



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

WHO/PBL/GET/98.2

Distr.: Générale

Original: Anglais

RAPPORT DE LA

DEUXIÈME RÉUNION DE L'ALLIANCE

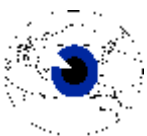
OMS POUR L'ÉLIMINATION MONDIALE

DU TRACHOME

Genève, Suisse

12-14 janvier 1998

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ET DE LA SURDITÉ
Genève, Suisse



© Organisation mondiale de la Santé. 1998

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	4
I. ACTIVITES ENTREPRISES EN VUE DE L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME (EMT) (1^{er} juillet-31 décembre 1997)	4
1.1 Secrétariat de l'Alliance de l'Organisation mondiale de la Santé (1 ^{er} juillet-31 décembre 1997)	4
1.1.1 Visites dans les pays pour l'élaboration de programmes nationaux	4
1.1.2 Préparation/production de documentation	5
1.1.3 Recherche opérationnelle et études de terrain	6
1.1.4 Progrès du système d'information géographique (SIG) pour la cartographie du trachome	7
1.1.5 Renforcement des systèmes de communication de l'information	7
1.2 Compte rendu d'activités par les pays d'endémie représentés à la réunion	9
1.2.1 Brésil	9
1.2.2 Burkina Faso	10
1.2.3 Gambie	11
1.2.4 Mali	11
1.2.5 Maroc	12
1.3 Organisations participant à l'Alliance	13
1.3.1 African Medical and Research Foundation (AMREF)	13
1.3.2 Christoffel Blindenmission e.V. (CBM)	13
1.3.3 Croix-Rouge suisse	14
1.3.4 Fondation Al-Noor	14
1.3.5 Fondation Conrad N. Hilton	15
1.3.6 Fondation Edna McConnell Clark (EMCF)	15
1.3.7 Helen Keller International (HKI)	15
1.3.8 International Eye Foundation (IEF)	16
1.3.9 Ministère français de la Coopération	16
1.3.10 Organisation mondiale contre la Cécité	16
1.3.11 Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome (IOAT)	17
1.3.12 Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC)	17
1.3.13 Sight Savers International (SSI)	17
2. ELABORATION D'UNE METHODOLOGIE D'APPRECIATION RAPIDE DU TRACHOME	18
2.1 Rapport concernant l'utilisation sur le terrain	18
2.1.1 Recrutement de sujets adultes souffrant de trichiasis	18
2.1.2 Diagnostic du trachome évolutif	18
2.2 Débat	19

3.	CHIRURGIE DU TRICHIASIS	19
3.1	Evaluation de la boîte à chirurgie du trichiasis à prix modique	19
3.2	Suivi de la formation et qualité de la chirurgie	19
3.3	Vidéo sur la chirurgie du trichiasis	20
4.	LE POINT SUR L'AZITHROMYCINE	20
4.1	Résistance	20
4.2	Résultats de l'essai conduit au Maroc	20
4.3	Mise au point d'une préparation locale	20
4.4	Autres faits nouveaux	21
4.4.1	Une maladie familiale	21
4.4.2	Un modèle mathématique de traitement de masse	21
5.	ELABORATION D'APPROCHES COMMUNES POUR L'ALLIANCE	21
5.1	Usage rationnel du traitement antibiotique par voie générale	21
5.2	Elaboration d'un modèle de programme de district	22
5.2.1	Au niveau national	22
5.2.2	Au niveau des districts	23
5.2.3	Formation chirurgicale	23
5.2.4	Personnel communautaire	23
5.2.5	Coordonnateur de district	23
5.3	Elaboration de politiques de santé nationales pour l'élimination du trachome	24
5.4	Mobilisation de ressources	25
5.4.1	Etablissement de propositions de financement	25
5.4.2	Ressources humaines pour les plans nationaux d'élimination du trachome	25
5.4.3	Surveillance et évaluation	25
5.4.4	Sources de financement possibles	26
6.	MISE A JOUR SUR LES PROJETS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE	26
6.1	Appréciation rapide	26
6.2	Surveillance	26
		Page
6.3	Distribution d'antibiotiques	26
6.4	Obstacles au traitement chirurgical	27

6.5	Autres domaines de recherche	27
6.6	Autre méthode de traitement du trichiasis	27
7.	FORMATION ET PROMOTION	28
7.1	Module d'enseignement et d'information sur l'appréciation rapide du trachome ...	28
7.2	Le point sur le Bulletin du trachome	28
8.	AUTRES QUESTIONS	28
8.1	Systèmes d'information géographique	28
8.2	Avis sur les progrès de l'Alliance	28
8.3	Dates et lieu de la prochaine réunion	29
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	30
Annexe 1 :	Ordre du jour	33
Annexe 2 :	Liste des participants	34
Annexe 3 :	L'évaluation du trachome et l'élaboration de programmes en Guinée-Bissau, au Malawi, au Mozambique et au Nigéria (extrait d'un rapport rédigé par l'IEF)	39

INTRODUCTION

La deuxième réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome a été ouverte par le Dr R. H. Henderson, Sous-Directeur général, qui, au vu de l'importance croissante prise par les réunions de l'Alliance, a fait part de sa satisfaction de voir un tel élan et un tel engagement en faveur de l'élimination du trachome dans le monde. Il a fait observer que l'Alliance, qui repose sur une collaboration pluridisciplinaire et plurisectorielle (entre des instituts de recherche, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des fondations, des institutions des Nations Unies et l'industrie pharmaceutique), était perçue comme une nouvelle opportunité susceptible de servir de modèle à d'autres secteurs de programme de l'OMS. Il a ensuite fait le point des progrès accomplis jusqu'ici par l'Alliance et dressé l'inventaire des activités en cours et des activités prévues. Enfin, il a fait observer qu'une résolution de l'OMS sur le trachome serait présentée au Conseil exécutif pour examen et éventuellement adoption à l'occasion de sa cent unième session en janvier 1998.

M. R. Porter, Directeur exécutif de Sight Savers International (SSI) et le Dr L. Pizzarello, Directeur médical de Helen Keller International (HKI) ont été nommés respectivement Président et Vice-Président de la réunion et le Professeur G. Johnson, Directeur de l'International Centre for Eye Health, a été nommé Rapporteur. L'ordre du jour provisoire (annexe 1) a été adopté sans modification et la liste des participants figure à l'annexe 2.

1. ACTIVITES ENTREPRISES EN VUE DE L'ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME (EMT) (1^{er} juillet - 31 décembre 1997)

1.1 Secrétariat de l'Alliance de l'Organisation mondiale de la Santé (1^{er} juillet - 31 décembre 1997)

1.1.1 Visites dans les pays pour l'élaboration de programmes nationaux

a) Dans le cadre de l'EMT, comme suit :

Burkina Faso : Dr S. P. Mariotti (octobre 1997)

Présentation des objectifs et du cadre de l'Alliance OMS à l'ophtalmologiste du programme national de prévention de la cécité (PBL) ainsi qu'aux autorités du Ministère de la Santé. Recensement des possibilités de collaboration pour le programme national PBL et examen des données disponibles. Rédaction d'un plan d'action pour les mois à venir avec le coordonnateur du programme national PBL.

Tchad : Dr S. P. Mariotti (octobre 1997)

Réunion avec le Ministre de la Santé et d'autres responsables du Ministère pour présenter l'Alliance OMS, et faire le point de la situation du trachome dans le pays. Etablissement d'une collaboration future au moyen de ressources nationales et internationales.

Mali : Dr S. P. Mariotti (octobre 1997)

Discussion avec les autorités du Ministère de la Santé sur l'Alliance OMS. Séances de travail avec le coordonnateur du programme national PBL pour i) faire le point de la situation du trachome endémique dans le pays, ii) définir les priorités, iii) rédiger un plan d'action provisoire en rapport avec l'élimination du trachome.

Maroc : Dr A.-D. Négrel & Dr B. Thylefors (octobre-décembre 1997)

Passer en revue les informations concernant la lutte contre le trachome, et en particulier la création d'un programme spécial pour l'élimination du trachome d'ici à l'an 2000. Examen de l'essai clinique randomisé sur l'utilisation comparée de l'azithromycine et de la tétracycline dans le traitement du trachome.

Niger : Il n'a pas été possible d'effectuer une visite au Niger en raison de l'indisposition du coordonnateur national.

b) *Autres activités* :**Italie** : Dr S. P. Mariotti (Rome, novembre 1997)

Discussion avec le Conseil italien d'Ophtalmologie sur l'Alliance OMS. Communication au 77^e Congrès national annuel de la Société italienne d'Ophtalmologie.

Mauritanie : Dr S. Resnikoff (octobre 1997)

Présentation des activités d'EMT aux autorités nationales qui ont manifesté un très vif intérêt pour la lutte contre le trachome.

Oman : Dr A.-D. Négrel (novembre 1997)

Dans le cadre d'une consultation pour l'analyse des données de l'enquête nationale sur la prévalence de la cécité, le Dr Négrel a présenté l'Alliance OMS au coordonnateur national du programme national de prévention de la cécité. Les résultats de cette enquête, qui seront disponibles à la fin de l'année, fourniront les données nécessaires pour la planification des interventions.

1.1.2 Préparation/production de documentationa) *Mise au point d'un manuel d'appréciation rapide du trachome (ART)*

Une méthodologie provisoire pour l'appréciation rapide du trachome a été présentée lors de la première réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome en juin 1997, sur la base d'un plan établi par une réunion scientifique mondiale mais modifiant la méthodologie en utilisant comme indicateur le trichiasis (TT) plutôt que les cicatrices trachomateuses (TS); cette modification a été apportée compte tenu des informations obtenues à l'issue du premier essai de terrain effectué au Maroc; la méthodologie modifiée a été évaluée au Mali dans le cadre d'un essai de terrain conduit par l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) (Centre collaborateur OMS).

b) *Préparation de matériel pédagogique ou d'un nécessaire de démonstration sur la stratégie CHANCE et l'Alliance*

Les activités suivantes ont ainsi été entreprises :

- i) diffusion d'informations générales sur le trachome, à travers les rapports susmentionnés, à tous les bureaux régionaux de l'OMS, aux membres de l'Alliance et aux destinataires figurant sur la liste d'adresses;
- ii) élaboration d'un questionnaire envoyé à tous les pays d'endémie par l'intermédiaire des régions de l'OMS pour annoncer la formation de l'Alliance et leur demander les données dont ils disposent sur le trachome et sa gravité dans le pays; jusqu'ici 11 pays de 3 régions ont répondu;

- iii) production d'une série de diapositives sur l'Alliance OMS et sur la stratégie CHANCE à des fins de sensibilisation; son utilité a été testée sur le terrain à l'occasion de certaines visites dans les pays mentionnées à la section 1.1.1).

c) *Banque de données sur le trachome*

On a commencé à travailler à la création d'une banque de données sur le trachome; les données sont actuellement recueillies auprès des pays et validées pour pouvoir être plus largement diffusées. Une première édition d'un document contenant des données mondiales sur le trachome devrait être disponible à l'automne de 1998.

d) *Principes directeurs*

Des discussions et des consultations ont eu lieu avec la Division OMS de la Salubrité de l'Environnement en vue de la préparation d'un manuel sur "l'assainissement de base". Une première ébauche a d'ailleurs été rédigée qui doit être soumise à un consultant pour mise au point définitive. Il est prévu qu'un premier projet soit présenté à la troisième réunion de l'Alliance en octobre 1998, pour pouvoir rapidement entreprendre une action à base communautaire en matière d'assainissement, et mettre en œuvre en particulier des mesures simples de lutte contre les mouches.

e) *Publication d'un bulletin sur le trachome*

Un avant-projet de bulletin sur l'élimination du trachome a été établi avec le concours du rédacteur, le Dr L. Schwab, en collaboration avec le secrétariat de l'Alliance. Plusieurs suggestions ont été faites quant au titre et à la présentation de ce bulletin.

1.1.3 Recherche opérationnelle et études de terrain

- a) La méthodologie d'appréciation rapide du trachome n'a jusqu'ici été validée qu'au Mali; il convient donc de choisir deux autres pays pour terminer le travail nécessaire sur le terrain et la validation de la méthodologie. La Gambie et le Burkina Faso ont fait part de leur intérêt à cet égard.
- b) Les trousse pour la chirurgie du trichiasis font actuellement l'objet d'une évaluation coût/qualité; la trousse chirurgicale à très bas prix obtenue par le secrétariat de l'Alliance est actuellement utilisée dans le cadre d'activités chirurgicales de proximité organisées par l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique, au Mali. La même évaluation sur le terrain devrait prochainement avoir lieu pour l'ensemble d'instruments comparables en titane. Les résultats de l'évaluation devraient pouvoir être soumis à la prochaine réunion de l'Alliance.
- c) L'élaboration de protocoles pour la surveillance des programmes nationaux pour l'élimination du trachome cécitant a débuté au Maroc et en Oman. Ce travail nécessitera une collecte plus poussée d'informations de fond avant de pouvoir être présenté à l'Alliance. Il en va de même pour l'évaluation des **progrès** sur la voie de l'élimination de la cécité trachomateuse, qui feront l'objet d'un examen approfondi lors d'une prochaine réunion de l'Alliance.

1.1.4 Progrès du système d'information géographique (SIG) pour la cartographie du trachome

Cette activité a été menée à bien en collaboration avec l'unité de Cartographie sanitaire de la Division OMS de Lutte contre les Maladies tropicales. Elle suit son cours dans quatre pays, à savoir le Burkina Faso, le Mali, le Maroc et la Gambie. La cartographie du trachome au niveau

régional est terminée en ce qui concerne le Maroc, le Mali et la Gambie et une séance de formation a déjà été organisée au Maroc. Le Burkina Faso communiquera les données disponibles dès qu'il en aura terminé la collecte.

Il a été souligné que le logiciel utilisé pour le SIG a été actualisé, ce qui l'a rendu plus convivial, plus rapide et plus souple.

1.1.5 Renforcement des systèmes de communication de l'information

Un groupe de discussion électronique a été mis en place et une conversation en ligne (Internet Relay Chat) a été entamée. On travaille à présent sur un système de recherche des données sur WWW avec restriction d'accès. Par ailleurs, un site WWW a été créé pour promouvoir les activités de l'Alliance OMS et informer le grand public des faits nouveaux, de caractère général ou technique, au moyen de communiqués de presse.

Activités prévues pour la période 1^{er} janvier - 31 décembre 1998

VISITES DE PAYS POUR L' ELABORATION DE PROGRAMMES NATIONAUX

- # Présentation de l'Alliance OMS et de l'Elimination mondiale du Trachome (EMT) d'ici à l' an 2020
- # Début de l'Appréciation Rapide du Trachome (ART)
- # Promotion de la stratégie CHANCE dans les pays suivants :
 - Niger
 - Mauritanie
 - Soudan
 - Oman

- Afrique orientale (Ouganda, Kenya, Tanzanie, Malawi, sous réserve de consultations ultérieures)

DOCUMENTATION

- # Mise au point définitive du projet de manuel pratique pour l'ART, y compris les essais nécessaires sur le terrain
- # Mise au point définitive et diffusion de matériel d'information sur :
 - < l'Alliance OMS pour l'Elimination mondiale du Trachome d'ici 2020
 - < la stratégie CHANCE
 - < le SIG
- # Publication d' une compilation des données disponibles sous forme de banque de données sur le trachome
- # Poursuite des travaux concernant le guide de l' assainissement de base au niveau des villages dans les zones d' endémie trachomateuse
- # Elaboration de principes directeurs pour le contrôle de qualité dans la chirurgie du trichiasis
- # Publication du premier numéro du Bulletin du trachome

RECHERCHE OPERATIONNELLE ET ETUDES DE TERRAIN

- # Validation de la méthodologie définitive de l'ART dans deux pays
- # Poursuite de la mise au point de protocoles pour :
 - < un système de contrôle et de surveillance pour les programmes nationaux d' élimination du trachome cécitant
 - < évaluation des progrès réalisés par les programmes nationaux vers l' élimination mondiale du trachome

RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE COMMUNICATION DE L' INFORMATION

- < Création de groupes de discussion électronique
- < Conversation en ligne (Internet Relay Cat)
- < Développement de la recherche de données sur WWW (avec restriction d' accès)
- < Diffusion de communiqués de presse sur Internet concernant les manifestations et activités à venir
- < Promotion continue sur WWW des activités de l'Alliance OMS et informations sur les progrès techniques

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

- < Préparation et accueil de la deuxième réunion de l'Alliance OMS pour l'EMT, Genève (12-14 janvier 1998)
- < Préparation de la troisième réunion de l'Alliance OMS pour l'EMT, Ouarzazate, Maroc (octobre 1998)

1.2 COMPTE RENDU D'ACTIVITÉS PAR LES PAYS D'ENDÉMIE REPRÉSENTÉS À LA RÉUNION

1.2.1 *Brésil (Dr H. Medina)*

Le trachome sévit à l'état endémique dans de nombreuses régions du Brésil. Dans les Etats du nord-est, où la prévalence du trachome était d'au moins 30 % il y a 10 ans, le Ministère de la Santé a mis en place des programmes de lutte contre le trachome. Depuis, la prévalence du trachome évolutif dans la population examinée a été considérablement réduite, passant de 33 % en 1991 à 13 % en 1996, et la prévalence totale du trachome a été ramenée de 44 % en 1995 à 17 % en 1996. La plus forte prévalence a été enregistrée en 1993 dans l'Etat de Pernambuco avec des taux de maladie évolutive pouvant aller jusqu'à 70 % et une prévalence totale de toutes les formes de trachome de 87 %.

Le Secrétariat à la Santé de l'Etat de São Paulo s'est doté d'un programme de lutte antitrachomateuse dans le cadre duquel les cas dépistés sont adressés au système de surveillance épidémiologique. Des cas de trachome ont été décelés et confirmés dans 150 villes de l'Etat, soit un taux de dépistage maximal de 32,1 pour 100 000 habitants en 1991. Les enquêtes de prévalence entreprises ont fait apparaître des taux allant de 1,5 % à Franco da Rocha (une ville proche de São Paulo) à 19 % dans la zone rurale de Bebedouro (une ville du nord-ouest de l'Etat).

Les enquêtes effectuées en 1987 dans certaines régions du pays ont fait apparaître une prévalence du trachome de 47 % dans une municipalité de l'Etat de Bahia (nord-est du Brésil). En 1989, une étude menée dans un village de l'Etat du Ceara (nord-est du Brésil) a montré une prévalence du trachome de 47 %, dont 2 % de TT et 1 % de CO.

Le grand public n'a pas accès à une information sur la prévalence de la cécité due au trachome et plus précisément sur la prévalence du trichiasis et des opacités cornéennes. Même dans l'Etat de São Paulo, où toutes les formes de la maladie sont soumises à déclaration obligatoire, l'information fait défaut. En fait, dans la plupart des Etats, on manque d'informations pour évaluer la situation du trachome, sauf là où un programme de lutte contre le trachome a été mis en place.

**Fondation nationale pour la santé – Programme de lutte antitrachomateuse,
Brésil (1979-1996)**

Année	Etats étudiés	Municipalités étudiées	Nombre de personnes examinées	Nombre de personnes traitées
1979	13	97	580 225	91 092
1980	13	79	440 358	78 748
1981	14	108	468 994	83 788
1982	13	116	511 544	95 371
1983	13	113	682 289	133 397
1984	13	104	631 261	202 804
1985	12	106	638 251	258 857
1986	11	145	567 273	195 769
1987	11	103	410 715	108 989
1988	11	109	419 795	148 124
1989	11	115	452 177	162 192
1990	8	100	356 141	136 822
1991	9	70	359 534	149 441
1992	7	84	456 590	184 930
1993	8	84	556 573	198 150
1994	7	75	434 900	176 811
1995	6	72	365 955	138 930
1996*	6	47	176 672	43 273

* Résultats partiels.

1.2.2 Burkina Faso (Dr L. Ilboudo)

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome effectuée en 1997 en collaboration avec l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), ainsi qu'une étude anthropologique, ont permis de dresser un tableau plus précis de la situation du trachome au Burkina Faso. Les résultats ont montré que plus de 90 % des enfants étaient atteints de trachome et que plus de 20 % des femmes de plus de 15 ans souffraient de trichiasis. Conscientes de ce problème de santé publique, les autorités nationales ont depuis fait du trachome l'un des principaux objectifs de la politique nationale de soins oculaires et établi un programme national de lutte contre le trachome (PNLT). L'action du PNLT repose sur la stratégie CHANCE ainsi que sur des campagnes d'information organisées aux niveaux national et régional et sur la cartographie de la maladie dans les zones d'endémie et à risque. Grâce à des fonds reçus de l'Union européenne dans le cadre du réseau sous-régional de prévention de la cécité évitable, des activités ont déjà démarré dans la première zone (Sanmatenga). Chaque cas de trichiasis dépisté est opéré par l'un des 10 agents de santé spécialement formés. On espère que cette activité, tributaire d'un financement, pourra être étendue au niveau national. Le traitement de masse par une pommade à la tétracycline est appliqué dans les zones d'endémie et une distribution à plus grande échelle est prévue dans les

zones à risque en fonction des ressources disponibles. D'autres partenaires comme Helen Keller International, la Fondation Edna McConnell Clark, Christoffel-Blindenmission (CBM) et l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC) apportent également leur concours ou prennent part aux activités susmentionnées.

1.2.3 Gambie (Dr H. Faal)

La cartographie des communautés est achevée pour 70 % des communautés cibles. L'analyse préliminaire des données a montré quel était le poids de la maladie et, associée à celle des résultats de l'enquête nationale de 1996, a permis de classer les divisions et districts par degré d'endémicité et poids de la morbidité. Ce classement servira à établir un ordre de priorité dans les zones d'intervention. L'analyse des données relatives aux profils communautaires de facteurs de risque n'est pas tout à fait terminée.

Les données disponibles serviront à élaborer des stratégies pour déterminer l'emplacement des antennes chirurgicales, pour le développement du système d'information géographique (SIG) et pour la surveillance.

Un plan de lutte contre le trachome a été élaboré dans le cadre du troisième plan quinquennal pour les soins oculaires, et des crédits ont été obtenus auprès de Sight Savers International et de la Fondation Edna McConnell Clark pour les deux premières années. La collaboration avec le groupe eau et assainissement et l'UNICEF est activement encouragée.

Des projets de recherche sont en cours sur le trichiasis et les cicatrices trachomateuses ainsi que sur la génétique, en collaboration avec l'International Centre for Eye Health et le Medical Research Council. La recherche sur les mouches et sur leur rôle dans la transmission de la maladie a donné des résultats qui montreront sans doute la nécessité d'une intervention de lutte contre les mouches dans le cadre de la recherche opérationnelle. Les données recueillies lors d'une étude sur le trachome périurbain sont en cours d'analyse.

Le programme national de lutte contre la cécité (PNLC) offre des possibilités pour la validation de la méthodologie d'appréciation rapide du trachome, l'essai sur le terrain des stratégies de surveillance et la mise au point d'un SIG intégré.

Le programme aura besoin d'une assistance pour la gestion des données et le renforcement des capacités. La composante "CH" de la stratégie CHANCE est déjà bien en place. Des travaux de recherche opérationnelle seront nécessaires pour les composantes "A", "N" et "CE".

1.2.4 Mali (Dr D. Sacko)

Jusqu'ici, aucune enquête nationale sur la prévention de la cécité n'a été réalisée. Toutefois, des enquêtes régionales effectuées entre 1980 et 1990 ont permis d'estimer la prévalence de la cécité à 1,2 % dans le pays et même à 2 % dans certaines régions. Le trachome, deuxième cause de cécité au Mali après la cataracte, figure parmi les priorités du programme national de lutte contre la cécité (PNLC) créé en 1994. Aussi, avec la perspective de l'élimination du trachome d'ici à l'an 2020, un programme spécial de lutte antitrachomateuse est actuellement mis sur pied.

Le PNLC, en collaboration avec l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), a réalisé une enquête nationale sur la prévalence du trachome et ses facteurs de risque (1996-1997). Les résultats de cette étude ont montré que :

& 37 % des enfants de 0 à 10 ans souffraient de trachome inflammatoire (TF/TI), et que

- & 2,3 % des femmes et 1,9 % de l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus souffraient de trichiasis.

Le nombre d'opérations chirurgicales du trichiasis en attente est estimé à 86 000 au niveau national. En 1996, 1004 opérations ont été pratiquées dans le pays.

Les activités en cours de lutte contre le trachome reposent sur la stratégie CHANCE. Tous les cas de trichiasis relevant de la chirurgie sont opérés par des infirmiers spécialisés en ophtalmologie (ISO) dans les centres d'ophtalmologie de la région et dans certains centres de district où exerce un ISO. Le traitement antibiotique est distribué dans le cadre des soins oculaires primaires. On insiste sur le traitement systématique de la conjonctivite par une pommade à la tétracycline. Des messages d'information, de communication et d'éducation sur le trachome (transmission, traitement, complications et trichiasis) sont également élaborés sur la base d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP).

La zone pilote pour les activités de lutte contre le trachome est Koulikoro. Le but de ces activités est de réduire de moitié la prévalence du TT en cinq ans, les opérations chirurgicales étant pratiquées par des ISO. Sept centres chirurgicaux spécialisés seront créés, tous devant être capables de pratiquer 300 opérations par an.

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

La plupart des activités de lutte contre le trachome mises en œuvre par le programme national de lutte contre la cécité (PNLC) au cours des six derniers mois ont pris en compte les principaux éléments de la stratégie de lutte antitrachomateuse :

a) Appréciation rapide et distribution des ressources

Les études sur la prévalence et la gravité du trachome et sur l'appréciation des conditions d'hygiène et des facteurs de risque ont été réalisées. Les rapports sur ces travaux sont en voie d'achèvement.

Trente trousseaux chirurgicaux pour les opérations du trichiasis ont été distribués ainsi que des médicaments nécessaires au traitement des cas de trachome évolutif.

b) Mise en œuvre de la stratégie CHANCE

Une campagne de grande envergure tenant compte des divers éléments de la stratégie CHANCE a été organisée. Elle a porté sur les trois aspects de la lutte antitrachomateuse : traitement, prévention et éducation. Cette campagne, annoncée par les médias, a été la plus efficace jamais organisée par le PNLC. D'autre part, des réunions ont été organisées avec les représentants de ministères comme le Ministère de l'Environnement, celui de l'Éducation, etc. dans le but de porter la lutte antitrachomateuse à l'attention de tous ces secteurs afin qu'ils en tiennent compte lors de l'élaboration de projets dans les provinces d'endémie.

c) Formation

La formation dans le domaine de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) est terminée et une séance de formation sur la chirurgie du trichiasis a été organisée. La formation concernant le SIG a suscité l'intérêt des responsables du PNLC et de hauts responsables des services de l'administration sanitaire des cinq provinces d'endémie.

d) Évaluation des méthodes d'intervention

L'essai clinique randomisé sur l'utilisation comparée de l'azithromycine par voie orale et de la tétracycline (1%) en application locale s'est achevé de façon satisfaisante conformément au protocole fixé. Les résultats de l'analyse préliminaire de l'étude effectuée avec le concours du Programme pour la Prévention de la Cécité ont été présentés. Les résultats définitifs devraient être disponibles en octobre 1998.

1.3 ORGANISATIONS PARTICIPANT À L'ALLIANCE

1.3.1 *African Medical and Research Foundation (AMREF) (Dr P. M. Loolpapit)*

Une aide de la société Pfizer Inc. obtenue grâce à l'AMREF-Etats-Unis d'Amérique a permis à l'AMREF d'élargir le programme de lutte contre le trachome (TCP) au Kenya à 3000 personnes supplémentaires à O/Kiramatian, à 60 km au sud du secteur d'activités communautaires existant de O/Tepesi qui couvre près de 3500 personnes. Un comité d'orientation de l'initiative AMREF/Lions composé de représentants du programme ophtalmologique du Ministère kenyan de la Santé et du Département d'Ophtalmologie de l'Université de Nairobi a été chargé de répertorier les stratégies visant à développer la lutte contre le trachome dans les districts d'endémie à l'échelle du pays. Cette dernière initiative a été rendue possible grâce au concours de la Fondation Edna McConnell Clark obtenu grâce à Helen Keller International.

1.3.2 *Christoffel Blindenmission e.V (CBM) (M. C. Garms)*

a) *Situation actuelle*

CBM soutient 165 projets participant à la lutte contre le trachome dans plus de 20 pays. Quelque 40 000 opérations du trichiasis sont pratiquées chaque année.

b) *Projet de plan d'action pour la lutte contre le trachome*

En 1998, CBM continuera de soutenir tous ses projets en cours impliqués dans la lutte contre le trachome. Des informations sur l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome et sur la stratégie CHANCE seront communiquées à chaque projet et aux partenaires des projets.

- < **Ghana (1998)** : Développement et évaluation du programme pilote de lutte contre le trachome qui applique la stratégie CHANCE dans le district de Gonja ouest au nord du Ghana. Il est proposé d'élargir progressivement ce projet tout en évaluant l'application de la stratégie CHANCE comme partie intégrante des programmes de soins de santé de district.
- < **Ethiopie (1998)** : Proposition pour une nouvelle initiative de lutte antitrachomateuse en Ethiopie. Un atelier à l'intention de l'ensemble des projets médicaux de CBM en Ethiopie sera organisé, au cours duquel la stratégie CHANCE sera présentée et des plans d'action pour les trois prochaines années seront établis. Il est proposé de collaborer étroitement avec le programme national de prévention de la cécité par l'intermédiaire du Dr Lignaw Adamu.
- < **1999 et au-delà** : Les autres pays où CBM envisage de mettre en place des programmes de lutte antitrachomateuse à l'avenir sont le Niger, le nord du Nigéria, la Tanzanie ainsi que la Chine pour un projet.

1.3.3 *Croix-Rouge suisse (M. K. Baral)*

La Croix-Rouge suisse participe à des programmes de soins oculaires dans six pays d'Asie et d'Afrique. En 1996, une enquête menée dans la population a été effectuée dans les districts de

Banke et Bardia (zone de Bheri) et de Kailali (zone de Seti) dans l'ouest du Népal, afin d'évaluer l'impact des interventions de lutte antitrachomateuse menées depuis plus de dix ans. Les résultats ont été comparés aux résultats de l'enquête népalaise sur la cécité effectuée en 1981, qui, à l'époque, avaient indiqué une prévalence du trachome de 31,1 % dans la zone de Bheri et de 18,9 % dans la zone voisine de Seti par rapport à une moyenne nationale de 6,5 %. On avait constaté que la maladie était fortement concentrée et que sa prévalence était plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les trois districts présentent des caractéristiques géographiques, climatiques et socio-économiques semblables. Toutefois, dans le district de Kailali, la communauté indienne n'est pas aussi présente que dans les districts de Banke et de Bardia.

On a constaté qu'au cours des dix dernières années, différentes méthodes de lutte antitrachomateuse avaient été appliquées dans les trois districts considérés. A Bardia (zone de Bheri), un programme de lutte communautaire avait été mis en place avec un encadrement local et la participation de bénévoles. A Banke (également zone de Bheri), selon la recommandation de l'OMS, on avait eu recours à des équipes d'intervention chirurgicale mobiles basées dans les hôpitaux. A Kailali (zone de Seti), des camps de chirurgie de l'entropion avaient été mis en place entre 1982 et 1984, mais, depuis, seuls des services hospitaliers étaient disponibles.

En outre, une enquête par grappe a été réalisée dans les trois districts susmentionnés, 89,1 % de l'échantillon total de 9625 personnes ayant été examinées. La prévalence du trachome évolutif dans les districts de Banke et de Bardia a été ramenée à un niveau où elle ne constitue plus un problème de santé publique. Le programme communautaire qui délègue ses compétences à la communauté (Bardia) a été sensiblement plus efficace pour réduire la prévalence du trachome que l'approche utilisant les équipes mobiles avec l'appui de services hospitaliers (Banke) ou la prestation de services hospitaliers seuls (Kailali).

1.3.4 Fondation Al-Noor (Dr P. Courtright)

La Fondation Al-Noor prévoit d'entreprendre une enquête sur la prévalence de la cécité, et notamment du trachome dans le Gouvernorat de Menofiya, en Egypte.

1.3.5 Fondation Conrad N. Hilton (M. D. Hubbs)

La Fondation Conrad N. Hilton a manifesté récemment son intérêt pour les efforts d'élimination du trachome et envisagera de prendre part aux travaux de l'Alliance.

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

En mars 1997, le Conseil d'administration de la Fondation a approuvé une extension pour cinq ans des activités de lutte antitrachomateuse, avec un budget en principe équivalant à US \$15 millions. Ce financement devrait permettre de soutenir les activités suivantes :

- i) promotion/renforcement des programmes nationaux contre le trachome,
- ii) coordination des activités d'élimination du trachome par l'intermédiaire du Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité,
- iii) questions de recherche opérationnelle recensées par l'Alliance, et
- iv) communication, activités d'information et d'éducation comprises, par exemple à travers des manuels techniques produits par l'OMS/PBD.

1.3.7 Helen Keller International (HKI) (M. J. Mecaskey)

L'action d'Helen Keller International (HKI) dans le domaine du trachome vise à renforcer les efforts nationaux de prévention et à terme à éliminer cette maladie cécitante. Grâce à un soutien important d'EMCF, des fondations Hilton et McKnight et de Pfizer Inc., HKI travaille actuellement avec des partenaires en Tanzanie, au Maroc, au Kenya, au Niger, au Mali, au Burkina Faso et au Viet Nam. En outre, HKI aide à promouvoir le nouveau programme de recherche sur le trachome et s'emploie à sensibiliser davantage à cette maladie et aux problèmes de lutte qu'elle pose à travers son groupe spécial de lutte contre le trachome.

L'action d'HKI en Tanzanie repose à la fois sur le renforcement des capacités de planification nationale et sur le soutien à l'élaboration de programmes. Une des principales activités consiste à reproduire le modèle "Kongwa" pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions de Singida et Arusha. HKI travaille également avec PRIDE en vue d'élargir le programme Kongwa de crédit aux femmes, projet qui permet à ses membres de sensibiliser la communauté au problème du trachome et de faire opérer les cas de trichiasis.

Au Maroc, HKI collabore avec le Ministère de la Santé publique en vue de l'élimination du trachome d'ici à l'an 2000. Mis à part le travail de soutien pour coordonner l'action des donateurs, le personnel d'HKI collabore avec les universités marocaines ainsi qu'avec les responsables du Ministère afin de résoudre les principaux problèmes posés par la recherche opérationnelle.

Au Kenya, HKI collabore avec le programme ophtalmologique du Kenya et l'AMREF et mène des activités pilotes de lutte contre le trachome au niveau local conjointement avec le programme SightFirst des Lions Clubs. Au Niger, au Mali et au Burkina Faso, l'action d'HKI est principalement axée sur l'information, l'éducation et la communication, mais suppose également une collaboration avec l'IOTA afin d'élargir l'accès aux services chirurgicaux. Enfin, HKI a commencé à travailler avec le Ministère vietnamien de la Santé afin de soutenir ses efforts de lutte contre le trachome cécitant dans la région du haut plateau central.

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

Depuis la dernière réunion, l'International Eye Foundation (IEF) a collaboré avec les Ministères de la Santé et des ONG locales intéressées en Guinée-Bissau, au Malawi, au Mozambique et au Nigéria afin d'évaluer la situation du trachome et de mettre en œuvre des programmes de lutte contre celui-ci.

Des profils de pays ont été établis sur la base de formulaires mis au point par le secrétariat de l'Alliance OMS et fournissant à la fois des informations générales (notamment sur l'infrastructure des soins de santé et l'infrastructure des soins oculaires) et des informations plus spécifiques sur le trachome. Un rapport détaillé est joint pour information complémentaire (voir annexe 3).

1.3.9 Ministère français de la Coopération (Dr P. Eozenou)

Dans le cadre du Programme mobilisateur de Lutte contre la Cécité de trois ans (1995-1998) du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC), le Ministère français de la Coopération, en collaboration avec l'Organisation pour la Prévention de la Cécité, l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) et l'OMS, a participé (indirectement) aux activités de lutte contre le trachome en soutenant les activités suivantes :

- i) création et coordination d'un réseau de santé oculaire en Afrique francophone en collaboration avec l'OPC et l'IOTA pour la production et la diffusion de matériels d'enseignement, de matériels d'information et de matériels techniques;
- ii) formation du personnel;

- iii) mise en œuvre et/ou renforcement, et évaluation des programmes nationaux de lutte contre la cécité;
- iv) recherche opérationnelle;
- v) évaluation extérieure du projet.

Tout nouveau financement pour un projet du même type sera fonction des résultats de l'évaluation extérieure du projet. Compte tenu des résultats de cette dernière, un soutien financier aux activités de lutte antitrachomateuse pourra être proposé en tant qu'activité prioritaire comme c'est actuellement le cas pour l'onchocercose.

1.3.10 Organisation mondiale contre la Cécité (IAPB) (Dr R. Pararajasegaram)

Considérant le trachome comme l'une des principales causes de cécité et de déficience visuelle, l'IAPB a, dès sa création, défini la lutte contre le trachome comme l'un de ses domaines d'action prioritaires. Dans son rôle de sensibilisation, l'IAPB a placé l'élimination mondiale du trachome au premier plan de ses discussions avec les responsables gouvernementaux, les associations professionnelles et le grand public. En outre, le bulletin *IAPB NEWS*, diffusé à plus de 3500 exemplaires dans le monde, informe régulièrement sur les efforts d'élimination mondiale du trachome et rendra compte périodiquement des résultats intéressants. L'IAPB facilitera, en mettant en commun sa liste d'adresses, la diffusion du Bulletin du trachome.

1.3.11 Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome (IOAT) (Professeur G. Coscas)

L'IOAT serait heureuse de recevoir des articles susceptibles d'être publiés dans sa *Revue internationale du Trachome*, publication bilingue, afin de diffuser toutes les informations scientifiquement pertinentes sur le trachome (médicales et épidémiologiques), mais également de faire connaître les activités de l'Alliance à ses lecteurs. L'IOAT se réjouit également de pouvoir collaborer au futur Bulletin de l'Alliance.

1.3.12 Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC) (Dr M. Chovet)

L'OPC participe à la lutte antitrachomateuse en distribuant des stocks de pommade oculaire à la tétracycline à tous les centres de santé qu'elle soutient. Elle finance également deux programmes de lutte contre le trachome en Guinée et au Cambodge :

- Guinée : Pour desservir la population scolaire de Kankan et de ses environs (Haute-Guinée).
- Cambodge : En participant avec Médecins du Monde au dépistage et au traitement du trachome dans le cadre du programme de soins oculaires primaires dans la région de Sihanoukville (450 000 habitants). Les premiers résultats de cette activité sont attendus au cours du deuxième semestre de 1998.

En ce qui concerne l'application de la stratégie CHANCE, l'OPC envisage la possibilité de travailler dans les pays suivants :

- Sénégal : Haute Casamance (Kolda, Velingara)
Est du Sénégal (Tambacounda)
- Guinée : Haute-Guinée (5 départements autour de Kankan)

- Mali : Ouest du Mali (région de Kayes)
- Gabon : Régions à déterminer
- Congo : Régions à déterminer
- Tchad : Moyen Chari, Tandfilé, Salamak (Am Timan), Guera (Mongo, Melfi)

1.3.13 Sight Savers International (SSI) (M. M.Kyndt)

SSI a déclaré avoir reçu des rapports de pays relatifs au trachome de la Gambie et du Mali. Le trachome n'est apparemment pas un problème considéré comme un problème de santé général au Pakistan où il sévit par poche, principalement dans les régions arides du Baluchistan.

2. ELABORATION D'UNE METHODOLOGIE D'APPRECIATION RAPIDE DU TRACHOME (ART)

2.1 RAPPORT CONCERNANT L'UTILISATION SUR LE TERRAIN

La méthodologie d'appréciation rapide du trachome (ART) est l'une des questions de recherche opérationnelle qui, avec la surveillance, l'administration d'antibiotiques et la chirurgie, devaient faire l'objet, selon la décision de l'Alliance à sa précédente réunion, de recherches plus approfondies.

Les résultats d'un second essai de terrain mené aux fins de validation par l'Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) au Mali, en tenant compte des modifications suggérées à la suite du premier essai de terrain au Maroc, ont été présentés. L'étude consistait à comparer les résultats obtenus dans le cadre de l'enquête nationale sur la prévalence de la cécité menée en 1996 & et qui avait révélé une prévalence du trachome évolutif chez les enfants de moins de 10 ans de 37 % & avec ceux que l'on obtenait par l'application de l'ART dans une région considérée comme d'endémicité moyenne. A cette fin, six villages de l'arrondissement de Oua dans la région de Mopti ont été sélectionnés et enquêtés. Dans le cadre de cette étude, l'ART a été effective en deux phases :

La première phase a été menée à bien par une équipe composée d'un ISO, d'un(e) secrétaire et d'un chauffeur, dont les tâches consistaient à :

- i) répertorier les patients souffrant de trichiasis à travers un système d'autorecrutement ou de recrutement communautaire dans le cadre duquel des responsables de village étaient invités à recenser les personnes susceptibles de souffrir de trichiasis avec l'aide d'un dessin réalisé spécialement dans ce but. Les responsables étaient ensuite priés d'amener ces personnes en un lieu central afin qu'ils soient examinés par l'ISO;
- ii) dépister les cas de trachome évolutif grâce à l'examen par l'ISO de 50 enfants âgés de 0 à 10 ans et sélectionnés parmi les plus pauvres du village.

La seconde phase, exécutée par une autre équipe composée d'un ophtalmologiste, d'un ISO, d'un(e) secrétaire et d'un chauffeur, comportait une seconde visite dans les mêmes villages. Toute la communauté était alors soumise à un dépistage et examinée par l'ophtalmologiste.

2.1.1 Recrutement de sujets adultes souffrant de trichiasis

Le dépistage du trichiasis chez l'adulte par les ISO a été effectué avec une sensibilité de 34,6 % et une spécificité de 97,9 % par rapport au dépistage par l'ophtalmologiste, et cela malgré

le fait qu'il existe presque toujours un terme local pour trichiasis et que l'épilation soit une pratique courante. En outre, la participation de collaborateurs dans les villages s'est révélée difficile. Cependant, le dessin de l'œil malade s'est révélé très utile. L'indice Kappa de comparaison entre l'ophtalmologiste et l'ISO était de 0,34.

2.1.2 Diagnostic du trachome évolutif

Pour l'appréciation rapide du trachome évolutif, la méthode consistait à avoir un nombre égal d'écoliers et d'enfants d'âge préscolaire si moins de 80 % des enfants étaient scolarisés. En fait, il n'y avait aucune communauté dans cette partie du Mali où la fréquentation scolaire atteignait 80 %. Sur les sept villages dans lesquels l'on comptait plus de 20 % de cas de trachome évolutif, les ISO en ont dépisté cinq sur sept et le médecin six sur sept. L'évaluation globale de la prévalence était très précise. En outre, le concept de " quartier pauvre " était très difficile à appliquer à l'arrivée dans un village et il s'est avéré nécessaire de procéder d'abord à une première sensibilisation et à une éducation. La mobilisation des guérisseurs traditionnels s'est également révélée très difficile.

2.2 DÉBAT

L'importance de se concentrer sur les valeurs prédictives positives a été soulignée. L'accent a également été mis sur le fait que dans l'évaluation de l'appréciation rapide, le critère de validité ne doit pas être une comparaison précise avec les enquêtes classiques sur la prévalence du trachome; il s'agit plutôt de déterminer si l'appréciation rapide permet de **repérer** et de **classer** les régions, les zones et les villages sévèrement atteints.

L'action de l'Alliance a été présentée au groupe, qui a demandé que les travaux de validation se poursuivent dans d'autres cadres et que le projet de manuel d'ART soit distribué aux collaborateurs intéressés.

3. CHIRURGIE DU TRICHIASIS

3.1 ÉVALUATION DE LA BOÎTE À CHIRURGIE DU TRICHIASIS À PRIX MODIQUE

Des boîtes d'instruments ont été fournies pour US \$100 et leur essai sur le terrain devrait être achevé d'ici 2 à 3 mois. Les instruments en titane sont 6 à 10 fois plus chers que ceux en acier inoxydable, mais il pourrait tout de même être utile d'en envisager l'acquisition compte tenu de leur qualité et de leur solidité exceptionnelles. Les résultats de cet essai seront présentés à la prochaine réunion de l'Alliance.

3.2 SUIV DE LA FORMATION ET QUALITÉ DE LA CHIRURGIE

Les récurrences après la chirurgie du trichiasis (20 à 40 %), constatées lors des visites rendues dans les programmes de lutte contre le trachome, ont soulevé la question du suivi de la formation et de la qualité de la chirurgie du trichiasis ainsi que celle de l'élaboration d'un protocole d'évaluation pertinent.

Les critères suivants ont été retenus pour l'élaboration de ce protocole :

- i) Délai après lequel l'efficacité de la chirurgie des paupières devrait être évaluée (après un an ? deux ans ?)
- ii) Durée de la formation chirurgicale et nécessité de l'encadrement par un chirurgien
- iii) Perception et satisfaction du patient concernant la chirurgie des paupières

iv) Degré optimal de cicatrisation avant l'exécution de l'opération chirurgicale

L'expérience de la formation à l'extraction extracapsulaire du cristallin a montré qu'il y avait d'importantes variations dans le nombre de cas qui devaient être opérés sous la supervision d'un chirurgien. La norme par rapport à laquelle les résultats autres que la rotation bilamellaire du tarse doivent être comparés est de 80 % de réussite après deux ans.

3.3 VIDÉO SUR LA CHIRURGIE DU TRICHIASIS

Un film vidéo décrivant la technique de la rotation bilamellaire du tarse produit par Orbis International et intitulée *Damage Control: Trichiasis Surgery for the Prevention of Blindness from Trachoma* est disponible sur demande au Programme OMS pour la Prévention de la Cécité et de la Surdité (PBD).

4. LE POINT SUR L'AZITHROMYCINE

4.1 RÉSISTANCE

Du point de vue de Pfizer, l'utilisation de l'azithromycine pour le traitement du trachome n'est pas motivée par des fins commerciales, mais plutôt par une action sur le terrain. Le premier pays à homologuer l'azithromycine à cette fin a été l'Australie, qui comptait l'utiliser chez les enfants aborigènes. La société Pfizer Inc. surveille continuellement son efficacité et informera l'OMS au cas où des souches résistantes feraient leur apparition.

4.2 RÉSULTATS DE L'ESSAI CONDUIT AU MAROC

Le Dr Chami Khazraji a présenté les résultats préliminaires de l'essai clinique réalisé au Maroc, commencé en septembre 1996. L'essai comportait trois branches : pommade oculaire à la tétracycline (1 %) 2 fois par jour pendant 6 semaines & une dose d'azithromycine par voie orale (AZx1) & et une dose d'azithromycine plus une dose de rappel 6 mois plus tard (AZx2). Dans chaque cas de figure, deux groupes d'étude ont été constitués : un groupe de population générale et un groupe de population scolaire âgés de moins de 10 ans. Les participants ont été examinés au moment du recrutement, puis à 4, 6 et 12 mois. Les résultats ont été présentés comme " une réduction dans la prévalence de la maladie " .

Pour résumer, dans la **population générale**, à 6 mois, on n'a pas enregistré de différence entre les branches; à 12 mois, aussi bien la tétracycline que l'AZx2 se sont révélés plus efficaces que l'AZx1.

Dans la **population scolaire**, on n'a pas non plus observé de différence à 6 mois. A 12 mois, l'AZx2 avait donné de bien meilleurs résultats que l'AZx1 ou que la tétracycline, qui a donné des réductions analogues en prévalence.

Une analyse approfondie des données est en cours et une présentation plus détaillée de l'étude sera faite à la troisième réunion de l'Alliance en octobre 1998.

4.3 MISE AU POINT D'UNE PRÉPARATION LOCALE

Des retards ont été enregistrés dans la fabrication d'une préparation locale; en réalité, malgré la conclusion d'un accord avec Pfizer Inc. pour permettre la production sous licence de cette préparation, celle-ci doit d'abord être mise au point et le coût est considérable. Il a été décidé de continuer à tenter de trouver un fabricant intéressé par le développement et la fourniture de cette préparation locale.

4.4 AUTRES FAITS NOUVEAUX

4.4.1 Une maladie familiale

Il a été souligné que le traitement doit être étendu à l'ensemble de la famille et que la cible devrait être "**tous les ménages infectés**". Le but devrait être d'examiner les enfants de chaque famille d'une communauté donnée. Dès qu'un enfant touché est repéré, c'est toute la famille qu'il faut traiter. Ce n'est que si **tous** les enfants de la famille sont négatifs qu'il est inutile de traiter la famille. Il est extrêmement important d'atteindre les enfants et les femmes & le traitement des hommes est facultatif. Les personnes traitées doivent être réexaminées au bout d'un an et traitées à nouveau si nécessaire.

4.4.2 Un modèle mathématique de traitement de masse

Un modèle mathématique de la transmission du trachome a été décrit. La fréquence du traitement systématique aux antibiotiques nécessaire pour parvenir à éliminer la maladie dépend de la prévalence d'un prétraitement. Le modèle suppose également que les enfants de moins de huit ans constituent un groupe central dans la transmission du trachome; si les antibiotiques sont administrés à une fréquence telle que la maladie évolutive est éliminée chez les enfants de moins de huit ans, elle devrait finir par disparaître dans le reste de la communauté.

5. ELABORATION D'APPROCHES COMMUNES POUR L'ALLIANCE (Rapports de quatre groupes de travail)

5.1 USAGE RATIONNEL DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE PAR VOIE GÉNÉRALE (Groupe 1 : Dr C. Dawson/Dr D. Mabey)

La distribution d'antibiotiques doit commencer dans une région hautement prioritaire. Les enfants sont à traiter en priorité et les stratégies dépendront de la prévalence et des coûts. L'idéal serait de ne viser que les familles touchées.

La discussion au sein du groupe a surtout porté sur les avantages et les coûts du traitement systématique par rapport à un traitement ciblé. On a cité l'exemple de la région de Mopti au Mali, peuplée de 1,2 million d'habitants. La prévalence du trachome évolutif y était de 37 % de la population de moins de 10 ans. Ici, le traitement systématique des enfants coûterait FCFA 5 millions (US \$8250), alors que le coût du traitement des seuls cas de TF/TI s'élèverait à FCFA 2,3 millions (US \$3500). Mais le coût du dépistage s'élèverait à FCFA 3 millions (US \$5000). C'est pourquoi, si la prévalence était plus faible, il pourrait s'avérer meilleur marché de ne traiter que les personnes touchées.

On a également cité l'exemple du Maroc, où le dépistage de l'ensemble de la population aurait été très coûteux. La politique a donc consisté à se concentrer sur la province la plus gravement atteinte, où la prévalence du TF/TI chez les enfants était supérieure à 20 %, et à traiter toutes les femmes et les enfants. Si la prévalence était située entre 10 et 20 %, ce sont les enfants d'âge scolaire et leur famille qui étaient traités et, si elle était inférieure à 10 %, ils étaient traités individuellement.

Sur la base de ces informations et de la discussion qui a suivi, une matrice des différentes stratégies a été établie en fonction du degré de priorité d'une part et du coût des médicaments de l'autre.

**Stratégies pour l'usage rationnel du traitement antibiotique par voie générale :
tableau pour l'établissement des priorités**

COUT DES MEDICAMENTS	PRIORITE		
	Elevée	Moyenne	Faible
Bon marché	Systematique	Ciblée	Ciblée
Moyen	Systematique	Ciblée	Néant
Elevé	Ciblée	Néant	Néant

La priorité est déterminée par :

- i) la prévalence du TF/TI chez les moins de 10 ans
- ii) la taille de la population
- iii) les ressources et la faisabilité.

Bien que l'on ait insisté sur les critères d'établissement des priorités susmentionnés, il a été suggéré que des critères comme l'offre de médicaments ou l'accès restreint aux médicaments devaient également être pris en compte, car la mise à disposition comporte de nombreux aspects en dehors du coût réel.

L'intégration des différentes activités ayant trait aux soins oculaires a été considérée comme importante dans la mesure où elle pourrait permettre un dépistage du trachome à moindres frais si celui-ci était réalisé parallèlement à d'autres activités de surveillance comme, par exemple en Gambie, le contrôle semestriel de l'état nutritionnel des enfants. D'autre part, le groupe a estimé que le dépistage au niveau familial pourrait être une solution utile dans certains contextes.

5.2 ELABORATION D'UN MODÈLE DE PROGRAMME DE DISTRICT (Groupe 2 : Professeur L. Cerulli/Professeur S. West)

5.2.1 Au niveau national

- i) Il est urgent de prévenir la cécité et la déficience visuelle dues au trachome, ce qui revient dans un premier temps à traiter rapidement le trichiasis. Cela comprend la formation du personnel nécessaire, le dépistage des cas, le traitement chirurgical et le suivi.
- ii) L'autre priorité consiste à prévenir le trachome potentiellement cécitant (TF/TI). Cela comprend les éléments **A**, **N**, et **CE** de la stratégie **CHANCE**. Cela suppose la promotion de la santé oculaire par l'éducation afin d'obtenir des changements comportementaux et environnementaux.

La mise en oeuvre de la lutte antitrachomateuse repose sur les principes de base suivants :

- i) Elle s'inspire de la stratégie **CHANCE**.
- ii) Elle est conforme au cadre de la santé publique, c'est-à-dire fondée sur la communauté, et prévoit, outre le traitement, la surveillance et la prévention en dehors du traitement.
- iii) Elle exige une initiative nationale.
- iv) Elle tient compte du fait que le trachome touche les plus défavorisés.

Il a été signalé que le coût des projets de démarrage et du traitement du nombre accumulé de cas de trichiasis pourrait être dans un premier temps pris en charge par les ONG, pour donner le temps aux autorités nationales de mobiliser une volonté et un engagement politiques.

5.2.2 Au niveau des districts

- i) L'ampleur et la répartition du problème sont déterminées par une appréciation rapide.
- ii) La disponibilité de ressources est déterminée.
- iii) Cette information est communiquée en retour aux comités nationaux.

5.2.3 Formation chirurgicale

- i) La formation à la chirurgie du trichiasis doit être dispensée au niveau du district.
- ii) Un manuel portant sur l'ensemble des éléments pertinents de la formation devra être élaboré.
- iii) La norme pour évaluer la formation devrait être la réussite à court terme (1-2 ans) de 10 opérations des paupières exécutées sous supervision.

5.2.4 Personnel communautaire

Le "contrat" communautaire de lutte antitrichomateuse autorise le recrutement de bénévoles. Ces bénévoles sont formés au dépistage des cas et aux techniques de mobilisation; pour leur action, ils reçoivent une reconnaissance sociale ou un paiement en nature.

5.2.5 Coordonnateur de district

Un coordonnateur de district sera chargé de :

- i) la coordination des éléments **A, N** et **CE**;
- ii) la formation des agents de santé communautaires;
- iii) l'interface avec les chefs de village;
- iv) l'accès aux données dans l'optique de la surveillance du programme.

5.3 ELABORATION DE POLITIQUES DE SANTÉ NATIONALES POUR L'ÉLIMINATION DU TRACHOME (Groupe 3 : Dr J. Mahjour/Dr A. Auzemery)

Reconnaissant que le trachome est une maladie communautaire, et en particulier une maladie de la mère et de l'enfant souvent considérée comme une maladie oculaire mineure dans certains pays d'endémie et comme un indicateur de pauvreté et de marginalisation, le groupe a estimé que, si l'on voulait parvenir à éliminer le trachome, une politique de santé nationale comprenant un élément national de lutte contre le trachome engageant des ressources nationales s'imposait. Pour cela, il serait nécessaire :

- i) d'informer les responsables de l'importance et de la gravité du trachome dans leur pays,
- ii) de les convaincre qu'une solution existe avec le concours de l'Alliance pour l'Élimination mondiale du Trachome et la mise en œuvre de la stratégie CHANCE,

- iii) de leur expliquer la nécessité d'une approche multisectorielle pour l'exécution de cette stratégie et ses avantages potentiels dans d'autres domaines,
- iv) de leur proposer une aide afin de rechercher des soutiens possibles dans le cadre de l'Alliance pour la planification et la mise en œuvre de programmes,
- v) de les informer de l'importance qu'il y a à rechercher une coopération de tous les professionnels de la santé, de la collectivité ainsi que des ONG (par exemple, les ophtalmologistes qui, souvent, ne considèrent pas le trachome comme un problème important et devraient être sensibilisés dans le cadre d'enquêtes).

Pour que la lutte antitrachomateuse soit efficace, un programme national de lutte contre le trachome (PNLT) devrait être établi dans le cadre du programme national de lutte contre la cécité. Il devrait être établi par le coordonnateur de ce dernier en collaboration avec une commission technique ou des experts extérieurs selon les besoins.

L'élaboration du PNLT devrait prendre en compte les principales considérations (composantes) suivantes :

- i) La stratégie CHANCE
 - a) CH et A au moyen d'interventions (curatives) à court terme dans le cadre des services de santé
 - b) N et CE dans le cadre d'interventions (préventives) à long terme avec l'appui de la communauté et une participation plurisectorielle/pluridisciplinaire afin de consolider les résultats obtenus dans le cadre des interventions CH et A
- ii) Renforcement des services de santé existants et mise en place d'infrastructures nouvelles
- iii) Renforcement des ressources en personnel

5.4 MOBILISATION DE RESSOURCES

(Groupe 4 : Dr J. Cook/Dr L. Schwab)

Une partie de la mobilisation de ressources consiste à cerner le problème et l'Alliance OMS a contribué à accroître la sensibilisation au problème dans le monde entier.

5.4.1 Etablissement de propositions de financement

Cela pourrait se faire dans le cadre du ministère de la santé et du comité national de prévention de la cécité. Des informations essentielles pourraient être obtenues d'après les éléments ci-dessous :

- i) Evaluation rapide du trachome
- ii) Stratégie **CHANCE**
- iii) Interaction avec l'Alliance OMS
- iv) Raison d'être du programme
- v) Système d'information géographique
- vi) Autres programmes intégrés aux activités d'élimination du trachome (santé maternelle et infantile, par exemple)
- vii) Coût/efficacité
- viii) Viabilité

5.4.2 Ressources humaines pour les plans nationaux d'élimination du trachome

- i) Les coordonnateurs nationaux devraient assister aux réunions de l'Alliance afin d'échanger des informations et d'instituer une collaboration.
- ii) Il serait souhaitable de charger une équipe mobile de la formation et de la sensibilisation.
- iii) Plusieurs centres collaborateurs OMS pourraient collaborer à la formation d'enseignants.
- iv) Un programme d'études devrait être établi.

5.4.3 Surveillance et évaluation

Pour démontrer aux donateurs l'efficacité de l'intervention, il conviendrait de rédiger les rapports suivants :

- i) Evaluation rapide avant et après, complétée par une enquête détaillée
- ii) Nombre de chirurgiens formés à la chirurgie du trichiasis
- iii) Nombre d'opérations des paupières pratiquées
- iv) Changements environnementaux réalisés avec l'appui de la communauté
- v) Changements comportementaux

5.4.4 Sources de financement possibles

- i) L'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome devrait être un moyen de mieux faire connaître l'action, d'accroître la sensibilisation, et de permettre une mobilisation en faveur de l'élimination du trachome et de l'application de la stratégie **CHANCE**.
- ii) Le financement au niveau des pays, y compris par des sources communautaires, devrait assurer la viabilité financière.
- iii) Un financement extérieur est souvent indispensable pour lancer le plan d'élimination.
- iv) Nations Unies (OMS/UNICEF et Banque mondiale)
- v) ONG locales telles que les Lions Clubs et les Rotary Clubs.
- vi) Organisations s'occupant d'eau et d'assainissement.

6. MISE A JOUR SUR LES PROJETS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

La situation dans les quatre principaux domaines de la recherche opérationnelle a été décrite comme suit :

6.1 APPRÉCIATION RAPIDE

Les résultats disponibles ont été présentés; lors de l'examen de ce point, il a été précisé que la question de la validité doit porter essentiellement sur le classement des communautés. L'appréciation rapide correspond assez bien à une enquête en bonne et due forme, sauf lorsque les enfants d'âge scolaire y sont inclus. Il a été décidé de poursuivre comme prévu l'essai sur le terrain de la méthodologie d'appréciation rapide du trachome.

6.2 SURVEILLANCE

Il convient de suivre et d'évaluer l'efficacité des systèmes de lutte contre le trachome et, pour cela, une estimation objective du changement réel du tableau de morbidité dans le temps est nécessaire. On a cité un exemple en Tanzanie ainsi que d'autres études qui se déroulent au Maroc.

6.3 DISTRIBUTION D'ANTIBIOTIQUES

Il faut tenir compte du coût du médicament et du personnel nécessaire pour repérer les cas et distribuer le médicament; ces aspects devraient faire l'objet de recherches afin de déterminer quels seraient les systèmes de distribution optimaux en tenant compte de la prévalence de la maladie, de la distribution de la population et de la participation communautaire.

6.4 OBSTACLES AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Des informations en provenance du Malawi ont été présentées (Dr P. Courtright), indiquant que, selon une enquête restreinte effectuée en 1994, 38 % seulement des femmes atteintes de trichiasis que l'on avait encouragées à se faire opérer à l'hôpital de district avaient effectivement pris cette décision. Des informations analogues concernant des femmes tanzaniennes ont été présentées (Professeur S. West), indiquant qu'après sept ans, 27% seulement des femmes avaient accepté une opération chirurgicale, alors que ces opérations étaient pratiquées dans le village même. Celles qui avaient été traitées ont fait état des avantages suivants : i) absence de douleur (66 %), ii) amélioration de la vision (59 %) et iii) possibilité de reprendre le travail (28 %).

Il a été recommandé d'inscrire la surveillance de la maladie à l'ordre du jour de la prochaine réunion. L'importance de l'expérimentation sur le terrain des méthodes de surveillance ainsi que celle de la mise au point d'indicateurs et d'indicateurs de substitution ont été soulignées.

6.5 AUTRES DOMAINES DE RECHERCHE

Les suggestions suivantes ont été faites :

- i) Coût de base de la lutte antitrachomateuse au moyen de la stratégie **CHANCE**.
- ii) Définition des résultats de la lutte antitrachomateuse.
- iii) Activités en rapport avec les éléments **N** et **CE** de la stratégie **CHANCE**, notamment la lutte contre les mouches.
- iv) Réalisation de tests de la fonction visuelle afin de mesurer les changements qui surviennent chez les patients souffrant de trichiasis.
- v) Différents modes d'utilisation de l'eau. Il s'agit d'un problème touchant au comportement et à l'éducation pour la santé.
- vi) Assainissement de base : comment garantir une coopération intersectorielle ?

- vii) Le fait de garder du bétail à proximité des habitations a-t-il des conséquences ?
- viii) Une meilleure connaissance des schémas de comportement en général et de leur application au trachome en particulier. Beaucoup de ces comportements sont particuliers au pays, mais on dispose de données dans d'autres secteurs de l'action de développement.
- ix) Perception par les patients et les communautés des interventions mises en place, et notamment des éléments de la stratégie **CHANCE**.

6.6 AUTRE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU TRICHIASIS

Le Dr Graz de l'Institut de Médecine sociale et préventive de Lausanne et Genève a présenté une nouvelle solution au traitement du trichiasis utilisable par du personnel non médical à titre provisoire. La méthode consiste à utiliser une petite bande de sparadrap (collant sur les deux faces) pour maintenir en arrière les cils tournés vers l'intérieur. Par-dessus, on utilise un sparadrap normal. Au bout de 12 semaines, les cils qui avaient été épilés avaient repoussé alors que 67 % des cils ainsi maintenus étaient encore dans un état satisfaisant. Un suivi plus approfondi de cette étude a été envisagé; il serait utile de savoir si cette méthode pourrait être appliquée par les patients aussi bien que par des agents de santé.

7. FORMATION ET PROMOTION

7.1 MODULE D'ENSEIGNEMENT ET D'INFORMATION SUR L'APPRÉCIATION RAPIDE DU TRACHOME

Un module d'enseignement mis au point par le secrétariat de l'Alliance a été présenté au groupe qui l'a trouvé très utile, en particulier pour sensibiliser les administrateurs. Il a été envisagé d'en produire plusieurs versions en plusieurs langues avec l'aide éventuelle du groupe spécial du Comité de Partenariat auprès du Programme OMS de Prévention de la Cécité.

7.2 LE POINT SUR LE BULLETIN DU TRACHOME

Le Dr Schwab, rédacteur, a présenté l'avant-projet du premier numéro. On prévoit pour le moment de publier deux numéros par an. Seront visées toutes les personnes intéressées par le trachome, y compris au niveau politique. Il a donc été suggéré de se procurer des listes d'adresses auprès d'autres organisations et d'inclure dans le Bulletin des articles rédigés par des spécialistes de l'eau et de l'assainissement. Le secrétariat s'occupera également de le mettre sur Internet.

8. AUTRES QUESTIONS

8.1 SYSTÈMES D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE

Suite aux demandes d'information en retour sur l'utilisation des systèmes d'information géographique, le groupe a recommandé que cette question soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

8.2 AVIS SUR LES PROGRÈS DE L'ALLIANCE

Le Dr Cook a déclaré que la Fondation Edna McConnell Clark était satisfaite des progrès de l'Alliance.

Au nom de la société Pfizer Inc., Mme P. Luff a déclaré que la participation de celle-ci à l'Alliance OMS avait été une expérience très positive pour sa société.

Le secrétariat a expliqué, en réponse à une question concernant le nombre croissant de participants aux réunions de l'Alliance, qu'à la suite de l'adoption de la résolution sur le trachome par la Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé, des règlements et critères de participation et de collaboration seraient mis au point; ils pourraient être examinés à la prochaine réunion de l'Alliance.

8.3 DATES ET LIEU DE LA PROCHAINE RÉUNION

Le Dr Mahjour a chaleureusement invité l'Alliance à tenir sa prochaine réunion à Ouarzazate, au Maroc, en octobre 1998. Les dates des 19 et 20 octobre 1998 ont été proposées, une visite de terrain d'une journée ayant lieu à la suite de la réunion.

Il a été proposé d'inscrire à l'ordre du jour les points suivants :

- i) Programmes de lutte de district : élaboration de modèles.
- ii) Actualisation sur l'administration de l'azithromycine (point à inscrire régulièrement à l'ordre du jour des réunions de l'Alliance).
- iii) Coûts de la cécité trachomateuse et avantages de la lutte.
- iv) Résultats et avantages en ce qui concerne le trachome. M. Mecaskey a proposé de rédiger un document de travail sur cette question.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La deuxième réunion de l'Alliance OMS pour l'Élimination mondiale du Trachome a rassemblé des représentants des pays touchés ainsi qu'un large éventail d'institutions et d'organisations intéressées par la lutte contre le trachome. D'après les comptes rendus de la réunion, il est très encourageant de constater les progrès accomplis dans de nombreux pays soit dans la préparation, soit dans la mise en œuvre de programmes de lutte contre le trachome. Les délibérations ont débouché sur les recommandations suivantes :

1. **Coordonnateurs nationaux**

Pour faciliter l'échange d'expérience et reconnaître la contribution utile que peuvent apporter les coordonnateurs nationaux des programmes de lutte contre le trachome, l'Alliance recommande que ces coordonnateurs participent à l'avenir aux réunions.

2. **Politique nationale**

L'Alliance reconnaît l'importance pour les programmes nationaux de lutte contre le trachome de pouvoir compter sur un appui solide aussi bien de la part des politiques que des professionnels de la santé et d'autres secteurs.

Le groupe reconnaît également l'importance d'une approche multisectorielle en vue de l'élimination du trachome. Il est donc essentiel de continuer à mobiliser l'appui des responsables politiques (en renforçant le rapport coût/efficacité de ces programmes ainsi que leur impact sur le développement communautaire), des ophtalmologistes (en les impliquant dans l'évaluation de la gravité du trachome) et des responsables de la santé et des secteurs connexes tels que l'eau, l'assainissement et l'éducation, ainsi que les associations de femmes (en soulignant les avantages des programmes de lutte sur le plan de la santé publique).

3. **Collecte de données et méthodologie d'appréciation rapide du trachome**

Les participants ont noté avec intérêt les données recueillies auprès de pays choisis.

Ils ont également constaté que la méthodologie d'appréciation rapide du trachome (ART), qui est un outil opérationnel essentiel pour repérer les communautés d'endémie cibles, avait été expérimentée sur le terrain et en partie validée. Il est recommandé de poursuivre la validation dans différents contextes et de diffuser le projet de manuel sur l'ART.

4. **Chirurgie du trichiasis**

Les participants ont souligné la nécessité de normaliser la formation et de mettre sur pied un système de "certification" des compétences en matière de chirurgie du trichiasis.

Il est recommandé qu'un guide de formation soit préparé pour compléter le manuel existant sur la "Chirurgie du trichiasis trachomateux. Rotation bilamellaire du tarse" (WHO/PBL/93.29). Ce guide devrait comprendre un protocole simple de surveillance de la qualité des résultats de la chirurgie du trichiasis.

5. Azithromycine

Disponibilité

L'Alliance a noté avec satisfaction l'intérêt non démenti de Pfizer Inc. pour continuer à mettre à disposition l'azithromycine aux fins de l'élimination du trachome dans certains pays. Il a été recommandé d'entreprendre de nouvelles études opérationnelles susceptibles de faciliter une évolution dans ce sens, le cas échéant, par l'intermédiaire du réseau de l'Alliance.

Préparation locale

Le groupe a noté que la mise au point d'une préparation locale d'azithromycine avait été retardée pour plusieurs raisons depuis la dernière réunion de l'Alliance. Il a réaffirmé que cette préparation locale pourrait représenter une solution de remplacement intéressante dans la lutte contre le trachome et a donc recommandé de poursuivre les efforts afin de faire progresser les choses dans ce domaine.

Résultats de l'essai du Maroc

Le groupe a pris note avec intérêt des résultats préliminaires de l'essai communautaire mené au Maroc, visant à comparer deux modes d'administration d'azithromycine (une dose annuelle/deux doses annuelles) à l'application de pommade à la tétracycline.

Il est recommandé d'analyser les données recueillies de manière plus approfondie et d'en rendre compte à la prochaine réunion.

Usage rationnel des antibiotiques par voie générale dans le cadre de la stratégie CHANCE

Un usage rationnel des antibiotiques par voie générale part du principe que le trachome est une maladie familiale. Il est donc recommandé d'intégrer la lutte antitrachomateuse aux soins de santé primaires et notamment aux programmes de santé maternelle et infantile. L'idéal consisterait à traiter tous les membres des ménages infectés dans les villages considérés comme prioritaires.

Les informations préliminaires dont on dispose laissent supposer qu'une dose annuelle unique d'azithromycine pourrait être suffisante, même si de nouveaux travaux de recherche opérationnelle s'imposent, notamment en ce qui concerne les incidences coût/avantages d'une posologie semestrielle.

6. Modèle de lutte intégrée contre le trachome au niveau du district

La réunion a pris note des expériences menées dans certains pays à cet égard. Elle a insisté sur la nécessité de mettre davantage en valeur les ressources humaines et les activités intersectorielles pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE.

Coordination

Il a été recommandé d'intégrer la lutte contre le trachome aux activités de santé publique et de charger un responsable de la coordination au niveau du district.

Récupération des coûts

Le groupe a souligné que le trachome touche les communautés et les familles les plus défavorisées. Cela peut avoir des répercussions sur les efforts de recouvrement des coûts des programmes et des travaux complémentaires sont nécessaires dans ce domaine.

Problèmes d'accès

Il convient de poursuivre les efforts visant à éliminer les problèmes qui limitent l'accès aux services de lutte contre le trachome, en particulier pour les femmes et les enfants.

7. Sensibilisation

Afin d'utiliser au mieux les fonds disponibles et de mobiliser davantage de ressources en faveur de l'élimination du trachome, il importe d'accroître la sensibilisation à la maladie et de mieux faire comprendre les avantages que la lutte peut apporter sur le plan socio-économique et sur le plan du développement. Il est donc recommandé de mettre en relief ces aspects, ainsi que l'existence d'une stratégie d'intervention efficace, lorsque des propositions seront transmises aux gouvernements et aux donateurs potentiels.

8. Mobilisation de ressources

Les participants ont souligné la nécessité de mobiliser davantage de ressources en faveur de l'élimination mondiale du trachome. A cet égard, il est recommandé de consacrer une demi-journée supplémentaire, parallèlement à la réunion de l'Alliance, à l'examen de rapports de situation non techniques sur les programmes pour l'élimination mondiale du trachome. Cette réunion pourrait intéresser les organismes susceptibles de fournir un appui additionnel.

9. Recherche opérationnelle

Sur les quatre grands domaines de recherche opérationnelle recommandés, il a été fait rapport sur les progrès accomplis en matière d'appréciation rapide du trachome et d'obstacles à la chirurgie du trichiasis. La distribution d'antibiotiques est à l'étude. Des travaux complémentaires sont nécessaires en ce qui concerne la surveillance et l'évaluation des systèmes de lutte contre le trachome. Il est recommandé que la surveillance soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion et que le secrétariat de l'Alliance prépare un document de travail sur ce sujet.

10. Formation

Il est essentiel de créer des possibilités de formation à l'appréciation rapide du trachome et à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE à l'intention des administrateurs de programmes nationaux et des organisations non gouvernementales de développement intéressées. Il est donc recommandé d'organiser des ateliers, à travers le réseau de l'Alliance, auxquels pourront participer les organisations intéressées et les centres collaborateurs de l'OMS.

ANNEXE 1

**DEUXIÈME RÉUNION DE L'ALLIANCE OMS POUR
L'ÉLIMINATION MONDIALE DU TRACHOME**

Genève, 12-14 janvier 1998

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la réunion
Présentation des participants
Informations administratives
Adoption de l'ordre du jour

1. Compte rendu des activités entreprises depuis la dernière réunion de l'Alliance, notamment concernant :
 - C les pays endémiques présents à la réunion
 - C les organisations membres de l'Alliance
 - C le secrétariat de l'OMS
2. Elaboration d'une méthode d'appréciation rapide du trachome
 - C Etat d'avancement et compte rendu de l'utilisation sur le terrain
 - C Projet de guide d'action
3. Chirurgie du trichiasis
 - C Evaluation de la boîte à chirurgie du trichiasis à prix modique
 - C Projet de mise en circulation d'une vidéo
 - C Surveillance en matière de formation et de qualité de la chirurgie
4. Point sur l'azithromycine
 - C Résistance
 - C Résultats de l'enquête menée au Maroc
 - C Etat d'avancement de la recherche en matière de préparations à usage topique
 - C Autres faits nouveaux
5. Développement d'une approche globale de soutien au sein de l'Alliance (4 groupes de travail) en matière de:
 - i) utilisation rationnelle des antibiotiques dans le traitement de type systémique
 - ii) questions relatives au modèle de programme de lutte contre le trachome au niveau du district
 - iii) formulation de politiques nationales de santé pour l'élimination du trachome
 - iv) mobilisation de ressources
6. Mise à jour sur les projets de recherche opérationnelle
7. Point sur l'état d'avancement du Bulletin d'Informations sur le Trachome (Trachoma Newsletter)
8. Elaboration du plan de travail pour 1998
9. Autres questions

Conclusions and recommandations
Date et lieu de la prochaine réunion

Clôture de la réunion
ANNEXE 2

**DEUXIÈME RÉUNION DE L'ALLIANCE OMS POUR
L'ÉLIMINATION MONDIALE DU TRACHOME**

Genève, 12-14 janvier 1998

LISTE DES PARTICIPANTS

COORDONNATEURS NATIONAUX

Mr Youssef CHAMI KHAZRAJI, Chef de la Division des Maladies oculaires & Coordinateur national du Programme marocain de Lutte contre la Cécité, Ministère de la Santé Royaume du Maroc, 14 rue Al Kalsadi, Agdal 10 000, Rabat, Maroc
(Fax +212 7 77 20 14 - Tel +212 7 77 86 65 -Email: ychami@sante.gov.ma)

Dr Hannah FAAL, Coordinator, National Eye Care Programme, Ministry of Health, Social Welfare of Women's Affairs, Eye Unit, Royal Victoria Hospital, P.O. Box 950, Banjul, Gambie
(Fax +220 49 62 03 -Tel 220 49 70 49)

Dr Lazare ILBOUDO, Coordonnateur du Programme national de Lutte contre la Cécité, Centre national de Lutte contre la Cécité, 05 BP 6053, Ouagadougou 05, Burkina Faso
(Fax & Tel +226 30 78 21 - Tel 226 32 46 86 - Email: ilbo10@calvacom.fr)

Dr Doulaye SACKO, Coordonnateur du Programme national de Lutte contre la Cécité, Division de l'Epidémiologie, B.P. 228, Bamako, Mali
(Fax +223 23 17 21 - Tel +223 23 89 30/+223 22 64 97- Email: pnlc@datatech.toolnet.org)

REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES

Dr Pierre EOZENOU, Chef de Bureau, Afrique Central/Océan Indien, Secrétariat d'Etat à la Coopération, Ministère des Affaires Etrangères, 1 bis avenue de Villars, 75700 Paris, France
(Fax+33 1 53 69 37 32 - Tel +33 1 53 69 31 85)

Dr Clare GILBERT, Representative of the Department for International Development, International Centre for Eye Health (ICEH), Bath Street, London EC1V 9EL, Royaume-Uni
(Fax +44 171 917 0019 - Tel +44 171 608 6900)

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

REPRÉSENTANTS D'ORGANISMES DES NATIONS UNIES

M Abdelmajid TIBOUTI, Conseiller régional CEE-CIS, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 5-7 avenue de la Paix, Genève, Suisse (Fax +41 22 909 5900)

REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET DE FONDATIONS

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

- M Kamal BARAL**, The Representative of the Swiss Red Cross Eye Care Team in Nepal, Joint Secretary, Manager Community Program, Swiss Red Cross, Fateh-Bal Eye Hospital, P.O. Box 32, Nepalgunj, Népal
(Fax +977 81 20589 - Tel +977 81 20598 - Email: baral@fbeh.wlink.com.np)
- Mme Ursula BARTER-HEMMERICH**, Représentante de l' Union mondiale des Organisations féminines catholiques auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, Les Plantées, 1267 Vich, Suisse
(Fax & Tel +41 22 364 1467)
- Dr Marcel CHOVET**, Vice-Président d' Honneur et Directeur des Programmes, Organisation pour la Prévention de la Cécité, 64 rue Molière, 69003 Lyon, France
(Fax +33 478 62 06 78 - Tel +33 478 71 06 28)
- Dr Joseph A. Cook**, Director, Tropical Disease Research, The Edna McConnell Clark Foundation, 250 Park Avenue, New York, NY 10177-0026, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +212 986 4558 - Tel +212 551 9138 - Email: jcook@emcf.org)
- Professeur Gabriel Coscas**, Professeur d'Ophtalmologie clinique, Président, Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome (IOAT), c/o Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Créteil, Université de Paris XII, 40 avenue Verdun, 94010 Créteil, France (Fax+33 1 4517 5227)
- Dr Paul COURTRIGHT**, Representative of the Al-Noor Foundation and the British Columbia Centre for Epidemiologic & International Ophthalmology, Director, British Columbia Centre for Epidemiological & International Ophthalmology, University of British Columbia, St. Paul's Hospital, 1081 Burrard Street, Vancouver, B.C. V6Z 1Y6, Canada
(Fax +1 604 631 5058 - Tel +1 604 631 5169 - Email: pcourtright@stpaulshosp.bc.ca)
- M. Christian GARMS**, Executive Director, Christoffel Blindenmission e.V., Nibelungenstrasse 124, 64625 Bensheim, Allemagne
(Fax +49 6251 131 249 - Tel +49 6251 131 200 - Email: cbm_bensheim@compuserve.com)
- M. Reinhart GASSER**, Coordonnateur de Programme pour l'Asie, Croix-Rouge suisse, Militärstr. 47, 3014 Berne, Suisse (Tel +41 31 331 9920)
- M. Hannes HEINIMANN**, Coordonnateur de Programme pour l'Afrique, Croix-Rouge suisse, Coopération internationale, Rainmattstrasse 10, 3011 Berne, Suisse
(Fax +41 31 387 7373 - Tel +41 31 387 7111)
- M. Donald HUBBS**, President, Conrad N. Hilton Foundation, Suite 740, 10100 Santa Monica Boulevard, Los Angeles, California 90067-4011, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 310 556 2301 - Tel +1 310 556 4694)
- M. Martin KYNDT**, Deputy Overseas Director, Sight Savers International, Grosvenor Hall, Bolnore Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4BX, Royaume-Uni
(Fax +44 1444 446 688 - Tel +44 1444 446 600 Email: MKyndt@sightsaversint.org.uk)
- Professeur Volker KLAUSS**, Medical Consultant to Christoffel Blindenmission, Professor of Ophthalmology, University Eye Hospital, Mathildenstr. 8, 80336 Munich, Allemagne (Fax +49 89 5160 4942 - Tel + 49 89 5160 3824)
- Mme Susan LONGWORTH**, Project Coordinator for Africa, SightFirst Department, Lions Clubs International Foundation, 300 22nd Street, Oak Brook, Illinois 60523-8842, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 630 571 5735) Tel. - +1 630 571 5466
- Dr Patrick Mores LOOLPAPIT**, Program Manager, Entasopia Health Project (includes Trachoma Control Project), African Medical & Research Foundation (AMREF), Kenya Country Office, P.O. Box 30125, Nairobi, Kenya (Fax +254 2 506 112 - Tel +254 2 501 336)

M. Jeffrey MECASKEY, Coordinator, Trachoma Task Force, 14 Churchill Terrace, Newton, MA 02160, Etats-Unis d'Amérique
(Fax (home) +1 617 244 0454 - Tel +1 617 527 1044 - Email: limbu@aol.com)

M. Michael PAJONK, Manager, Sightfirst Department, Lions Clubs International Foundation, 300 22nd Street, Oak Brook, Illinois 60523-8842, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 630 521 5735 - Tel +1 630 571 5466)

M. John M. PALMER, President, Helen Keller International, 90 Washington Street, Suite 1500, New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 212 943 1220 - Tel +1 212 0890 - Email: jpalmer@hki.org (or) jmphki@aol.com)

Dr Ramachandra PARARAJASEGARAM, President, International Agency for the Prevention of Blindness, Grosvenor Hall, Bolnore Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4BX, Royaume-Uni
(Tel/Fax +44 1444 458 810)

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

Dr Louis PIZZARELLO, Medical Director, Helen Keller International, 90 Washington Street, New York, NY 10006, Etats-Unis d'Amérique (**VICE-PRÉSIDENT**)
(Fax +1 516 283 5161 (home) - Email: bythebay@hamptons.com)

M. Richard PORTER, Executive Director, Sight Savers International, Grosvenor Hall, Bolnore Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4BX, Royaume-Uni (**PRÉSIDENT**)
(Fax +44 1444 446 688 - Tel. 44 1444 446 600 Email: rporter@sightsaversint.org.uk)

Professeur Yves J.-M. POULIQUEN, Président, Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), 9 rue Mathurin Régnier, 75015 Paris, France
(Fax +33 1 4061 9949 - Tel +33 1 4061 9905 - Email: opcecite@pratique.fr)

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

Mme Victoria M. SHEFFIELD, Executive Director, International Eye Foundation, Chair - Partnership Committee of NGOs dedicated to the PBL & E+R of the Blind, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20814, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 301 986 1876 - Tel +1 301 986 1830 - Email: vsheffield@iefusa.org)

Mme Lisa TAPERT, Associate, Tropical Disease Research, The Edna McConnell Clark Foundation (EMCF), 250 Park Avenue #900, New York, NY 10177-0026, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 212 986 4558 - Tel +1 212 551 9137 - Email: ltapert@emcf.org)

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

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

Dr Robin BAILEY, Senior Lecturer, Department of Infectious Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Royaume-Uni
(Fax +44 171 637 4314)

Professeur Luciano CERULLI, Professeur d'Ophtalmologie, Cattedra di Ottica Fisiopatologica, Dipartimento di Chirurgia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata", Via Orazio Raimondo s.n.c., 00173 Roma, Italie
(Fax +39 6323 5171 - Tel +39 641 6132 - Email: cerulli@utovrm.it)

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

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

Dr Bertrand GRAZ, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), Bugnon 19, 1005 Lausanne, Suisse
(Fax+41.21.314 72 72 - Tel +41.21.314 73 73 - Email: bgraz@inst.hospvd.ch)

Professeur Gordon J. JOHNSON, Director, International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, University College London, 11-43 Bath Street, Londres EC1V 9EL, Royaume-Uni (**RAPPORTEUR**)
(Fax +44 171 250 3207 - Tel +44 171 608 6907- Email: g.johnson@ucl.ac.uk)

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

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

Dr NormaHelen MEDINA, Directeur, Serviço de Oftalmologia Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Avenida Dr Arnaldo 351, 6 ° andar, Cerqueira Cesar, CEP 01246-902, São Paulo, Brésil
(Tel +55 11 256 9612 /+55 11 257 7611 - Email: medina@uspif1.if.usp.br)

Mme Beatriz E. MUÑOZ, Assistant Professor, Johns Hopkins University, Dana Center for Preventive Ophthalmology, The Wilmer Institute, 600 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, Etats-Unis d'Amérique
(Fax +1 410 955 0096 - Tel 1 410 955 2550 Email: munoz@dcpom.med.jhu.edu)

Dr Julius SCHACHTER, Director, WHO Reference Centre - Chlamydia, Chlamydia Laboratory, Building 40, Room 416, 101 San Potrera Avenue, San Francisco, CA 94110, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 415 821 8945 - Tel +1 415 824 5115)

Dr Jean-François SCHÉMANN, Responsable de la Recherche, Institut d'Ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA), B.P. 248, Bamako, Mali
(Fax +223 225 186 - Tel +223 223 421 Email: schemann@malinet.ml)

Professeur Hugh R. TAYLOR, Professor of Ophthalmology, University of Melbourne, The Royal Victorian Eye and Ear Hospital, 32 Gisborne Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australie
(Fax +61 3 9662 3859 - Tel +61 3 9929 8368 - Email: h.taylor@iris.medoph.unimelb.edu.au)

Professeur Sheila WEST, Professor of Ophthalmology & Epidemiology, Johns Hopkins School of Medicine, Johns Hopkins Hospital, 600 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 410 955 0096 - Tel +1 410 955 2606 - Email: swest@dcpom.med.jhu.edu)

REPRÉSENTANTS DE PFIZER INC. (OBSERVATEURS)

Ms Paula LUFF, Manager, Corporate Philanthropy Programs, Pfizer Inc., and Senior Program Officer, The Pfizer Foundation, 235 East 42nd Street, New York, N.Y., 10017-5755, Etats-Unis d'Amérique (Fax +1 212 573 2883 - Tel +212 573 2932 - Email: pluff@pfizer.com)

Dr Julia NARR, Clinical Submissions Manager, Pfizer Central Research, Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, Royaume-Uni (Tél +44 1304 616 161)

ACCREDITÉS

Dr Mary E. Cooper, Médecin, Informations pharmacologiques et Distribution des Médicaments, Division de la Gestion et des Politiques pharmacologiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: Cooper.M.E.@who.ch)

Dr Glenn Fontana, Médecin, Division de la Santé et du Développement de l'Enfant, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: fontana@who.ch)

Dr Ralph X. Henderson, Sous-Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: henderson@who.ch)

Dr Mts P. Manoth, Médecin, Prévention de la Cécité, Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 4772 - Email: manoth@who.ch)

Dr Jean-François Manzi, Administrateur technique, Cartographe de la Santé, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: manzi@who.ch)

Dr André-Dominique Nigral, Médecin, Prévention de la Cécité, Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 4772 - Email: nigral@who.ch)

Dr James John Oyula, Fonctionnaire régional, Maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, c/o le représentant de l'OMD, Boite postale 45335, Nairobi, Kenya

Dr Igor Smutskoff, Médecin, Prévention de la Cécité, Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 4772 - Email: smutskoff@who.ch)

Dr Andrew Smith, Médecin, Prévention de la Surdité, Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 4772 - Email: smithaw@who.ch)

Dr Gyula Székely, Directeur, Programme de Prévention de la Cécité et de la Surdité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (~~1211 Genève 27, Suisse~~) (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 4772 - Email: szekely@who.ch)

Dr Rita Maria Tavares, Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Évaluation, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: tavares@who.ch)

Dr Rosamund Williams, Médecin, Formation et Appui au Niveau du Laboratoire, Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles, Surveillance et Lutte, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Tél +41 22 791 2111 - Fax +41 22 791 0746 - Email: williams@who.ch)

ANNEXE 3

**L' évaluation du trachome et l' élaboration de programmes
EN GUINEE-BISSAU, AU MALAWI, AU MOZAMBIQUE ET AU NIGERIA****Extrait d' un rapport rédigé par
l'International Eye Foundation (IEF)¹****1. GUINEE-BISSAU****1.1 Prévalence du trachome et estimation de la cécité liée au trachome**

On estime qu' un quart de la population - soit 282 000 habitants - est touché ou exposé. On estime par ailleurs que le nombre de cas de cécité due au trachome se situe entre 1800 et 2000 (voir Tableau 1).

1.2 Enquête sur le trachome à Farim (1994)

Une enquête sur le trachome entreprise en 1994 dans le secteur de Farim, région d'Oio (nord de la Guinée-Bissau) par l'Ecole de Santé publique de Lisbonne a révélé une prévalence globale du trachome inflammatoire de 15 % des écoliers de 5 à 14 ans.

Une enquête des membres de la famille des écoliers infectés et non infectés a montré que, comme on s'y attendait, le trachome était dans les ménages. Il est apparu que la prévalence du trachome chez les frères et sœurs du même âge non scolarisés était deux fois plus importante que chez les enfants scolarisés. Une étude des facteurs de risque a fait apparaître une relation entre le trachome et les latrines, le nettoyage du visage, le milieu socio-économique, etc. Les jeunes filles présentaient des taux plus élevés de maladie inflammatoire que les jeunes garçons. Il n'y a pas eu d' autre enquête ni d' autre activité de collecte des données qui donne une impression de la répartition géographique ou de l' ampleur du problème.

1.3 Examen des registres des opérations chirurgicales

Il est possible d'estimer les secteurs les plus touchés sur la base du nombre d' opérations du trichiasis pratiquées par rapport au nombre total d' opérations ophtalmologiques. Les secteurs dans lesquels les opérations du trichiasis représentaient plus de 20 % des opérations pratiquées sur les yeux étaient situés dans les régions de Cacheu, Oio, les secteurs nord du Bafata et les îles Bijagos.

1.4 Vue d' ensemble de la proposition pour la mise en place d' un programme national de lutte contre le trachome**1.4.1 Buts**

L' élimination du trachome en tant que problème de santé publique au cours des quatre prochaines années dans cinq secteurs cibles représentant environ 122 000 habitants, soit 43 % de la population touchée/exposée en Guinée-Bissau. Une infrastructure sera créée pour atteindre le but de l' élimination du trachome en tant que problème de santé publique dans le reste du pays d'ici 2020. Le programme a également pour but de développer la capacité du pays à soutenir, sur le plan technique et programmatique, les activités de lutte contre le trachome jusqu' à ce que le trachome cesse d' être un problème de santé publique.

¹ Depuis la dernière réunion, l' International Eye Foundation (IEF) a travaillé avec le Ministère de la Santé et les ONG locales intéressées à l' évaluation de la situation du trachome et a fait des recommandations à l' intention des programmes de lutte en Guinée-Bissau, au Malawi, au Mozambique et au Nigéria. La Fondation Edna McConnell Clark a fourni une aide financière pour la réalisation de ces évaluations et l' établissement de propositions de programme.

Tableau 1. Evaluation du trachome en Guinée-Bissau

REGION	SECTEUR	POPULATION	POPULATION TOUCHEE ¹ & GRAVITE DU TRACHOME*		CAS DE CECITE DUE AU TRACHOME ²
Bissau		261 400	0	0	640 ³
PROVINCE DU NORD					
Biombo	Quinhamel	34 200	25 650	E	103
	Prabis	15 400	-	0	-
	Safim	12 100	-	0	-
Cacheu	Bigene	43 000	32 250	E	129
	Bula	18 600	13 950	E	56
	Cacheu	16 500	12 375	E	50
	Caio	12 000	1 800	F	7
	Cantchngo	38 500	15 400	M	62
	S. Domingos	28 000	11 200	M	45
Oio	Bissora	46 700	35 025	E	140
	Farim	43 200	32 400	E	130
	Mansaba	29 000	21 750	E	87
	Mansoa	31 000	12 400	M	50
	Nhacra	17 600	7 040	M	28
PROVINCE DE L' EST					
Batafa	Batafa	53 000	21 200	M	85
	Bambadinca	26 800	4 020	F	16
	Contuboel	37 000	14 800	M	59
	Gamamudo	21 300	3 195	F	13
	Galormaro	13 800	-	0	-
	Xitole	10 400	-	0	-
Gabu	Boe	8 900	-	0	-
	Gabu	54 000	-	0	-
	Pirada	26 000	-	0	-
	Pitche	34 200	-	0	-
	Sonaco	33 300	-	0	-
PROVINCE DU SUD					
Bolama	Bolama	8 700	3 480	M	14
Bijagos	Bubaque	8 400	6 300	E	25
	De Caravela	4 800	3 600	E	14
	Uno	5 700	4 275	E	17
Quinara	Buba	12 400	-	0	-
	Empada	14 300	-	0	-
	Fulacunda	6 900	-	0	-
	Tite	14 000	-	0	-
Tombali	Bedanda	20 400	-	0	-
	Catio	33 400	-	0	-
	Cacine	16 000	-	0	-
	Quebo	6 000	-	0	-
TOTAL			282 110		1 770

*** Codage de la gravité du trachome**

O	= pas de cas de maladie enregistré ou peu de cas	1. Population touchée	= gravité en % de la population
F	= faible (15 % de la population touchée)	2. Cécité due au trachome	= 0,4% de la population touchée
M	= moyenne (40 % de la population touchée)	3. Pour Bissau (ville)	= 0,24% de la population
E	= élevée (75 % de la population touchée)		

1.4.2 Objectifs

- i) Créer un comité national de lutte contre le trachome.
- ii) Dans neuf secteurs de première et de seconde importance (voir Tableau 2), le programme établira des comités de lutte contre le trachome de secteur (STCC). Les comités, encadrés depuis Bissau :
 - C fourniront des services de chirurgie du trichiasis au niveau du secteur,
 - C fourniront les antibiotiques pour le traitement de la maladie évolutive sévère au cours des visites de terrain,
 - C encourageront le nettoyage du visage dans le cadre de l'éducation en matière d'hygiène (à travers les ministères de la santé et de l'éducation),
 - C favoriseront le changement de l'environnement en apportant une aide pour la construction de latrines.
- iii) Entreprendre une enquête sur la prestation des services antitrachomateux et mettre en place un programme d'évaluation par des sites sentinelles dans tous les secteurs visés.
- iv) Elaborer des messages éducatifs à l'intention des écoliers sur la base d'une approche d'"enfant à enfant" de l'éducation pour la santé et du changement comportemental.
- v) Entreprendre plusieurs projets de recherche opérationnelle pour aider à définir les meilleures approches en matière d'intervention et d'évaluation.

Tableau 2. Secteurs prioritaires pour la Guinée-Bissau

REGION	SECTEUR	POPULATION	POPULATION TOUCHÉE	CAS DE CECITE DUE AU TRACHOME
PREMIER RANG DE PRIORITE				
Biombo	Quinhamel	34 200	25 650	103
Cacheu	Bula Cantchno	18 600 38 500	13 950 15 400	56 62
Oio	Bissora Farim	46 700 43 200	35 025 32 400	140 130
Sous-total		181 200	122 425	491
DEUXIEME RANG DE PRIORITE				
Cacheu	Bigene Cacheu	43 000 16 500	32 250 12 375	129 50
Oio	Mansaba	29 000	21 750	87
Bijagos	Bubaque De Caravela Uno	>18 900	14 175	57

Sous-total		107 400	80 550	323
TOTAL		288 600	202 975	814

2. MALAWI

2.1 Exposé du problème du trachome

L'expérience clinique et les faits montrent que le trachome constitue un problème de santé publique majeur dans certaines régions du Malawi. Une enquête effectuée en 1983 dans la basse vallée du Shire a révélé que 48,7 % des enfants âgés de 1 à 2 ans étaient atteints d'inflammation trachomateuse. Une étude restreinte menée en 1994 a révélé que seulement 38 % des femmes atteintes de trichiasis que l'on avait encouragées à se faire opérer à l'hôpital de district avaient effectivement suivi cet avis. En dehors de l'enquête de 1983, on ne possède pas de données basées sur la population.

Les assistants médicaux ophtalmologistes (OMA) ont fait l'objet d'une enquête afin de déterminer combien d'opérations du trichiasis/entropion avaient été effectuées au cours des deux dernières années dans chaque district. On a ainsi pu repérer cinq districts où le problème était le plus grave, dont Chikwawa et Machinga dans la région sud, Mchinji dans la région centrale et Mzimba dans la région nord. Les entretiens avec les OMA de ces trois derniers districts ont montré que le problème était très localisé dans ces districts. L'ophtalmologiste de la région centrale signale que le trachome sévit également par poches dans les districts de Nkhota Nkhota et Salima.

2.2 Vue d'ensemble de la proposition pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome

2.2.1 Buts

- i) Appliquer la stratégie CHANCE pour réduire la prévalence du trachome dans le district de Chikwawa (phase 1).
- ii) Développer l'infrastructure dans le district de Nsanje de sorte que des activités de lutte antitrachomateuse puissent y être mises en place à l'avenir (phase 2).
- iii) Elargir le programme de lutte à d'autres régions du Malawi où des interventions sont nécessaires (phase 3).

2.2.2 Objectifs

- i) **Dispenser une formation aux nouveaux OMA** dans les zones d'endémie, y compris en matière de chirurgie du trichiasis.
- ii) **Elaborer des messages éducatifs** à incorporer dans les activités d'approvisionnement en eau/assainissement des ONGD, les activités d'alphabétisation des femmes, les programmes scolaires primaires ainsi que les activités HSA dans le district de Chikwawa. La collaboration avec les programmes de santé communautaire, l'éducation et l'assainissement sera recherchée.
- iii) **Accroître le nombre d'opérations du trichiasis pratiquées dans le district de Chikwawa** et mettre en place un service de chirurgie du trichiasis au niveau des centres de santé du district.
- iv) **Faire en sorte que des quantités suffisantes de pommade à la tétracycline soient distribuées** à Chikwawa.
- v) **Cartographier les zones à plus forte prévalence du trachome** dans le district de Chikwawa et autres zones où la présence du trachome est présumée au Malawi.

- vi) **Étudier les croyances et pratiques culturelles** liées à l'acceptation de nouvelles pratiques d'hygiène.

3. MOZAMBIQUE

3.1 Enoncé du problème du trachome

En l'absence d'enquête, et compte tenu de la dimension du pays et des facteurs liés à la guerre, les estimations de l'ampleur et de la distribution du trachome doivent être obtenues principalement à partir des dossiers tenus par les assistants ophtalmologiques (OA). Ceux-ci sont formés au dépistage du trachome, mais il est évident que des patients qui habitent loin de l'hôpital de province viennent rarement se faire soigner. Par ailleurs, on observe encore d'importants déplacements de population à la suite de la cessation des hostilités. Des personnes qui ont contracté le trachome dans une région peuvent s'être déplacées ailleurs (essentiellement dans les villes) en raison de la guerre. Quelques-unes de ces personnes sont rentrées dans leur village d'origine tandis que beaucoup d'autres ont choisi de ne pas le faire. Le grand nombre de mines antipersonnel subsistant dans les régions continuera à retarder la réinstallation. L'endémicité du trachome restera donc mouvante pendant encore un certain nombre d'années.

Les OA n'enregistrent pas le trachome sous le code TF/TI, mais sous l'appellation code trachome "évolutif" ou trichiasis trachomateux nécessitant une opération chirurgicale. Les cicatrices trachomateuses ne sont pas enregistrées. Le trachome n'est enregistré que s'il s'agit du motif premier de consultation, ce qui revient à sous-estimer l'ampleur réelle de la maladie dans le pays. Par ailleurs, les OA n'ont pas de loupes; quelques-uns ont des lampes à fente et l'enregistrement du trachome inflammatoire se fait généralement sans aide.

3.2 Vue d'ensemble de la proposition pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome

3.2.1 Potentiel pour la lutte antitrachomateuse

Il existe un véritable potentiel d'amélioration de la lutte antitrachomateuse au Mozambique. Le Ministère de la Santé comprend et soutient l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome. Les ONG dispensant des soins oculaires actuellement présentes au Mozambique sont toutes prêtes à apporter leur concours à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de lutte. Autres possibilités :

- C la possibilité d'utiliser les agents de lutte antilépreuse pour la lutte contre le trachome à Cabo Delgado, Zambezia et Nampula, où l'endémicité de la lèpre est sensiblement plus élevée que dans le reste du pays, est envisagée;
- C le Ministère de la Santé est favorable à l'idée de dispenser une formation aux soins oculaires, en particulier pour le trachome, aux agents des centres de santé.

Il subsiste cependant des obstacles importants à la mise en œuvre de la lutte antitrachomateuse au Mozambique, à savoir par exemple :

- C le déplacement de personnes à l'intérieur du territoire en raison de la guerre, qui a considérablement affaibli la participation communautaire;
- C la dispersion de la population dans de nombreuses régions du Mozambique; le paysage est parsemé d'habitations isolées, ce qui rend difficile la mise en place d'activités communautaires;
- C l'infrastructure sanitaire de nombreuses zones rurales a été détruite par la guerre et commence seulement à être reconstruite. Il faudra des années avant que la plus grande partie de la population ait accès à des soins de santé satisfaisants;
- C la pose aveugle de mines antipersonnel dans tout le pays rend peu sûrs les déplacements à l'intérieur des communautés rurales et d'une communauté à l'autre.

L'IEF est en train d'élaborer plusieurs stratégies dans le cadre de la proposition de programme afin de mettre en place des activités d'évaluation du trachome, de prévention et de formation.

4. NIGERIA

4.1 Enoncé du problème du trachome

Le Tableau 1 montre que les taux de trachome observés lors de dix enquêtes vont de 7 % dans l'Etat de Kano à 69,8 % dans l'Etat de Kaduna. Une seconde enquête menée dans l'Etat de Kaduna a cependant fait apparaître un taux de prévalence de 10 % (voir Tableau 1).

4.2 Vue d'ensemble de la proposition pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome

4.2.1 Buts

- i) Ramener la prévalence du trachome inflammatoire évolutif (TF/TI) chez les enfants de moins de 10 ans à moins de 10 % et celle du trichiasis/entropion (TT) chez les femmes de moins de 40 ans à moins de 5 % en quatre ans.
- ii) Etablir un cadre et assurer la direction d'une intervention efficace, collective et durable contre le trachome qui conduise à l'élimination mondiale du trachome en 2020.

4.2.2 Objectifs

Des activités spécifiques ont été décrites dans la proposition visant à atteindre les objectifs suivants :

- i) Mettre en place un groupe spécial national de lutte contre le trachome dans le cadre du Comité national de Prévention de la Cécité.
- ii) Recenser et cartographier les principales zones infectées.
- iii) Elaborer une stratégie d'information/éducation/communication ainsi que des matériels conformément à la stratégie CHANCE.
- iv) Assurer la coordination avec les ophtalmologistes disponibles pour le diagnostic et le transfert des cas de trichiasis/entropion en vue d'une opération chirurgicale.
- v) Assurer la coordination avec les autorités locales (LGA) et les communautés en vue de la distribution de pommade oculaire à la tétracycline dans les communautés prioritaires, en adoptant le traitement orienté sur la communauté par l'ivermectine mis au point dans le cadre des programmes de distribution du Mectizan®.
- vi) Développer les connaissances et la pratique du nettoyage du visage des enfants par les mères et les enfants.
- vii) Assurer la coordination avec les agences d'exécution participant à l'assainissement/à la construction de latrines.
- viii) Entreprendre des projets de recherche opérationnelle afin de définir les meilleurs moyens d'intervention et d'évaluation.

Tableau 1. Données relatives à la prévalence et causes de cécité et de déficience visuelle au Nigéria (1991-1996)

ETAT/ LGA	AUTEUR	ZONE	PREVALENCE (%)						
			Cécité	Défic. visuelle	Cataracte	En rapport avec la cornée	Glaucome	Trachome	Autres
Kaduna	<i>Abiose</i>	C	3,30	1,70	4,4	12,0	8,8	-	69,8
Ogun	<i>Ajibode</i>	B	1,92	2,59	57,7	0,0	42,3	0,0	0,0
Kwara	<i>Zubair</i>	C	1,70	5,80	64,9	17,6	5,9	13,6	11,6
Enugu	<i>Nkanga</i>	A	1,49	3,10	31,1	11,1	15,6	0,6	42,2
Kano	<i>Lawal</i>	C	1,14	2,05	54,0	24,0	15,0	17,0	7,0
Oyo	<i>Oluyadi</i>	B	1,10	5,60	49,5	11,5	19,2	-	19,8
Kaduna	<i>Mahmoud</i>	C	1,06	0,90	40,0	40,0	0,0	-	10,0
Anambra	<i>Ezupue</i>	A	0,90	1,70	60,0	0,0	15,0	-	25,0
Benue	<i>Adejar</i>	A	0,78	4,50	58,0	19,5	20,8	4,1	7,7
Edo	<i>Okpobrisi</i>	B	0,62	-	28,0	52,0	11,0	-	9,0
TOTAL			1,4	2,8	44,8	18,8	15,4	-	20,2

* * *