya. La Zambie s'est dite intéressée par un programme sur les bilharzias, soutenu par l'initiative pour la lutte contre la schistosomiase (SCI). Des matériels d'éducation sanitaire sont également préparés pour d'autres pays. Au cours des sept dernières années, le CHEPE a travaillé avec de nombreux partenaires différents, dont l'OMS. Les laboratoires pharmaceutiques ont également exprimé leur intérêt pour des brochures, constatant leur utilité potentielle comme outils de commercialisation présentant des avantages sociaux.

La méthode de travail consiste à étudier la situation du pays, à recenser les principales parties prenantes telles que les ministères de la santé et de l'éducation, les écoles et les enfants, puis à préparer des matériels dans la langue locale, et à les tester sur le terrain dans de petits groupes cibles. Ces documents sont utiles pour diverses raisons, notamment la contribution qu'ils apportent à l'éducation sanitaire, puisqu'ils sont parfois utilisés comme manuels scolaires pour enseigner la langue. Les mères et les enfants les lisent ensemble.

Le trachome est relativement facile à traiter lorsqu'il est dépisté à un stade précoce. Des matériels pédagogiques appropriés apprendront à la communauté à repérer des signes cliniques, l'évolution et les risques associés à celle-ci, les moyens de contamination et les comportements préventifs. Les premières ébauches ont été dessinées en vue d'une bande dessinée sur le trachome qui montre clairement à quoi ressemblent les signes d'infection. Le trachome touchant principalement les enfants de moins de cinq ans et leurs mères, les premières cibles éducatives sont les écoles primaires. Il est essentiel que les enseignants comprennent bien les messages sanitaires afin de les communiquer efficacement lors des activités de suivi sur la question et de répondre aux questions des enfants. Les enfants transmettent l'information à leurs mères en emportant leurs livres à la maison et en leur racontant ce qu'ils ont appris à l'école. Les agents de SSP transmettent également des messages sanitaires lorsqu'ils se rendent dans les villages. Toutes ces activités mises ensemble conduisent à des actions de prévention concrètes dont l'impact est mesurable.

Lorsque les enfants des rues de Tanzanie ont reçu des bandes dessinées, ils ont pleinement compris le message et retenu les images. Lorsque la bande dessinée sur le paludisme a été distribuée à 100 écoliers de 12 à 13 ans, ils ont pu se remémorer l'information rapidement et répondre correctement à toutes les questions de base au bout d'un quart d'heure à peine. Il est désormais plus important que jamais d'éduquer les jeunes, surtout en matière de santé.

Discussion

Coût : Pour 10 000 exemplaires, la brochure Juma revient à US \$0,09.

Atteindre des mères analphabètes : En République démocratique populaires du Laos, 70 à 90 % de la population de la région montagneuse est analphabète. Des affiches ne comportant que des dessins ont été préparées et les messages sanitaires sont véhiculés sans aucun texte. Si d'autres médias sont utilisables et si l'on dispose de suffisamment de temps et d'argent, les bandes dessinées seront adaptées et transformées en dessins animés, ce que les mères préféreraient.

6. AUTRES QUESTIONS

6.1 Processus de certification de l'élimination du trachome cécitant (Silvio Mariotti)

Le processus de certification exige un cadre destiné à aider les pays à prévenir la récurrence après l'élimination du trachome cécitant. Les termes de la certification reprennent les principes de la résolution WHA.51.11, l'objectif général étant d'éliminer la cécité liée au trachome d'ici 2020. La procédure prévoit

deux étapes : la définition de critères et de méthodes à travers deux principaux groupes et divers groupes de travail ; et la désignation de commissions (la Commission internationale pour la Certification de l'Élimination du Trachome (ICCET) et des Commissions nationales de Certification). La définition des critères et de la méthode se fait elle-même en trois étapes à travers un ensemble de recommandations fondées sur des données factuelles. L'examen de ces données factuelles porte également sur les répercussions de l'application de chaque ensemble de recommandations dans la population. La deuxième étape définit les répercussions en termes de coût et de santé de la population. Troisièmement, un ensemble de principes directeurs est mis au point pour différents contextes, compte tenu des situations très différentes dans les pays et donc des différents scénarios qui s'appliqueront. Si l'on manque de données sur lesquelles baser les principes directeurs, l'OMS pourrait opter pour la publication de déclarations de consensus, reconnaissant que ceux-ci reposent sur des avis d'experts. Ces déclarations ont une durée de vie limitée et sont sujettes à révision compte tenu des constatations ultérieures.

Le processus standard d'élaboration des principes directeurs sera mis en application par les partenaires. Les critères de sélection des partenaires portent notamment sur le fait que l'organisation partage des valeurs de l'OMS, n'a pas de conflit d'intérêts pour l'élaboration des principes directeurs, et apporte une valeur ajoutée.

Le premier groupe à être constitué est un groupe d'orientation interne portant sur les principes directeurs qui supervisera la mise en oeuvre de chaque étape de l'élaboration de ceux-ci. Ses fonctions plus spécifiques sont les suivantes : définir les paramètres généraux des principes directeurs proposés ; rédiger le mandat, sélectionner le président et les membres du groupe technique chargé de l'élaboration des principes directeurs (TGDG) ; suivre l'élaboration, en garantissant un examen externe approprié, et revoir le projet final en vue de son approbation par le Directeur général de l'OMS. Le TGDG, groupe important chargé de traiter les questions soulevées par le groupe d'orientation, entreprendra la recherche systématique de données factuelles et les passera en revue ; élaborera des recommandations en fonction de la solidité des données ; et rédigera les principes directeurs. Il examinera les observations issues de l'examen extérieur et en tiendra compte le cas échéant ; rédigera les versions définitives des principes directeurs ; fera des recommandations quant à leur diffusion ; et rendra compte du processus d'élaboration des principes directeurs. La composition du groupe sera multidisciplinaire et toutes les parties prenantes et les méthodologistes seront représentés. Ces deux groupes organiseront à leur tour des groupes de travail chargés de traiter des questions précises soulevées au cours de l'élaboration des principes directeurs. La coordination de l'ensemble des groupes et des groupes de travail sera confiée au Secrétariat de l'OMS. L'ensemble des groupes d'experts de l'OMS est soumis à diverses exigences comme le maintien de l'équilibre géographique et de la parité dans la composition des groupes, le problème des ressources ne devant pas constituer un obstacle à la participation aux groupes des pays, même les plus éloignés. Le TGDG préparera des recommandations qui seront soumises à l'examen du groupe d'orientation et, une fois approuvées, seront transmises au Directeur général de l'OMS. Une fois que ces principes directeurs auront été examinés et jugés conformes aux paramètres requis, la Commission internationale sera nommée, et un mandat et des critères d'action seront proposés.

A l'heure actuelle, le Sous-directeur général a approuvé le processus d'élaboration, une consultation préliminaire a eu lieu au Centre DANA en février 2005 sur les principales questions (voir ci-après 6.2), la composition du groupe d'orientation des principes directeurs est à l'étude et un budget a été examiné.

Année prévue pour l'élimination du trachome cécitant	Pays
2005	Maroc
2007	Gambie, Oman
2010	Chine, Ghana, Myanmar, Népal
2015	Cambodge, Niger, Pakistan, Sénégal
2020	

6.2 Groupe de travail informel sur les principes directeurs pour la certification de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique au Centre DANA (Professeur Sheila West)

Sous la présidence du Dr Mariotti, 15 participants, y compris des représentants des pays, des chercheurs et des ONG, se sont réunis en février 2005 dans le cadre d'un groupe de travail préliminaire informel chargé d'examiner des principes directeurs possibles pour la certification de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique. L'élaboration formelle des principes directeurs se fera séparément. La réunion a examiné les buts suivants : le TF ramené durablement à 5 % chez les enfants âgés de moins de dix ans pendant au moins trois ans suivant la cessation du traitement de masse, du traitement ciblé ou d'un programme vertical; et la mise en oeuvre satisfaisante d'un programme destiné à réduire la prévalence du trichiasis grâce au dépistage et à la prise en charge chirurgicale par le système de santé, avec l'engagement d'atteindre les OUI. Les pays entrent dans trois catégories : Catégorie A : pays où le trachome est endémique, et où la prévalence du TF dans au moins un district est supérieure à 5 % et celle du TT à un pour 1000 habitants. Les exemples donnés étaient les pays prioritaires de l'Alliance en 1999. Dans la catégorie B, figurent les pays qui ont encore un problème de TT mais où le TF ne dépasse plus 5 %. Les exemples de cette catégorie sont l'Arabie saoudite et les Emirats arabes unis. Dans la catégorie C, on trouve les pays n'ayant pas d'antécédent récent de TF ni de TT dans la population, comme le Royaume-Uni, la France et l'Italie. Il y aura des étapes dans la procédure de certification. Premièrement lors de la phase de pré certification, lorsque le TF est inférieur à 5 % dans les dernières communautés et que le TT est convenablement pris en charge, le pays fera une demande de certification et présentera des données à l'appui de sa demande. Le pays pourra commencer à recueillir des données intermédiaires sur trois ans, après quoi, lors de l'étape finale, une demande officielle de certification sera faite, en se prévalant de l'actualisation sur trois ans, d'une prévalence du TF maintenue durablement au-dessous de 5 %, d'une prise en charge systématique du TT et de la prise en compte de la lutte antitrachomateuse dans le système de santé publique.

La documentation que devra soumettre le pays pourra comprendre : des informations sur la répartition du trachome au départ du programme ; une vue d'ensemble détaillée du programme d'élimination du trachome ; deux types d'enquête pour attester de l'élimination (et justifier l'abandon du programme une fois que le TF aura été ramené à moins de 5 % et après trois ans pour établir une prévalence durablement inférieure à 5 % chez les enfants âgés de moins de dix ans) ; la preuve que le système de santé est en mesure d'assurer la surveillance du TT, d'assurer le traitement et le suivi ; la preuve de la mise en place et du maintien d'une surveillance du « niveau de la certification » pour le TF et le TT ; des systèmes de santé adéquats capables de garantir la prise en charge du trichiasis à l'avenir et l'intégration de la lutte antitrachomateuse au système de santé publique.

Les pays peuvent commencer à préparer et à tenir leurs dossiers immédiatement, tout en conservant la dynamique sur la voie de l'élimination. Les besoins des pays devraient être dans la mesure du possible anticipés de façon à aider les chercheurs à orienter les administrateurs de programme dans l'action menant à la certification.

Discussion

Coût de la certification : Les activités décrites exigeront énormément de ressources, presque certainement au détriment d'autres activités telles que celles liées à la cataracte, à la rétinopathie diabétique et au glaucome.

Prise de décision : L'avantage qui découlera de la certification doit être soigneusement pesé par rapport aux inconvénients. Une fois qu'il aura été décidé que la certification est la bonne voie à suivre, les pays devront en examiner les conséquences pratiques. Il est essentiel de bien étudier la situation afin de savoir si la maladie existe ou pas. De nombreux pays ne sont pas encore en mesure de le faire et manquent donc d'outils de sensibilisation essentiels. C'est l'occasion de mettre sur pied des systèmes de surveillance là où il n'en existe pas encore.

Couverture par l'approvisionnement en eau : Aucune mention n'a été faite dans le processus de certification de l'étendue et du caractère permanent de l'approvisionnement en eau. Cet aspect, au même titre que les changements comportementaux, est essentiel si l'on veut éliminer la maladie sur la durée. Il convient de rappeler que le trachome n'est pas simplement un problème de santé mais qu'il résulte de la pauvreté. Il faut pouvoir disposer de suffisamment de crédits à investir dans ce domaine.

Etendue des enquêtes : Les enquêtes ne devraient être entreprises que dans les régions où l'on estime que le trachome pose problème et non au niveau national. Cela dépend bien sûr de la situation de chaque pays.

6.3 Projet de manuel d'évaluation des chirurgiens du trichiasis (Dr Emily West)

Le projet de manuel est destiné à compléter le manuel OMS sur la rotation bilamellaire du tarse qui explique comment procéder à l'intervention, quelle doit être de préférence la formation de la personne qui opère et quels sont les soins à pratiquer après l'opération. Toutefois, le manuel OMS ne décrit pas la procédure à suivre pour évaluer les compétences des chirurgiens qui opèrent le trichiasis une fois qu'ils ont été formés. Il s'agit là d'un élément critique de contrôle de qualité de la composante chirurgicale de la stratégie CHANCE, car tous les chirurgiens formés ne sont pas suffisamment compétents pour opérer sans encadrement qualifié. Le but général est de réduire le taux d'échec chirurgical. Les objectifs plus spécifiques sont les suivants : fournir des informations pour permettre aux chirurgiens du trichiasis expérimentés d'évaluer la compétence des nouveaux chirurgiens pour effectuer l'opération sans supervision ; et fournir une base d'évaluation objective qui puisse être utilisée pour déterminer qu'un chirurgien est qualifié ou non. Les objectifs primaires sont d'énumérer et de décrire les connaissances requises pour toutes les phases de l'opération chirurgicale ; de fournir une liste récapitulative des connaissances et des actes à évaluer pendant l'opération ; et d'établir des lignes directrices pour la notation.

Le processus implique le formateur, le candidat et l'examineur chargé de procéder à l'évaluation (qui sera de préférence extérieur à la région dans laquelle travaillera le candidat). Des qualifications élémentaires ont été définies, qui comprennent une formation clinique de base complète en matière de santé, une expérience chirurgicale préalable et la réalisation de plusieurs opérations du trichiasis sous supervision du formateur. Le processus consiste en trois étapes fondamentales : l'examineur rencontre le formateur et examine avec lui le programme (but : déterminer ce que le formateur a appris) ; puis il observe le formateur pratiquer deux opérations (but : déterminer comment les opérations sont pratiquées et vérifier tout écart par rapport aux procédures du manuel de l'OMS) ; puis il observe le candidat réaliser cinq opérations (but : vérifier que le candidat comprend la théorie puis observer les opérations chirurgicales). Dans le cadre du processus d'évaluation, la liste récapitulative permet de vérifier si chaque élément des connaissances ou des techniques est connu de façon satisfaisante ou non satisfaisante. Pour que le candidat reçoive un avis favorable et se voie décerner le certificat, certains points clés (indiqués par un astérisque sur la liste) doivent toujours être exécutés de manière satisfaisante (par exemple le fait d'enfiler des gants stériles avant le début de l'opération). Parmi les points non déterminants (non indiqués par un astérisque), sur les cinq opérations, le candidat ne doit pas recevoir d'appréciation défavorable sur plus de 10 points. Entre 5 et 10 points, l'examineur peut décerner un certificat provisoire en attendant une formation complémentaire.

Le manuel a été testé en Ethiopie. Dix chirurgiens ont été évalués et huit ont reçu le certificat, un autre un certificat provisoire et un dernier a échoué. Le processus a été considéré comme décisif pour repérer les chirurgiens convenablement formés et ceux qui ne devraient pas pratiquer d'opérations. Deux appendices ont été ajoutés au manuel pour donner des détails et fournir des listes récapitulatives concernant les techniques Cuenod-Nataf et Trabut. Les listes récapitulatives ont été affinées au Viet Nam.

Discussion

Chirurgiens non médecins : Compte tenu des données concernant la plus faible récurrence du TT constatée lors des opérations pratiquées par des non-ophtalmologues dans certains contextes, on pourrait considérer que ces personnels sont aptes à évaluer des stagiaires lorsque des ophtalmologues professionnels

ne sont pas disponibles (même s'ils n'ont pas des connaissances théoriques aussi étendues). Cette pratique n'est toutefois pas acceptable dans toutes les situations et les différentes sensibilités nationales doivent être respectées.

En Gambie, des agents paramédicaux pratiquent des opérations de façon très satisfaisante et sont bien insérés dans la structure d'encadrement. Les ophtalmologues gambiens ont tendance à être moins facilement réglementés et encadrés. Au Malawi, la formation chirurgicale du personnel paramédical est confiée à d'autres agents paramédicaux sous la supervision générale d'un ophtalmologue. En Chine, toutes les opérations sont pratiquées par des ophtalmologistes qualifiés certifiés par le Gouvernement. Le système de certification proposé devrait être intégré d'une manière ou d'une autre dans le système actuel en vigueur en Chine.

Cas complexes : En Asie du Sud-Est, des cas de maladies ophtalmologiques associées ont été répertoriés, qui sont compliqués à opérer. C'est au pays lui-même de décider si le stagiaire est autorisé à opérer ces cas ou les complications si elles se produisent. Les stagiaires sont autorisés à pratiquer des opérations du trichiasis et certaines autres opérations de soins ophtalmologiques mineurs. Les cas plus compliqués sont adressés à l'hôpital de district où ils sont traités par un ophtalmologue.

Unification de la certification : Les pays francophones utilisent largement la méthode Cuenod-Nataf. Dans les services chirurgicaux de l'Institut d'Ophtalmologie d'Afrique (IOTA), il existe plusieurs méthodes de certification des chirurgiens du trichiasis, dont des douzaines sont formés chaque année. Un « passeport de compétences » a été créé pour garantir que les personnes en formation acquièrent bien les compétences de base. Le nouveau manuel en préparation pourrait être soumis à l'Organisation pour la Prévention de la Cécité pour commentaires et traduction et permettre de disposer d'un document unique pour l'évaluation des compétences exigées d'un chirurgien du trichiasis. Il existe en effet plusieurs documents sur ce sujet qu'il conviendrait de normaliser. Bien que tous les soins aient été apportés à la préparation du manuel pour tenir compte des différentes techniques utilisées par les pays, il est impossible d'être exhaustif.

Consultation plus large : Pour garantir une large acceptation internationale, il serait important de consulter le Conseil international d'Ophtalmologie et de lui demander d'examiner et d'approuver le processus proposé. Dans des pays comme l'Oman, cette approbation sera une condition préalable à l'utilisation du manuel.

Variations mineures de l'acte chirurgical : Même des variations mineures dans des sutures peuvent avoir des répercussions importantes sur le résultat de l'opération. Un grand soin doit donc être apporté à cet aspect et un essai clinique contrôlé doit être effectué pour montrer que la variation utilisée est au moins équivalente aux essais déjà menés. En Chine, différentes méthodes chirurgicales sont utilisées et adaptées aux besoins particuliers des patients. Cela risque de constituer un problème pour l'attribution officielle de l'autorisation d'exercer.

Vérification permanente des compétences chirurgicales : La mesure et la comparaison des résultats des opérations chirurgicales sont extrêmement importantes, de même qu'un suivi postopératoire adéquat et la comparaison entre groupes de pairs pour expliquer la meilleure qualité de certains résultats. C'est un aspect important de la chirurgie du TT qui devrait figurer dans le manuel. Des réunions au cours desquelles les chirurgiens pourraient échanger des informations et des données d'expérience pourraient également être l'occasion d'un recyclage et si nécessaire d'une nouvelle autorisation.

Influence du volume des opérations : L'une des raisons pour lesquelles certains chirurgiens sont meilleurs que d'autres réside peut-être dans des différences dans le niveau de pratique des actes. Faudrait-il insister sur un nombre minimum d'opérations chirurgicales à effectuer ? Il est important de reconnaître que la grande majorité des opérations sont pratiquées par des non-ophtalmologistes. Toutefois, il convient d'être prudent avant d'affirmer qu'un personnel non médical est mieux à même de pratiquer les opérations, car ces informations n'ont pas été avérées. Le manuel pourrait utilement rappeler qu'il est important d'estimer les

besoins chirurgicaux dans différentes zones en fonction de l'endémicité de façon à ce que le nombre de cas chirurgicaux soit suffisant pour que les compétences soient maintenues.

Echec, nouvelle autorisation, retrait de l'autorisation d'exercer : Les personnes qui n'obtiendront pas l'autorisation d'exercer pourront être à nouveau formées et essayer à nouveau de l'obtenir. Ces choix dépendent de la qualité de la personne formée et des choix du pays quant à la compétence de cette personne pour d'autres tâches. Il serait utile d'étudier plus avant dans quelles circonstances un chirurgien peut se voir retirer son autorisation d'exercer, par exemple s'il n'a pratiqué aucune opération en un an, et de quelle façon ce retrait se ferait. Une supervision constante est un élément important du plan : le manuel fournit un outil objectif pour l'évaluation et le retrait de l'autorisation pour les personnes qui ne remplissent plus les critères. En Oman, les chirurgiens plasticiens des yeux peuvent être chargés de la délivrance des autorisations d'exercer aux chirurgiens.

Suivi permanent des performances : Il est essentiel pour le suivi et la surveillance des performances d'un chirurgien de pouvoir disposer de données permettant de retracer les antécédents de chaque patient. Les systèmes de recherche de données mis en place au Ghana et en Ethiopie sont de bons exemples à cet égard. Les personnes chargées du suivi doivent également être qualifiées. La délivrance des autorisations proposée doit être suivie sur le terrain et une évaluation des personnes déjà autorisées à exercer doit être faite pour vérifier qu'elles continuent d'opérer correctement. C'est aux responsables politiques de chaque pays qu'il incombe de décider comment ces dossiers médicaux devront être tenus.

Statut juridique des personnes formées : Au Maroc, le statut des personnes à former a posé problème dans un premier temps lorsqu'il s'est agi de déterminer si elles devaient être autorisées à opérer le trichiasis. Le Ministère de la Santé a publié une documentation attestant que chaque stagiaire avait effectué 15 opérations sous supervision. L'outil présenté est plus intéressant et plus utile, bien que difficile à passer en revue faute de version française. En Guinée, le processus sera très utile pour les personnes en formation, car il assurera qu'une formation correcte soit dispensée et que les personnes formées possèdent un document attestant de leurs qualifications.

Education sanitaire : Le document devrait mentionner la nécessité d'une éducation sanitaire des patients par le personnel médical avant l'opération pour éviter des taux élevés de refus.

Officialisation du processus : Le programme des activités concernant le manuel doit être complété par un programme de conférences, des séances de formation, des travaux pratiques, etc. Le choix des participants à ces formations devrait être laissé à chaque pays.

Pertinence pour la situation du pays : On a fait observer qu'au Sénégal, il y a une telle demande de personnel pour effectuer les opérations que la délivrance des autorisations est un sujet de préoccupation moins grand que la formation d'un personnel suffisant pour répondre à la demande. Une fois le personnel formé, il s'agit de veiller à ce que les normes soient appliquées ; on a besoin du peu de personnel qualifié pour pratiquer les opérations, aussi ces personnes ne peuvent-elles pas passer du temps à suivre les stagiaires et n'ont pas non plus les moyens de le faire. En réponse à cette question, on a fait observer que les programmes de formation accélérée appelaient tout particulièrement une réglementation et un suivi pour garantir la qualité, notamment compte tenu des taux très élevés de récurrence qui peuvent faire suite aux opérations chirurgicales et qui peuvent s'avérer contre-productifs pour les efforts ultérieurs.

Développement des carrières : On a fait observer que les personnes détentrices de l'autorisation d'exercer pourraient avoir des perspectives de carrière assez différentes de celles qui ne l'ont pas ; l'autorisation a donc une valeur particulière.

Incidence budgétaire : La délivrance des autorisations aura un coût. Les gouvernements devront peut-être allouer une ligne budgétaire à cette procédure. De même, dans certains pays, les chirurgiens du TT sont payés par les ONG pour pratiquer les opérations. Les gouvernements pourront peut-être envisager des

rémunérations plus élevées pour des chirurgiens qui auront obtenu l'autorisation et qui pratiquent correctement les opérations.

Essais sur le terrain : Le Ghana a fait savoir qu'il serait ravi d'effectuer un essai sur le terrain du manuel.

6.4 Lutte antitrachomateuse : guide pour les administrateurs de projet (Dr Anthony Solomon)

Le manuel est issu du projet TIME (Trachoma Initiative in Monitoring and Evaluation) mené par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et financé par l'ITI de 2002 à 2004. L'objet du projet TIME était d'établir un cadre commun permettant d'évaluer les activités de lutte antitrachomateuse de l'ITI afin de répertorier et de diffuser les meilleures pratiques pour améliorer la dynamique des programmes et mettre en oeuvre un mécanisme de suivi des activités futures. Huit pays ont été sélectionnés (Ethiopie, Ghana, Mali, Maroc, Népal, Niger, Tanzanie, Viet Nam). Le projet a examiné les évaluations qui avaient été effectuées précédemment et les indicateurs utilisés par les programmes et mis au point un projet de protocole d'évaluation. Ce projet a été passé en revue en 2002, finalisé, et un calendrier d'essai sur le terrain a été établi. Chaque pays a été évalué, avec la participation de personnel du pays, du ministère de la santé, de la LSHTM et d'un expert international. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés à tous les niveaux et les activités CHANCE dans la communauté ont été observées directement. Une évaluation de chaque pays a été préparée comprenant des commentaires du personnel du programme et fournissant un bilan de la façon dont le problème avait été apprécié, de la façon dont la stratégie CHANCE avait été mise en oeuvre et de la qualité de la gestion du programme.

L'une des tâches du projet TIME était d'élaborer un guide pour les administrateurs de programme. Le manuel est destiné aux administrateurs de programmes de lutte antitrachomateuse aux niveaux national et du district, bien qu'il puisse être utilisé plus largement comme outil par d'autres personnels au niveau du district. Il présente les meilleures pratiques en expliquant pour chacune comment procéder. Il comprend des chapitres sur l'évaluation (codage, validation, enquêtes de prévalence et détermination de la charge de morbidité), l'intervention (la stratégie CHANCE), la planification (y compris « comment calculer vos objectifs ultimes d'intervention »), le suivi et l'évaluation. Sur 43 pages, 8 consistent en formulaires types qui peuvent être très utiles. Un CD-ROM sera également fourni, comprenant un outil pour effectuer des évaluations du codeur, estimer les besoins en antibiotiques (nombre de tubes de tétracycline, nombre de boîtes de comprimés/suspension d'azithromycine), un modèle de budget et un manuel d'évaluation générale.

Discussion

Données factuelles : Si l'on a voulu rester aussi succinct que possible, il pourrait être utile d'ajouter des données à l'appui de chaque recommandation, car les partenaires le demandent parfois, peut-être sous forme d'un document d'accompagnement. Un examen systématique des données factuelles a été rédigé, qui pourrait être considéré comme document d'accompagnement.

Opacités cornéennes : On a fait observer que les opacités cornéennes ne figuraient pas comme indicateur. Des efforts seront faits pour assurer la cohérence avec le projet de *Principes directeurs pour la certification de l'élimination du trachome cécitant en tant que problème de santé publique*.

Terminologie : Il sera important d'assurer la cohérence dans la description et la définition du dénominateur (taille de la population). Le manuel cite deux dénominateurs : district et communauté. On suppose que l'unité la plus petite examinée soit de l'ordre de 1000 à 5000 personnes. C'est sur ce critère qu'il faut se fonder, quelle que soit la dénomination, et les calculs et outils doivent être ajustés en conséquence.

Manuel unifié : Plusieurs documents et projets ont été présentés à l'Alliance. La question a été posée de savoir s'il serait possible de rédiger un seul manuel unifié qui couvrirait tous ces points.

Nettoyage du visage : Le manuel ne couvre pas le nombre de visages propres, car il s'agit davantage d'un indicateur de résultats, contrairement aux latrines, aux points d'eau, etc., qui sont des indicateurs de méthode.

Indicateurs : D'autres indicateurs que les membres de l'Alliance avaient jugé utiles étaient les indicateurs de développement social de la London School of Economics, qui couvrent l'eau, l'air et les transports. Les vingt indicateurs de la LSE sont complets mais pas aussi détaillés que ceux qui figurent dans le manuel considéré.

Mesure des résultats : On a fait observer qu'il pourrait être malvenu de se concentrer autant sur la construction de latrines et de points d'eau comme mesures spécifiques des résultats pour le trachome. Il n'existe pas d'étude sur les facteurs de risque montrant le lien entre les latrines et le trachome. Les mesures destinées à calculer le nombre de latrines à construire sont parfois trop compliquées. Toutefois, la décision de donner la priorité à certains éléments de la stratégie CHANCE plutôt qu'à d'autres est une décision qui revient au pays, et le manuel montre simplement comment effectuer le calcul des OUI.

6.5 Lutte antitrachomateuse en Asie du Sud-Est (Professeur K. Konyama)

Un bref historique des changements intervenus depuis 20 ou 30 ans dans les Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental révèle un changement spectaculaire, avec le passage de programmes d'action verticaux à des programmes horizontaux de soins ophtalmologiques, et une baisse de la prévalence du trachome dans les deux Régions. Deux types d'action sanitaire sont pris comme postulats : la gestion humanitaire des catastrophes à court terme et le développement à long terme des systèmes de soins ophtalmologiques. La prévention de la cécité est davantage qu'une intervention contre une pathologie, elle s'inscrit également dans le développement d'un système de soins ophtalmologiques dans le cadre du système de santé.

Au Viet Nam, le projet OMS de lutte contre le trachome est devenu en 1980 un programme horizontal, la lutte antitrachomateuse étant intégrée aux soins oculaires primaires. Le but de la lutte contre le trachome était de ramener la prévalence du TF à moins de 5 % dans le contexte d'autres problèmes de santé oculaire. Le Viet Nam compte de nombreux districts et communes, ce qui pose un problème pour situer les poches de maladies où l'approche SSP est absente. La lutte contre le trachome ne pouvait pas être une priorité par rapport à des maladies comme le paludisme.

En 1969, le Myanmar a été l'un des premiers pays à mettre sur pied un programme de lutte antitrachomateuse. En 1980, les SSP ont été introduits dans le pays et, en 1983, le trachome était intégré aux soins oculaires primaires, les fonds SSP ayant servi à l'élaboration d'un plan d'action. Le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est a organisé un atelier sur les soins oculaires primaires pour la première fois à Yangoon puis à Bangkok où des discussions techniques ont été tenues sur la façon d'intégrer le programme contre le trachome aux soins oculaires primaires.

Au Myanmar et en Thaïlande, les zones très sèches (Haut-Myanmar et Isan) étaient très pauvres, mal desservies, et la situation politique y était très sensible. Le programme de lutte antitrachomateuse SSP dans les pays de l'ANASE a montré comment les gens eux-mêmes pouvaient faire beaucoup grâce à la distribution de tétracycline et à l'éducation sanitaire au moyen d'une approche horizontale. L'intervention de professionnels de la santé publique n'était nécessaire que pour les opérations chirurgicales. Ce fut le début du modèle thaïlandais de SSP. Korat (nord-est de la Thaïlande) a été le premier site à accueillir le programme de lutte contre le trachome. C'est ce programme qui a montré à l'OMS que l'action sanitaire devait avoir une base communautaire – le tout début des SSP avant même Alma-Ata. Tant au Myanmar qu'en Thaïlande, les gouvernements ont mis en place un programme de développement rural qui a transformé l'environnement et favorisé la régression du trachome. Outre l'intervention sanitaire, des mesures de développement social sont essentielles, ce qui implique la collaboration de nombreux ministères. Cette approche a également été couronnée de succès en République de Corée.

Le contenu du programme de développement était très semblable aux éléments « N » et « CE » de l'actuelle stratégie CHANCE, comprenant l'eau, l'assainissement, l'éducation et le reboisement. Dans le cadre de la stratégie chinoise de SSP, les composantes reflètent également celles de la stratégie CHANCE. Les SSP comprenaient des projets générateurs de revenus et des mesures de développement social et sanitaire général.

Le programme de lutte contre le trachome a été le point d'entrée des soins de santé primaires en 1983. Cela a nécessité un changement dans la méthode d'enseignement. Des principes directeurs ont été établis pour les différents niveaux du réseau de soins ophtalmologiques. Des manuels et des guides ont été élaborés à l'intention des agents de santé sur toute la gamme des activités. Des systèmes d'approvisionnement et d'équipement, de suivi et de supervision ont été mis en place dans le cadre du système SSP. Des cours de soins oculaires primaires ont été institués en trois phases : cours de formation de formateurs, cours au niveau du district et cours au niveau de la communauté.

En 2000, le trachome était devenu une maladie très faiblement prioritaire au Viet Nam, et l'on connaissait bien son rôle dans l'étiologie de la cécité, les techniques de diagnostic et de codage, le rôle de la surveillance, etc.

Discussion

Parallèle avec le Maroc : Des descriptions de la mise en place du programme rappellent celle du programme de lutte contre le trachome au Maroc, le trachome ayant été utilisé pour susciter de l'intérêt et des fonds auprès de nombreuses associations. C'est un parallèle très intéressant.

Action à petite échelle : Il est important de ne pas être trop ambitieux en matière de lutte contre le trachome, car on peut obtenir des succès appréciables par petites étapes à travers des soins oculaires primaires.

6.6 Evaluation du programme World Vision (Dr Joseph de Grant Riverson, M. Paul Emerson)

World Vision est une organisation d'aide et de développement chrétienne consacrée à aider les enfants et leurs communautés dans le monde à atteindre tout leur potentiel en s'attaquant aux causes de la pauvreté. En 2004, World Vision a desservi plus de 100 millions de personnes dans une centaine de pays, faisant appel à diverses sources de fonds, y compris des dons en nature, et s'attaquant aux racines mêmes de la pauvreté dans le cadre de partenariats à long terme avec les enfants, les familles et les communautés.

En partenariat avec la Fondation Conrad N. Hilton, World Vision a mené six programmes pour éliminer le trachome au moyen de tous les éléments de la stratégie CHANCE en Ethiopie, en Tanzanie et au Viet Nam, de 1999 à 2004. L'évaluation du projet mesure l'impact général des activités par rapport aux objectifs ; recense les meilleures pratiques qui peuvent être appliquées au cours de la prochaine phase du programme en Ethiopie et ailleurs ; et fournit des données et des recommandations. Dans chaque pays, le même protocole a été utilisé pour conduire des enquêtes sur la prévalence du trachome comme base d'étude.

Plus d'un million d'exams oculaires ont été pratiqués, plus de 500 000 personnes traitées et 4725 opérations du trichiasis pratiquées. L'objectif de réduire le trachome évolutif de 50 % a été dépassé dans les trois pays présentés ; la charge des besoins chirurgicaux non satisfaits a été réduite dans chaque pays ; et ces résultats ont été obtenus sur la durée grâce à l'approche utilisée (évaluée lors de discussions avec les partenaires collaborateurs et après examen des plans d'avenir). Les programmes ont également servi à développer les connaissances sur le trachome dans le cadre de programmes d'éducation scolaire faisant largement appel à des clubs de théâtre ; à promouvoir de meilleurs comportements en matière d'hygiène, avec la construction de latrines, de barrages, de points d'eau et de collecte des eaux de pluie ; et à accroître le nombre d'opérations du trichiasis pratiquées dans les communautés locales.

Les enseignements que l'on peut tirer de l'expérience éthiopienne sont notamment l'impact des groupes de théâtre communautaire sur des publics importants ; l'utilisation des structures scolaires existantes a permis de mobiliser beaucoup de monde en utilisant les formes de transport locales pour les matériaux. Certains points d'eau fonctionnaient mieux que d'autres, la différence étant faite par la présence d'un comité de l'eau chargé d'assigner les responsabilités et de décider d'une utilisation de l'eau. Ces comités devraient être établis avant la mise en place des projets d'approvisionnement en eau. Une première sélection attentive des chirurgiens à former et des accords passés avec les communautés locales permettent de réduire la perte de personnel. L'intégration à l'administration locale a permis de faire en sorte que les activités du programme soutiennent les objectifs de développement locaux. Ce fut également une constatation importante en Tanzanie et au Viet Nam, où l'utilisation des infrastructures existantes a permis d'atteindre un grand nombre de personnes pour un coût minime. De même, l'utilisation efficace des ressources par World Vision, ITI et le distributeur local a permis une distribution très économique de l'azithromycine (\$0,15 par dose). L'approvisionnement en eau nécessitait un investissement majeur en matériel et une assistance technique spécialisée, mais en valait la peine. La collecte d'eau de pluie était utile dans le cadre domestique. Au Viet Nam, un système de formation des formateurs était très populaire et a permis d'atteindre un grand nombre de gens. L'éducation pour la santé est efficace dans les écoles, car la fréquentation scolaire est élevée et les enfants deviennent de bons défenseurs de l'hygiène dans toute la famille, préconisant également l'opération pour les personnes qui souffrent de trichiasis.

Dans l'ensemble, le modèle de lutte antitrachomateuse à travers les infrastructures existantes est intéressant et World Vision devrait envisager d'élargir ce type de programme à 22 autres pays d'endémie.

Discussion

Tétracycline : Au Viet Nam, la tétracycline est produite localement à très bas prix (\$0,05) de sorte que les instituteurs avaient facilement à disposition des antibiotiques dans les classes pour traiter les enfants infectés, qui pouvaient également emporter des tubes de pommade à la maison. L'azithromycine n'était pas utilisée au Viet Nam.

Pérennisation : L'étude a examiné les possibilités de pérennisation plutôt que d'évaluer les faits réels une fois le programme terminé. Dans le programme de lutte contre l'onchocercose, un processus est en cours pour évaluer les succès du programme une fois le financement de l'APOC terminé. Cela pourrait avoir des répercussions sur les plans de lutte contre le trachome. Le cadre d'évaluation de la pérennisation élaboré pourra également être utile, car c'est un domaine difficile à évaluer.

Ethiopie : Le programme contre le trachome de World Vision se poursuivra avec un soutien additionnel du Carter Centre. Les contraintes budgétaires ont empêché la poursuite du soutien au programme du trachome dans les deux autres pays.

Financement : La Fondation Conrad N. Hilton exige que World Vision fournisse un financement de contrepartie pour ses subventions. En 2005, deux dollars ont été versés pour chaque dollar mobilisé. Il existe un réel enjeu, car il faut trouver sa place face à d'autres maladies prioritaires comme le VIH/SIDA. World Vision pourrait envisager de consacrer un pourcentage de son financement au trachome.

WAWI : La West African Water Initiative est principalement engagée en faveur de l'élimination du trachome cécitant. Plus de \$45 millions ont été engagés sur dix ans en faveur de projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, y compris le projet et les activités de l'UNICEF concernant le trachome.

6.7 Mobilisation de ressources (Dr Jacob Kumaresan)

Certains pays ont accompli d'énormes progrès au cours des trois ou quatre dernières années, par exemple le Maroc et l'Oman ; toutefois, des pays comme l'Afghanistan ont encore beaucoup de mal. Il reste encore beaucoup à faire. Une grande expérience a été acquise et des pays comme la Tanzanie et le Ghana sont maintenant prêts à étendre leurs activités à d'autres communautés. Cela demande des ressources et exige une planification, et des plans de cinq ans ont été établis afin de tenir compte de ce développement des opérations. Davantage de ressources des gouvernements nationaux sont nécessaires. Le ministère de la santé dirige l'action à cet égard, coordonnant l'élaboration des plans et étant en mesure de mobiliser des fonds depuis le niveau du district. Il serait possible de susciter davantage d'intérêt au niveau mondial en faveur de l'Afrique. Il existe à l'heure actuelle un mouvement qui va au-delà de la santé, faisant appel aux ressources des secteurs de l'éducation et de l'environnement, en rapport avec les objectifs du Millénaire pour le développement. Il faudra beaucoup d'efforts des ministères de la santé et des responsables de la prévention de la cécité et du trachome pour permettre d'utiliser ces fonds dans le secteur social.

Les sources locales non gouvernementales de financement dans les pays sont également une source importante de fonds. Outre les organisations qui travaillent directement dans le domaine de la santé, nombreuses sont celles dont les activités sont proches, mais dont les ressources n'ont pas encore été sollicitées, notamment dans le secteur de l'éducation. Les institutions de jeunes deviennent de plus en plus actives à mesure que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA encouragent une plus grande participation. Des organisations de femmes ainsi que les organisations religieuses font également plus dans le domaine de la santé que par le passé. Les ONG internationales implantées localement, de même que les organisations bilatérales et multilatérales, doivent également être contactées et comprendre que la lutte antitrachomateuse est une question de développement dans laquelle il faut investir.

Les banques régionales telles que la Banque asiatique de Développement ou l'Union africaine doivent également être contactées de façon stratégique pour solliciter leur soutien.

La coordination par les experts de la santé doit être maintenue et une bonne gestion doit permettre de réunir sources de financement publiques et sources privées. Le trachome peut jouer un rôle directeur dans la mise en place d'un partenariat public-privé. La prochaine étape, qui va jusqu'à l'élimination en 2020, demandera un degré accru de participation et de coordination. Le ministère de la santé doit jouer un rôle clé dans la mobilisation de ressources. Par rapport aux ressources requises pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA, la lutte antitrachomateuse est une perspective attrayante, surtout qu'elle offre la possibilité de renforcer le système de santé à travers les soins oculaires primaires.

Les organisations internationales sont là pour apporter leur appui, assurer une sensibilisation et aider à la rédaction de propositions.

Discussion

Système de soins ophtalmologiques : Il vaut mieux commencer par un système de soins ophtalmologiques dans lequel le trachome constituera le point d'entrée. Le diagnostic, le traitement et la prise en charge sont simples et peuvent apporter un réel changement pour la population. Les ONG doivent être patientes et permettre au coordonnateur national d'élaborer un programme national de soins ophtalmologiques qui ne privilégie pas la cataracte par rapport au trachome. La lutte contre le trachome peut apporter un changement majeur dans la communauté en favorisant des changements systématiques et en mettant en place des soins oculaires primaires.

HEPIC : Un certain nombre de pays qui sont aux prises avec le trachome sont également des pays pauvres très endettés. Grâce à des organisations telles que Jubilé 2000, une partie de la dette a été effacée. On espère que les gouvernements utiliseront l'argent ainsi économisé pour améliorer les services sociaux,

y compris les soins de santé. La lutte antitrachomateuse ne doit pas être considérée comme un programme vertical, mais bien comme entrant dans le cadre de programmes intégrés de développement communautaires. Les gouvernements nationaux pourraient entreprendre des démarches auprès des banques régionales de développement pour les inciter à s'occuper du trachome.

Utilisation des médias : L'Alliance devrait se demander si certaines questions ne sont pas mieux traitées de façon unifiée, par exemple en utilisant la télévision par câble pour véhiculer des messages à travers les frontières pour la lutte contre le trachome ; peut-être des chaînes pourraient-elles être contactées à cette fin.

Gestion : De nombreux pays n'ont pas les capacités gestionnaires et de planification voulues. A l'intérieur d'une région ou des pays, l'échange de compétences pourrait être possible. Le programme a besoin d'un expert en marketing social à qui il puisse faire appel pour une bonne promotion.

Partenariat : La coordination au niveau local et le partenariat sont des éléments essentiels dans l'avenir de la lutte antitrachomateuse.

Sensibilisation : On a fait observer qu'une fois l'élimination certifiée dans les pays, le gouvernement pourrait purement et simplement supprimer tout financement pour le programme qu'il considérerait comme n'ayant plus besoin de soutien. Il est donc important pour les responsables de programme de sensibiliser les gouvernements afin de clarifier la position et de s'assurer qu'ils maintiendront leur soutien.

Rôle de l'Alliance : Le groupe d'experts a un rôle vital à jouer en précisant ce qu'il faut faire et où doivent aller les fonds. Il est important de montrer où résident les priorités, par exemple quels sont les pays qui ont encore besoin d'un financement.

Nécessité d'élargir l'Alliance : Il serait utile d'élargir l'Alliance à tous ceux qui ont un avis sur les changements de comportement, par exemple les anthropologues médicaux, les ethnologues et autres spécialistes des sciences sociales. Les ingénieurs sanitaires également pourraient donner des informations sur la façon de mener des programmes pour améliorer l'environnement. Le trachome doit être considéré comme une maladie liée à la pauvreté. L'élimination du trachome ne consiste pas en une opération de ratissage des derniers cas de trichiasis, mais est aussi une question de développement. Aux réunions de l'Alliance doivent participer tous ceux qui ont quelque chose à dire sur les moyens d'atténuer la pauvreté par le développement durable, sans quoi le problème fera sa réapparition. Les ONG locales et les organisations locales de développement sont très importantes à cet égard. Elles doivent se faire parrainer par des organismes internationaux de développement. La coopération Sud-Sud n'a pas été mentionnée, mais pourrait bien être un moyen de traiter avec les banques régionales.

7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Les membres de l'Alliance ont accompli des progrès importants depuis la huitième réunion en 2004. Ils ont constaté avec plaisir que de nombreuses recommandations ont été activement suivies et mises en oeuvre.

2. L'OMS a également fait des progrès considérables en mettant au point des outils pour la certification de l'élimination, mais elle est invitée à répertorier les ressources nécessaires pour finaliser les outils de certification d'ici 2007.

3. Les membres de l'Alliance ont apprécié le format révisé pour la collecte de données et les présentations faites à la neuvième réunion de l'Alliance. Les réalisations importantes et les défis pour les pays sont intéressants pour les autres membres et pourraient être mis en lumière lors de la réunion. Les pays qui ont fait des exposés ont été choisis sur ces bases. Les pays membres sont invités à communiquer

d'avantage avec l'OMS, ce qui permettra au Secrétariat de l'OMS de repérer les présentations intéressantes pour de futures réunions.

4. L'Alliance a noté que dans certains pays d'endémie, le trachome n'avait pas encore été désigné comme problème de santé publique. L'OMS est invitée à contacter ces pays pour entamer le processus d'évaluation du trachome, à exhorter les ministères de la santé à établir un plan et à fixer une date cible pour l'élimination.
5. Les membres de l'Alliance reconnaissent les réalisations de la Chine en matière d'évaluation rapide du trachome, de même que celles de l'Iran et de l'Afghanistan, constatant la détermination de la Chine à fixer 2010 comme but pour l'élimination du trachome cécitant. Ils prennent note également de la demande adressée par la Chine et par l'Afghanistan à l'OMS en vue de soutenir l'élargissement de cette évaluation à d'autres provinces.
6. Les données sur l'épidémiologie de la maladie et les progrès de la mise en oeuvre en provenance de pays à forte population sont très importantes. Aussi l'Alliance a-t-elle regretté l'absence de représentants de ces pays et demandé à l'OMS d'assurer un suivi.
7. Les programmes sont en voie d'accélération et un large éventail d'activités de lutte contre le trachome sont entreprises pour atteindre les cibles nationales. Tous les efforts doivent être faits au niveau national sous la direction du ministère de la santé pour recenser les ressources potentielles à l'intérieur du pays.
8. Le trachome étant un problème lié à la pauvreté, son inscription au nombre des objectifs de développement nationaux et régionaux devrait être préconisée pour permettre l'accès aux ressources nécessaires. Une attention particulière devrait être consacrée à préconiser un plus large soutien à la lutte antitrachomateuse de la part des autres ministères tels que les finances, l'environnement, l'éducation et l'eau.
9. L'OMS devrait proposer de faire figurer le trachome au nombre des maladies prioritaires du programme spécial TDR.
10. La résolution WHA51.11 appelle les Etats Membres à collaborer aux travaux de l'Alliance mondiale de l'OMS. Les pays d'endémie trachomateuse sont invités à faire figurer l'élimination du trachome dans leur plan d'action Vision 2020, dont ils rendront compte à l'Assemblée de la Santé en 2006.
11. L'Alliance recommande à l'OMS de travailler avec les pays, les bureaux régionaux et les représentants dans les pays afin de veiller à ce que l'élimination du trachome cécitant soit inscrite dans les plans de pays OMS. Les bureaux régionaux de l'OMS jouent un rôle important en aidant les pays à éliminer le trachome cécitant et, le cas échéant, à élaborer et mettre en oeuvre des plans pour l'élimination de la maladie. La présence de représentants des bureaux régionaux à la réunion du GET serait donc souhaitable.
12. La réalisation de changements durables en matière d'hygiène personnelle et communautaire est un véritable enjeu pour la mise en oeuvre de la stratégie CHANCE. Des travaux de recherche opérationnelle destinés à recenser et à surmonter les obstacles à ces changements de comportement sont nécessaires d'urgence.
13. L'Alliance reconnaît qu'il y a d'autres domaines de recherche opérationnelle à étudier et soutient le rapport sur les priorités de recherche présenté à la réunion.
14. Compte tenu de l'OMD N° 7 sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'Alliance encourage la coordination et l'engagement de tous les partenaires qui au niveau national (particulièrement les ONG et les ministères) participent à la réalisation de cet objectif à fixer des priorités dans les zones d'endémie du

trachome. Le rôle vital des ONG locales dans la fourniture d'un accès et de ressources est reconnu et les pays sont encouragés à tirer davantage parti des ressources qu'elles offrent.

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

Il a été convenu (à la huitième réunion) de fixer les dates de la réunion aux deux dernières semaines de mars, en respectant dans la mesure du possible la tenue de diverses conférences internationales et fêtes nationales. La réunion aura lieu au Siège de l'OMS à Genève.

CLOTURE DE LA REUNION

Le Président a déclaré close la réunion en reconnaissant la contribution apportée par tous ceux qui y ont assisté et en remerciant pour le travail accompli qui a permis le déroulement harmonieux des séances.

ANNEXE 1. ORDRE DU JOUR



Prévention de la cécité et de la surdité

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

*Genève, Suisse (21-23 mars 2005)
Salle C, bâtiment principal (cinquième étage)*

ORDRE DU JOUR

Cérémonie d'ouverture
Présentation des participants
Election du président, du vice-président et des rapporteurs
Annonces administratives
Adoption de l'ordre du jour
Nouvelle présentation

Point 1 : Rapports de pays

- Australie, Ghana, Maroc, Oman, Pakistan, Tanzanie
- Brésil, Chine, Inde, Nigéria

Point 2 : Rapport de la coalition des ONG

Point 3 : Le point sur les projets de recherche (rapport TSIW2005)

Point 4 : Nouvelles organisations assistant à la réunion

Point 5 : Autres questions

Conclusions et recommandations

Date et lieu de la prochaine réunion

Clôture de la réunion

Séance d'information OMS/PBD à l'intention des coordonnateurs nationaux sur la coopération technique/les partenariats avec les pays Membres de l'OMS

ANNEXE 2. LISTE DES PARTICIPANTS

Prévention de la cécité et de la surdité

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

Genève, Suisse (21-23 mars 2005)

Salle C, bâtiment principal (cinquième étage)

NATIONAL COORDINATORS / COORDINATEURS NATIONAUX
--

PROFESSOR SIDI ELY AHMEDOU,

Coordinateur, 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. 786, Nouakchott,

MAURITANIE/MAURITANIA

Telephone No. + 222 52 915 79 / Fax + 222 52 915 79

E.mail: elysidi@yahoo.fr

DR ABDULATIF HUSSEIN AL RAISI,

Chief of Eye Services MOH Oman, Head of Eye Department Al Mahdha Hospital, Member of Eye Health Care CTTEE, P.O. Box 739, P.C. 112, Muscat,

SULTANATE OF OMAN/SULTANAT D'OMAN

Telephone No. + 968 773 20 45 / 933 17 76 / Fax: + 968 773 20 45

E.mail: ahmraisi@hotmail.com

DR ABDOU AMZA,

Coordinateur du Programme national de Lutte contre la Cécité (PNLCC),

B.P. 541, Niamey, NPCIER, Enseignant Chercheur, Faculté des Sciences de la Santé, B.P. 11347, Niamey, **NIGER/NIGER**

Telephone No./Fax + 227 75 29 06 / 96 70 09 / Fax: + 227 75 29 06

E.mail: pnlcc@intnet.ne

DR DIENYE IYALLA APIAFI,

National Programme for Prevention of Blindness (NPPB), c/o National Eye Centre, PMB 2261, Kaduna, **NIGERIA/NIGERIA**

Telephone No. + 234 62 31 11 46 / Fax: + 234 62 31 11 46

E.mail: dienyeapiafi@yahoo.com ; nppbk@hotmail.com

DR SANOUSSI BAMANI,

Coordinateur, Programme national de Lutte contre la Cécité, BP 228, Bamako, **MALI/MALI**

Telephone No. + (223) 223 89 30 / Fax: + (223) 223 23 89 30

E.mail: pnlc@datatech.toolnet.org

DR STANLEY BUBIKIRE,

National Eye Care Coordinator, Disability Prevention and Rehabilitation, Section
Ministry of Health, P. O. Box 7272, Kampala, **UGANDA/UGANDA**
Telephone No. + 256 77 505 157 ; + 256 41 251 930
E.mail: bubukire@yahoo.com ; dparmoh@yahoo.co.uk

DR YOUSSEF CHAMI KHAZRAJI,

Directeur Epidémiologie et lutte contre les maladies au Ministère de la Santé,
Chef de la Division des Maladies transmissibles, Coordinateur du PNLC,
71 avenue Ibn Sina, Agdal, Rabat, **MAROC/MOROCCO**
Telephone No. + 212 37 67 13 32 / Fax: + 212 37 67 12 98
E.mail: yhami@sante.gov.ma

DR (MS) MARIA DE FATIMA COSTA LOPEZ,

National Coordinator of Trachoma Programme, Ministry of Health, Ministério
da Saúde-Esplanada dos Ministérios-Bloco G-1º Andar-Secretaria de Vigilância
Em Saúde Develp-Brasilia-Brazil, cep. 70070040, **BRESIL/BRAZIL**
Telephone No. + 55 21 61 225 61 37 / Fax: + 55 21 61 314 62 60
E.mail: maria.lopes@funasa.gov.br

DR ALIRZA DELAVARI,

Deputy Director General, Non-Communicable Diseases, Ministry of Health and
Medical Education, No 68 Iranshahr street, 11344 Teheran,
REPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN/ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Telephone No. + 98 21 882 72 65 / Fax: + 98 21 830 04 44
E.mail: delavari@yahoo.com

DR DJORET DEZOOMBE,

Coordinateur national, Programme de lutte contre la Cécité, Ministère de la
Santé, B. P. 221, N'Djaména, **TCHAD/CHAD**
Telephone No. + 235 52 29 41 / 29 59 17 Fax: +235 523 159
E.mail: pnlc_drdezoumbe@yahoo.fr

PROFESSOR NOUHOU KONKOURÉ DIALLO,

Coordinateur du Programme national de lutte contre l'Onchocercose et la Cécité
(PNLOC) Ministère de la Santé Publique, B.P. 585, Conakry,
GUINEE CONAKRY/GUINEA CONAKRY
Telephone No. 00 224 25 33 71 / 43 37 07 / Fax: 00 224 43 37 07
E.mail: dnouhoufr@yahoo.fr

M. TSEGAYE BEDANE FULASSA,

Expert Coordinator, Federal Ministry of Health, Prevention of Blindness,
P. O. Box 1234, Addis Ababa, **ETHIOPIA/ETHIOPIE**
Telephone No. + 251-1-15 99 78 / Fax: + 251-1-53 48 67
E.mail: betsegaye@yahoo.com

DR (MS) MARIA HAGAN,

National Coordinator, Eye Care Unit, Ghana Health Service,
P.O.Box M.44. LFC, Accra, **GHANA/GHANA**
Telephone No. + 233 21 666 815 / Fax: + 233 21 666 850
E.mail: eyecare@africaonline.com.gh

DR KAMAL HASHIM OSMAN,

Chief Ophthalmologist, Walidain Eye Hospital, Omdurman, Ministry of Health,
P. O. Box 303, Khartoum, **SUDAN/SOUDAN**
Telephone No. + 249 12 30 96 28 / Fax: + 249 15 55 26 74
E.mail: kamalbinnawi@yahoo.com

DR AILIAN HU, Secretary of NGCBP, Director of PB Office of Tong Ren, Beijing,
Tong Ren Eye Centre, Beijing Tong Ren Hospital, WHO collaborating Center for
Prevention of Blindness, National Guiding Committee of Blindness Prevention
(NGCBP), No. 2 Chong Nei Street, Beijing 100730,

REPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE/PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

Telephone No. + 86 10 65 26 43 84 ; + 86 10 65 24 45 23 / Fax: + 86 10 65 26 43 84 ;
+ 86 10 65 24 45 23
E.mail: halzx@yahoo.com.cn

PROFESSOR MOHAMMAD DAUD KHAN,

Chairman Pakistan National Steering Committee for Comprehensive Eye Care, and
Rector Khyber Institute of Ophthalmic Medical Science, Peshawar,
49, J-Z, Phase 2, Hayat Abad, Peshawar, **PAKISTAN/PAKISTAN**
Telephone No. + 92 91 921 73 76
E.mail: pico@pes.comsats.net.pk

DR JOHN KIPKORIR LIMO,

SDDMS/Chief Ophthalmologist, and National Coordinator of Ophthalmic Programmes,
P.O. Box 1759, Nakuru, **KENYA/KENYA**
Telephone No. + 254 722 485 110 / Fax:
E.mail: kipkorir47@yahoo.com

DR QUINGJUN LU,

Assistant Professor, Beijing Tong Ren Eye Centre, Beijing Tong Ren Hospital,
WHO collaborating Center of Blindness, National Guiding Committee of PBL,
No. 2 Chong Nei street, Beijing 100730,
REPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE/PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA
Telephone No. + 86 10 58 26 59 13 Mobile: + 86 13 911 31 63 96 /
Fax: + 86 10 58 26 99 20
E.mail: qlu@trhos.com

DR DONNA MAK,

Representative of Department of Health, Australia for GET9, Public Health Physician,
Department of Health Western Australia, 29, Cooper St, Nedlands WA 6009,
AUSTRALIE/ AUSTRALIA
Telephone No. + 61 8 9388 4828 / Fax: + 61 8 9388 4 888
E.mail: donna.mak@health.wa.gov.au

DR MENO NABICASSA,

National Coordinator, Programme de lutte contre la Cécité, Ministère de la Santé
publique, BP 50, **GUINEA BISSAU/ GUINEE BISSAU**
Telephone No. + 245 20 61 71 / Fax: 245 20 11 88
E.mail: omsbissau@mail.gtelecom.gw

DR BISHNU PRASAD PANDIT,

Chief Specialist (Special Secretary) Policy, Planning & International Cooperation
Division, Ministry of Health, Ramshahpatu, Kathmandu, **NEPAL/NEPAL**
Telephone No. + 977 1 4486767 ; 977 1 4254759(0) / Fax: + 977 1 426 28 96
E.mail: drbishnu_Pandit@yahoo.com

DR JORGE RAUL RICARDEZ-ESQUINCA,

Director of Public Health, Ministry of Health Chiapas, Health Institute, Building "C"
Administrative Unity, Calz Co. Deportiva, Tuxtla Gutierrez,
Chiapas, **MEXICO/MEXIQUE**
Telephone No. + 00 52 961 61 240 84 / Fax: + 00 52 961 61 375 66
E.mail: jrecardez@salud.gob.mx

DR GRACE E.B. SAGUTI,

National Eye Care, Onchocerciasis Programme Coordinator (Ophthalmologist),
P.O. Box 9083, Ministry of Health, Dar es Salaam, **TANZANIA/TANZANIE**
Telephone No. +255 22 213 0009 ; +255 744 287875 (mobile)
Tel/Fax: + 255 22 213 00 09
E.mail: gracejengo@yahoo.co.uk

DR AHMAD SHAH SALAM,

National Coordinator Office, Third floor, Ministry of Public Health, Focal Point of
Prevention of Blindness, Kabul, **AFGHANISTAN**
Telephone No. + 00 93 70 29 85 10 / Fax: + 00 93 20 230 13 37
E-mail: ahmadshahsalam2003@yahoo.com ; ahmad_v2020@hotmail.com

DR BOUBACAR SARR,

Coordinateur, Programme national de Lutte contre la Cécité, Ministère de la Santé de la
Prévention du Sénégal, Service national des grandes Endémies, B.P. 3817,
Dakar, **SENEGAL/SENEGAL**
Telephone No. + 221 824 49 84 / Fax: + 221 864 41 20
E.mail: bouksarr@yahoo.fr

DR DO SEIHA,

National Coordinator, Prevention of Blindness, National Programme for Eye Health,
Ministry of Health, # 3CEoE1 St 45, Khan Rusei Keo, Phnom Penh, c/o Ang Duong
Hospital, P.O. Box 2027, Phnom Penh, **CAMBODIA/CAMBODGE**
Telephone No. + 855 12 84 07 96 / Fax: + 855 23 21 10 72
E.mail: campbl@online.com.kh

M. ANSUMANA SILLAH,

Coordinator, Health for Peace Initiative, Prevention of Blindness for Sub-Saharan
Africa, Medical Head Quarters, P.O. Box 950, Banjul, **GAMBIE/THE GAMBIA**
Telephone No. + 220 997 20 20 / + 220 422 24 63 / Fax: + 220 422 25 80
E.mail: ansu_sillah@yahoo.com

DR (MS) TON THI KIM THANH,

Director, National Institute of Ophthalmology, 85 Ba Trieu Street, Hanoi,
VIET NAM/VIET NAM
Telephone No. + 84 4 9437027 / Fax: +84 4 943 80 04
E.mail: tonthi.kimthanh@hn.vnn.vn

DR VITHOUNE VISONNAVONG,

Directeur, Centre d'Ophtalmologie, Ministère de la Santé publique, Vientiane,
**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE LAO/LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC
REPUBLIC**
Telephone No. + 856 21 62 04 73 / Fax: + 856 21 61 20 79
E.mail: laoph@laotel.com

DR B. BERNADETTE YODA,

Coordinateur du Programme national de Prévention de la Cécité, 09 BP 650,
Ouagadougou 09, **BURKINA FASO/BURKINA FASO**
Telephone No. + (00226) 23 35 57 / Fax : + (00226) 32 63 35
E.mail: yoda_bernadette@yahoo.fr

DR YOLANDA ZAMBUJO,

Coordinator, National Prevention of Blindness, Av. Base Nchinga 585,
Maputo, **MOZAMBIQUE**
Telephone No. + 258 082 303 40 20
E.mail: pereira@mail.tropical.co.mz

**REPRESENTATIVES OF WHO COLLABORATING CENTRES FOR
THE PREVENTION OF BLINDNESS & OTHER RESEARCH
INSTITUTIONS**

**REPRESENTANTS DE CENTRES COLLABORATEURS OMS POUR
LA PREVENTION DE LA CECITE ET AUTRES INSTITUTS DE
RECHERCHE**

DR KOKI AOKI,

Visiting Professor, Department of Ophthalmology and Visual Sciences,
Yokohama City, Ninami 4-3, Hondori 5, Shiroishi-ku, Sapporo 003 0026,
JAPAN/JAPON
Telephone No.: 81 11 863 4606 / Fax No. : 81 11 863 4604
E.mail: mdaoki@rainbow.ne.jp

DR ROBIN BAILEY,

Senior Clinical Scientist, Clinical Research Unit, London School of Hygiene and
Tropical Medicine, Keppel Street, 1E 7HT London, **UK/ROYAUME-UNI**
Telephone No.: + 44 20 79 27 29 14 / Fax No. : + 44 23 80 33 39 19
E.mail: robin.bailey@Ishtm.ac.uk

DR CHANDLER R. DAWSON,

Professor of Ophthalmology, Francis I. Proctor Foundation for Research in
Ophthalmology, University of California San Francisco, Room S 315,
513 Parnassus Street, 94143-0412, San Francisco CA,
USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE
Telephone No.: + 1 415 476 8137 / Fax No. : + 1 415 476 6085
E.mail: dawson@itsa.ucsf.edu

M. HILLS GREGORY,

Senior Consultant, Foundation Strategy Group,
20 Park Plaza, Suite 320, Boston MA 02116, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : 617 357 40 00 x 116 / Fax No. : 617 357 40 07
E.mail address : greg@foundationstrategy.com

DR RAJIV BHALCHANDRA KHANDEKAR,

Ophthalmologist, Epidemiologist, Eye & Ear Health Care, EHCP, DAHA, MOH
(HQ), POB 393, pin:113, Muscat, **OMAN**
Telephone No. : + 968 24 607 524 / Fax No. : + 968 24 601 832
E.mail address : rajshpp@omantel.net.om

DR K. KONYAMA,

Staff, Assistant Prof., Department of Ophthalmology, Juntendo University
School of Medicine, No. 570-78, Mizuno, Sayama, Saitama, Japan 350-1317,

JAPAN/JAPON

Telephone No. : + 81 03 5802 1902 / Fax No. : + 81 03 3817 0260

E.mail address : juntenop@iris.dti.ne.jp

DR THOMAS LIETMAN,

Director, WHO Collaborating Centre for Prevention
of Blindness, F. I. Proctor Foundation for Research in Ophthalmology,
University of California, San Francisco, CA 94143-0944, San Francisco,

USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Telephone No. : +1 415 502 2662 / Fax No. : +1 415 476 0527

E.mail address : tml@itsa.ucsf.edu

DR HANS LIMBURG,

Consultant, Nijenburg 32, 1613 LC Grootebroek, **NETHERLANDS/PAYS-BAS**

Telephone No. : + 31 228 515481 / Fax No. : +31 228 523853

E.mail address : hlimburg@quicknet.nl

DR MOHAMMED BABAR QURESHI,

Director Academics and Research, 24/B , S. J. Afghan Road, University Town,
P.O.Box 125, Peshawar, **PAKISTAN**

Telephone No. : + 92 91 921 73 77/86 / Fax No. : + 92 91 921 74 13

E.mail address : cbmpak@pes.comsats.net.pk

DR NORMA H. MEDINA,

Director, Sanitary Ophtalmology Center, Centro de Vigilancia Epidemiologica
"Prof Alexandre Vranjac" Secretaria de Estado da Saude, Av. Dr. Arnaldo 35L
6°Andor Sala 613, Cerqueira Cesar, CEP 01246-902, São Paulo,

BRAZIL/BRESIL

Telephone No.: +55 11 30 85 59 62 ; 30 6 681 53 / Fax No. : +55 11 30 85 59 62

E.mail address : normamedina@redemedicina.com.br

DR (PROFESSOR) BEATRIZ MUNOZ,

Associate Professor of Ophthalmology, Johns Hopkins University, 118 Wilmer
Eye Institute, 21212 Baltimore, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : + 1 410 955 2656 / Fax No. : + 1 410 955 0096

Email address : bmuno@jhmi.edu

DR ANTHONY SOLOMON,

Lecturer in International Eye Health, London School of Hygiène & Tropical
Medicine, Clinical Research Unit Keppel St, London WC1E 7HT, London,

UK/ROYAUME-UNI

Telephone No. : 44 (0) 2958 83 36 / Fax No. : 44 (0)7958 8317

E.mail address : anthony.solomon@lshtm.ac.uk

DR HUGH TAYLOR,

Director WHO Collaborating Melbourne, CERA, 32 Gisborne, ST, East
Melbourne, 2002 , **AUSTRALIA/AUSTRALIE**

Telephone No. : (61) 3 9929 8368 / Fax No. : (61) 3 9662 3859

Email address : h.taylor@unimelb.edu.au

DR LAMINE TRAORE,

Responsable du Département de Recherche IOTA, BP 248, Bamako, MALI
Telephone No. : +223 222 34 21 / E.mail address : traorel@hotmail.com

DR EMILY WEST,

Assistant Professor Johns Hopkins School of Medicine , School of Public Health,
114 Wilmer Building, 400 N. Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205,
USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE
Telephone No. : +1 410 614 28 74 / Fax No. : +1 410 955 00 96
E.mail address : ewest@jhsph.edu

PROFESSOR SHEILA WEST,

Professor at WHO Collaborating Center, Dana Center for Preventive
Ophthalmology, Johns Hopkins University, Dana Center for Preventive
Ophthalmology, Wilmer Rm 129, Johns Hopkins Hospital, 600 North Wolfe
Street Baltimore, Maryland 21205,
USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE
Telephone No. : +1 410 955 2606
Fax No. : +1 410 955 0096
E.mail address : shwest@jhmi.edu

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS AND FOUNDATIONS

REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET DE FONDATIONS
--

DR SAM ABBENYI,

Director, Planning and Analysis, International Trachoma Initiative, 441 Lexington
Avenue, 16th Floor, 10017-3910 New York, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. + 1 212 490 64 60 / Fax: + 1 212 490 64 60
E.mail: sabbenyi@trachoma.org

PROFESSOR DEBORAH DEAN,

Research scientist, Professor of medicine, Children's Hospital Oakland Research
Institute (CHORI), 5700 Martin Luther King Jr. Way, Oakland California, CA 94609,
USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE
Telephone No. + 1 510 450 76 55 / Fax: + 1 510 450 7910
E.mail: ddean@chori.org

DR GAMAL EZZ EL ARAB,

Medical Director, Al Noor Foundation, Magrabi Eye Hospital, El-Sayeda, Nafesa
Square, P. O. Box 124, Manial el Roda, Cairo 11153, **EGYPT/EGYPTE**
Telephone No. + 20 23 63 11 11 Xt 623 / Fax: + 20 23 63 83 10
E.mail: arab@alnoor.org.eg

M. PAUL EMERSON,

Director Trachoma, The Carter Centre, Trachoma Control Program,
One Copenhill, Georgia 30306, Atlanta, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. + 1 404 420 3854
E.mail address : Paul.Emerson@emory.edu

MS VIVIANNE FERRADAS,

Programme Coordinator, Eyes of the World, Tamsrit 144 Entresuelo 2,
(08015)Barcelona, **SPAIN/ ESPAGNE**
Telephone No. : (0034) 932 28 92 92 / Fax No. : (0034) 934 51 47 77
E.mail address : vferradas@ullsdelmon.org

CHRIS MCGAHEY, PhD, International Development Enterprises,
Secretariat Headquarters, 10403 W. Colfax, Suite 500, CO 80215
Lakewood , **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : 303 232 4336 / Fax No. : 303 232 8346
E.mail address :

MS DYANNE HAYES,

Vice President, Conrad Hilton Foundation, Suite 10100, Santa Monica,
Boulevard 1000, Los Angeles, California 90067, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : +1310 556 46 94 / Fax No. : +1310 556 23 01
E.mail address : dyanne@hiltonfoundation.org

DR IBRAHIM JABR,

Vice President, Programs, International Trachoma Initiative,
441 Lexington Ave., NY 10017, New York, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : + 212 490 64 60 / Fax No. : + 212 490 64 61
E.mail address : ijabr@trachoma.org

DR JACOB KUMARESAN,

President, International Trachoma Initiative, 441 Lexington Avenue, Suite 1600,
New York, N.Y. 10017-3910, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : + 1 212 490 6460 / Fax No. : + 1 212 490 6461
E.mail address : jkumaresan@trachoma.org

M. CHIP MORGAN,

Director, Business Development, Operation Eyesight,
189 Oberon Street, Coogee, NSW 2034, **AUSTRALIA/AUSTRALIE**
Telephone No. : + 61 2 96 65 20 81
Fax No. : + 61 2 96 65 20 81 Mobile: + 61 412 10 48 02
E.mail address : chipmorgan@ozemail.com.au

DR ANDRE-DOMINIQUE NÉGREL,

Directeur exécutif, Organisation pour la Prévention de la Cécité, 17 villa d'Alésia,
75014 Paris, **FRANCE**
Telephone No. : + 0033 1 44 12 41 93/90
E.mail address : d.negrel@opc.asso.fr

KATE PHAN, MPH, International Development Enterprises

1B 3b Giang Vo, Duong Kim Ma, **VIET NAM**
Telephone No. : (84) 4 8463186 / 8461476 / Fax No. : (84) 4 8463206
E.mail address : kate@idevn.org

DR JOSEPH WILLIAM DE GRAFT JOHNSON RIVERSON,

Executive Director for Donor Relations, Coordinator of Trachoma Program, World
Vision US, P.O. Box 9716, Federal Way 98063, Washington,
USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE
Telephone No. : +1 253 333 21 56 / Fax No. : +1 253 815 34 47
E.mail address : jriverso@worldvision.org

MS LISA ANN ROTONDO,

Senior Program Officer, The Carter Center, Trachoma Control Program, 1149 Ponce de Leon Ave, Atlanta, Georgia 30306, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : +1 404 420 3842 / Fax No. : +1 404 874 5515

E.mail address : lrotond@emory.edu

M. CHAD MACARTHUR,

Director, Training and Community Education, Helen Keller International, 352 Park Avenue South, 12th floor, New York, NY 10010,

USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Telephone No. : + (212) 532 05 44 x 830 / Fax No. : + (212) 532 6014

E.mail address : cmacarthur@hki.org

DR BOATENG WIAFE,

Lusaka Eye, Hospital, PO box 51365, Lusaka, **ZAMBIA/ZAMBIE**

Telephone No. : + 260 1 27 3298 Mobiles: + 260 97 76 2020 ou + 260 97 745674

Fax No. : + 260 1 290 203 ou + 260 1 266 191

E.mail address : bwiafe@zamnet.zm

OBSERVERS / OBSERVATEURS

M. KEN GUSTAVSEN,

Manager, Merck Mectizan Donation Program, Merck & Co. Inc., One Merck Drive, Whitehouse Station, NJ 08889, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : +1-908-423-3088 / Fax No. : +1-908-423-1987

E.mail address : ken_gustavsen@merck.com

DR CHARLES KNIRSCH,

Senior Medical Director, Pfizer Inc, 235 East, 42nd Str., MS: 18-A, New York, NY, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : 1 212 733 42 31 / Fax No. : 1 212 973 73 79

E.mail address : charles.knirsch@pfizer.com

DR (MS) HEATHER LAUVER,

Corporate Philanthropy, Pfizer Inc., 235 East, 42nd Street, New York, NY 10017, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : +1 212 733 4231 / Fax No. : +1 212 573 2883

MS PAULA LUFF,

Senior Director, International Philanthropy, Pfizer Inc., 235 East, 42nd Str., 11th floor, NY 10021, New York, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Telephone No. : +1 212 573 2932 7 / Fax No. : +1 212 573 2883

E.mail address : paula.luff@Pfizer.com

DR LIISA PARKKALI,

Managing Director, Medibalance Ltd, Lankoorintie 161B,

Luvia, **FINLAND/FINLANDE**

Telephone No. : +35840544933

Email address : liisa.parkkali@medibalance.inet.fi

Ms SONIA PELLETREAU,
Coordinator, LCIF SightFirst Programs in Lions Clubs International Foundation, 300,
22nd Street, Oak Brook, IL 60523-8842, **USA/ETATS-UNIS D'AMERIQUE**
Telephone No. : +1-630-571-5466 7 / Fax No. : +1-630-571-5735
E.mail address : SPelletr@lionsclubs.org

REGIONAL OFFICES / BUREAUX REGIONAUX

DR ABDUL HANNAN CHOUDHURY,
Telephone No. : +202 670 2535 / Fax No. : +202 670 2492
Email address : Cchoudhury@emro.who.int

WORLD HEALTH ORGANIZATION HEADQUARTERS
SIEGE DE L'OMS

DR ROBERT BEAGLEHOLE
Directeur, Maladies chroniques et promotion de la santé
N° téléphone : 022 7912508/2715/3630
Adresse électronique : beagleholer@who.int

DR DENIS DAUMERIE
Chef d'équipe
N° téléphone : 022 7913919
Adresse électronique : daumeried@who.int

DR DIRK A. ENGELS
Médecin
N° téléphone : 022 7913824
Adresse électronique : engelsd@who.int

DR KAWEH MANSOURI
Cadre associé
N° téléphone : 022 791 42 31
Adresse électronique : mansourik@who.int

DR SILVIO PAOLO MARIOTTI
Médecin
N° téléphone : 022 7913491/2606
Adresse électronique : mariottis@who.int

DR RAMACHANDRA PARARAJASEGARAM
Médecin
N° téléphone : 022 791 3886/2696
Adresse électronique : parar@who.int

MS DONATELA PASCOLINI

Médecin

N° téléphone : 022 791 32 37

Adresse électronique : pascolinid@who.int**DR GOPAL PRASAD POKHAREL**

Médecin

N° téléphone : 022 791 2652/2696

Adresse électronique : pokharelg@who.int**MS CHRISTINE POPE**

Secrétaire

N° téléphone : 022 791 2606

N° télécopie : 022 791 47 72

Adresse électronique : popec@who.int**MS KARINA REYES MOYA**

Secrétaire/Assistante

N° téléphone: 022 791 2288

N° télécopie : 022 791 4772

Adresse électronique : reyesmoyak@who.int**DR SERGE RESNIKOFF**

Coordonnateur

N° téléphone : 022 791 4124/3383

Adresse électronique : resnikoffs@who.int**DR LORENZO SAVIOLI**

Coordonnateur

N° téléphone : 022 791 2664/4729

Adresse électronique : saviolil@who.int**DR SERGIO YACTAYO**

Epidémiologiste

N° téléphone : 022 791 2767

Adresse électronique : yactayos@who.int**DR NEVIO ZAGARIA**

Coordonnateur

N° téléphone : 022 791 2534/4743

Adresse électronique : zagarian@who.int

ANNEXE 3. DONNEES

Tableau 1 : PROGRES DES OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION ET DES OBJECTIFS ANNUELS D'INTERVENTION, GHANA

OUI Composante de la stratégie CHANCE	OUI 2004	Couverture pour 2004	2005	2006	2007
CH 12 000	1 200	OAI 79 % OUI 7,9 %	1 500	3 000	3 000
A 2 600 000	329 900 (252 350)	OAI 88,7 % (93,5 %)	1 188 606	2 416 994	2 482 253
N >80 % des enfants de 1 à 9 ans ayant le visage propre	>80 %	15 414/16 489	>80 %	>80 %	>80 %
CE Eau Latrines	250 1 500	405 % 121 %	200 5 000	200 5 000	200 5 000

Tableau 2 : PROGRES DES OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, MAROC

OUI Stratégie CHANCE	2004	Couverture pour 2004	2005	2006	2007
CH	6 088	>100 %	6 088	Cas incidents	Cas incidents
A	651 797	95 %	136 830	136 830	136 830
N	149 802	84,35 %	>85 %	100 %	100 %
CE	- Participation des associations locales de développement - Campagnes d'hygiène - Fourniture de sources d'eau - Assainissement	- Participation des associations locales de développement - Campagnes d'hygiène - Fourniture de sources d'eau - Assainissement	A partir de 2004	A partir de 2004	A partir de 2004

Tableau 3 : OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, OMAN

COMPOSANTE DE LA STRATEGIE CHANCE	
CH	TT <1 cas de TT pour 1000 habitants
A	TF <5 % chez les enfants de 1 à 9 ans au niveau de la communauté. Si le TF est <10 % au niveau du district, évaluation au niveau communautaire dans les zones d'endémie connues.
N	80 % des enfants de la communauté ayant le visage propre
CE	A définir au niveau national

Tableau 4 : OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, OBJECTIFS ANNUELS D'INTERVENTION, BRESIL

COMPOSANTE DE LA STRATEGIE CHANCE	OUI	OAI
	Population totale des zones touchées 48 061 732 hab. Population des moins de 10 ans dans les zones touchées 9 323 976 hab.	
CH	TT chez les plus de 14 ans : 0,1 % (zones rurales dans 16 Etats)	6 361
A	TF/TI chez les enfants de 1 à 9 ans : 5,2 %	484 847
N	48 061 732	
CE	48 061 732	

Tableau 5 : OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, 2004 ET OBJECTIFS ANNUELS D'INTERVENTION 2005 POUR LA CHIRURGIE, NIGERIA

OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION 2004 'CH'

ETAT	OUI 2004	OAI 2004	REALISATION EFFECTIVE	OAI 2005
ADAMAWA	7 586	508	---	1 580
BORNO	77 045	1 545	500	3 800
FCT	461	100	---	160
JIGAWA	10 527	1 427	210	3 200
KANO	1 033	160	---	300
KATSINA*	245 282	2 082	---	5 200
KEBBI	4 884	600	827	1 500
NASSARAWA	8 040	540	---	2 500
PLATEAU	7 597	510	---	1 680
SOKOTO	8 707	550	1 156	2 900
TARABA	2 073	250	54	703
ZAMFARA	8 302	550	530	2 702

Tableau 6 : OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, 2004 ET OBJECTIFS ANNUELS D'INTERVENTION 2005 POUR LES ANTIBIOTIQUES, NIGERIA

OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION 2004 'A'

ETAT	OUI 2004	OAI 2004	OAI 2005
ADAMAWA	32 590	5 000	10 500
BORNO	1 310 607	200 607	400 600
FCT	6 838	1 000	2 000
JIGAWA	1 486 071	206 000	408 000
KANO	3 002 851	700 051	900 800
KATSINA	1 939 619	209 619	709 000
KEBBI	1 068 996	150 019	368 000
NASSARAWA	49 938	5 900	10 038
PLATEAU	76 134	10 034	20 100
SOKOTO	1 238 770	170 770	320 000
TARABA	781 486	100 486	213 000
YOBE	723 358	100 358	213 000
ZAMFARA	1 057 818	150 018	350 800

Tableau 7 : OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION, 2004 ET OBJECTIFS ANNUELS D'INTERVENTION 2005 POUR LE NETTOYAGE DU VISAGE ET L'ENVIRONNEMENT, NIGERIA

OBJECTIFS ULTIMES D'INTERVENTION (N&CE)

ETAT	OUI 2004 (80 % VISAGES PROPRES)	OAI 2004	OAI 2005
ADAMAWA	869 073	150 000	210 073
BORNO	1 048 486	100 486	348 000
FCT	153 665	10 065	43 000
JIGAWA	1 118 857	120 000	330 857
KANO	2 402 281	400 281	802 000
KATSINA	1 551 695	200 098	501 600
KEBBI	855 197	130 197	205 000
NASSARAWA	499 384	60 084	198 000
PLATEAU	86 899	15 099	30 800
SOKOTO	991 016	180 010	300 006
TARABA	625 189	98 100	170 089
YOBE	578 686	60 086	150 600
ZAMFARA	846 254	130 054	260 200