

X^{ème} Réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination Mondiale du Trachome cécitant en tant que problème de Santé Publique

1. INTRODUCTION

La dixième 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 (OMS), à Genève, du 10 au 12 avril 2006. Elle a rassemblé 62 participants, dont 30 coordonnateurs nationaux de programmes de lutte contre le trachome (annexe 1).

Le Dr Robert Beaglehole, Directeur du Département des Maladies chroniques et de la Promotion de la Santé à l'OMS, a ouvert la réunion au nom du Directeur général.

Le Dr Serge Resnikoff, Coordonnateur du Département Prévention et Prise en charge des maladies chroniques à l'OMS, a fait remarquer que des représentants de quatre pays seulement et 47 participants extérieurs avaient assisté à la première réunion de l'Alliance en 1997, alors que, 10 ans plus tard, la réunion annuelle de l'Alliance rassemble 38 pays et plus de 80 participants extérieurs.

Le Dr Catherine Le Galès-Camus, Sous-Directrice générale de l'OMS, qui a rejoint les participants à la fin de la réunion, leur a assuré que l'OMS continuerait de soutenir l'Alliance.

Le Dr Abdou Amza (Coordonnateur national, Niger) a été élu Président, et Mme Rebecca Teel Daou (Fondation Internationale des Lions Clubs) Vice-Présidente. Le Dr Grace E. B. Saguti (Coordonnatrice nationale, République-Unie de Tanzanie) et M. Chip Morgan (Operation Eyesight) ont été élus Rapporteurs.

2. RAPPORT DE L'OMS

Dr Silvio Paolo Mariotti, Médecin, Secrétaire du GET 2020, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Conformément à la procédure convenue, l'OMS envoie des questionnaires types aux coordonnateurs nationaux de la lutte contre le trachome dans les pays d'endémie afin de recueillir des données pour pouvoir suivre les progrès accomplis dans la lutte contre le trachome aux niveaux national et mondial. Les 56 pays dans lesquels le trachome est encore endémique sont de plus en plus nombreux à communiquer à l'OMS des données récentes et des informations au niveau du district et à progresser sur la voie de l'élimination du trachome cécitant. Au niveau national, les autorités soutiennent davantage la lutte contre le trachome, la collaboration intersectorielle est plus intense et l'application de la stratégie CHANCE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage et changement de l'environnement) se généralise. Les partenariats pour la mise en œuvre de plans nationaux de lutte sont de plus en plus nombreux et l'on observe une amélioration en ce qui concerne l'engagement à long terme des partenaires et la coordination des activités. Les pays d'endémie fortement peuplés progressent dans l'évaluation de la charge de morbidité liée au trachome. On se base maintenant sur des données récentes pour affiner les objectifs ultimes d'intervention (OUI) et les objectifs annuels d'intervention (OAI) et ces données figurent aussi dans les informations publiées par l'OMS sur les maladies tropicales négligées et dans l'Atlas sanitaire mondial de l'OMS. Toutefois, certains pays ne fournissent toujours pas d'information ou ont des systèmes de notification incomplets, certains n'ont pas suffisamment de ressources à consacrer aux activités visant à éliminer le trachome cécitant d'ici 2020, et d'autres connaissent des changements et des incertitudes dans l'appui qu'ils reçoivent de partenaires.

Le trachome bénéficie d'une attention accrue dans les médias internationaux, ainsi qu'en témoigne l'article publié récemment dans le *New York Times*,¹ et la stratégie CHANCE fait l'objet de recherches plus poussées. A l'OMS, la lutte contre le trachome a été récemment englobée dans les activités de lutte contre les maladies tropicales négligées et un centre de documentation dédié à ces problèmes a été créé sur le site Internet de l'OMS. Des recherches ont été entreprises sur l'impact de la stratégie CHANCE, d'une manière générale, et au niveau national on relève une mobilisation accrue de ressources pour favoriser l'application de la stratégie CHANCE et

¹ Diseases on the brink. Part Three. Trachoma. A stubborn blindness. Preventable disease blinds poor in Third World. *The New York Times*, 31 March 2006.

l'instauration de liens plus étroits avec les secteurs de l'éducation et de l'environnement.

Les questionnaires 2006 sur le trachome ont été envoyés aux 56 pays d'endémie et plus précisément aux coordonnateurs nationaux de la lutte contre le trachome, dans 40 d'entre eux. Trente deux pays ont répondu aux questionnaires, soit une nette amélioration par rapport à l'an dernier. Pour 76 % de ces questionnaires, les données fournies provenaient d'enquêtes récentes et dans 45 % des cas, d'enquêtes réalisées au niveau du district. Des informations détaillées sur les OUI et les OAI pour les composantes « CH » et « A » de la stratégie CHANCE ont été fournies dans 59 % des cas, concernant les OAI pour la composante « N » dans 19 % des cas et concernant les OUI pour la composante « CE » dans 87 % des cas. Si les données relatives aux OAI pour les composantes « CH » et « A » sont de plus en plus nombreuses, celles qui portent sur le nettoyage du visage sont encore très limitées, ce qui s'explique par le fait qu'il est plus difficile de rassembler des données sur cet indicateur. Bon nombre de pays affinent leurs objectifs et en élargissent le champ d'application, et s'approchent de plus en plus du but. La plupart des pays sont tout à fait conscients de l'étendue des régions d'endémie grâce aux enquêtes qui ont été réalisées, mais certains n'ont pas encore de données. Les dates cibles pour l'élimination du trachome cécitant sont proposées en se fondant sur des données récentes et bon nombre de pays confrontés à une charge élevée de la maladie se montrent très attachés à l'objectif de l'élimination d'ici 2020. Une majorité des pays ayant répondu aux questionnaires se sont dotés de plans d'action en vue d'atteindre l'objectif N° 7 du Millénaire pour le développement (assurer la durabilité des ressources environnementales). On trouvera des informations complémentaires à ce sujet sur le site Internet de l'OMS.

La collecte de données demeure problématique et les rapports des pays ne rendent probablement pas compte de tous les efforts déployés. Les pays et leurs partenaires internationaux sont instamment priés de fournir des informations aussi détaillées que possible dans les formulaires de données sur le trachome. Le programme de prévention de la cécité dans le Bureau régional OMS pour l'Afrique commence à rassembler des données sur le trachome dans les pays africains.

3. RAPPORTS DE PAYS

3.1 SOUDAN

Dr Awad Hassan Mohamed Ahmed, Coordonnateur national, Programme de lutte contre le trachome, Khartoum

Le territoire du Soudan couvre une superficie de 2,5 millions de km². Sur les 34 millions d'habitants, quelques 4 millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur de leur pays. Les Etats du nord relèvent du Gouvernement du Soudan et les Etats du sud de celui du Sud Soudan. Sur les quelques 21 millions de personnes qui sont exposées au trachome, seules 2,8 millions vivent dans des régions placées sous la juridiction du Gouvernement soudanais. La prévalence estimée du trachome actif (inflammation trachomateuse folliculaire ou intense : TF/TI) est de 11 %. Elle n'a pas fait l'objet d'estimations pour le reste du pays mais les taux les plus élevés se rencontrent dans le Sud et sont même supérieurs à 50 % dans certaines régions. La distribution du trichiasis trachomateux (TT) est à peu près semblable et les taux varient de moins de 1 % à plus de 10 %.

En mars 2005, le programme national de lutte contre le trachome a été, dans un premier temps, rattaché au Ministère fédéral de la Santé, puis il a été décidé de le décentraliser en le rattachant aux ministères de la santé des Etats. Les soins oculaires primaires ont été intégrés dans les soins de santé primaires. Le programme a principalement pour partenaires l'OMS, par l'intermédiaire du Bureau régional de la Méditerranée orientale, la Fondation internationale Al Bassar, le Carter Center, la Christian Blind Mission, Medair et l'Association médicale islamique du Soudan.

Une analyse des points forts, des points faibles, des possibilités et des dangers a été entreprise en décembre 2005 dans le cadre du plan stratégique, avec l'appui de nombreux partenaires, dont ITI.

La lutte contre le trachome a été désignée comme un domaine d'intervention prioritaire dans six Etats, dont trois sont situés dans le nord et trois dans le sud et les besoins d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont été définis. Des ateliers ont été organisés et des fonctionnaires de la santé publique spécialisés dans la promotion de la santé et de l'hygiène ont été désignés conformément à la composante environnement de la stratégie CHANCE. Il existe aussi un réservoir important de volontaires expérimentés dans la communauté et des unités mobiles de chirurgie palpébrale. La distribution locale d'azithromycine est assurée par les centres de fournitures médicales.

La communication est rendue difficile par le grand nombre de langues locales parlées au Soudan (plus de 100, sans compter l'arabe et l'anglais). De plus, la couverture du trachome par les médias est insuffisante. Il y a une pénurie d'équipements et de matériels pour la chirurgie de l'œil. La main-d'œuvre qualifiée est en nombre

insuffisant et sa répartition inéquitable : plus de 70 % des ophtalmologues travaillent en effet dans la capitale et 13 des 26 Etats ne disposent pas de services d'ophtalmologie. Dans les zones rurales, les établissements de santé ne sont pas bien équipés et nombreux sont les hôpitaux qui n'ont pas d'anesthésiques généraux. Le suivi des patients opérés d'un TT laisse à désirer. Il n'existe pas d'instructions précises sur l'administration de l'azithromycine – de telles instructions sont toutefois en cours d'élaboration et vont être distribuées dans les Etats.

Suite à l'accord global de paix conclu en 2005, les conditions de sécurité se sont quelque peu améliorées, ce qui a permis d'augmenter la couverture de la stratégie CHANCE. Afin de renforcer l'intégration des soins oculaires primaires dans les soins de santé primaires, il importe de former des agents de santé au dépistage, au codage et aux traitements du trachome ainsi qu'aux composantes de la stratégie CHANCE. Les responsables politiques, à tous les niveaux, soutiennent le programme national de lutte contre le trachome et y attachent de l'importance. Le Ministre de la Santé a fixé une date limite (2015) pour l'élimination du trachome cécitant dans les Etats du nord. Parmi les autres possibilités, il faut citer la création de partenariats public-privé, l'intensification des activités de plaidoyer et de sensibilisation dans les médias, par l'intermédiaire des associations religieuses et des groupes communautaires. Plusieurs partenaires ont été contactés, dont l'UNICEF et le PNUD, pour obtenir un soutien financier en vue de la construction de latrines et l'introduction des questions d'environnement dans les programmes scolaires. L'Etat est désormais tenu de mettre des latrines à la disposition des familles, mais cette obligation n'est pas toujours respectée. Les communautés sont disposées à contribuer financièrement à l'approvisionnement en eau.

Bien que la situation se soit légèrement améliorée, un climat d'insécurité subsiste, principalement au Darfour, et les mines terrestres représentent un danger dans de nombreuses régions. Bon nombre de zones sont inaccessibles et mal loties en ce qui concerne les infrastructures et l'accès à l'eau, situation qui est encore aggravée par les sécheresses périodiques auxquelles elles sont exposées. Il importe en outre d'améliorer les conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays. Le niveau d'éducation et d'alphabétisation est très faible. Les guérisseurs traditionnels continuent à pratiquer des opérations de la paupière et font souvent plus de mal que de bien.

En raison des problèmes de sécurité et de la coexistence de deux gouvernements au Soudan, l'importance de l'endémie trachomateuse dans le sud du pays est difficile à évaluer ; cependant, la situation s'est légèrement améliorée depuis la signature de l'accord global de paix en 2005. Cette endémie est extrêmement élevée dans les quatre Etats du Sud qui ont fait l'objet d'une évaluation (qui sont situés dans la zone orientale). La prévalence de l'opacité cornéenne bilatérale est de 1,4 %, celle du TT de 10 % et celle du trachome actif chez l'enfant atteint 80 %. Il n'a pas été possible de faire des évaluations dans les zones occidentales. Toutefois, on peut féliciter le Gouvernement soudanais d'avoir accordé la priorité à la lutte contre le trachome et élaboré un plan stratégique. Les partenaires sont instamment invités à accroître leur soutien afin d'atteindre l'importante population qui n'a pas encore accès aux services de santé et vit dans l'une des régions du monde qui a été probablement la plus touchée par le trachome. La Région OMS de la Méditerranée orientale espère pouvoir consacrer plus de 1 million d' USD de ressources extrabudgétaires à la prévention de la cécité et elle finance les activités de lutte contre le trachome dans le sud Soudan.

Les communautés qui souhaitent se doter d'infrastructures d'approvisionnement en eau ou améliorer les installations existantes sont encouragées à solliciter une assistance technique auprès des autorités. Des fonds sont nécessaires pour couvrir les indemnités journalières de subsistance des personnes recrutées par le Gouvernement à cette fin et l'achat d'équipements. Ces activités sont financées par des emprunts bancaires, qui sont remboursés grâce aux petites contributions encaissées pour l'eau.

Les guérisseurs traditionnels qui pratiquent des opérations de l'œil sont légion en Afrique. Au Soudan, la loi prévoit que ce genre d'opération ne peut être pratiquée que par un médecin habilité et les guérisseurs traditionnels ne bénéficient pas de la formation nécessaire. Plutôt qu'une interdiction générale, qui peut avoir des conséquences fâcheuses pour les guérisseurs traditionnels en les privant d'une source importante de revenu, on pourrait envisager de leur apprendre à diagnostiquer le TT et à diriger les patients vers des agents de santé communautaires. En renforçant la présence d'agents de santé et en élargissant l'accès aux services publics, on dissuadera la population de s'adresser à des guérisseurs traditionnels. Les messages sanitaires, et en particulier ceux qui soulignent l'importance de la stérilisation et les risques d'infection à VIH, devraient aussi être renforcés.

On estime à 2 % la prévalence du TT dans les Etats du nord où plus de 450 000 personnes ont besoin d'une opération. D'après les premiers sondages, 280 000 personnes au moins seraient dans la même situation dans le sud du pays. La Christofel Blinden Mission (CBM) envoie actuellement des équipes mobiles pour pratiquer des opérations de la cataracte et du TT dans des camps dans le sud, mais il n'y a pas d'infrastructure sanitaire. Le taux d'opérations à l'échelon national devrait augmenter progressivement avec la mise en place d'infrastructures et l'apport de ressources supplémentaires.

3.2. MAURITANIE

La Mauritanie s'étend sur une superficie d'environ 1 million de km² et comprend une population de 3 millions d'habitants. Le produit national brut par habitant n'est actuellement que de 500 USD, bien que la situation économique soit en train de s'améliorer avec la naissance récente d'une industrie du pétrole.

Pendant la période 1986-1991, la prévalence du trachome chez les enfants d'âge scolaire était de 40 %. Des programmes d'éducation consacrés au trachome ont été mis en place et une formation en soins oculaires a été dispensée à des infirmières. Entre 1991 et 2000, les activités de lutte contre le trachome ont été quasiment inexistantes en raison du désengagement des donateurs. Une enquête réalisée en 2000 a signalé des poches d'endémicité du trachome avec une faible prévalence du TT. A partir de 2004, des partenariats ont été établis avec ITI, la Fondation Internationale des Lions Clubs et la Fondation Bouamatou. Des activités de lutte contre le trachome ont été mises en œuvre en 2004-2005. Un plan stratégique pour l'élimination du trachome cécitant a été élaboré et devrait aboutir à des résultats positifs d'ici 2010. La stratégie CHANCE est actuellement mise en œuvre.

La prévalence du trachome actif demeure élevée, de l'ordre de 35 %, mais celle du TT (0-0,7 %) et de l'opacité cornéenne (0-0,6 %) sont faibles. Les patients en attente d'une opération TT, dont le nombre est estimé à environ 2500 au total, sont répartis dans tout le pays, y compris dans des zones rurales inaccessibles. On a fait appel à des services fixes et mobiles auxquels une formation a été dispensée ; 425 opérations ont été pratiquées en 2004 et 235 en 2005. Toutefois, le rapport coût/efficacité de l'opération individuelle du TT n'est pas satisfaisant en raison précisément du fait que les cas sont très dispersés. Il convient par conséquent de combiner ces services avec ceux de la chirurgie de la cataracte, pour lesquels des camps sont organisés tous les deux mois avec l'appui de la Fondation Internationale des Lions Clubs.. Le dépistage des cas est fait par des enquêtes porte-à-porte.

En 2004, 203 000 doses d'azithromycine et 4995 doses de tétracycline ont été distribuées dans deux régions, avec un taux de couverture estimatif de 80 à 85 %. En 2005, la situation s'est améliorée avec la distribution de 470 753 doses d'azithromycine et de 15 985 doses de tétracycline dans des postes de santé sur une période d'environ un mois. Ce sont les responsables des postes de santé qui ont assuré la suite de la distribution. On s'attend à une nouvelle amélioration de la couverture pour 2006, grâce à l'appui de la Fondation Bouamatou, qui soutient aussi l'informatisation des registres de manière à améliorer le contrôle de la distribution et la collecte de données.

L'éducation sanitaire comporte encore des lacunes et il ressort des sondages que le niveau de connaissance au sujet du trachome est encore très faible et qu'il est indispensable d'améliorer les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et l'hygiène personnelle. Les activités d'information, éducation et communication sont par conséquent intensifiées et des séminaires organisés pour sensibiliser les administrateurs, les ONG et les médias au problème du trachome. Des matériels d'information-éducation-communication (IEC) sont en cours d'élaboration. Ils doivent être adaptés au contexte local. Les émissions de télévision et de radio ont apparemment beaucoup plus d'impact que les documents écrits.

Les mesures visant à améliorer l'environnement se sont avérées plus difficiles à mettre en œuvre. On peut citer notamment la formulation d'un plan d'action pour 2006-2010 consistant à assurer l'approvisionnement en eau, intensifier la construction de latrines et entreprendre des activités d'éducation et de sensibilisation dans les écoles et au sein de la population.

La lutte contre le trachome suscite un grand intérêt auprès des pouvoirs publics, à tous les niveaux, y compris à celui du Président, et bénéficie d'une bonne collaboration intersectorielle et d'un ferme appui des partenaires internationaux et des ONG locales. Ceci explique la progression dynamique des activités de lutte contre le trachome.

Les ressources humaines sont encore insuffisantes et les activités de lutte n'ont pas la même intensité dans toutes les régions, en raison notamment des difficultés d'accès. Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour favoriser une amélioration des comportements et des modifications de l'environnement.

Le développement de l'industrie du pétrole devrait permettre de réduire la dette extérieure et favoriser l'essor de l'économie. Il devrait aussi être possible de promouvoir la coopération technique sud-sud, par exemple avec le Mali et le Maroc, et d'élargir les partenariats.

Les progrès sont entravés par les approches sélectives de certains partenaires, le manque d'équipements et la pénurie de ressources humaines, et par le fait que les interventions ne font pas l'objet d'une surveillance et d'une évaluation rigoureuses.

La principale responsabilité incombe au gouvernement et il y a tout lieu d'espérer que l'objectif de l'élimination du trachome cécitant d'ici 2010 pourra être atteint.

La distribution d'antibiotiques en Mauritanie s'est avérée rentable. Elle est organisée au niveau du district et l'approvisionnement des postes de santé en fournitures courantes est assuré par des équipes mobiles. Un grand soin doit être apporté à la planification et à la gestion pour évaluer et adapter les besoins locaux.

Tout comme plusieurs autres pays, la Mauritanie se trouve actuellement à un stade où le trachome n'est plus considéré comme un grand problème de santé publique, même s'il subsiste des foyers d'endémicité. Dans ces pays, il est essentiel de trouver de bonnes raisons pour que les gouvernements et les partenaires continuent de financer des activités de lutte contre le trachome afin que l'objectif de l'élimination du trachome cécitant puisse être atteint sans qu'il soit nécessaire d'utiliser des ressources qui sont indispensables pour résoudre d'autres problèmes de santé publique. Il convient, entre autres, de renforcer l'intégration des soins oculaires primaires et de la chirurgie du TT dans les services de soins de santé primaires et d'autres programmes de chirurgie de l'œil. Il importe aussi d'intégrer les stratégies de lutte contre la maladie et de réduction de la pauvreté et de promouvoir la collaboration intersectorielle, en particulier pour la composante « changer l'environnement » de la stratégie CHANCE, qui est encore peu développée. Il peut être utile de s'inspirer des résultats déjà obtenus grâce à des efforts de collaboration, notamment dans l'éradication de la dracunculose en Mauritanie et pour la présentation régulière de rapports par une solide équipe spéciale nationale de lutte contre le trachome. Les différents ministères doivent être représentés au sein de cette équipe spéciale et invités à faire rapport sur la manière dont ils mettent en œuvre les mesures de lutte contre le trachome. Les ministères des finances doivent aussi être impliqués, afin de garantir la prise en compte des besoins de financement. En Mauritanie, le Ministre de la Santé est tenu régulièrement informé des progrès enregistrés dans la lutte contre le trachome ; ce qui lui donne du poids dans les négociations avec le gouvernement.

Il existe en Mauritanie un Comité national de coordination des partenariats qui est censé améliorer l'engagement des partenaires et la gestion des activités, et éviter que les efforts ne se relâchent à mesure que l'on progresse sur la voie de l'élimination du trachome cécitant. Les activités de plaidoyer sont essentielles. Le rôle du gouvernement est aussi un facteur déterminant, mais en l'absence d'un soutien à long terme, le succès n'est pas garanti. Les pays devraient envisager des moyens d'attirer la participation du secteur privé.

3.3. GAMBIE

M. Ansumana Sillah, Directeur, Programme national de soins oculaires, Banjul

La Gambie a une population d'environ 1,3 million d'habitants, dont 52 % vivent dans des zones rurales. Les services de santé sont répartis en six divisions. Des enquêtes sur le trachome réalisées en 1986 et 1996 ont révélé que la prévalence du trachome évolutif était passée de 17 % à 5 % pendant cette période. Une nouvelle étude a été réalisée au début 2006 avec l'aide de l'Ecole de Londres d'Hygiène et de Médecine Tropicale, de ITI et du Conseil de recherche médicale de Gambie dans les deux zones les plus touchées selon l'enquête de 1996. Elle avait pour but d'évaluer les progrès intervenus depuis 1996, d'estimer les besoins de traitement et d'introduire l'essai des méthodes de certification de l'élimination du trachome cécitant et des méthodes de suivi et de surveillance, en vue de mettre en place un système de surveillance.

Des échantillons de 50 enfants âgés de 0 à 9 ans ont été sélectionnés dans 60 districts des deux zones en question, soit un échantillon global de 3000 enfants pour une population estimée à 75 000 enfants de moins de 10 ans. Les enfants ont fait l'objet d'un examen pratiqué par des agents de santé expérimentés dans le dépistage des signes cliniques, avec vérifications croisées, et ils ont été interrogés sur les caractéristiques de leur milieu familial (revenu, accès à l'éducation, à l'eau et à l'assainissement). Il ressort de l'enquête que l'endémie trachomateuse est plus importante que prévue. La prévalence du trachome évolutif était de 11,5 % et 7,7 % dans chacun des deux zones. Celle du TF dans l'œil le plus atteint s'établissait entre 0 et 40 %. La prévalence du TF bilatéral était de 8,4 %, soit une très légère amélioration depuis 1996. Des données détaillées ont révélé que certaines zones avaient une prévalence du TF supérieure à 20 % alors que dans d'autres elle était inférieure à 5 %. D'une manière générale, la maladie est modérée, rarement bilatérale et l'on n'observe peu de TI, même s'il existe encore des zones dans lesquelles le trachome est suffisamment évolutif pour entraîner des lésions cécitantes. Cette enquête a confirmé les résultats de recherches précédentes selon lesquels les déplacements transfrontaliers de personnes et le manque de structures pour les soins oculaires sont des facteurs de risque d'une résurgence de la maladie.

La prévalence persistante du trachome actif s'explique en partie par l'irrégularité de l'approvisionnement en azithromycine qui nécessite le recours fréquent à la tétracycline, ce qui soulève des problèmes d'observance, l'application de la pommade étant rendue difficile à cause de la chaleur. Les soins aux malades sont

essentiellement prodigués dans le cadre de la famille. L'irrégularité de la distribution d'antibiotiques et la difficulté de recenser les communautés dans lesquelles la prévalence est élevée sont des obstacles à la mise en place d'un traitement de masse.

A l'avenir, l'accent sera mis sur le traitement de tous les foyers dans lesquels des cas de trachome actif ont été signalés et sur le dépistage en vue d'identifier les zones à risque, et d'envisager un traitement de masse. Il faudrait disposer de données complémentaires relatives à l'âge des patients. La prévalence de la maladie évolutive semble plus élevée chez les enfants âgés de 2 à 5 ans, ce qui veut dire qu'un dépistage pratiqué uniquement en milieu scolaire risque de passer à côté d'une proportion importante des cas. On s'efforce actuellement de faire des projections pour les autres divisions sanitaires du pays, d'obtenir des dons d'azithromycine et de poursuivre les activités de dépistage et les opérations du TT.

Il convient de remercier les divers partenaires internationaux qui ont soutenu les activités de lutte contre le trachome dans le pays.

La Gambie a opté avec bonheur pour une approche de santé publique du trachome et de la prévention de la cécité. Elle a enregistré des résultats positifs dans l'ensemble puisqu'elle est parvenue à élargir la couverture par les antibiotiques à la plupart des districts, et elle a effectué plusieurs enquêtes au niveau des régions, des districts et de la communauté. Si elle continue de bénéficier d'un soutien, elle devrait pouvoir atteindre le stade de l'élimination. Le programme de lutte contre le trachome porte sur l'ensemble du territoire et il fait appel à un vaste réseau d'agents communautaires formés à la prise en charge de toutes sortes de problèmes de santé publique, y compris la lutte contre le paludisme et le trachome. Cette infrastructure et l'intégration des services sont des éléments déterminants pour garantir la poursuite des activités de lutte et de surveillance après le départ des équipes mobiles et le retrait de l'aide extérieure.

Compte tenu du niveau de prévalence du trachome qui ressort de l'enquête, la Gambie remplit les conditions nécessaires pour bénéficier de dons d'azithromycine et elle va certainement présenter une demande en ce sens.

Bien que les données recueillies dans le cadre de la dernière enquête n'aient pas encore été analysées, il apparaît clairement que si le trachome cécitant a été éliminé dans certaines régions, la forme évolutive de la maladie réapparaît dans d'autres, et qu'il subsiste des poches de forte prévalence. Les résultats de la dernière enquête, qui s'est concentrée sur les enfants de moins de 10 ans, ne peuvent pas être comparés de façon précise avec ceux de l'enquête de 1996, qui portait sur les enfants de moins de 15 ans. Des activités de dépistage sont entreprises chaque année mais, du fait qu'elles se limitent généralement aux enfants d'âge scolaire, il se peut que des cas n'aient pas été pris en compte chez des enfants plus jeunes. Des examens cliniques ont été pratiqués et les messages de santé publique diffusés. La situation socio-économique n'a guère évolué en Gambie ces 10 dernières années.

La communauté dans laquelle on a enregistré le taux de prévalence du trachome évolutif le plus élevé (40 %) représentait un cas particulier en raison des problèmes politiques et sociaux auxquels elle était confrontée, qui ont entravé la coopération nécessaire pour appliquer un traitement de masse. Il y avait en outre une école dans laquelle vivaient des enfants, loin de leur famille et dans des conditions de surpopulation. Des efforts sont déployés pour s'attaquer à ces poches de forte prévalence de la maladie et motiver les communautés concernées, en les incitant, par exemple à apporter des changements à l'environnement. Il importe toutefois de ne pas relâcher la pression afin que ces communautés n'aient pas l'impression d'être utilisées uniquement à des fins de recherche.

Il faut mettre en place un système efficace de suivi et de surveillance et normaliser la collecte de données pour permettre des comparaisons à l'avenir et prévenir la résurgence imprévue de la maladie. Des informations sur la situation sanitaire, la prévalence d'autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose, l'accès à l'eau et l'assainissement, L'introduction d'autres mesures de santé publique devraient figurer dans les prochains rapports de pays, car elles sont révélatrices de la situation générale.

Une résurgence de la maladie est fort probable si les composantes « N » et « CE » de la stratégie CHANCE sont négligées. Ces composantes sont actuellement mises en œuvre en Gambie avec le nettoyage des villages et la construction de latrines. S'agissant de l'indicateur relatif à l'accès à l'eau, le temps nécessaire pour aller chercher de l'eau est rapporté au temps nécessaire pour faire cuire du riz, qui est de 30 minutes au minimum en Gambie. Le nombre de latrines est moins important que l'état de ces dernières et la façon dont elles sont utilisées.

Les autorités s'efforcent de faciliter les mesures de coopération avec le pays voisin, le Sénégal, par l'intermédiaire de l'Initiative Health for Peace. Jusqu'ici, les programmes communs de lutte contre le trachome n'ont pas recueilli beaucoup de soutien et la situation politique n'est pas toujours propice à une collaboration. En outre, au Sénégal, la priorité est accordée à d'autres régions dans lesquelles la prévalence du trachome est beaucoup plus élevée.

L'Alliance OMS devrait examiner ces questions transfrontières, en vue d'assurer un développement régulier des services de santé et d'hygiène du milieu ainsi que de l'économie des deux côtés de la frontière.

3.4. MEXIQUE

Dr Jorge Fernando Mendéz Galván, Directeur, Programme national de prévention et de lutte contre les maladies à transmission vectorielle, Ministère de la Santé, Mexique

Bien que le trachome soit apparu au Mexique au XIX^e siècle, on ne trouve pratiquement aucune trace de document écrit sur cette maladie avant 1962, date à laquelle une enquête a révélé que 30 % de la population adulte d'une municipalité de l'Etat du Chiapas, à l'extrême sud-est du pays, étaient atteints de cécité due au trachome. Des études complémentaires réalisées entre 1985 et 2001 ont révélé l'existence d'une forte prévalence de la forme évolutive de la maladie ou d'une infection récente dans la population de cet Etat, mais ces informations sont incomplètes.

La population du Mexique, dont l'effectif atteint environ 104 millions de personnes, est répartie dans 31 Etats et un district fédéral. Le Chiapas, qui compte une population de 4 millions d'habitants, est le seul Etat dans lequel le trachome est toujours endémique. La maladie est concentrée dans cinq municipalités (4,2 %) dans les zones montagneuses et affecte principalement la population autochtone. La population à risque représente 0,13 % de la population nationale. Le recensement de 2000 a révélé que les taux d'analphabétisme et de mortalité dans les municipalités concernées étaient plus élevés que la moyenne nationale. La plupart des foyers sont raccordés au réseau électrique mais, en ce qui concerne l'approvisionnement en eau et l'assainissement, ils sont généralement moins bien lotis que le reste de la population. La situation s'est toutefois nettement améliorée depuis une vingtaine d'années en ce qui concerne ces indicateurs.

Un programme de lutte contre le trachome reposant sur la stratégie CHANCE a été mis en place en 2002, qui consiste à décentraliser les activités dans des microrégions et à assurer une surveillance épidémiologique active des ménages deux fois par an dans la population à risque. La formation, la participation de la communauté, et la coordination et la collaboration intersectorielles sont aussi des composantes importantes du programme, car elles permettent l'intégration de mesures utiles pour la santé publique. En outre, les crédits alloués aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et à l'éducation ont été augmentés. Le programme bénéficie d'un soutien politique énergique du Président, du Gouverneur de l'Etat et des autorités sanitaires à l'échelon fédéral et à celui des Etats. Il a démarré avec un budget de 450 000 USD et a été doté de plus de 4 millions USD pour 2004-2005. Des activités spéciales contre le trachome ont été organisées au Chiapas, notamment à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé et d'une semaine consacrée au trachome en octobre 2005. Des plans microrégionaux sont mis en place en tenant compte des particularités locales et notamment de la taille de la population, du nombre de villages, de l'accès à la santé et à d'autres services, et des possibilités d'orientation-recours et de suivi des patients.

En 2005, 97 % des ménages ont fait l'objet d'une surveillance active et la totalité des 439 cas de trachome actif dépistés ainsi que leur famille ont été traités avec l'azithromycine. Sur les 220 cas qui avaient besoin d'une opération, 22 ont déjà été opérés. La prévalence du trachome est moins élevée que prévu : 1,9 % (TF 0,4 %, TI 0,01 %, TS 1,4 %, TT 0,17 %). La prévalence du TT chez les femmes de moins de 40 ans et celle du TF/TI chez les enfants de moins de dix ans étaient toutes deux de 1,9 %.

Parmi les points forts il faut citer le soutien politique et les allocations budgétaires, les activités microrégionales, une définition précise de l'épidémiologie de la maladie et un système de surveillance active, un bon niveau de formation du personnel à la gestion intégrée de la maladie et la participation communautaire. Ce programme pourrait servir de modèle pour aborder d'autres problèmes de santé publique tels que la mortalité maternelle et infantile.

Une analyse plus approfondie des données recueillies est nécessaire pour disposer d'informations sur les facteurs de risque, les moyens de mieux évaluer l'impact des interventions et l'amélioration des techniques utilisées pour le diagnostic et l'opération du TT. Il faut aussi améliorer la situation socio-économique de la population autochtone. Il importe de prévoir les modalités de financement du programme une fois que l'aide extérieure aura cessé.

Il est possible d'améliorer l'accès aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de développer et consolider la collaboration intersectorielle, d'accroître la participation des autorités locales et de la communauté et de sensibiliser la population à la nécessité de modifier son comportement.

Compte tenu de l'évolution actuelle du climat politique au Mexique, il se peut que le trachome ne soit plus reconnu comme un problème de santé publique. En outre, la population n'a toujours pas suffisamment recours aux services de santé dans les régions d'endémie. Cela dit, les conditions sont favorables à l'élimination du trachome dans un proche avenir.

Depuis le recensement de 2000, l'accès aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement n'a pas cessé de s'améliorer dans toutes les municipalités affectées. Cependant, la manière d'utiliser l'eau pour le nettoyage du visage est le facteur le plus important pour la prévention du trachome.

Le programme de lutte contre le trachome mis en place par le Mexique n'a pas tardé à porter ses fruits. Le diagnostic communautaire, la détermination des autorités à l'égard de l'objectif de l'élimination, l'allocation de crédits spécifiques, le développement socio-économique des zones concernées, un bon travail technique et la participation communautaire sont les principaux éléments qui ont contribué au succès du programme. Pour atteindre l'objectif de l'élimination, il faudra à tout prix veiller à maintenir un bon niveau d'hygiène individuelle et familiale, par l'éducation communautaire, à mesure que le trachome reculera. Ces activités devront être intégrées dans les soins oculaires primaires, les soins de santé primaires et les services sociaux, avec une forte participation communautaire pour améliorer l'environnement local. La lutte contre d'autres maladies est organisée de la même façon au Chiapas. Par contre, un modèle différent est nécessaire pour la plupart des autres Etats du Mexique qui sont exempts de trachome et où les conditions locales et socio-économiques sont très différentes.

La surveillance au Chiapas est assurée par 28 agents formés, placés sous la supervision d'un épidémiologiste. Ces derniers se rendent tous les six mois dans tous les foyers des zones affectées, pour couvrir l'ensemble de la population à risque. Des contrôles ponctuels sont effectués auprès de certains ménages pour évaluer le travail accompli par ces agents. Afin d'améliorer le rapport coût/efficacité de ces activités, le Ministère de la Santé du Chiapas envisage d'inclure d'autres maladies dans ce système de surveillance, qui est très bien accepté par la population.

3.5. MALI

Dr Sanoussi Bamani, Coordonnateur, Programme national de prévention de la cécité, Bamako

Le Mali compte environ 12 millions d'habitants, dont 49 % sont âgés de moins de 15 ans. Son produit intérieur brut est de 850 USD par habitant et le revenu annuel moyen des ménages est de 250 USD. Des activités de lutte contre le trachome ont été entreprises dans cinq Etats, avec le soutien des organisations suivantes : Carter Center, Eau Vive, Helen Keller International, Islamic Relief, ITI, Lions Club International, Médecins sans Frontières, Organisation pour la Prévention de la Cécité, Sight Savers International, Croix-Rouge suisse et World Vision. Une enquête effectuée en 1997 a révélé que la prévalence nationale de TF/TI était de 34,9 % (23-46 % selon les Etats). La prévalence de TT était de 2,5 % (0,7-3,8 %), et les opérations pour trichiasis étaient indiquées dans quelque 85 831 cas. Le trachome reste l'une des principales causes de cécité évitable.

Les OUI correspondant aux différentes composantes de la stratégie CHANCE ont été déterminés pour les cinq prochaines années et se présentent comme suit : opération TT chez 105 896 personnes, 26,5 millions de traitements antibiotiques, nettoyage du visage chez 80 % des enfants de moins de neuf ans, amélioration de l'approvisionnement en eau de 70 % des ménages contre 52% actuellement, accès aux latrines pour 90 % des ménages contre 70% et environnement propre chez 70 % des ménages. Ces OAI ont aussi été définis pour chacun de ces objectifs avec une augmentation progressive de 2005 à 2009.

Une enquête a été réalisée dans sept districts d'une même Région, celle de Koulikoro, en 2005, à la suite de l'introduction de la stratégie CHANCE et d'un traitement sur trois années à l'azithromycine. Elle a révélé une prévalence de 2,51 % de TF/TI chez les enfants de moins de dix ans et une prévalence de 1,44 % de TT chez les femmes.

Le Mali dispose d'un réseau d'environ 15 000 distributeurs communautaires d'ivermectine qui peuvent collaborer à l'administration d'un traitement de masse par antibiotiques et les résultats encourageants de l'enquête réalisée en 2005 à Koulikoro autorisent un certain optimisme pour l'avenir.

Il n'existe pas de véritable politique de gestion du réseau de distribution, mais des discussions sont en cours avec les autorités locales et régionales pour résoudre certains problèmes. La mobilisation insuffisante des ressources financières est l'une des principales contraintes, de même le fait que le plan national de lutte contre le trachome pour 2004-2009 n'est pas encore validé par le Ministère de la Santé, ce qui complique la collaboration avec les partenaires internationaux. Un plan d'activités Vision 2020 a été formulé en 2005. Contrairement aux informations communiquées antérieurement, on observe une démotivation de certains partenaires à mesure que l'on s'approche de la date fixée pour l'élimination du trachome cécitant (2015).

Il reste encore un grand nombre de partenaires pour la plupart des composantes de la stratégie CHANCE et les activités de lutte contre le trachome pourraient être intégrées à celles qui ont pour cible d'autres maladies comme l'onchocercose et la filariose lymphatique, afin de réduire les coûts.

Le programme de lutte contre le trachome pourrait être compromis si le Gouvernement n'augmente pas les crédits alloués pour compenser la perte de soutien des partenaires : le montant des allocations pour 2006 est inférieur à celui de 2005 et la distribution des fonds au niveau local est souvent retardée. On peut toutefois encore espérer que le traitement de masse à l'azithromycine pourra être étendu aux régions qui en ont besoin. Il y a un risque de résurgence du trachome dans la population si les composantes « N » et « C E » ne sont pas maintenues dans certaines régions comme celle de Koulikoro, où le traitement de masse a été interrompu en raison de la faible prévalence de la maladie évolutive. Dans ces régions, il est prévu de continuer le traitement dans les poches d'infection résiduelle et de développer l'éducation à la lutte contre le trachome, en utilisant, pour la formation des enseignants, une méthode en cascade à partir d'un noyau initial de formateurs. La participation multisectorielle aux niveaux national et local devra être renforcée si on veut atteindre l'objectif de l'élimination.

Il est utile de se reporter aux précédents taux de prévalence à des fins de comparaison et de tenir compte de l'évolution de la couverture de toutes les composantes de la stratégie CHANCE.

Les conditions de vie se sont considérablement améliorées à Koulikoro pendant la période qui s'est écoulée entre les enquêtes de 1997 et de 2005, et selon les résultats d'enquêtes réalisées à partir d'un protocole, les messages destinés à promouvoir les conditions d'hygiène ont porté leurs fruits.

Etant donné que la prévalence du trachome recule, la taille des échantillons doit être raisonnable pour que les résultats des enquêtes soient crédibles. Pour l'enquête de Koulikoro, par exemple, la taille de l'échantillon était d'environ 2000 individus pour chaque district de santé, ce qui correspond en moyenne à une population de 120 000 individus. Ces échantillons comprenaient entre 1100 et 1200 enfants de moins de dix ans et entre 800 et 900 femmes de plus de 15 ans.

Les activités visant à dépister les cas de trachome actif et les cas de TT, et à administrer un traitement antibiotique se poursuivent au Mali. Là où on a cessé le traitement antibiotique, la mise en œuvre de la stratégie CHANCE continue, et en particulier les composantes « N » et « CE », grâce à des ressources extrabudgétaires. La fréquentation scolaire étant de 70 %, une majorité d'enfants reçoivent une éducation en matière de santé et d'hygiène.

Le dépistage peut s'avérer coûteux et il faudrait mettre en place des systèmes de surveillance durables avant la fin du traitement de masse. Les évaluations rapides du trachome peuvent s'avérer utiles pour recenser les communautés dans lesquelles la maladie est toujours évolutive.

Les crédits alloués à la santé sont un important sujet de préoccupation à l'échelle mondiale et il faut trouver des solutions novatrices. Cela dit, une modification brutale du soutien accordé par l'Etat ou par des partenaires peut gravement compromettre l'application des programmes.

Au Mali, les stocks d'antibiotiques sont constitués au niveau national, puis dirigés vers des dépôts régionaux. Les districts sont ensuite approvisionnés en fonction des besoins, par l'intermédiaire de correspondants dûment formés, qui forment à leur tour les responsables des postes de santé. Ces derniers initient les distributeurs dans les villages à l'utilisation de la stratégie CHANCE, en insistant sur l'importance de toutes ses composantes. Des quantités minimales d'antibiotiques sont envoyées dans les districts et distribuées dans les villages pour éviter les problèmes liés à la constitution de stocks et à l'entreposage.

Il est de plus en plus difficile de trouver des distributeurs locaux, au sein même des communautés, depuis que leur rémunération a dû être réduite suite au retrait du soutien de quelques partenaires. On s'efforce actuellement de trouver des solutions, de préférence au sein des communautés elles-mêmes.

Les enfants de 0 à 6 mois sont traités au moyen d'une pommade oculaire à la tétracycline, ceux de 6 mois à 5 ans reçoivent de l'azithromycine en suspension et à partir de 5 ans, le traitement à l'azithromycine est administré sous forme de comprimés. Des taux de couverture de 89 à 91 % ont été obtenus dans trois Régions en 2005, et ils ont

été moins élevés dans le quatrième, qui se compose d'un seul district, du fait que la région a été ajoutée tardivement et que l'azithromycine n'a été administrée que sous la forme de comprimés. Le taux de couverture devrait augmenter en 2006.

Dans presque 80 % des communautés du Mali, les latrines sont correctement utilisées. On s'efforce actuellement de construire des latrines modernes, à un coût abordable pour les communautés, et d'apprendre à ces dernières à les utiliser.

L'expérience de pays comme le Mali, qui ont mis en œuvre toutes les composantes de la stratégie CHANCE est riche d'enseignements et c'est pourquoi il est extrêmement important de veiller à ce que les résultats soient publiés et diffusés. Les informations sur l'incidence du traitement d'enfants de moins de 12 mois sont particulièrement utiles.

3.6. GHANA

Dr Maria Hagan, Chef de l'Unité des Soins oculaires, Service ghanéen de la santé, Accra

D'après le recensement de 2000, le Ghana compte une population de 21,7 millions d'habitants. Le trachome est endémique dans deux des dix régions et 26 des 138 districts du pays. La population des régions d'endémie avoisine les 2,7 millions d'habitants. Les enquêtes ont bénéficié de l'assistance du Carter Center et d'ITI. Une enquête réalisée dans cinq districts en 2000 puis une autre enquête réalisée en 2002, dans un sixième district, ont fait apparaître les taux de prévalence ci-après : 16,1 % pour TF/TI chez les enfants de 1 à 9 ans, et 8,4 % pour TT, 29,3 % pour TS et 0,5 % pour CO chez les femmes de 40 ans et plus. En 2004, des enquêtes sur la situation du trachome réalisées dans tous les districts d'endémie avaient révélé des taux de prévalence oscillant entre 5 et 10 % pour TF et entre 1 et 10 % pour TT chez l'adulte de plus de 40 ans. Selon les informations communiquées par des agents de santé, les cas de trachome découverts dans des districts de la Haute Région Orientale sont des cas importés et une enquête sur la prévalence du trachome dans cette région devrait être réalisée en 2006.

La date cible pour l'élimination du trachome cécitant au Ghana est l'année 2010. Un plan stratégique quinquennal est actuellement mis en œuvre. Il existe des équipes spéciales de lutte contre le trachome à l'échelon national et régional ainsi qu'à celui du district, qui tiennent des réunions trimestrielles avec la présence des partenaires stratégiques. L'équipe nationale est présidée par le chef de l'Unité de lutte contre la maladie du Service ghanéen de la santé et la responsabilité de la lutte contre le trachome incombe à un administrateur de programme.

Des progrès encourageants sont actuellement accomplis en direction de la réalisation des OUI et des OAI. Pour 2005, on a enregistré une couverture de 76 % des OAI pour les opérations du TT, de 91 % pour le traitement antibiotique, de 88 % pour le nettoyage du visage, de 100 % pour l'approvisionnement en eau saine et de 77 % pour les latrines. Le taux d'opérations du TT progresse rapidement puisque 1146 opérations ont été pratiquées en 2005. Le traitement de masse par antibiotiques est aussi en progression. Il a toutefois été interrompu dans les districts où la prévalence du TF est tombée en dessous de 5 %. Les informations relatives au nettoyage du visage sont rassemblées chaque mois par les personnels chargés de l'hygiène du milieu.

Parmi les partenaires internationaux qui participent au financement de la construction de latrines et des installations d'adduction d'eau, on peut citer le Carter Center, le Secours catholique, New Energy, la Professional Network Association, l'UNICEF, Water Aid, la West African Water Initiative et World Vision. En 2005, des études consacrées à la gestion de la distribution de l'azithromycine ont été réalisées par John Snow Inc., avec l'appui d'ITI et une enquête sur le coût des latrines a été réalisée par le Carter Center.

Les recherches systématiques porte à porte se sont avérées efficaces pour identifier les cas nécessitant une opération du TT, en particulier lorsque les équipes étaient dirigées par des infirmières spécialisées en soins ophtalmiques. Ces dernières peuvent aussi pratiquer des opérations. Les recherches effectuées les jours de marché sont encore plus efficaces. Les agents de santé communautaires, de même que toute personne spécialement formée à cet effet, peuvent participer à la recherche des cas. Les témoignages de clients satisfaits facilitent l'acceptation des opérations par les membres de la communauté, et en particulier par les personnes âgées.

L'azithromycine est très bien acceptée par la population. Ce médicament est largement reconnu comme un traitement sûr et efficace et présente d'autres avantages. La couverture est plus élevée pendant la saison sèche, lorsque les communautés sont plus facilement accessibles. La participation active de responsables communautaires et de volontaires et des incitations telles que la fourniture de bicyclettes aux volontaires de la Croix-Rouge ont permis d'améliorer l'organisation des activités à base communautaire. La distribution de

médicaments est l'occasion de mettre à jour les registres, ce qui permet une utilisation plus rationnelle des ressources.

Les activités dans les régions méso-endémiques sont difficiles, surtout lorsque les communautés sont très isolées. Elles nécessitent davantage de temps et de ressources que dans les régions à forte prévalence. La mise en œuvre des activités peut être planifiée pour la saison sèche, lorsque les travaux agricoles sont ralentis et les communautés facilement accessibles. Le personnel de terrain peut être encouragé à faire des heures supplémentaires pour compenser l'insuffisance des effectifs. Les camps ophtalmologiques au cours desquels sont pratiquées les opérations du TT qui rassemblent du personnel de régions non endémiques, peuvent contribuer à relever les taux d'opérations. Cependant, les activités de lutte contre le trachome sont parfois entravées par d'autres activités sanitaires à grande échelle telles que les journées nationales de vaccination. Il faut rappeler continuellement à la population les avantages pour la santé d'une bonne hygiène personnelle, de manière à promouvoir les composantes « C » et « E » de la stratégie CHANCE et encourager la construction et l'utilisation de latrines par les ménages.

Un événement médiatique a été organisé au début de l'année 2006 pour informer la population sur le trachome et les facteurs de risque de cette maladie. Les autres projets et cibles fixés pour l'année consistent notamment à dépister et opérer 1500 cas de TT, traiter 1,6 million de patients avec des antibiotiques et former ou recycler 1200 agents de santé, 650 enseignants, 130 agents chargés de la salubrité de l'environnement et 4000 volontaires. En outre, une enquête de référence sera réalisée dans la Haute Région Orientale sur la prévalence du trachome. Des cibles d'intervention ont aussi été définies pour les activités de sensibilisation à l'importance des latrines familiales et de l'approvisionnement en eau saine, de la production et de la diffusion de matériels d'IEC et de l'appui aux clubs de radio amateurs.

Au nombre des partenaires stratégiques figurent : ActionAid, le Carter Center, CBM, ITI, New Energy, Sight Savers International, La Croix-Rouge suisse, UNICEF, l'USAID, Water Aid Ghana, la West Africa Water Initiative, l'OMS et World Vision Ghana.

La surveillance et la sensibilisation sont essentielles pour permettre de dépister et de traiter les cas de TT et la mise en œuvre des composantes « N » et « CE » de la stratégie CHANCE progresse encore.

Au Ghana, comme ailleurs, l'azithromycine est bien tolérée et les patients sont tout à fait disposés à accepter ce traitement. L'approvisionnement ne pose pas de problèmes mais les distributeurs sont moins rémunérés qu'avant. Il faudrait peut-être inviter les communautés à désigner un plus grand nombre de bénévoles pour se charger de ce travail. On pourrait s'inspirer de l'expérience acquise par les programmes de lutte contre l'onchocercose dans la distribution d'ivermectine, qui a été confiée à des volontaires élus par la communauté, ce qui a eu pour effet d'augmenter la consommation de ce médicament.

3.7. NEPAL

Dr Bal Bahadur Thapa, Coordonnateur national, Programme national de lutte contre le trachome, Katmandou

Le Népal est un pays montagneux dont la superficie est d'environ 147 000 km² ; il comprend cinq régions de développement, 75 districts et 4000 comités de développement des villages. L'effectif de la population est d'environ 22,73 millions d'habitants, dont 86 % vivent dans des zones rurales. Le revenu annuel par habitant est de 271 USD. Le programme national de lutte contre le trachome est le fruit d'une collaboration pour la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Un protocole d'accord de cinq ans a été conclu entre le Ministère de la Santé et de la Population et la Société népalaise de soins ophtalmologiques complets (Nepal Netra Jyoti Sangh), le Département de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et ITI. Les activités sont supervisées par un comité national d'orientation des programmes dynamique, au sein duquel sont représentés l'OMS, l'UNICEF et les ONG et un correspondant a été désigné au sein du Ministère de la Santé et de la Population. La Stratégie CHANCE a été lancée en 2002 dans neuf districts d'endémie et se développe de plus en plus. Un plan stratégique quinquennal (2005-2009) a été élaboré.

Le Népal s'est fixé l'échéance de l'an 2010 pour l'élimination du trachome cécitant. Les critères d'élimination sont une prévalence de moins de 5 % pour TF chez les enfants de 1 à 9 ans et une prévalence du TT inférieure à 1‰ pour tous les groupes d'âge. Les principaux objectifs sont de rattraper les retards dans les opérations du TT (39 000 cas en attente) et de distribuer de l'azithromycine à 2,7 millions de personnes d'ici 2010.

A ce jour, la mobilisation de 46 chirurgiens du TT qui ont reçu une formation spéciale à la technique de rotation bilamellaire du tarse a permis d'opérer 9758 personnes. Une formation à la stratégie CHANCE a été dispensée à 12 456 agents de santé communautaires bénévoles de sexe féminin et 1381 agents affectés à des postes de santé ou des structures sanitaires périphériques ; 2473 enseignants ont suivi une formation pour apprendre à dispenser les informations sanitaires nécessaires et expliquer aux enfants comment se laver le visage. Quelques 1,8 million de doses d'azithromycine ont été distribuées. Les foyers équipés de latrines représentent 27 % de la population ; quant à l'accès à l'eau potable, ce pourcentage est de 71 % et la cible fixée pour 2006 de 80 %.

Les objectifs stratégiques du programme national de lutte contre le trachome consistent à :

- recenser les districts lourdement affectés par la maladie,
- étendre la couverture des interventions dans les zones affectées,
- encourager la collaboration et les partenariats pour la mise en œuvre de la stratégie CHANCE,
- mobiliser des ressources nationales et internationales pour assurer une distribution suffisante,
- fournir gratuitement des services de bonne qualité aux groupes cibles
- et mettre en place un système de surveillance, de suivi et d'évaluation.

Des objectifs ont aussi été fixés pour toutes les composantes de la stratégie CHANCE. Une formation est dispensée aux membres des Comités des villages pour leur apprendre à dépister les cas de TT et à les diriger vers les services compétents. Des services de chirurgie sont assurés dans les hôpitaux et les camps ophtalmologiques, et les assistants en soins ophtalmiques sont formés aux techniques chirurgicales. Des réseaux de bénévoles formés par le Ministère de la Santé et de la population sont actuellement mis en place pour la distribution d'antibiotiques et des informations sont diffusées dans la population avant leur distribution. Les doses d'azithromycine sont calculées en fonction de la taille. Un traitement de masse est administré pendant trois ans dans les zones où la prévalence du TF est supérieure à 10 % chez les enfants de 1 à 9 ans. Il est prévu de distribuer 1,9 million de doses en 2006. Des matériels d'IEC sont en cours d'élaboration et des messages d'éducation sanitaire sont diffusés par l'intermédiaire des médias, des écoles et du Comité national d'assainissement. Les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont développés.

Des évaluations rapides du trachome ont été réalisées dans 25 districts suspects. Elles ont été suivies d'enquêtes détaillées dans 13 districts portant sur 6,6 millions de personnes et réalisées conformément au protocole OMS. Le taux moyen de TF chez les enfants de 1 à 9 ans et de TT chez les plus de 14 ans étaient de 14,3 % et 1 % respectivement. D'autres enquêtes seront effectuées en 2006.

Le programme de lutte contre le trachome suscite un vif intérêt de la part du Gouvernement et des principaux partenaires, tels que Helen Keller International, l'UNICEF et l'OMS. Il existe un bon réseau de soins ophtalmiques dans tous le pays et des chirurgiens ont reçu la formation nécessaire pour pratiquer les opérations du TT. L'azithromycine est fournie par Pfizer, par l'intermédiaire d'ITI, et le Gouvernement a prévu un budget pour sa distribution. L'observance du traitement est satisfaisante et il s'avère utile contre d'autres maladies (par exemple les infections sexuellement transmissibles). Le programme de lutte contre le trachome et les matériels d'IEC (fournis par le BBC World Service Trust) se rapportant au nettoyage du visage et à l'amélioration de l'environnement sont bien acceptés par la population. Les ressources en eau sont en général suffisantes et plusieurs organismes nationaux soutiennent financièrement les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

La motivation des patients atteints de TT est une activité qui demande à la fois du temps et de l'argent. Le nombre de cas dans chaque district est peu élevé et la maladie n'est pas mortelle. La cécité ne se produit qu'au bout de plusieurs années. Les services ministériels n'ont guère d'expérience dans le domaine de la gestion et de la distribution de l'azithromycine et le territoire népalais est difficile à couvrir. Quelques patients se sont plaints des effets secondaires associés aux antibiotiques (diarrhée, nausées, céphalées) et il pourrait y avoir des erreurs d'administration sur les sites de distribution. De plus, compte tenu de l'exode rural, certains patients s'en vont. Il est difficile de surveiller les indicateurs pour les composantes « N » et « CE » et les efforts déployés pour modifier les habitudes individuelles demandent beaucoup de temps et d'argent. La précarité de la situation économique entrave le progrès dans certains secteurs.

Les témoignages de patients qui ont été opérés aident à convaincre les autres d'accepter cette opération, qui ne doit pas nécessairement avoir lieu dans un centre de santé mais peut être pratiquée par des équipes mobiles. L'Ambassade de l'Inde au Népal a offert sa participation financière en vue de rattraper le retard dans les opérations du TT. L'offre d'azithromycine est suffisante et des crédits budgétaires sont prévus pour faciliter l'importation et la distribution de ce médicament, ce qui facilite la mise en œuvre de la stratégie de traitement de masse. Il existe une bonne collaboration dans le secteur des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement à tous les niveaux et rien ne fait obstacle à l'exécution du programme.

L'instabilité de la situation actuelle compromet le bon déroulement et la viabilité des activités de lutte contre le trachome et la présentation de rapports insatisfaisants pourrait décourager l'aide internationale. On ne connaît pas la charge représentée par le trachome évolutif à l'échelon national et il n'est pas rare que les patients atteints de TT ne soient pas au courant de leur état ou craignent de se faire opérer. Les problèmes de bureaucratie au sein du Ministère de la Santé et de la population peuvent retarder la distribution des antibiotiques. Le programme pourrait bien échouer s'il n'est pas fermement soutenu par le programme national.

Le trachome est en recul au Népal, tout comme dans la plupart des pays, mais il constitue encore un problème de santé publique dans certains districts. Il faudra par conséquent déployer de nouveaux efforts pour soutenir la mise

en œuvre de la stratégie CHANCE et garantir la réalisation de l'objectif de l'élimination du trachome cécitant d'ici 2010. L'appui des partenaires internationaux continuera d'être nécessaire pour les enquêtes de prévalence et les activités de lutte.

Le Népal a le mérite d'avoir su, en l'espace de neuf mois, faire d'un simple projet une initiative dirigée par le Gouvernement. Il peut compter sur un solide réseau de chirurgiens travaillant pour des ONG et sur une forte motivation de la communauté pour la mise en place de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les taux de prévalence de la cataracte, du glaucome et des troubles de la vision sont aussi pris en compte lors de la planification des services.

Il aurait été intéressant d'avoir de plus amples détails sur les succès enregistrés ces 12 derniers mois et de disposer de données ventilées concernant les différents indicateurs, notamment pour les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement pour les districts d'endémie.

Pfizer a confirmé aux pays qui progressent sur la voie de l'élimination son intention de continuer ses dons d'azithromycine. Elle n'est pas prête cependant à prendre en charge les droits de douane et les gouvernements devront prendre les dispositions budgétaires adéquates d'autant plus que les programmes de lutte contre le trachome prennent de l'extension. Une enquête ouverte sur les effets secondaires dont ont été victimes 30 enfants d'un même village après avoir reçu de l'azithromycine a conclu que ces effets ne pouvaient être attribués à l'antibiotique. Il convient de poursuivre les recherches sur les effets bénéfiques potentiels de l'azithromycine sur d'autres maladies telles que le trachome. Il faudra pour cela s'inspirer de l'expérience recueillie par les programmes de lutte contre l'onchocercose dans l'utilisation d'ivermectine. Il a été démontré que l'ivermectine pouvait réduire la prévalence des helminthes intestinaux et du paludisme. L'azithromycine peut apparemment combattre les infections dermatologiques, les infections des voies respiratoires hautes, les infections des voies urinaires et des infections sexuellement transmissibles.

Le trachome est la deuxième cause de cécité au Népal. On espère parvenir à augmenter le taux d'opérations du TT en 2007, même si les ophtalmologistes ont aussi d'autres opérations à pratiquer et en particulier celles de la cataracte qui est l'un des problèmes prioritaires. Dans les activités de sensibilisation, il convient de souligner que le taux de mortalité chez les aveugles est 2 à 8 fois plus élevé que celui des personnes du même âge vivant au même endroit. En outre, la cécité implique des dépenses indirectes importantes pour la communauté et la famille. Un recueil de publications portant sur les relations entre la cécité et la pauvreté a été élaboré par l'Initiative mondiale contre la Cécité/Vision 2020.

4. RAPPORTS ANNUELS DE GRANDS PAYS D'ENDEMIIE

4.1. ETHIOPIE

M. Tsgaye Bedane Fulassa, Coordonnateur, Programme national de prévention de la cécité, Ministère fédéral de la Santé, Addis Abeba

L'Ethiopie a une population de 74 millions d'habitants dont 84 % vivent dans des zones rurales. Le trachome est endémique dans toutes les régions et dans plus de 550 des 611 districts. On estime à 63 millions de personnes l'effectif de la population à risque. Les programmes régionaux et locaux de prévention de la cécité sont gérés par une unité qui relève du Département du Ministère de la santé chargé de la Lutte contre les maladies, lequel coordonne aussi la formation et la collaboration avec les ONG. Le Comité national de prévention de la cécité est responsable de la prise de décisions, de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources. Avec l'aide financière de partenaires, une enquête nationale sur la cécité et les déficiences visuelles a été réalisée dans toutes les régions, prenant en compte les différents stades d'évolution du trachome. L'analyse des données recueillies lors de cette enquête est actuellement en cours et le rapport final devrait être publié dans les mois à venir. Selon des estimations provisoires, la prévalence de la cécité est de 1,25 %. Les partenaires internationaux soutiennent la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans 76 districts. Cette stratégie bénéficie aussi du soutien énergétique du Ministère de la Santé. Au nombre de ses partenaires on peut citer l'Université d'Addis Abeba, la Fondation africaine pour la Recherche médicale, le Carter Center, CBM, Garbet Ledekuman, Light for the World, Lions Clubs International, ITI, la Société Ophtalmologique d'Ethiopie, Orbis International et World Vision Ethiopia.

Les effectifs des personnels de santé utilisés pour la lutte contre le trachome sont de plus en plus importants : en un an, de 2004 à 2005, le nombre de chirurgiens/infirmières spécialisés en soins oculaires est passé de 279 à 390 et celui des agents de vulgarisation sanitaire de 2737 à 7090. Ces derniers sont déployés dans les villages pour assurer la distribution des médicaments et promouvoir les composantes « N » et « CE » de la stratégie. Pour 2005, les OAI pour les opérations du TT étaient de 90 000 ; le nombre d'opérations pratiquées a été de

64 000 (78 %), ce qui représente moins de 7 % de l'arriéré. Ces opérations ont été financées à 98 % par des partenaires extérieurs. L'objectif pour 2006 a été fixé à 70 000 opérations. La couverture par l'azithromycine en 2005 a été de 2,6 millions de personnes dans 23 districts. L'objectif pour 2006 est fixé à 20 millions dans 200 districts. La tétracycline est principalement distribuée par les établissements de santé publics. La proportion de la population ayant accès à de l'eau saine et à un système d'évacuation hygiénique des excréta est passée de 28,4 % et 11,5 % respectivement en 2004 à 35,9 % et 29 % en 2005. Les activités visant à développer les installations d'approvisionnement en eau saine et d'assainissement sont intensifiées dans toutes les régions, une éducation en matière d'hygiène mettant l'accent sur le nettoyage du visage et la construction de latrines est dispensée par les établissements sanitaires et par les ONG au niveau de la communauté. Le Ministère de la Santé s'intéresse vivement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et il a mis en place un plan d'activités en vue d'atteindre l'objectif N° 7. Il s'est fixé pour cible de diminuer de moitié la proportion des personnes n'ayant pas accès en permanence à l'eau potable d'ici 2015.

La mise en œuvre de la stratégie CHANCE est entravée par la pénurie de personnels formés aux soins oculaires, l'insuffisance des établissements, équipements et matériels, ainsi que des allocations budgétaires et le manque de coordination à l'échelon régional.

Bien que des progrès remarquables aient été enregistrés en Ethiopie, seuls 14 % des districts sont actuellement couverts par des activités complètes de lutte contre le trachome et la charge de morbidité liée au trachome demeure très élevée. Les principales difficultés sont liées à la taille du pays, à la dispersion des ménages et au manque de communication, ainsi qu'à la présence de beaucoup d'autres problèmes de santé. Toutefois, on peut raisonnablement s'attendre à une intensification des activités si l'on peut compter sur une participation accrue du secteur public ; le plan stratégique de lutte contre le trachome a été révisé pour en tenir compte. Le Gouvernement attache une grande importance à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Il existe des bureaux sanitaires régionaux, la participation du secteur public augmente et il y a des projets de construction de nouveaux postes de santé. Les partenaires internationaux ont mis au point une répartition géographique de la main d'œuvre et créé une équipe spéciale qui se réunit chaque trimestre avec le Gouvernement pour examiner les actions à entreprendre. Les activités de formation des ressources humaines sont en cours, notamment afin de former des infirmières spécialisées en soins oculaires et des agents de vulgarisation sanitaire. L'azithromycine est fournie par ITI et Pfizer, et le Gouvernement a accepté de financer les dépenses d'entreposage et de gestion des stocks.

Il existe de nombreuses possibilités d'action pour les partenaires internationaux et 300 districts bénéficient déjà d'un soutien offert par des partenaires. Par exemple, à la suite d'une réunion de haut niveau organisée à Amhara en 2005, avec des représentants du Carter Center, d'ITI, du Lions Clubs International et de Pfizer, une intensification marquée des activités a été annoncée dans la région et il faut espérer que les ressources financières seront suffisantes pour financer 200 000 opérations du TT et administrer 3 doses d'azithromycine aux 19 millions d'habitants concernés. Des améliorations considérables ont déjà été enregistrées dans la couverture par les latrines et la fourniture d'eau saine et la CBM prévoit de créer 122 nouveaux points d'eau. La Fondation Internationale des Lions Clubs, en partenariat avec le Carter Center a, en outre, entrepris de former des infirmières spécialisées en soins oculaires et elle a accordé une subvention directe au Lions Clubs d'Ethiopie pour financer des activités de formation, l'achat du matériel nécessaire pour les opérations du TT et le coût de ces opérations elles-mêmes. On s'est inspiré de l'expérience des camps ophtalmologiques d'opérations de la cataracte pour réduire le délai d'attente pour les opérations du TT. Le Lions Clubs International est disposé à envisager la possibilité de financer ces activités dans d'autres pays. Avec l'appui de la Fondation Conrad N. Hilton, World Vision a élargi le champ de ses activités d'Amhara à Oromiya et espère pouvoir entreprendre des activités visant à améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Un soutien financier est également apporté par le PAM et l'UNICEF par l'intermédiaire de la stratégie avancée élargie pour les initiatives en faveur de la survie de l'enfant. Actuellement, l'Ethiopie est étroitement dépendante de l'aide extérieure pour le financement et le soutien technique de ses activités mais le Gouvernement espère assumer de plus en plus de responsabilités à l'avenir.

Une collaboration avec les pays voisins dans lesquels le trachome est aussi endémique sera utile pour synchroniser les activités de lutte contre le trachome.

4.2. CHINE

Dr Ai Lian Hu, Centre de soins oculaires de Beijing Tong Ren, hôpital de Beijing Tong Ren, Beijing

Dans les années 50, la prévalence du trachome en Chine était très élevée (55 % voire jusqu'à 90 % dans certaines zones rurales). Le trachome était la première cause de cécité, avec une prévalence de 25 à 37 %. Le Gouvernement a mis en place des activités de lutte contre le trachome et notamment des mesures de promotion

de la santé, des visites à domicile pour dépister les cas, des traitements aux antibiotiques et des recherches. En 1955, des chercheurs chinois ont réussi à isoler l'agent étiologique, *Chlamydia trachomatis*. La lutte contre le trachome a été ajoutée au programme de développement du pays en 1956 et une campagne nationale de prévention et de traitement du trachome et d'assainissement a été entreprise de 1957 à 1959, qui portait sur la formation, l'éducation du public, les examens cliniques et le traitement. La population est bien informée au sujet du trachome.

Dans les années 80, le plan national de lutte contre le trachome a été rattaché à un plan national de prévention de la cécité, qui englobe les composantes de la stratégie CHANCE. Des services de soins oculaires ont été dispensés à tous les niveaux et les soins oculaires primaires ont été intégrés aux soins de santé primaires. En 1987, les taux de prévalence du trachome et de la cécité liés au trachome étaient tombés à 18,9 % et 4,3 % respectivement, et le trachome n'était plus la principale cause de cécité.

Dans les années 1990, une attention accrue a été portée à la cécité liée à la cataracte. Le nombre de cas de trachome avait fortement baissé grâce au développement socio-économique. Cependant, il n'existait aucune donnée épidémiologique nationale et le trachome cécitant était toujours endémique dans certaines régions.

La Chine s'est associée à GET 2020 en 1999 et, avec l'appui de l'OMS et de l'Agence Internationale pour le Prévention de la Cécité (IAPB), elle a lancé un plan national visant à éliminer le trachome cécitant d'ici 2010, dont les principaux aspects étaient la mise en œuvre de la stratégie CHANCE au sein des services de soins de santé primaires et de soins oculaires primaires, la formation aux différents aspects de la stratégie et à la technique de l'évaluation rapide du trachome, l'éducation et la promotion des soins oculaires, le dépistage du trachome et la surveillance par l'Etat. Des modules de formation à la stratégie CHANCE ont été publiés. Les activités de dépistage ont révélé que le trachome n'est plus endémique dans un grand nombre de zones urbaines et qu'il subsiste des poches de la maladie dans certaines zones rurales. Sur un échantillon total de 17 006 adultes, on a recensé des cas de trachome (toutes catégories) dans 0,57 % des cas (0-5,5 %), de TF dans 0,05 % des cas (0-0,18), de TI dans 0,13 % des cas (0-44 %) de TT dans 0,15 % (0-5,5 %) et de CO dans 0,04 % des cas (0-0,12 %). Dans un échantillon de 17049 écoliers, la présence du trachome évolutif a été constatée dans 0,6 % des cas (0-7 %), celle du TF dans 0,38 % des cas (0-7 %), celle du TI dans 0,06 % (0-7 %) et celle du TT dans 0,06 % des cas (0-0,25 %). Le trachome actif est traité à l'azithromycine. Les écoliers reçoivent une brochure d'information sur les soins oculaires, ainsi qu'un gant de toilette personnel pour le nettoyage du visage et on leur explique comment procéder. A l'exception d'un petit nombre de zones reculées, l'approvisionnement en eau saine est désormais assuré dans l'ensemble du pays (la couverture était proche de 94 % en 2004).

Le trachome actif n'est plus préoccupant dans la plus grande partie de la Chine. L'évaluation de la prévalence soulève de grandes difficultés dans un pays aussi vaste et aussi peuplé que la Chine, et la méthode des évaluations rapides du trachome est utilisée dans les zones d'endémie. Les activités de dépistage sont ciblées sur les jeunes (0-19 ans), qui font l'objet d'un dépistage du TF/TI et les personnes âgées (50 ans et plus), qui font l'objet d'un dépistage du TT et du CO. Il sera nécessaire d'adopter une méthode présentant un bon rapport coût/efficacité pour évaluer l'état d'avancement du pays sur la voie de l'élimination du trachome cécitant.

De gros progrès ont été réalisés dans le domaine de la formation, en particulier si l'on considère que les données relatives à la Chine étaient encore très rares il y a peu de temps. Si cette évolution peut être attribuée en partie à l'adoption du système OMS de codage du trachome, il convient toutefois de relever que la prévalence du trachome actif a sérieusement baissé dans tout le pays depuis les années 50 et que, dans certains endroits, les ophtalmologistes ne rencontrent plus un seul cas. Le développement socio-économique et la mise en place de services de santé dans l'ensemble du pays ont été les principaux facteurs du recul du trachome. Cependant, dans un pays aussi peuplé, une faible prévalence représente tout de même un nombre important de personnes concernées : ainsi, une prévalence de 0,15 % pour le TT correspond à 1,5 million de personnes, ou à 25 % du nombre de cas de TT dans le monde.

En règle générale, les enfants ne sont soumis à un dépistage qu'au moment de leur entrée à l'école maternelle, à l'âge de 3 ans. Certains d'entre eux vivent parfois très loin de l'école et ne rentrent chez eux que les week-end. On leur explique comment utiliser leur bassine et leur gant de toilette. La prévalence du trachome évolutif est généralement plus élevée parmi les élèves du primaire que ceux du secondaire qui ont de meilleures notions d'hygiène personnelle.

Il importe de disposer de données nationales fiables pour pouvoir certifier que le trachome a été éliminé. Cela dit, la mise en place d'une surveillance complète dans un pays aussi grand sera extrêmement coûteuse. La méthode des évaluations rapides du trachome est le meilleur moyen de résoudre ce problème. Si ces évaluations ne permettent pas de recenser des cas de trachome cécitant dans les régions où les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont encore défectueux, il est peu probable que l'on en trouve dans les régions plus développées.

Quelques 3 à 6 millions d'individus sont atteints du TT, mais il s'agit souvent d'une forme relativement atténuée qui ne nécessite pas absolument une opération. Il faudrait définir les conditions à remplir pour qu'une opération soit justifiée. Les opérations peuvent être pratiquées dans tout le pays pour un coût modique mais la qualité de l'intervention est très variable.

4.3. INDE

Dr Rachel Jose, Sous-Directeur général (Ophtalmologiste.) Direction générale des Services de santé, Ministère de la Santé, New Delhi

Le trachome et la cécité due au trachome ne sont plus des problèmes de santé publique en Inde. Des enquêtes ont révélé que la proportion des cas de cécité liés au trachome sur l'ensemble des cas de cécité, qui était de 5 % en 1971-1974 n'était plus que de 0,39 % en 1986-1989, et n'avait pas évolué en 2001-2002. La cataracte est toujours la principale cause de cécité. Le nombre d'opérations de la cataracte a considérablement augmenté ces dix dernières années : quelque 4,4 millions d'opérations ont été pratiquées en 2005, dans 90 % des cas avec implantation de lentilles intraoculaires.

Une étude épidémiologique de la cécité dirigée par le Conseil indien de la Recherche médicale a été réalisée dans 15 des plus grands Etats en 1959-1963, en faisant appel à une méthode de sondage aléatoire. Elle a démontré que les taux de prévalence du trachome s'échelonnaient entre moins de 3 % et plus de 50 %, les taux les plus élevés ayant été relevés dans le nord-ouest du pays. C'est pourquoi un programme national de lutte contre le trachome a été lancé en 1963, qui a par la suite été intégré au programme national de lutte contre la cécité en 1976.

Une nouvelle enquête effectuée par l'OMS et le Gouvernement indien en 1986-1989 a montré une réduction de la prévalence qui variait entre moins de 3 % et 10 à 25 %. Là encore, ces prévalences étaient plus élevées dans le nord-ouest. Une analyse des données a révélé que la prévalence du trachome était plus élevée chez les femmes et chez les personnes vivant dans des régions rurales, et qu'elle augmentait après l'âge de cinq ans. Dans 53 % des cas détectés, il s'agissait de trachome actif. Une enquête effectuée en 1985 dans des régions qui étaient auparavant caractérisées par une forte endémicité a fait apparaître une prévalence du trachome de 8,5 %. La forme évolutive était présente dans 85,9 % des cas et la recherche d'antigènes s'avérait positive dans 54,9 % d'entre eux. On a constaté une augmentation de la prévalence après l'âge de trois ans.

La lutte contre le trachome englobe toute les composantes de la stratégie CHANCE, qui sont intégrées à d'autres activités de lutte contre la cécité. L'éducation sanitaire est aussi assurée. Les écoliers font l'objet d'un dépistage et un traitement de masse à l'azithromycine est dispensé dans les régions où des cas de trachome actif ont été recensés (TF <10 % chez les enfants de 1 à 9 ans). L'azithromycine est disponible si nécessaire. Dans les autres cas, de la pommade et des collyres à base de tétracycline sont données gratuitement par les centres de soins de santé primaires et les hôpitaux de district. Les cas de TT sont dépistés lors des camps de dépistage ophtalmologique où des opérations peuvent être pratiquées. Ces activités font partie du programme Vision 2020 et 50 000 personnes ont accès à des centres de la vision. Les activités de lutte contre le trachome sont financées par le Gouvernement, l'OMS, des ONG et le secteur privé.

Une évaluation rapide du trachome sera effectuée en mai 2006 dans un district d'un Etat d'hyperendémie. Il est prévu de procéder à d'autres enquêtes pour 2006-2007 afin d'évaluer la cécité chez l'enfant dans un Etat et de faire le bilan du programme national de lutte contre la cécité. Un appui supplémentaire est nécessaire pour financer ces enquêtes et la fourniture d'azithromycine pour le traitement de masse.

La participation d'un représentant du pays qui a été l'un des pionniers de la prévention de la cécité en Asie du Sud-Est à une réunion de l'Alliance de l'OMS est un fait sans précédent qui est grandement apprécié.

En 2001-2002 quelques 6 % des cas de cécité étaient dus au glaucome.

Il est difficile d'apprécier les rôles respectifs des interventions médicales et du développement socio-économique dans les progrès accomplis sur la voie de l'élimination du trachome. L'Inde connaît un développement socio-économique remarquable depuis quelques décennies, même si certaines zones rurales sont encore en retard. Elle s'est en outre dotée d'un programme très élaboré de dépistage des amétropies dans les écoles, encourage l'éducation en matière de santé et d'hygiène, dispose d'antibiotiques et d'une infrastructure satisfaisante pour l'approvisionnement en eau et possède de bons hôpitaux gérés par des ONG pour assurer

des soins au niveau périphérique.

En raison des taux peu élevés de trachome actif signalés par les ONG qui travaillent au niveau de la communauté, des enquêtes de prévalence de grande échelle ne sont pas justifiées. Tout comme en Chine, les évaluations rapides du trachome peuvent suffire pour évaluer la prévalence dans les zones suspectes, par exemple à proximité des zones d'endémie des pays voisins : le Pakistan et le Népal. Sight Savers International, qui a mis en place ses deux principaux programmes de lutte contre la cécité, est parfaitement conscient des problèmes qui existent dans ces régions et accorde la préférence aux évaluations ciblées.

Pour limiter les frais, les enquêtes peuvent être conduites dans le cadre d'autres enquêtes sur toutes les formes de cécité, comme cela s'est fait en Ethiopie. L'OMS est disposée à fournir un appui à ces enquêtes. Une fois la charge de morbidité liée au trachome évaluée, le Gouvernement doit donner la priorité à la lutte contre le trachome dans les zones critiques. Cet engagement politique devrait susciter un soutien élargi de la part des partenaires pour de nouvelles enquêtes et d'autres mesures, ainsi qu'on l'a constaté également en Ethiopie, de manière à pouvoir assurer un traitement de masse ou un traitement ciblé, selon les cas et favoriser la réalisation d'autres composantes de la stratégie CHANCE.

5. COALITION INTERNATIONALE POUR LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME (ICTC)

M. Jacob Kumaresan, Président, Initiative internationale contre le Trachome, New York

La Coalition internationale pour la Lutte contre le Trachome, créée en 2004, rassemble sept organisations désireuses de contribuer aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour éliminer le trachome cécitant et préconiser l'adoption et la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Elle a pour objectif de recenser des domaines de collaboration, d'attirer de nouveaux partenaires, de mobiliser des ressources supplémentaires pour financer les programmes nationaux, de jouer un rôle de sensibilisation pour faire mieux connaître la maladie et de soutenir la coordination des activités des ONG au sein des programmes nationaux de prévention de la cécité. Elle bénéficie de la participation d'ONG qui s'intéressent à la prévention de la cécité et au développement socio-économique. Quiconque adhère à la mission de la Coalition peut en faire partie.

L'alliance OMS est le groupe de travail de l'élimination du trachome au sein de Vision 2020 et c'est l'OMS qui rend compte à Vision 2020 des activités annuelles de l'Alliance. Par conséquent, elle présentera à son tour le présent rapport au niveau supérieur.

La Coalition internationale a tenu deux séances en 2005 : la première à Genève, les 23 et 24 mars, au Siège de l'OMS et la deuxième à New York, les 1^{er} et 2 novembre, au Siège de Pfizer. Elle s'est enrichie de nouveaux partenaires, et notamment d'organisations qui ne s'intéressent pas spécifiquement à la prévention de la cécité, comme WaterAid, l'International Rescue Committee, Rotary International, Micronutrient Initiative et d'autres organisations plus directement concernées comme le Carter Center, le Lions Clubs International, Pfizer et Ulls del Món. Les participants ont examiné les modalités d'une coopération avec les programmes nationaux de lutte contre le trachome, et en particulier ceux du Kenya, de la République-Unie de Tanzanie et de l'Ouganda et se sont demandés quelle était l'organisation qui serait chargée de soutenir plus particulièrement le responsable national de la prévention de la cécité dans la coordination des activités de lutte contre le trachome et le développement d'équipes spéciales de lutte nationale contre le trachome. Elles ont aussi examiné les possibilités offertes et les échecs enregistrés en matière de collecte de fonds. Certains organismes s'efforcent de trouver des nouvelles sources de financement, ainsi Sight Savers International travaille en collaboration avec l'Union européenne sur un projet au Kenya et Operation Eyesight a entrepris des démarches auprès de l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI). Par ailleurs, ITI collabore aux efforts de sensibilisation entrepris au sein du Congrès des Etats-Unis, dans le domaine des maladies tropicales négligées. A cet égard, il est encourageant de constater qu'en novembre 2005 le Congrès a voté un crédit de 15 millions USD pour 2006, pour les activités consacrées à ces maladies (filariose lymphatique, onchocercose, géo-helminthiase, schistosomiase et trachome) et a prévu d'en faire autant dans les prochaines années. Compte tenu de l'accent mis actuellement sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que des maladies émergentes telles que la grippe aviaire, il est réjouissant qu'une importante organisation bilatérale telle que l'USAID ait reconnu l'importance de consacrer des ressources à ces autres maladies. Les maladies en question sont associées à la pauvreté et frappent particulièrement les plus démunis. Il faut espérer que le fait de s'attaquer à ces maladies en bloc offrira des occasions de synergie, en particulier au niveau de la communauté. En outre, des stratégies et des plans bien précis ont été définis pour lutter contre toutes les maladies concernées, principalement au moyen d'un traitement pharmaceutique de masse pour lequel quatre sociétés pharmaceutiques ont fait des dons. L'USAID a lancé un appel à propositions pour la période 2006-2010, pour une valeur de 100 millions USD. Il faut espérer que d'autres donateurs suivront cet exemple. La Coalition internationale n'a pas réussi à mobiliser les spécialistes de la collecte de fonds des organisations qui la constituent dans le cadre de ses réunions. Il importe de développer encore les compétences en ce qui concerne la mobilisation de ressources pour financer les activités de lutte contre le trachome et de sensibilisation, et de déployer des efforts accrus dans ce domaine. Il faut aussi explorer les possibilités de collecte de fonds à l'échelon national. L'engagement pris en 2005 par les

pays du G8 d'alléger la dette de 18 pays africains offre une possibilité de dégager des fonds qui pourraient être investis dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement et dans le développement d'infrastructures.

Mme Catherine Cross, Directeur, Programmes internationaux, Sight Savers International, Haywards Health, Angleterre

Comme cela a été relevé lors de la précédente réunion de l'Alliance OMS, le trachome n'est plus considéré comme un grave problème de santé publique au Nigéria, mais le gouvernement n'est pas parvenu à mobiliser suffisamment de ressources pour les activités de lutte contre cette maladie. Le Nigéria dispose toutefois depuis 10 ans d'un programme dynamique et bien coordonné de lutte contre l'onchocercose dans tout le pays, auquel participent huit ONG internationales qui sont chacune responsables d'une région géographique particulière. Ce programme repose sur un groupe spécial dynamique auquel il a été fait appel pour d'autres maladies comme le trachome. En outre, le coordonnateur national de la lutte contre l'onchocercose est aussi responsable de la lutte contre le trachome. Les activités relatives à l'élaboration d'un plan national de lutte contre le trachome et à la mise en place d'une collaboration intersectorielle semblent au point mort depuis quelques mois, toutefois il est question qu'un représentant d'ITI se rende dans le pays pour s'assurer que toutes les conditions sont remplies en vue de l'octroi d'un don d'azithromycine pour soutenir les activités de lutte contre le trachome dans le nord du pays. Cette visite a pour objet un travail de sensibilisation auprès des ministres ou des décideurs de tous les secteurs pertinents et l'organisation d'ateliers au niveau opérationnel avec la participation de représentants de l'Etat. La lutte contre le trachome au Nigéria devra être progressivement intensifiée.

La demande de financement présentée par le Kenya auprès de l'Union européenne a déjà été évoquée. Ce pays a postulé pour un don d'azithromycine et le gouvernement s'est associé à un groupe d'ONG pour présenter une demande de financement au titre de la rubrique budgétaire relative aux ONG européennes. Le groupe d'ONG en question est composé de l'African Medical Research Foundation (qui a son siège au Royaume-Uni), de la CBM et de Sight Savers International, et il est placé sous la direction de cette dernière. La demande de contribution de 1,5 million d'Euros sur trois ans a été présentée en mars 2006, mais la réponse pourrait prendre jusqu'à un an. Cette contribution serait en outre profitable à d'autres ONG et groupes nationaux.

M. Chip Morgan, Vice-Président, Operation Eyesight, Vancouver, Canada

Operation Eyesight, de même que d'autres organisations, a collaboré avec l'ICTC, il y a plusieurs années, à un projet pilote de lutte contre le trachome en Zambie et décidé de reproduire ce projet dans un district du Kenya. Sur la base de l'expérience qu'elle a acquise avec l'ICTC, et notamment pour la préparation d'une demande de financement déposée en commun avec un groupe d'organisations auprès de l'ACDI, la collecte de fonds pour le projet kenyan progresse. Cette expérience a montré que, lors de la collecte de fonds, il ne faut pas sous-estimer le coût de la mise en œuvre de toutes les composantes de la stratégie CHANCE et l'effort de collaboration que cela implique. Par exemple, pour un district dans lequel l'effectif de la population est de 1 million de personnes, le coût estimatif est de l'ordre de 2 millions d'USD, en fonction de l'infrastructure locale, de sorte qu'une demande de financement de 10 millions d'USD ne couvrira que cinq districts. Il importe en outre d'envisager le financement du point de vue du donateur.

Bien souvent, les donateurs bilatéraux sont peu enclins à financer des enquêtes isolées et préfèrent financer des activités de lutte contre le trachome dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Par conséquent, il est nécessaire de faire preuve de discernement dans la manière d'approcher les donateurs pour la lutte contre le trachome et de mettre en avant les multiples avantages indirects de la stratégie CHANCE pour l'atténuation de la pauvreté et le développement socio-économique en général. Cette nouvelle approche a déjà fait ses preuves : Rotary Canada a offert de couvrir les 75 % du coût de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district du Kenya (1,5 million d'USD), qui nécessite le forage de 50 puits profonds pour l'eau, soit la partie la plus coûteuse de la stratégie.

Dr Silvio Paolo Mariotti, Médecin, Secrétaire de GET 2020, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées, l'OMS inaugure une nouvelle approche qui englobe le trachome et qui tient compte des avantages indirects des composantes de la stratégie CHANCE. La nouvelle structure organisationnelle devrait offrir davantage de possibilités de récolter des fonds, de repérer et exploiter les synergies qui existent déjà sur le terrain.

Les ophtalmologues et les ministères de la santé sont encore trop axés sur les traitements cliniques et n'ont guère de compétences en matière de collecte de fonds. Etant donné que les maladies négligées se rencontrent parmi les populations négligées, il importe de souligner les déterminants sociaux de la prévention de la cécité et de la lutte antitrachomateuse. La stratégie CHANCE ne se borne pas à éliminer le trachome cécitant par un traitement médicamenteux. Des efforts beaucoup plus importants doivent être déployés pour exploiter les

ressources nationales affectées à l'atténuation de la pauvreté, à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à l'allègement de la dette. Il existe bien souvent des services spécialisés dans la lutte contre la pauvreté au sein des Ministères des Finances, lesquels travaillent parfois en collaboration avec un économiste de la santé du Ministère de la Santé, et il importe de mettre au point des méthodes appropriées pour convaincre ces hauts fonctionnaires des liens qui existent entre la pauvreté et la prévention de la cécité, et souligner les avantages d'un plan stratégique de lutte contre le trachome. Ainsi qu'on a pu le constater dans la lutte menée pour l'éradication du ver de Guinée au Cameroun, la collecte de fonds exige de la passion, de la patience et de l'engagement pour surmonter les obstacles politiques. Les pays ont des ressources mais il faut déployer des trésors de persuasion pour y accéder.

Lorsque des fonds sont disponibles, il importe de se préoccuper de l'avenir plutôt que de les investir très vite dans des programmes « verticaux ». Il est essentiel d'assurer la viabilité organisationnelle, structurelle et financière d'un projet, surtout en cas de problème de financement extérieur. A ce propos, on pourrait s'inspirer de l'expérience acquise par le programme de lutte contre l'onchocercose.

A sa prochaine réunion, l'ICTC devrait envisager d'examiner les changements à introduire pour s'adapter aux nouvelles méthodes de lutte contre le trachome en tant que l'une des maladies tropicales négligées qui frappent de préférence les communautés négligées et d'aider les Ministères de la Santé à avoir accès aux fonds relatifs à l'allègement de la dette et à la lutte contre la pauvreté. Il sera peut-être nécessaire d'inviter des conseillers financiers ou des économistes à assister aux réunions de l'ICTC ou de louer les services de consultants.

6. ATELIER SCIENTIFIQUE INFORMEL 2006 SUR LE TRACHOME

Professeur Sheila West, Professeur d'ophtalmologie et d'épidémiologie, Dana Center, The Wilmer Eye Institute, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, MD (Etats-Unis d'Amérique)

Au cours de l'atelier scientifique informel 2006 sur le trachome qui s'est tenu au siège de l'OMS, à Genève, le 7 avril 2006, des rapports ont été présentés aux participants sur les activités de recherche consacrées à l'immunologie et au diagnostic ainsi que des études de terrain réalisées dans des pays d'endémie. La section ci-après met l'accent sur les résultats de recherches qui présentent un intérêt direct pour les programmes de pays.

Les données fournies par la République-Unie de Tanzanie ont montré que le trachome était plus courant dans les populations considérées comme pauvres d'après les indicateurs de la Banque mondiale et que le programme de lutte touchait l'ensemble de la population. Ces résultats confirment que le trachome est principalement une maladie de pauvres et que la stratégie CHANCE peut être mise en œuvre de façon équitable.

Au Soudan, on a observé un recul important du trachome évolutif (jusqu'à 90%) chez les enfants au bout de trois ans dans deux des quatre districts affichant des taux élevés de couverture par les antibiotiques, la propreté du visage et l'accès à l'eau, ce qui confirme l'importance de la mise en œuvre de toutes les composantes de la stratégie CHANCE.

Des taux de récurrence élevés dissuadent les patients de recourir à la chirurgie, d'où l'importance du suivi des patients opérés et de la qualité des normes imposées pour les opérations chirurgicales. A la suite de l'amélioration de la qualité et de la surveillance, dans un essai clinique mené en Ethiopie, le taux de récurrence à un an était tombé à 8%. L'administration post-opératoire d'azithromycine a permis de réduire encore de 30% ce taux de récurrence. Les lignes directrices pour l'évaluation de la qualité des opérations du TT peuvent être obtenues auprès de l'OMS¹ et elles ont été utilisées dans cet essai. Parmi les facteurs qui favorisent des effets secondaires post-opératoires (jusqu'à 2 mois après l'opération), il faut citer les incisions inférieures à 20 mm. Les hommes ont généralement plus de granulomes que les femmes et le degré de gravité du TT avant l'opération est un facteur de récurrence post-opératoire.

Des études effectuées en Ethiopie et dans la République-Unie de Tanzanie ont montré que dans les villages où la couverture par les antibiotiques était supérieure à 90% et où des activités étaient entreprises dans le cadre des composantes « N » et « CE », il semblait y avoir une absence durable d'infection et en fin de compte, un recul sensible du taux de morbidité. Après trois années de traitement de masse annuel, les taux étaient liés à la couverture moyenne par les antibiotiques (il importe d'atteindre une couverture supérieure à 80%), la taille du village (les résultats sont meilleurs dans les petites unités administratives), à l'endémicité initiale et à la surveillance post-opératoire ainsi qu'au traitement des cas individuels. Dans les villages d'hyperendémie,

¹ *Final assessment of trichiasis surgeons*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/PBD/GET/05.2).

l'infection est faible après 2 à 3 traitements mais elle n'est pas absente et il y a des chances de récurrence du trachome si la stratégie CHANCE n'est pas pleinement appliquée puisque l'infection réapparaît s'il n'y a eu qu'un traitement de masse. On a observé d'autres agents pathogènes endémiques dans les zones de trachome.

Les recherches se poursuivent en vue de mettre au point un vaccin contre *chlamydia* pour compléter la stratégie CHANCE, et des systèmes de livraison perfectionnés pour éviter les ruptures de la chaîne du froid. Cela dit, il est peu probable qu'un vaccin puisse être élaboré avant des années et la stratégie CHANCE demeure dans l'intervalle la meilleure méthode pour l'élimination du trachome.

L'Etude conduite en Ethiopie suit son cours et les données correspondant à la deuxième et troisième années sont actuellement analysées. Les résultats de cette étude sont encourageants car ils démontrent que les taux de récurrence peuvent être considérablement réduits. Le suivi de patients sur 17 ans dans l'étude originale pour évaluer la procédure de rotation tarsienne bilamellaire à Oman a montré un taux de récurrence d'environ 50 % à 17 ans alors qu'il est de 18 % à 2 ans. L'opération est une intervention utile pour soulager les patients mais la prévention de la maladie est la meilleure option à long terme.

7. INITIATIVE INTERNATIONALE CONTRE LE TRACHOME

Dr Ibrahim Jabr, Vice président, Programmes, Initiative internationale contre le trachome, New York, Etats-Unis d'Amérique

Le trachome est la principale cause de cécité évitable dans le monde. Quelque 8 millions de personnes sont atteintes de déficiences visuelles dues à cette maladie et 84 millions de personnes souffrent de la forme évolutive. La perte annuelle de productivité imputable à cette maladie est estimée à 2,9 milliards d'USD. Le trachome est une maladie des pauvres, favorisée par un manque d'accès à l'eau, à l'assainissement et aux services de santé, et elle affecte principalement les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux. Les taux de cécité due au trachome sont jusqu'à trois fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

L'aide fournie par ITI aux programmes de pays permet actuellement de couvrir environ 27 % de la charge mondiale de morbidité, même si certaines données récentes laissent entendre que cette charge est peut-être moins élevée que l'on ne pensait dans certains pays comme la Chine et l'Inde.

Si la distribution d'antibiotiques est une composante importante de la stratégie CHANCE, le traitement pharmaceutique ne pourra pas à lui seul éliminer le trachome cécitant. En revanche le traitement de masse à l'azithromycine représente un progrès technique qui permet d'arriver plus rapidement au stade de l'élimination. A cet égard, il convient de souligner le rôle de Pfizer qui a pris la décision en 2003 de donner 135 millions de doses sur une période de cinq ans et qui a annoncé en 2005 son intention de continuer à faire des dons aux pays qui s'investissent sérieusement dans l'élimination.

Entre 1998 et 2005, plus de 220 000 opérations ont été pratiquées et quelque 37 millions de traitements antibiotiques administrés dans les pays bénéficiaires d'un soutien direct, et une augmentation notable des traitements antibiotiques a été enregistrée en 2005 (19 millions de traitements). Le nombre de traitements antibiotiques devrait atteindre ou dépasser les 29 millions en 2006.

ITI a été constituée en 1999 en tant qu'organisme public de bienfaisance et elle soutient actuellement 12 programmes nationaux de lutte contre le trachome. Elle a tout d'abord concentré ses efforts sur le lancement et la preuve de l'efficacité de la stratégie CHANCE. Puis elle a mis l'accent sur l'exécution des programmes de pays et l'investissement des gouvernements. En mars 2005 l'ITI a été chargée par son Conseil d'administration de réévaluer ses activités et de rechercher de nouvelles méthodes de planification de ses orientations stratégiques pour 2006-2010 afin de pouvoir offrir aux pays un soutien plus efficace. Il en est résulté une vision collective de l'avenir de l'initiative, avec une poursuite de la tendance à accroître la participation des gouvernements aux programmes de lutte contre le trachome à mesure que les pays intensifient leurs activités. ITI fournira des conseils stratégiques et techniques pour soutenir la mobilisation de ressources nationales et suivre la couverture et l'impact de la stratégie CHANCE ; et les efforts déployés pour réunir des fonds seront ciblés sur deux catégories de donateurs : les entreprises et les particuliers.

Si le taux actuel d'activité se maintient, on peut s'attendre à ce que la couverture des districts par la stratégie CHANCE dans les programmes nationaux financés par ITI passe de 17 % en 2005 à 57 % en 2010 et qu'au moins quatre autres pays que le Maroc (Ghana, Mauritanie, Népal et Viet Nam) pourront cesser le traitement intensif. Il devrait en résulter une réduction de 25 % de la charge mondiale de morbidité représentée par le trachome cécitant. ITI veillera à étendre ses activités à d'autres pays d'endémie et elle a élaboré des critères applicables à de nouveaux partenariats. Les pays devront pouvoir attester d'une évaluation de la charge de

morbidity du trachome endémique réalisée au moyen d'une méthode reconnue sur le plan international. Leurs gouvernements devront s'être engagés à accorder la priorité à la lutte contre le trachome en tant que problème de santé publique, à inclure la lutte contre le trachome dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté, ils devront mettre en œuvre une politique et un plan national en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Ils devront aussi s'être dotés d'un groupe spécial dynamique sur le trachome et avoir désigné un coordonnateur national et des partenaires (ministères, ONG, donateurs bilatéraux etc.), dont les rôles et les responsabilités auront été clairement définis de façon à exploiter au maximum leurs avantages respectifs.

Les décideurs risquent de réagir plus favorablement aux demandes d'assistance si on leur présente des données concrètes, de façon accrocheuse, en insistant non pas sur les besoins mais plutôt sur les résultats du programme comme par exemple le nombre de districts ou de communautés qui poursuivent leurs activités ou qui ont achevé les trois années de traitement de masse par les antibiotiques. Il convient d'insister sur le fait que la prévention de la cécité et Vision 2020 doivent être étroitement associés à la lutte contre d'autres maladies négligées et contre la pauvreté ; que le trachome se rencontre davantage chez enfants en bas âge et est particulièrement répandu en Afrique ; qu'il est indispensable d'assurer des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et de modifier les comportements, si l'on veut que les victoires remportées sur le trachome soient durables. Depuis que les femmes en Ethiopie ont découvert que les latrines pouvaient être un moyen d'assurer leur intimité, la construction de latrines est devenue aussi un objectif de la lutte pour le respect des droits de la femme. Il importe de souligner que la stratégie CHANCE peut aussi apporter des avantages indirects, par exemple en favorisant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en contribuant à réduire la pauvreté du fait que les gens deviennent plus productifs, et en améliorant l'intégration avec d'autres programmes comme le bien-être de l'enfant et les infrastructures dans les domaines de la santé et de l'environnement.

ITI cherche à accomplir sa mission en incitant les gouvernements à s'intéresser plus activement et à participer davantage aux programmes nationaux de lutte contre le trachome, en renforçant les partenariats, en motivant les communautés et en leur donnant les moyens de se prendre en charge et en mobilisant des ressources extérieures supplémentaires.

Grâce au ferme soutien de ses membres, ITI joue un rôle central dans la lutte contre le trachome et elle a appelé l'attention sur ce qui devait être fait. Son plan pour 2006-2010 a été établi après une étude approfondie et sur la base des données de l'OMS, et a été approuvé par son conseil d'administration. Sur la base des résultats d'une étude à mi-parcours, le plan sera redéfini. Elle a opté pour une période de planification sur cinq ans afin de s'aligner sur les cycles de planification nationaux. Le plan actuel sera suivi d'autres plans quinquennaux.

De nombreux pays, notamment d'Afrique, sont concernés par des approches intersectorielles et des stratégies de réduction de la pauvreté de la Banque mondiale. ITI est d'avis que les missions de la Banque mondiale dans les pays, en collaboration avec les gouvernements, devraient considérer le trachome comme marqueur de pauvreté. La lutte contre le trachome pourra ainsi être incluse dans le plan national et bénéficier d'allocations budgétaires. ITI peut aider les pays à élaborer des instruments à des fins de sensibilisation.

Les pays ont souvent besoin d'un appui extérieur pour estimer la prévalence du trachome et démontrer que la charge de morbidité y relative correspond aux critères prévus pour bénéficier d'un soutien d'ITI, même s'ils ont déjà obtenu des résultats dans la lutte contre cette maladie, comme c'est le cas en Inde.

La présentation de données sous forme de graphiques ne sert pas uniquement à attirer l'attention : elle peut aussi servir à révéler que les données sont insuffisantes dans certains domaines et stimuler ainsi la collecte de données. Les données présentées doivent toutefois être précises afin d'éviter toute erreur d'interprétation. Par exemple, l'évaluation par ITI de la charge estimative de morbidité liée au trachome à l'échelle mondiale est une représentation proportionnelle en chiffres absolus. Elle révèle qu'il y a 48,7 millions de cas de TF en Asie, 30,6 millions en Afrique et 1,1 million en Amérique latine. Elle montre aussi la charge respective pour chaque pays. Cela n'a rien à voir avec les évaluations de la prévalence dans chaque pays faisant appel à la méthode reconnue sur le plan international selon laquelle la mise en œuvre de la stratégie CHANCE est justifiée dans les districts où la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans est supérieure à 10 %. Le fait que certains districts soient déclarés comme ayant achevé les trois ans de traitement antibiotique de masse ne signifie pas nécessairement que les interventions de lutte contre le trachome ne sont plus nécessaires. Il sera parfois nécessaire de répéter le traitement de masse à plusieurs reprises ou de le compléter par un traitement ciblé de la communauté.

8. DEUXIEME EDITION DU CD-ROM DE WELLCOME TRUST SUR LE TRACHOME

M. Tim Beanland et Mme Julie Reza, Publishing Group, Wellcome Trust, Londres

Le Wellcome Trust est un organisme de bienfaisance indépendant qui finance la recherche médicale, à laquelle il consacre un budget annuel de l'ordre de 400 millions de £. Le premier objectif de son plan stratégique pour 2005-2010 est de financer la recherche afin de développer les connaissances. Le second est de promouvoir l'utilisation de ces connaissances, c'est-à-dire la mise en pratique de ces recherches. Il est de plus en plus évident que les documents scientifiques ne représentent que le début de ce processus. C'est pourquoi Wellcome Trust finance aussi l'élaboration et la diffusion de matériels d'éducation et de formation électroniques, essentiellement destinés à des professionnels des soins de santé dans les pays en développement, par l'intermédiaire de la section santé internationale de son groupe de publications. Etant donné que la vente de ces matériels ne présente aucun intérêt commercial Wellcome Trust, en tant qu'organisme à but philanthropique qui a accès à la communauté des chercheurs et à des partenaires, peut se permettre de fournir une assistance exempte de toute influence commerciale ou politique.

Le support choisi, un CD-ROM, présente un certain nombre d'avantages par rapport à l'internet. Il s'agit d'une technologie robuste et durable ayant fait ses preuves qui permet de stocker des contenus multimédias tels que des photographies, vidéos, animations et données interactives. Les gens sont de plus en plus nombreux à avoir accès à un ordinateur personnel et le CD-ROM permet d'améliorer leurs connaissances informatiques. Cela dit, l'élaboration d'un CD-ROM est coûteuse et sa mise à jour difficile et son utilisation n'est pas à la portée de tout le monde. Wellcome Trust est en train de mettre au point des modalités de diffusion de ces données via l'internet mais il continuera à produire des CD-ROM dans les prochaines années en raison des problèmes que peut poser l'accès à l'internet pour des raisons de coût et de fiabilité. L'objectif primordial est de diffuser le plus grand nombre possible de données avec l'infrastructure technologique disponible dans les régions cibles. A ce jour, Wellcome Trust a déjà produit 13 titres dans sa série « Topics in international health », consacrés à diverses maladies. Il honore aussi les commandes de partenaires extérieurs, qui se rapportent généralement à des programmes de lutte par exemple contre les maladies négligées. Le CD-ROM consacré au trachome fait partie de cette série mais comporte aussi des éléments empruntés à d'autres titres commandés par des partenaires extérieurs.

La deuxième édition du CD-ROM sur le trachome a été lancée en 2005 et contient des matériels de formation et des informations portant sur des aspects scientifiques épidémiologiques, et cliniques élémentaires des programmes de lutte et de la stratégie CHANCE. Il a été essentiellement conçu à l'intention de cliniciens, d'infirmiers spécialisés en soins oculaires et d'autres professionnels des soins de santé. Il s'adresse aussi aux étudiants et au personnel enseignant des écoles de médecine ainsi qu'aux chercheurs. Ce CD-ROM est censé compléter d'autres activités de formation. Les textes ont été élaborés par Matthew Burton et Hannah Kuper (International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine) et révisés par plusieurs experts et consultants internationaux. Le CD-ROM a pu être réalisé grâce à la participation financière d'ITI, de Sight Savers International, de la CBM et de l'OMS. Il est distribué gratuitement à tous les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le trachome dans les pays en développement d'endémie, grâce au soutien de l'International Centre for Eye Health et d'autres partenaires.

Le CD-ROM se compose de 11 cours interactifs qui portent sur les principaux aspects du trachome, y compris la stratégie CHANCE, et d'une collection de plus de 300 images, d'un glossaire de termes et d'une bibliographie pour encourager l'utilisateur à approfondir la question. Chaque cours contient une liste d'objectifs d'apprentissage et des fiches d'auto-évaluation pour permettre aux utilisateurs de travailler seuls. Il est possible d'imprimer les cours, dont il existe aussi une version abrégée pour ceux qui préfèrent ne pas entrer dans les détails. Des animations et des clips vidéo contribuent à illustrer les différents aspects de la maladie et de la lutte. La navigation est facilitée par de nombreux liens.

Les membres de l'Alliance OMS sont invités à utiliser ce CD-ROM dans leurs activités sur le terrain et à donner leur avis sur son utilisation. Wellcome Trust est toujours à la recherche de partenaires désireux de soutenir la production de nouveaux matériels et espère arriver à produire ce CD-ROM dans d'autres langues que l'anglais.

9. L'OMS INTRODUIT UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

Dr Lorenzo Savioli, Directeur, Maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève

L'OMS a le plaisir d'annoncer la création d'un nouveau département des maladies tropicales négligées, qui englobera le trachome. Ces maladies très diverses quant à leur agent étiologique et leur mode de transmission possèdent une caractéristique commune : elles frappent de préférence les pauvres dans les régions les plus pauvres du monde et ne sont habituellement mortelles que dans ces contextes défavorisés. On peut les répartir en deux groupes. Pour le premier, qui comprend la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les nématodoses transmises par le sol et le trachome, il existe des moyens de lutte efficaces : de bons médicaments qui peuvent être administrés en traitement de masse, permettent de réduire sensiblement le taux d'infection, la charge de morbidité et de bons moyens de diagnostic. Des plans stratégiques de lutte

contre ces maladies ont aussi été élaborés, dont certains sont très efficaces. Ainsi des agriculteurs ont pu retourner cultiver de vastes étendues de terres après avoir été traités contre l'onchocercose par l'ivermectine ; 50 millions de personnes ont été guéries de la lèpre ; le Brésil, l'Égypte et la Chine ont réussi à combattre efficacement la schistosomiase avec le praziquantel ; la stratégie CHANCE dont l'une des composantes est le traitement de masse à l'azithromycine est à l'origine du recul de la prévalence du trachome dans de nombreux pays. L'Égypte a réussi à vaincre la filariose lymphatique grâce à l'enrichissement du sel en diéthylcarbamazine.

Jusqu'ici, les programmes de lutte contre ces maladies ont été surtout mis en œuvre selon une approche verticale, en luttant séparément contre chaque maladie. Dans tous les pays, des instruments, des médicaments, des technologies et des stratégies de lutte ont été élaborés pour combattre des maladies bien précises. De la même façon, au niveau des pays il existe des budgets distincts pour financer les activités de lutte contre chaque maladie, même si plusieurs d'entre elles (comme les helminthiases) sont traitées par le même médicament (en l'occurrence l'ivermectine). Le Directeur général a créé un nouveau Département pour signifier clairement qu'au niveau le plus élevé, l'OMS a décidé de regrouper ces maladies et qu'elle recommande d'élaborer de nouvelles orientations et de nouveaux manuels pour des activités communes de lutte au niveau du pays. L'Organisation a récemment organisé une consultation informelle sur l'utilisation de la chimiothérapie dans le cadre de la santé publique, qui a notamment examiné l'utilisation de l'azithromycine pour la lutte contre le trachome. Des orientations seront prochainement publiées à ce sujet. Ces nouvelles dispositions ne sont pas destinées à faire abstraction de toute l'expérience accumulée dans la lutte contre chaque maladie mais plutôt à vaincre les obstacles et dépasser les limites au niveau des pays, à offrir des possibilités de synergie et à se préoccuper de problèmes communs tels que celui de la pharmacorésistance.

Un certain nombre des ONG qui s'emploient à lutter contre le trachome sont aussi déjà actives dans la lutte contre d'autres maladies tropicales négligées couvertes par le nouveau Département de l'OMS et elles commencent à adopter une approche similaire. Ainsi, Sight Savers International, qui finance des programmes de lutte contre l'onchocercose et contre le trachome, a été invitée à soutenir aussi le programme commun de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique dans la Sierra Leone. De plus, l'OMS a décidé d'organiser en septembre 2006 une réunion commune avec des ONG concernées par l'onchocercose et la filariose lymphatique, afin d'envisager d'inclure d'autres groupes de maladies. Cela dit, il se peut que les bailleurs de fonds qui soutiennent des partenaires impliqués dans la prévention de la cécité, tel que Sight Savers International, ne soient pas disposés à soutenir la lutte contre des maladies qui ne provoquent pas la cécité. Il faut à tout prix éviter de décourager les donateurs et admettre qu'il peut être difficile et douloureux pour une ONG de reconsidérer son échelle de priorités lorsque une maladie régresse.

Il incombera à l'OMS de s'assurer que les ONG continuent de fournir leur appui, de dispenser des conseils techniques pour chaque maladie et que les différents groupes commencent à collaborer de façon plus efficace afin de réaliser des synergies au niveau des pays. L'Alliance de l'OMS devrait s'interroger sur la manière dont elle pourrait contribuer à ce processus d'intégration en recueillant des informations techniques et programmatiques, et en menant des activités de sensibilisation et d'encadrement. Il est désormais possible de solliciter des organismes bilatéraux comme l'USAID, qui optent eux aussi de plus en plus pour une intégration des activités de lutte contre les maladies tropicales négligées.

De toute évidence, il n'est pas judicieux, en termes de coût-efficacité, que trois équipes de pays distinctes se rendent dans des établissements scolaires pour y distribuer chacune un médicament différent. D'autres recherches seront nécessaires sur les systèmes de distribution pour évaluer la possibilité d'une co-administration ou d'une co-formulation. Les compagnies pharmaceutiques qui distribuent gratuitement les médicaments concernés, comme Pfizer, ont déjà entrepris des études à ce sujet et les premiers résultats seront communiqués dans un proche avenir.

Il y a aussi des possibilités de synergies dans beaucoup d'autres domaines, tels que la surveillance, le suivi, la planification, les stratégies intégrées et les autres composantes de la stratégie CHANCE.

Les pays bénéficieront indiscutablement de la nouvelle approche OMS. Mais l'intégration doit commencer sans tarder, les bureaux régionaux et de pays de l'OMS devront s'impliquer davantage dans la coordination des activités des ONG et d'autres partenaires avec celles des gouvernements. Les effectifs de ressources humaines, le niveau de financement ont déjà été renforcés au niveau des bureaux régionaux et des efforts accrus sont déployés en vue d'associer des partenaires extérieurs aux activités à tous les niveaux.

10. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les participants à la dixième réunion de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 ont adopté les conclusions et les recommandations ci-après :

1. Il est encourageant de constater que le nombre de membres de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 ne cesse de croître. Les réunions annuelles de l'Alliance apportent une précieuse contribution aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour lutter contre le trachome en servant de tribune pour l'échange d'informations et pour inciter des partenaires à soutenir les programmes nationaux de lutte. Elles devraient être maintenues sous leur forme actuelle.
2. Les rôles respectifs de la communauté mondiale de santé publique et des autres partenaires de l'Alliance dans les efforts déployés pour atteindre l'objectif de GET 2020 méritent d'être soulignés, et en particulier :
 - La décision prise par l'OMS et plusieurs donateurs bilatéraux d'associer le trachome aux maladies tropicales négligées,
 - Les contributions du secteur privé et en particulier de Pfizer, qui a décidé d'augmenter ses dons d'azithromycine aux programmes nationaux de lutte contre le trachome lorsque ces derniers obtiennent des résultats flagrants,
 - L'intensification des efforts de sensibilisation (la réunion annuelle 2005 du Forum économique mondial, le Rapport du PNUD sur le développement humain 2005, l'intégration des maladies tropicales négligées dans le projet Quick Impact Initiative on Malaria adopté par l'Organisation des Nations Unies dans le cadre du Millénaire en janvier 2006 et l'article consacré au trachome paru dans le *New York Times* du 31 mars 2006),
 - La reconnaissance du trachome comme une maladie négligée qui affecte les populations négligées et de l'impact de la stratégie CHANCE sur l'allègement de la pauvreté et sur le développement des communautés négligées,
 - L'élaboration de nouvelles possibilités de financement et de collaboration pour les programmes nationaux de lutte contre le trachome, par exemple grâce à un allègement de la dette de 18 pays d'Afrique, la contribution financière de l'USAID en faveur des maladies tropicales négligées et la deuxième phase du programme Sight First de la Fondation Internationale des Lions Clubs.
3. Les recueils de données sur le trachome de 32 pays ont été examinés. Des rapports de quatre pays ne sont pas arrivés à temps et la communication n'a pas pu être établie avec 19 pays d'endémie. Tous les pays d'endémie doivent rejoindre l'Alliance OMS.
4. Si de gros progrès ont été enregistrés dans certains pays en ce qui concerne la mise en place et l'application de programmes nationaux de lutte contre le trachome reposant sur la stratégie CHANCE, il subsiste toutefois quelques pays qui n'ont pas encore entrepris d'activités de lutte contre le trachome et d'autres dans lesquels les activités entreprises ne couvrent pas encore toutes les régions d'endémie. Tous les pays d'endémie et en particulier les plus peuplés d'entre eux devraient poursuivre leurs efforts en vue de définir la distribution et la gravité du trachome ; les évaluations rapides du trachome peuvent s'avérer utiles à cet égard.
5. Les plans nationaux examinés prévoient que les activités de lutte contre le trachome devraient toucher 25 % de la population à risque d'ici 2010 ; les plans relatifs à une couverture de 100 % d'ici 2020 n'ont pas encore été établis. En outre, il faut que d'ici 2007 les pays aient élaboré leurs programmes stratégiques quinquennaux de lutte contre le trachome et qu'ils les aient intégrés dans les activités de Vision 2020. L'OMS devrait établir un rapport sur les plans stratégiques adoptés par les pays pour atteindre l'objectif fixé par l'Alliance OMS de l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020, rapport qui serait examiné à la 11^e réunion de l'Alliance en 2007.
6. L'OMS devrait élaborer des méthodes et des instruments en vue de l'évaluation de la charge du trachome et de la certification de l'élimination de la maladie, et présenter un rapport à ce sujet à la 11^e réunion de l'Alliance.
7. La plupart des pays fournissent désormais des informations à l'Alliance OMS en se fondant sur les procédures types de présentation des données. Cela facilite le suivi des progrès réalisés en direction de l'élimination du trachome. Le site web de GET 2020 devrait permettre aux 55 pays d'endémie d'avoir accès à la base de données sur le trachome. Ces derniers devraient être invités à fournir des informations détaillées à l'OMS dès qu'ils en ont connaissance afin qu'elles puissent être insérées dans la base de données.
8. L'OMS devrait modifier le formulaire de notification de données en y incluant des indicateurs de la situation sanitaire et du développement socio-économique, qui sont des éléments clés dans la lutte contre le trachome.

9. Il est indispensable que les gouvernements s'investissent dans les programmes nationaux de lutte contre le trachome et prennent l'initiative des activités s'y reportant pour garantir le succès de ces efforts.
10. Une collaboration intersectorielle plus intense et bien coordonnée est nécessaire au niveau national et à celui du district pour garantir la pleine application de toutes les composantes de la stratégie CHANCE. La participation de la communauté est aussi un élément essentiel.
11. Les pays devraient mettre en place une surveillance permanente de la qualité des services chirurgicaux du trichiasis en s'inspirant des directives de l'OMS concernant l'évaluation¹. Les pays dans lesquels un grand nombre de personnes attendent une opération du trichiasis devraient intensifier leurs efforts pour réduire cette attente.
12. S'agissant du traitement de masse à l'azithromycine, il apparaît actuellement que l'on obtient de meilleurs résultats avec des taux de couverture élevés, c'est-à-dire supérieurs à 80 %, et que cette intervention peut s'avérer particulièrement efficace si elle est associée avec les composantes « N » et « CE ». C'est pourquoi les pays devraient s'efforcer d'augmenter au maximum la couverture des composantes « A » « N » et « CE » de la stratégie CHANCE.
13. Dans les pays où la prévalence du trachome actif a reculé jusqu'à moins de 5 % dans certains districts, des évaluations rapides du trachome peuvent s'avérer particulièrement utiles pour recenser et cibler en priorité les communautés dans lesquelles des activités de lutte contre le trachome sont nécessaires afin d'éliminer les poches résiduelles de la maladie.
14. La propreté du visage est l'indicateur le plus parlant d'une évolution positive des comportements et de l'environnement. Il convient d'intensifier les efforts de collecte et de notification de données s'y référant.
15. Il importe de rassembler et de diffuser des informations sur les avantages indirects pour la santé des composantes « A », « N » et « CE » de la stratégie CHANCE. Le fait d'insister sur ces avantages indirects peut aider à obtenir des ressources accrues pour financer les activités de lutte contre le trachome.
16. L'OMS et la communauté internationale œuvrant pour le développement devraient insister sur l'importance du trachome en tant qu'indicateur de pauvreté et sur le fait que les efforts déployés par l'Alliance OMS représentent un modèle de partenariat public-privé pour résoudre des problèmes.
17. La journée mondiale de la vue 2007 devrait avoir pour thème « le trachome et la stratégie CHANCE ».

11. DATE ET LIEU DE LA ONZIEME REUNION

Le représentant du Bureau régional de la méditerranée orientale a proposé que la douzième réunion annuelle, en 2008, se tienne au Caire. L'Alliance OMS lui a témoigné sa reconnaissance pour cette aimable proposition mais, relevant l'importance de conserver des liens étroits avec l'OMS au plus haut niveau, a jugé préférable que cette réunion se tienne à Genève. En revanche, elle a proposé qu'il soit envisagé d'organiser la réunion de GET 2020 au Caire.

Il a été décidé que la onzième réunion annuelle de l'Alliance OMS se tiendrait dans les deux dernières semaines de mars 2007, au siège de l'OMS, à Genève, en tenant compte dans la mesure du possible des conférences internationales et des fêtes nationales qui ont lieu pendant cette période.

12. CLÔTURE

L'OMS a rendu hommage aux précieuses contributions de partenaires comme Helen Keller International, l'Agence Internationale pour la Prévention de la Cécité, l'Initiative internationale contre le Trachome, Pfizer Inc. Corporate Philanthropy et Sight Savers International, sans lesquels cette réunion n'aurait pas été

¹ *Final assessment of trichiasis surgeons*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/PDB/GET/05.2)

possible.