

La lutte contre le trachome :

un guide pour les gestionnaires de programme



**Organisation
mondiale de la Santé**



Le présent manuel a été élaboré par :

Anthony W. Solomon*

Marcia Zondervan*

Hannah Kuper*

John C. Buchan*

David C. W. Mabey*

Allen Foster*

London School of Hygiene & Tropical Medicine

Table des matières

	Pages
Préface	4
Remerciements	5
1. Introduction	6
2. Evaluation	8
2.1 Comment coder le trachome	8
2.2 Comment former les personnes au codage du trachome	10
2.3 Comment valider le codage du trachome	11
2.4 Comment déterminer le poids de la morbidité	11
3. Intervention	16
3.1 Comment fournir des services chirurgicaux pour le trichiasis (« CH »)	16
3.2 Comment administrer des antibiotiques (« A »)	19
3.3 Comment encourager le nettoyage du visage (« N »)	25
3.4 Comment améliorer l’approvisionnement en eau et l’assainissement (« CE ») ...	27
4. Planification	28
4.1 Comment susciter un appui en faveur du programme	28
4.2 Comment analyser les données disponibles	29
4.3 Comment calculer vos objectifs ultimes d’intervention	31
4.4 Comment planifier le programme	34
4.5 Comment établir un budget	36
4.6 Comment financer le programme	37
4.7 Comment définir les priorités s’agissant des domaines d’intervention	37
5. Suivi et évaluation	38
5.1 Qu’entend-on par suivi et évaluation ?	38
5.2 Comment suivre le programme	38
6. Références	40
7. Glossaire	41
8. Annexe	42

Préface

Le trachome est une maladie oculaire infectieuse qui entraîne la cécité et qui sévit dans de nombreuses communautés rurales pauvres. L'Organisation mondiale de la Santé a fixé l'année 2020 comme date cible pour l'élimination mondiale du trachome cécitant comme problème de santé publique. Pour atteindre cet objectif, la stratégie CHANCE (CHirurgie du trichiasis, Antibiothérapie pour traiter l'infection à *Chlamydia trachomatis*, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement pour réduire la transmission de *C. trachomatis* d'une personne à l'autre) est recommandée dans les districts et les communautés où la maladie est endémique.

Le présent guide a été rédigé pour les coordonnateurs de programmes de lutte contre le trachome aux niveaux national et du district. Il expose, étape par étape, la marche à suivre pour évaluer l'ampleur et l'étendue du problème du trachome dans votre pays et comment planifier, mettre en oeuvre, surveiller et évaluer un programme de lutte et en définitive éliminer le trachome.

Tout au long du guide, le terme de « communauté » fait référence au nombre minimum de personnes pour qui des activités de lutte contre le trachome de masse doivent être mises en oeuvre (par exemple, un groupe déterminé de ménages, un village ou un groupe de villages voisins). Le terme de « district » désigne l'unité administrative habituelle pour la gestion des soins de santé, et le terme « région » l'unité administrative située au-dessus du district. On trouvera ces définitions parmi d'autres dans le glossaire.

Des modèles d'un certain nombre de formulaires dont l'utilisation est recommandée dans un programme sont reproduits en annexe. Pour permettre l'adaptation des formulaires utilisés dans le cadre d'un programme particulier, des versions électroniques sont disponibles sur le CD-ROM qui accompagne le guide. Le CD-ROM contient également un outil d'estimation des besoins en antibiotiques (section 3.2.4), un modèle de budget (section 4.5) et un manuel d'évaluation général (section 5.3).

Nous espérons que ces matériels vous seront utiles.

Remerciements

Les auteurs remercient

Alistair Bolt,
Dr Peter Kilima,
Dr Jacob Kumaresan,
Dr Silvio P. Mariotti,
Declan Moore,
Dr Edith Ngirwamungu,
Shekhar Sharma,
Sakuntala Singh,
Christian Stengel et
Jennifer Stoltz

de leurs conseils et de leurs commentaires sur les versions préliminaires du guide.

Victoria Francis et
Teresa Robertson
pour leur aide et la conception du guide.

Sarah Polack
pour nous avoir aimablement donné l'autorisation d'utiliser la carte reproduite à la Figure 1.1 ; et

Rosa Arques
pour son excellent soutien administratif.

Nous remercions l'Initiative Internationale contre le Trachome (ITI) de son soutien financier.

1. Introduction

Le trachome est une cause majeure de cécité, qui touche des personnes très pauvres vivant en milieu rural, pour qui l'accès à l'eau et à l'assainissement reste limité. Le trachome est dû à une bactérie – *Chlamydia trachomatis* – transmise des yeux de la personne atteinte à une autre par les mouches, par les doigts et par des linges ou serviettes utilisés par plusieurs personnes. L'infection répétée par cette bactérie au cours des années entraîne des cicatrices sur la face intérieure de la paupière supérieure, ce qui fait que les cils se retournent alors vers l'intérieur et frottent contre le globe oculaire. Les cicatrices sur les paupières diminuent également la sécrétion de larmes et entraînent une sécheresse de l'oeil. Ces affections augmentent le risque d'ulcérations de la cornée et de cicatrices, qui entraînent des déficiences visuelles.

Les infections à *C. trachomatis* de l'oeil sont surtout répandues chez les jeunes enfants. Elles sont associées à divers signes cliniques connus sous le terme de « trachome actif ». Le retournement des cils vers l'intérieur de la paupière est appelé « trichiasis trachomateux ». Le risque de trichiasis trachomateux augmente probablement en fonction du nombre total, de la durée et de l'intensité des infections à *C. trachomatis* pendant la vie d'un individu. De ce fait, le trichiasis a tendance à survenir plus généralement chez les femmes, qui passent plus de temps à s'occuper des enfants, lesquels sont le plus souvent infectés. Il est par ailleurs de plus en plus répandu avec l'âge. Les activités de lutte contre le trachome sont mises en oeuvre en priorité dans les communautés où la prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de un à neuf ans est d'au moins 10 % et où la prévalence du trichiasis chez les personnes âgées de 15 ans et plus est d'au moins 1 %. La Figure 1.1 fait apparaître les zones où l'on sait que le trachome sévit à l'état endémique. Dans un grand nombre de ces zones toutefois, la répartition du trachome reste localisée, la maladie ne touchant que certaines communautés, et, à l'intérieur de ces communautés, seulement certains ménages. Dans certaines régions, le trachome pose un problème dans pratiquement toutes les communautés rurales.

La cécité due au trachome est irréversible une fois installée, mais elle peut être évitée. La stratégie CHANCE (CHirurgie du trichiasis, Antibiothérapie pour traiter l'infection à *C. trachomatis*, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement pour réduire la transmission de *C. trachomatis* d'une personne à l'autre) est recommandée pour lutter contre le trachome. Grâce à la stratégie CHANCE, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires visent à éliminer le trachome dans le monde en tant que cause de cécité d'ici 2020 (GET2020). GET2020 est un élément d'une stratégie plus large connue sous le nom de « VISION 2020 : le droit à la vue », qui a pour objectif l'élimination de toute forme de cécité évitable en 2020.

Figure 1. Répartition mondiale du trachome. Les zones administratives dans lesquelles l'on sait que le trachome pose un problème de santé publique sont indiquées en gris foncé. Les zones dans lesquelles on pense que le trachome constitue un problème mais pour lesquelles l'on ne dispose pas de données sont indiquées en gris clair.

2. Evaluation

On examine les personnes pour rechercher les signes cliniques du trachome pour l'une des deux raisons suivantes :

- 1) déterminer si elles sont atteintes de trichiasis et ont donc besoin d'être opérées ; ou
- 2) mesurer la prévalence des signes cliniques du trachome.

Cette dernière mesure permet de déterminer si le trachome pose un problème de santé publique, d'aider à repérer les endroits dans lesquels des interventions sont une priorité et de fournir une base de référence ou des données de suivi pour la surveillance et l'évaluation du programme de lutte.

Dans ce chapitre, nous allons vous expliquer comment l'on procède à l'examen et à l'évaluation. Même si vous n'examinez pas vous-même les personnes, il est important que vous compreniez comment cela doit être fait et ce que les examinateurs recherchent. On trouvera sur la **carte de codage du trachome** ci-jointe des images d'une conjonctive normale et les signes utilisés dans le système simplifié de codage de l'OMS : si vous ne connaissez pas bien ces signes, nous vous recommandons de vous reporter aux photos sur la carte à mesure que vous lisez.

2.1 Comment coder le trachome

2.1.1 *Savoir comment se présente un oeil normal*

Dans un oeil normal, aucun des cils ne touche le globe oculaire. La cornée est lisse et claire. La conjonctive tarsienne est rose, lisse, fine et transparente ; la surface tarsienne conjonctivale est normale irriguée dans sa totalité par des vaisseaux profonds se dirigeant verticalement.

2.1.2 *Savoir comment se présentent le TT, les CO et le TF*

Le système de codage simplifié de l'OMS [1] comporte cinq signes. Pour la planification, la surveillance et l'évaluation du programme, trois de ces cinq signes sont particulièrement importants : l'inflammation trachomateuse – folliculaire (TF), le trichiasis trachomateux (TT) et l'opacité cornéenne (CO). La prévalence du TF chez les enfants âgés de un à neuf ans est l'indice clé pour déterminer si une région doit faire l'objet d'une intervention au moyen des composantes A, N et CE de la stratégie CHANCE. La prévalence du TT détermine le besoin probable de services chirurgicaux. La prévalence des opacités cornéennes est une mesure (approximative) de la charge de la cécité et de la déficience visuelle dues au trachome.

Au niveau individuel, la présence de TT signifie que la personne doit être opérée pour réduire le risque d'apparition d'opacités cornéennes. La présence (et la localisation) ou l'absence de CO chez une personne qui est sur le point d'être opérée de TT est importante pour déterminer dans quelle mesure l'opération chirurgicale lui profitera ; évaluer les CO lors du suivi permet de déterminer quel a été l'avantage de l'opération.

Un oeil peut présenter plusieurs de ces signes. Lorsque l'on examine une personne, on évalue d'abord la présence ou l'absence de TT, puis de CO et de TF. Les signes sont donc décrits ci-après dans cet ordre.

Le trichiasis trachomateux (TT)

TT : « un cil au moins frottant contre le globe oculaire, ou signes d'épilation récente de cils déviés ».

L'opacité cornéenne (CO)

CO : « Opacité cornéenne nettement visible sur la pupille. Le bord pupillaire est estompé ou vu flou à travers l'opacité ». De telles opacités cornéennes sont responsables d'une importante détérioration visuelle (moins de 3/10 ou de 6/18).

L'inflammation trachomateuse – folliculaire (TF)

TF : « Présence d'au moins cinq follicules de 0,5 mm ou plus de diamètre sur la conjonctive tarsienne supérieure ».

Les follicules sont des protubérances rondes pouvant aller jusqu'à 3 mm de diamètre. Elles sont de couleur grise ou blanchâtre et donc plus claires que la conjonctive. Les follicules périphériques (situés en dehors de la zone délimitée par la ligne pointillée sur l'image de la conjonctive tarsienne normale sur la **carte de codage du trachome**) et les follicules inférieurs à 0,5 mm de diamètre ne contribuent pas à un diagnostic de TF car ils peuvent être normaux.

Le TF est l'un des deux signes du « trachome actif ». L'autre signe, selon le système de codage simplifié de l'OMS, est l'inflammation trachomateuse – intense (TI), définie comme « un épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse ». (On dit qu'une personne est atteinte de trachome actif si elle présente une TF ou une TI dans l'un des deux yeux.) La présentation clinique du TI est semblable à celle produite par plusieurs autres infections oculaires. Le TF est donc le signe utilisé de préférence au TI pour déterminer le besoin d'un programme de lutte contre le trachome et en suivre les résultats.

Le dernier signe dans le système de codage simplifié de l'OMS est la cicatrice trachomateuse (TS), définie comme « la présence de cicatrices nettement visibles sur la conjonctive tarsienne ». Le TS n'est pas utile aux fins du programme car sa présence n'indique aucune intervention.

2.1.3 Préparer la personne à examiner

Tout d'abord expliquer à la personne que l'on va examiner, ou aux parents, la raison de l'examen et en quoi il consiste.

Pour examiner un adulte ou un enfant plus âgé, l'examineur et le sujet doivent s'asseoir ou rester debout mais leurs têtes doivent être à peu près au même niveau. Si le sujet est beaucoup plus petit que vous, vous devrez vous asseoir tandis que le sujet reste debout. Si vous êtes tous les deux assis, vos sièges doivent être suffisamment rapprochés pour que les genoux du sujet touchent pratiquement votre siège ; vous-même devrez passer vos genoux de part et d'autre du sujet.

Pour examiner un jeune enfant, il vous faudra le concours d'un assistant, qui pourra être l'un des deux parents de l'enfant. Si vous devez examiner de nombreux enfants, cependant, il est généralement plus simple d'avoir recours à un assistant ou à une assistante qui comprendra vos besoins et qui a l'habitude d'examiner des enfants. Indiquer à votre assistant que, si nécessaire, l'enfant doit être maintenu très fermement : s'il ne peut pas bouger la tête, les bras ou les jambes, l'examen sera plus rapide et sans douleur. L'enfant doit être assis sur les genoux de l'assistant en face de vous, en lui tournant le dos (figure 2a). L'assistant doit tenir la tête de l'enfant contre sa poitrine d'une main et maintenir le corps et les bras de l'enfant de l'autre main. Si l'enfant se débat, ses jambes devront être placées entre les jambes de l'assistant pour l'empêcher de donner des coups de pied. Un enfant peut aussi être entravé dans un linge.

Figure 2 Deux des positions recommandées pour maintenir l'enfant pendant l'examen. © Organisation mondiale de la Santé. Reproduit avec autorisation

Pour examiner un nourrisson, le coucher sur les genoux de l'assistant, la tête dirigée vers vous (figure 2b). Maintenir sa tête entre vos genoux. Les genoux du nourrisson devront peut-être être maintenus par un autre assistant. Pour maintenir l'enfant, celui-ci peut également être enroulé dans un morceau de tissu.

2.1.4 Examiner les yeux

Examiner chaque oeil séparément à l'aide d'une loupe binoculaire (grossissement 2,5) et d'un bon éclairage (soit la lumière du jour, soit une lampe électrique mais la lumière du jour est préférable). Examiner d'abord l'oeil droit, puis l'oeil gauche, de façon à ne pas oublier dans quel oeil vous avez constaté une anomalie.

Repousser légèrement la paupière de l'oeil droit pour exposer le bord palpébral et examiner attentivement pour rechercher les signes de TT. Regarder ensuite attentivement la cornée pour rechercher des opacités cornéennes. Si l'un ou l'autre de ces signes est présent, l'acuité visuelle doit également être mesurée, ce que vous ferez après avoir fini d'examiner les deux yeux.

La paupière supérieure droite est ensuite retournée (éversion). Pour ce faire, demander au sujet de regarder vers le bas et de ne pas fermer les yeux. Utiliser le pouce et l'index ou le majeur de votre main droite pour saisir délicatement les cils et placer le petit doigt de votre main gauche (ou encore un petit objet allongé et lisse tel qu'une allumette) sur la partie supérieure de la paupière (inverser les mains si vous êtes gaucher). Retourner la paupière sur l'instrument ou sur votre doigt et maintenez-la en éversion en maintenant les cils contre le bord orbital avec votre pouce. Il est parfois difficile de retourner des paupières présentant beaucoup de cicatrices et donc rigidifiées chez certains patients plus âgés. Si vous ne pouvez pas retourner la paupière, consigner que vous n'avez pas pu évaluer la présence de TF dans cet oeil.

Examiner la partie centrale de la conjonctive tarsienne et déterminer s'il y a ou non TF. Ramener la paupière dans sa position normale. L'examen de l'oeil droit est terminé.

Répéter la même opération pour l'oeil gauche.

A la fin de l'examen, vérifiez que les résultats ont été correctement consignés. Si le sujet souffre d'inflammation de la conjonctive ou d'écoulement oculaire, lavez-vous les mains ou changez de gants.

2.2 Comment former les gens au codage du trachome

Le nombre d'évaluateurs du trachome dont on aura besoin dans un programme dépendra du nombre de personnes à examiner (voir section 2.4), de la taille de la région d'endémie, du nombre de véhicules disponibles pour les enquêtes et de la charge de travail, du personnel à former au codage.

Les personnes retenues pour la formation au codage devront de préférence être des infirmiers(ères) spécialistes en ophtalmologie ou des assistants médicaux en ophtalmologie. Si ce n'est pas possible, des infirmiers(ères) généralistes ou des assistants médicaux seront formés. Les formateurs doivent quant à eux être des ophtalmologistes ou des infirmiers(ères) spécialistes en ophtalmologie ayant l'expérience du codage du trachome dans la communauté. S'il n'y a pas de personnes possédant cette expérience au niveau national, l'OMS pourra vous fournir les noms d'experts internationaux susceptibles d'apporter leur concours.

Pour les personnes n'ayant pas d'expérience préalable de l'examen des yeux, un programme de formation pouvant aller jusqu'à cinq jours sera peut être nécessaire. Pour les personnes ayant une expérience préalable de l'examen des yeux, deux jours sont généralement suffisants. Une première expérience de la formation de personnel à différents niveaux déterminera la durée et le contenu nécessaires de la formation ultérieure.

A la fin du programme de formation, les codeurs du trachome devront être capables :

- d'examiner sans risque les yeux d'adultes, d'enfants ou de nourrissons pour rechercher la présence de TT, de CO et de TF ;
- de reconnaître de manière fiable ces trois signes ;

- de déterminer le risque potentiel de transmission d'une infection oculaire à travers les doigts de l'examineur d'une personne à une autre et de prendre des mesures pratiques pour l'éviter ;
- de reconnaître les signes cliniques d'autres maladies désignées comme des priorités nationales et de savoir comment traiter ou transférer les patients présentant ces affections .

Le dernier jour du programme de formation, des exercices de vérification croisée de la concordance entre observateurs devront être effectués dans une communauté endémique pour vérifier que les personnes formées sont bien capables de coder de manière fiable le trachome sur le terrain (voir section 2.3).

Une fois la formation achevée, chaque personne formée devra être invitée (anonymement) à évaluer le programme de formation en remplissant un questionnaire.

Des informations utiles pour améliorer le protocole de formation peuvent être réunies de cette façon.

2.3 Comment valider le codage du trachome

A la fin de la période de formation et avant chaque enquête [2] un exercice de concordance entre observateurs faisant appel à un codeur de référence, dont la précision du codage est avérée, devra être effectué. Bien que cet exercice demande du temps et soit difficile sur le plan logistique, il représente le meilleur moyen de maintenir (et de prouver) la qualité des évaluations.

Les exercices de concordance entre observateurs doivent être effectués dans une communauté où le trachome est endémique. Le codeur de référence choisira 50 enfants âgés de 1 à 9 ans, dont au moins 15 (mais pas plus de 35) sont atteints de TF. Chaque enfant se verra attribuer un numéro d'identification (compris entre 01 et 50), qui sera reporté sur une fiche que l'enfant montrera à chaque examinateur. Chacun des 50 enfants devra être vu indépendamment par chacun des examinateurs, qui déterminera si l'enfant est atteint de TF et ne devra pas discuter de son appréciation avec un autre examinateur quel qu'il soit [2]. Tous les examinateurs devront consigner leurs constatations sur un **formulaire de concordance entre observateurs** (Annexe).

Le codeur de référence comparera ensuite les diagnostics de chaque candidat codeur avec le sien. Une concordance du diagnostic pour au moins 45 des 50 enfants est acceptable ; les candidats codeurs qui n'atteignent pas ce score devront recevoir une nouvelle formation formelle. Même si la concordance est acceptable, il n'est pas inutile (à titre d'apprentissage) pour chaque candidat codeur et pour le codeur de référence de réexaminer ensemble tout enfant pour lequel le diagnostic du candidat était incorrect.

Parce que le diagnostic du TT et des CO sont plus simples, une validation formelle de la fiabilité du diagnostic de ces symptômes n'est généralement pas nécessaire.

2.4 Comment déterminer la charge de morbidité

Pour planifier efficacement les services, vous devez estimer les besoins probables de services, qui sont eux-mêmes fonction du poids de la morbidité.

Pour des raisons tant logistiques qu'épidémiologiques l'OMS recommande de prendre comme unité d'exécution des activités de lutte contre le trachome le district. Un district correspond généralement à une population moyenne d'environ 100 000 habitants. Pour faciliter la planification, le poids de la morbidité devrait donc être estimée (d'abord) au niveau du district.

2.4.1 Classer les districts selon qu'il est probable ou peu probable que le trachome y soit endémique

Vous devez d'abord repérer les districts dans lesquels il est probable que le trachome soit endémique [3]. Pour ce faire, rechercher des informations dans de précédentes enquêtes, des rapports écrits ou des dossiers hospitaliers de chirurgie ophtalmologique, ou encore en interrogeant des personnes connaissant la situation locale, telles que les coordonnateurs régionaux ou de district pour les soins ophtalmologiques, et le personnel des organisations non gouvernementales. Au moyen de cette information, classer chaque district comme d'endémie probable ou peu probable. Les districts devront être classés de cette façon par un ophtalmologiste ayant l'expérience du trachome ou par un spécialiste du trachome.

2.4.2 Effectuer une évaluation complète du trachome

Dans les districts classés comme d'endémie probable, la charge de la maladie doit être déterminée. Il n'est pas très pratique d'examiner chaque personne, ce qui serait trop long et trop coûteux. On aura donc recours à un échantillon et on déterminera l'état vis-à-vis du trachome de chaque personne entrant dans l'échantillon. C'est ce que l'on appelle une enquête de prévalence. Si l'échantillon est suffisamment important et a été sélectionné de façon à être représentatif de l'ensemble la population, la prévalence observée dans l'échantillon sera très voisine de la prévalence dans la population.

Pour effectuer cette enquête, un protocole d'échantillonnage doit être élaboré en consultation avec un épidémiologiste du Ministère de la Santé. S'il ne peut être fait appel à aucun épidémiologiste localement, l'OMS peut fournir les noms d'experts internationaux susceptibles d'apporter leur concours.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est généralement choisie pour permettre de déterminer la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans avec un degré de certitude acceptable. Les enfants âgés de 1 à 9 ans sont utilisés comme référence car c'est dans ce groupe d'âge que la prévalence du TF est la plus élevée. La prévalence du TT est également mesurée mais, parce que la prévalence de ce signe est généralement inférieure à 5 % dans la plupart des zones d'endémie, la certitude de l'estimation sera bien inférieure. En d'autres termes, l'intervalle de confiance pour la prévalence estimée du TT sera beaucoup plus large que pour le TF. Des enquêtes à très grande échelle seraient nécessaires pour déterminer avec précision la prévalence du TT.

Les informations nécessaires pour déterminer la taille de l'échantillon requis sont les suivantes :

- a) La taille de la population (c'est-à-dire le nombre d'enfants âgés de 1 à 9 ans dans le district ;¹)
- b) La prévalence escomptée du TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (c'est-à-dire une estimation du résultat de l'enquête) ;
- c) La précision souhaitée de l'estimation (généralement la prévalence escomptée $\pm 20\%$) ;
- d) Le risque alpha utilisé (risque que la prévalence réelle se situe en-dehors de l'intervalle de confiance, généralement 5 %) exprimé sous la forme du z pour le risque alpha : pour un risque alpha de 5 %, le z est de 1,96 ; et
- e) L'effet de grappe supposé (si vous connaissez mal ce terme utilisez 4) :

¹ Si le nombre d'enfants âgés de 1 à 9 ans dans la population est inférieur à 5000, la formule de taille de l'échantillon figurant sur cette page risque de se traduire par une surestimation de la taille de l'échantillon requis. Consultez un épidémiologiste si vous prévoyez une telle enquête.

Par exemple :

- a) Nombre d'enfants âgés de 1 à 9 ans dans le district = 32 058
- b) Prévalence escomptée du TF = 0,20
- c) Précision absolue = 0,04 (20 % de la prévalence)
- d) Risque alpha exprimé sous forme de $z = 1,96$
- e) Effet de structure = 4

$$\text{Taille de l'échantillon requis} = e \times \frac{d^2 \times b \times (1-b)}{c^2} = 4 \times \frac{(1,96)^2 \times 0,20 \times 0,80}{(0,04)^2} = 1537$$

Une autre solution consiste à calculer la taille de l'échantillon requis au moyen d'un logiciel statistique tel que Epi Info une fois les paramètres a)-e) précisés. Il vous faudra pour cela solliciter le concours d'un épidémiologiste.

Diviser la taille de l'échantillon calculée par la taille de la grappe (généralement 100-300 personnes) pour déterminer le nombre requis de grappes. Dans cet exemple, si la taille de la grappe est de 100 enfants, il faudra constituer 16 grappes.

Sélection de l'échantillon

Etablir une liste de toutes les communautés du district. A côté du nom de chaque communauté, consigner la taille de la population, calculée (si possible) d'après les données de recensement. Faites figurer une colonne faisant apparaître la taille de la population cumulée. Divisez la population totale par le nombre requis de grappes pour calculer l'intervalle d'échantillonnage. Sélectionnez la première grappe en multipliant l'intervalle d'échantillonnage par un chiffre aléatoire situé entre 0 et 1.² Dans la colonne de la population cumulée, cherchez le nombre qui est le produit de cette multiplication ; prenez la première grappe dans la communauté correspondante. Choisissez les grappes suivantes en ajoutant l'intervalle d'échantillonnage au chiffre précédent.

Exemple :

Village	Population totale	Nombre d'enfants âgés de 1 à 9 ans	Nombre cumulé d'enfants âgés de 1 à 9 ans
A	17 700	5 664	5 664
B	2 400	768	(= 5664 + 768) 6 432
C	3 500	1 120	(= 6432 + 1120) 7 552
D	4 300	1 376	(= 7552 + 1376) 8 928
E	8 800	2 816	(= 8928 + 2816) 11 744
F	2 200	704	etc 12 448
G	13 300	4 256	16 704
H	2 200	704	17 408
I	17 700	5 664	23 072
J	27 900	8 986	32 058

Population totale (tous âges confondus) = 100 000 ; nombre total d'enfants âgés de 1 à 9 ans = 32 058.

$$\text{Intervalle d'échantillonnage} = \frac{\text{Population totale}}{\text{Nombre requis de grappes}} = \frac{32\,058}{16} = 2004$$

² Pour obtenir un nombre aléatoire situé entre 0 et 1, ouvrir un tableur Microsoft Excel, taper « = RAND() » dans l'une quelconque des cases et appuyer sur la touche Entrer.

Pour commencer, on multiplie 2004 par un chiffre aléatoire compris entre 0 et 1. Dans cet exemple, le nombre aléatoire obtenu avec Microsoft Excel est 0,327, aussi le point de départ est-il de 655.

On constitue d'abord une grappe à partir du village pour lequel 655 est compris dans le nombre cumulatif. Dans cet exemple, ce serait le village A. Ensuite, on ajoute l'intervalle d'échantillonnage à ce point de départ, soit : $655 + 2004 = 2659$. On choisit à nouveau une grappe dans la population qui est supérieure à ce chiffre qui, dans ce cas, sera à nouveau le village A. Et l'on recommence jusqu'à ce que l'on ait obtenu le nombre requis de grappes (dans cet exemple, 16).

Village	Nombre d'enfants âgés de 1 à 9 ans	Nombre cumulé d'enfants âgés de 1 à 9 ans	Nombre de grappes sélectionnées
A	5 664	5 664	3
B	768	6 432	0
C	1 120	7 552	1
D	1 376	8 928	1
E	2 816	11 744	1
F	704	12 448	0
G	4 256	16 704	3
H	704	17 408	0
I	5664	23 072	3
J	8 986	32 058	4

Avec cette méthode, on sélectionne davantage de grappes dans des villages plus peuplés. En effet, cette méthode a pour but de choisir les grappes sur la base de la probabilité proportionnelle à la taille.

Travail de terrain

Une équipe d'avant-garde se rendra alors dans les grappes sélectionnées, s'entretiendra avec les responsables de la communauté au sujet du trachome et de la cécité, des services que le programme de lutte contre le trachome souhaite offrir, de la nécessité de l'enquête et des besoins logistiques de celle-ci. L'équipe devra également demander qu'une liste des noms de chefs de famille soit établie et solliciter le concours de quelques habitants (sélectionnés par les responsables de la communauté) qui serviront de guides et, si nécessaire, d'interprètes à l'équipe chargée de l'enquête.

Pour effectuer les examens, il faudra que chaque équipe soit doté du personnel suivant :

- Un codeur du trachome qualifié ;
- Trois assistants de terrain (chargés de compter les habitants du ménage et d'enregistrer les résultats cliniques) ;
- Un ou plusieurs habitants de la communauté chargé de servir de guides et, si nécessaire, d'interprètes ;

Les personnes qui ont terminé leurs études secondaires peuvent être formées en tant qu'assistants de terrain en deux jours, dont une journée sera passée en cours et une autre sur le terrain.

En outre, vous aurez besoin de véhicules et de chauffeurs pour transporter les équipes, puis d'assistants chargés de saisir les données et d'un superviseur pour cette tâche.

Chaque équipe aura besoin du matériel suivant :

- Deux loupes binoculaires d'examen (x 2,5) ;
- Une lampe électrique, des piles et une ampoule de rechange ;
- De la pommade oculaire à la tétracycline ;
- Des formulaires de référence (des personnes souffrant d'affections nécessitant une consultation hospitalière) ;

- Des formulaires pour l'évaluation complète du trachome ;
- Un bloc-notes et des stylos pour chaque personne chargée d'enregistrer les données ;
- Un pulvérisateur rempli d'alcool pour permettre à l'examineur de se désinfecter les mains entre chaque personne examinée. L'utilisation fréquente d'alcool dessèche la peau, aussi l'examineur préférera-t-il peut-être utiliser des gants jetables en caoutchouc (si la communauté l'accepte) pour examiner chaque sujet plutôt que de s'asperger les mains d'alcool. L'utilisation d'eau et de savon est aussi efficace.

Afin d'obtenir une participation maximale à l'évaluation, les enquêteurs devront se rendre de maison en maison. Dans chaque grappe, sélectionner un ménage au hasard sur la liste et inclure dans l'enquête tous les enfants âgés de 1 à 9 ans et toutes les personnes âgées de 15 ans et plus faisant partie du ménage. Poursuivre l'échantillonnage aléatoire jusqu'à ce que l'on obtienne la grappe requise d'enfants de 1 à 9 ans. Si l'on ne peut obtenir une liste des ménages, on ne peut pas procéder à l'échantillonnage aléatoire, et les ménages devront être choisis en se rendant de manière aléatoire chez les uns ou les autres. Pour cela, faire tourner une bouteille à partir d'un point central au sein de la grappe afin de déterminer la direction dans laquelle l'équipe commencera à marcher. Se rendre dans le premier ménage et établir une liste des enfants de 1 à 9 ans et des personnes âgées de 15 ans ou plus qui le constituent. Faire ensuite tourner la bouteille à l'extérieur de cette maison pour choisir la suivante et continuer de procéder ainsi jusqu'à ce que la taille de la grappe (des enfants de 1 à 9 ans) ait été atteinte.

Les assistants de terrain se rendront alors dans chaque maison de l'échantillon pour enregistrer le nom, le sexe et la date de naissance de chaque personne qui y vit. Les informations démographiques et les résultats d'examen peuvent être enregistrés pour tous les habitants d'un ménage sur une seule feuille ou, si les habitants sont nombreux, sur plusieurs feuilles (**formulaire d'évaluation complète du trachome**). Si chaque examineur peut compter sur plusieurs assistants, il ne fera qu'examiner les enfants, ce qui est la tâche la plus spécialisée de l'équipe. On expliquera avant l'examen le but de l'étude et des techniques d'examen et on obtiendra le consentement oral à l'examen.

Tous les enfants âgés de 1 à 9 ans devront être examinés pour rechercher un TF et toutes les personnes âgées de 15 ans et plus pour rechercher un TT ou des CO.

Dans chaque ménage de l'échantillon, l'assistant devra vérifier s'il existe des latrines et demander combien de temps il faut pendant la saison sèche pour se rendre à pied de la maison au point d'eau. Si certaines personnes figurant sur la liste ne sont pas présentes lors de la première visite, on leur fixera deux autres rendez-vous dans la même journée. Les personnes qui refusent de participer à l'étude ou qui ne sont disponibles pour aucune des visites devront être consignées comme « non répondants » et ne seront pas remplacés. Peuvent être remplacés les ménages tirés au sort qui ont quitté définitivement la communauté.

L'inconvénient de l'évaluation complète du trachome est qu'elle exige un échantillon de grande taille. Elle est donc longue et coûteuse. C'est pourquoi des méthodes plus rapides, telles que l'évaluation rapide du trachome (TRA), sont parfois utilisées.

2.4.3 Comprendre les principes de l'évaluation rapide du trachome (TRA)

La TRA est une méthode d'évaluation rapide du trachome qui a été approuvée par l'OMS [3]. Il s'agit d'une façon simple, rapide et peu coûteuse de définir les priorités de la lutte contre le trachome. Les districts et les communautés dans lesquels le trachome sévit probablement à l'état endémique sont sélectionnés comme indiqué ci-dessus (section 2.4.1), et l'on se rend dans ces communautés. Lors de la visite, les personnes susceptibles de souffrir de TT sont repérées par consultation des informateurs de village. Le nombre total de personnes atteintes de TT ou chez qui on présume un TT sont divisées par la population totale du village pour obtenir une estimation brute de la prévalence du TT dans la communauté. En outre, on examine les yeux de 50 enfants âgés de 1 à 9 ans, choisis à partir de 20 ménages parmi les plus défavorisés sur le plan

socio-économique. Le pourcentage d'enfants souffrant de trachome évolutif sur ces 50 enfants est ensuite calculé.

Le protocole TRA n'offre pas une estimation fiable de la prévalence du TT dans une communauté car les personnes présumées souffrir de cette affection (mais non examinées) sont considérées comme atteintes. Le protocole est par ailleurs spécifiquement conçu pour surestimer le pourcentage d'enfants souffrant de trachome évolutif. La TRA n'indique que si le trachome est susceptible de poser un problème dans une communauté donnée, et donc si une nouvelle évaluation et une intervention sont nécessaires.

On trouvera ici des informations sur la TRA afin de montrer pourquoi elle ne permet pas d'obtenir des données de prévalence, et donc pourquoi une évaluation complète du trachome (ou autre enquête dans la population) s'impose.

3. Intervention

Avant de mettre en place des interventions contre le trachome, il est important de les planifier (voir section 4) ; toutefois, on ne peut planifier un programme sans bien comprendre la nature des services qu'il est appelé à fournir. Cette section contient des informations sur la façon de mettre en œuvre les composantes « CH », « A », « N » et « CE » de la stratégie CHANCE.

3.1 Comment fournir des services chirurgicaux pour le trichiasis (« CH »)

3.1.1 Choisir une technique chirurgicale et établir des lignes directrices

En ce qui concerne le traitement du TT, l'OMS recommande la technique de rotation bilamellaire du tarse. On trouvera la description détaillée de cette technique dans un manuel distinct de l'OMS [4]. D'autres techniques chirurgicales ont été utilisées depuis de nombreuses années dans certains pays d'endémie trachomateuse. Le recyclage des chirurgiens étant coûteux et long, il n'est pas recommandé aux programmes en place de modifier leur technique, à moins que l'incidence des échecs chirurgicaux, des complications ou des récurrences ne soit élevée. En revanche, dans les zones (d'un pays quelconque) où de nouveaux programmes sont mis en place, il conviendra d'utiliser la rotation bilamellaire du tarse.

Le suivi des patients non opérés est difficile, et le trichiasis s'aggrave avec le temps (et est alors plus susceptible de provoquer des opacités cornéennes). L'OMS recommande donc de proposer l'opération sans délai à toute personne souffrant de TT, quel que soit le nombre ou la position des cils touchant le globe oculaire.

3.1.2 Déterminer la structure du service

Afin d'accroître la demande de services chirurgicaux pour le TT, il convient d'utiliser simultanément deux stratégies : organiser régulièrement des opérations dans des installations fixes telles que les hôpitaux de district et organiser périodiquement des opérations sur le terrain pour les communautés où le trachome est endémique.

Chaque installation chirurgicale fixe devra proposer des opérations au moins une fois par semaine, le même jour (ou les mêmes jours) de la semaine. On fera connaître à la population cible le ou les jour(s) où sont pratiquées les opérations.

Des équipes de terrain devront être organisées au niveau national ou régional et placées sous la direction d'un chirurgien ayant l'expérience du trichiasis. Les activités de proximité devront comprendre une éducation de la communauté sur le trachome et sa prévention (voir section 3.3). La structure de l'équipe devra tenir compte des ressources et des besoins locaux. Chaque équipe

WHO_PBD_GET_05_1-fr.doc

devra passer un ou deux jours à pratiquer des opérations dans une communauté. Les responsables des communautés concernées, l'administrateur du programme de district ainsi que des membres du personnel du programme national devront être associés à la planification des activités de proximité.

La présence d'un chirurgien ayant l'expérience du trichiasis offre une possibilité d'encadrement et de formation en cours d'emploi des chirurgiens au niveau du district. En outre, les activités de proximité au cours desquelles sont pratiquées des opérations du trichiasis offrent la possibilité d'intégrer la lutte contre le trachome à des activités communautaires de traitement et de prévention d'autres affections ophtalmologiques ou non-ophtalmologiques. Les Ministères de la Santé devront réfléchir à la meilleure façon de mettre à profit ces possibilités.

3.1.3 Calculer le nombre de chirurgiens dont vous aurez besoin

L'idéal est de pouvoir compter au moins sur deux chirurgiens du trichiasis résidents dans chaque installation chirurgicale fixe pour assurer la continuité du service. Ainsi, si un chirurgien est occupé au sein de l'équipe de proximité ou indisponible pour d'autres raisons, l'autre sera là pour pratiquer les opérations. Cela évitera de refuser des patients faute de chirurgien disponible. Il devrait y avoir au moins un centre de chirurgie du trichiasis dans chaque district où le TT pose un problème de santé publique.

Si le retard estimé dans le nombre de patients traités (voir section 4.3.2) dans le district est compris entre 2000 et 3000, vous aurez besoin de trois chirurgiens pour le district. Si le retard estimé se situe entre 3000 et 4000 patients, vous aurez besoin de quatre chirurgiens, peut-être deux dans deux centres différents, etc. Si vous suivez ce principe et si chaque chirurgien pratique au moins 200 opérations par an, le retard de traitement des cas de trichiasis sera résorbé en moins de cinq ans.

Au niveau national (ou régional), vous aurez besoin d'au moins un formateur en chirurgie pour former de nouveaux chirurgiens à la chirurgie du trichiasis.

3.1.4 Former et superviser les chirurgiens du trichiasis

Dans pratiquement tous les pays où le trachome est endémique, les ophtalmologistes sont trop peu nombreux et le retard dans le nombre de patients à traiter important. De ce fait, la plupart des programmes forment des non-ophtalmologistes à la chirurgie du trichiasis. Choisir des infirmiers(ères) ou des assistants médicaux ayant de bonnes compétences en chirurgie. Pour évaluer ces compétences, demander aux candidats potentiels de faire un ourlet sur une pièce de tissu et observer avec quel soin ils procèdent et quelle est la précision de leurs points. Si possible, les candidats devront avoir une expérience préalable de la chirurgie générale et être capables de suturer des plaies correctement. Une expérience de l'examen des yeux sera un avantage.

Les formateurs seront des ophtalmologistes ou des chirurgiens du trichiasis très expérimentés.

On ne formera pas plus de six personnes par groupe. A la fin du programme de formation, chaque candidat devra être capable :

- de décrire et de commenter l'anatomie normale de la paupière ;
- d'examiner sans risque les yeux d'adultes, d'enfants et de nourrissons pour rechercher un TT et des CO ;
- de reconnaître sans risque d'erreur ces signes ;
- de reconnaître les signes cliniques d'autres maladies désignées comme priorités nationales et de décrire comment transférer ou traiter les patients atteints de ces affections ;
- de présenter les avantages et les risques potentiels de l'opération à toute personne souffrant de TT ;
- de mesurer et d'enregistrer l'acuité visuelle ;
- d'installer correctement une salle d'opération temporaire ;
- d'installer et de maintenir un champ opératoire stérile ;

- de pratiquer seul une opération du trichiasis ;
- de stériliser efficacement les instruments et d'expliquer pourquoi il est indispensable de le faire entre deux sujets ;
- de montrer qu'il sait manipuler de façon appropriée des objets pointus ou coupants (aiguilles, lames) et d'expliquer pourquoi c'est important ;
- de décrire les soins à prodiguer après l'opération aux patients opérés du trichiasis ; et
- de remplir correctement le registre opératoire.

En fonction de l'expérience et de l'aptitude des candidats et du nombre de patients pouvant se prêter à la formation, celle-ci demandera de deux à quatre semaines. Chaque candidat devra pratiquer au moins ses dix premières opérations sous l'étroite surveillance du formateur. Il devra ensuite pratiquer au moins 20 autres opérations sous la surveillance de deux collègues, le formateur vérifiant la position des paupières et la plaie une fois l'opération terminée. Le formateur devrait avoir la possibilité de suspendre la formation de tout candidat qui s'avère incapable de maîtriser les compétences requises. Les candidats devront consigner chaque opération qu'ils pratiquent.

3.1.5 Equiper les chirurgiens du trichiasis

Chaque chirurgien aura besoin du matériel suivant :

- une échelle de Snellen ou un diagramme pour analphabètes afin de mesurer l'acuité visuelle ;
- un réservoir d'eau (avec robinet) pour le lavage des mains avant l'opération ;
- deux trousse chirurgicales complètes pour le TT ;
- des produits consommables (gants stériles, solution antiseptique, gaze, aiguilles, seringues, lames, sutures, pansements oculaires, ruban adhésif) ;
- un stérilisateur portable ;
- de la pommade ophtalmique à la tétracycline ;
- un **registre** opératoire ;
- des **formulaires de référence** (pour les personnes atteintes d'affections exigeant une consultation hospitalière) ; et
- des matériels de promotion de la santé.

A la fin de la formation, les chirurgiens devront recevoir tout ce matériel, y compris des produits consommables en quantité suffisante pour pratiquer au moins la première centaine d'opérations. C'est ensuite au coordinateur du programme national qu'il incombe de faire en sorte de garantir un approvisionnement ininterrompu en produits consommables au niveau du district et des équipes de terrain. Les trousse chirurgicales devront sans doute être remplacées tous les deux ans.

3.1.6 Repérer les cas et encourager les patients à se faire opérer

Un dépistage efficace des cas est indispensable pour le succès de la composante « CH » de la stratégie CHANCE. Dans chaque communauté d'endémie, au moins un habitant de confiance doit être formé à repérer les personnes souffrant de TT. S'il existe un réseau de volontaires communautaires, on devra leur demander s'ils sont prêts à assumer des tâches supplémentaires et à repérer les patients souffrant de TT, à enregistrer leurs noms, à les adresser à l'équipe, en les encourageant à se faire opérer, et à assurer la liaison avec les équipes de terrain.

Le TT étant souvent plus répandu chez les femmes que chez les hommes, il est important qu'un petit nombre de femmes au moins soient formées au dépistage des cas : elles sont souvent plus efficaces que les hommes pour faire passer l'information à d'autres femmes. Les personnes déjà opérées du trichiasis jouent également un rôle utile pour encourager d'autres personnes à se faire opérer. Vous devrez envisager différentes méthodes pour motiver le personnel chargé du dépistage des cas. L'offre de récompenses aux volontaires en fonction du nombre de cas opérés s'est avérée utile dans certains programmes.

Les personnes atteintes de trichiasis étant généralement les membres les plus pauvres des communautés les plus pauvres, l'opération devra si possible être pratiquée gratuitement. Les administrateurs de programme nationaux devront préconiser cette option à titre de politique nationale.

3.1.7 Opérer

Pour chaque cas, le chirurgien doit enregistrer le nom du patient, la date de naissance, le sexe et l'adresse. L'adresse doit être suffisamment détaillée pour permettre au chirurgien de retrouver le patient. Il ou elle doit enregistrer le nombre de cils touchant le globe et la présence (et la zone) ou l'absence d'opacité cornéenne pour chaque oeil. En outre, avant l'opération, l'acuité visuelle doit être mesurée séparément pour chaque oeil. Un modèle de **registre opératoire** figure en annexe ; ces formulaires doivent être conservés en lieu sûr pour le suivi post-opératoire.

Les opérations seront ensuite pratiquées en utilisant la technique de rotation bilamellaire du tarse [4] ou une autre technique recommandée localement. La date et le lieu de l'opération devront être consignés avec les détails de l'opération pratiquée.

Pour maintenir son niveau de compétence, chaque chirurgien doit pratiquer au moins 10 opérations par mois. S'il ne le fait pas pendant 6 mois consécutifs, sa technique devra être vérifiée par un chirurgien expérimenté avant qu'il ne reprenne les opérations. Pour que les cibles du programme en termes de nombre d'opérations chirurgicales puissent être atteintes, il faudra sans doute que chaque chirurgien pratique un plus grand nombre d'opérations.

3.1.8 Assurer le suivi

L'acuité visuelle doit être mesurée à nouveau et les sutures retirées après 7 à 10 jours. A ce moment-là, la plaie doit être examinée pour déceler toute rougeur excessive ou exsudat purulent éventuel, qui indiquerait la présence d'une infection. Si l'on soupçonne une infection, on administrera des antibiotiques gratuitement. Heureusement, l'infection est rare après une rotation bilamellaire du tarse. Occasionnellement, un granulome peut survenir autour d'un point ou dans la plaie ; il peut être retiré sous anesthésie locale.

Au bout d'un an, le patient doit être revu. On mesure alors l'acuité visuelle et l'on examine les deux yeux afin de dépister toute récurrence de TT ou nouveau TT (dans un oeil non opéré).

3.1.9 Superviser les chirurgiens de district

Pour assurer la qualité de la chirurgie du TT ainsi qu'une faible incidence des récurrences, la technique des chirurgiens et leurs résultats devront être vérifiés régulièrement. Un chirurgien chevronné ou un formateur en chirurgie peut se rendre dans les centres d'opération pour observer les chirurgiens pratiquer les opérations et les aider à améliorer leur technique et leurs résultats. Si ce n'est pas possible, des cours de recyclage seront organisés aux niveaux national ou régional tous les ans ou tous les deux ans et les chirurgiens seront invités à les suivre. Ces ateliers peuvent servir à superviser les chirurgiens, à améliorer les techniques et à motiver le personnel.

3.2 Comment administrer des antibiotiques («A »)

L'OMS recommande actuellement deux antibiotiques pour lutter contre le trachome : la pommade oculaire à la tétracycline à 1 % et l'azithromycine. La pommade oculaire à la tétracycline permet de traiter l'infection oculaire par *C. trachomatis* si elle est appliquée dans les deux yeux deux fois par jour pendant 6 semaines, et est disponible pratiquement partout. Elle est toutefois difficile et désagréable à appliquer, aussi le respect du traitement est-il médiocre. L'azithromycine traite l'infection oculaire à *C. trachomatis* au moyen d'une dose par voie orale (20 mg/kg de poids corporel) et est bien tolérée tant par les enfants que par les adultes, mais elle est relativement coûteuse. Si l'on dispose d'azithromycine, les programmes de lutte contre le trachome sont encouragés à choisir cette option comme antibiotique de première intention, et à préférer de petites quantités de pommade oculaire à la tétracycline pour les enfants de moins de 6

mois. Si l'on ne dispose pas d'azithromycine, la pommade oculaire à la tétracycline doit être proposée à toutes les personnes à traiter.

3.2.1 Enregistrer les antibiotiques

Tant la pommade oculaire à la tétracycline que l'azithromycine figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS et font partie du formulaire modèle. Il pourra être utile de s'y référer si l'on doit demander au conseil national de la pharmacie (ou son équivalent) d'enregistrer ces médicaments pour qu'ils puissent être utilisés dans la lutte contre le trachome.

3.2.2 Etablir des lignes directrices pour instituer et cesser le traitement antibiotique

Si la prévalence de base du TF dans le district chez les enfants de 1 à 9 ans est de 10 % ou plus, un traitement antibiotique de tous les habitants devra être entrepris chaque année pendant trois ans. Après ces trois traitements, une nouvelle enquête au niveau du district devra être effectuée. Si la prévalence du TF dans le district chez les enfants âgés de 1 à 9 ans est encore de 10 % ou plus, le traitement de masse annuel devra être poursuivi. Si la prévalence est inférieure à 10 %, des enquêtes devront être effectuées afin de déterminer la prévalence au niveau de la communauté. Ensuite, dans les communautés où la prévalence est inférieure à 5 %, le traitement pourra être arrêté ; dans les communautés où la prévalence est de 5 % ou plus, un traitement annuel devra être maintenu jusqu'à ce que la prévalence tombe au-dessous de 5 %.

Si la prévalence de base du TF dans le district chez les enfants âgés de 1 à 9 ans est inférieure à 10 %, la prévalence devra être déterminée au niveau communautaire.

- Dans les communautés où la prévalence de base est de 10 % ou plus, un traitement de masse devra être entrepris chaque année pendant 3 ans. Une nouvelle enquête devra être effectuée au bout de 3 ans. Ensuite, dans les communautés où la prévalence est tombée en dessous de 5 %, le traitement pourra être arrêté. Dans celles où la prévalence est de 5 % ou plus, le traitement annuel devra être poursuivi jusqu'à ce que la prévalence soit ramenée au-dessous de 5 % :
- Dans les communautés où la prévalence de base est de 5 % ou plus mais inférieure à 10 %, les interventions N et CE devront être mises en oeuvre (sans traitement antibiotique) pendant 3 ans. Une nouvelle enquête devra être effectuée au bout de 3 ans. Si la prévalence communautaire est tombée au-dessous de 5 %, les interventions de lutte contre le trachome actif pourront être arrêtées. Si la prévalence communautaire se situe entre 5 et 10 %, les interventions N et CE devront être poursuivies pendant encore 3 ans.
- Dans les communautés où la prévalence de base est inférieure à 5 %, la mise en oeuvre des composantes A, N et CE de la stratégie CHANCE n'est pas une priorité.

Après l'arrêt du traitement antibiotique, on mesurera la prévalence du TF chez les enfants par deux fois au cours des 3 ans suivant.

3.2.3 Entreprendre une tournée de traitement pilote

Si aucun traitement de masse par les antibiotiques n'a été entrepris jusqu'alors dans le pays, la première tournée de traitement devrait commencer dans le cadre d'un essai à petite échelle. Cela permettra de tester les systèmes de stockage, transports, contrôle des stocks, formation du personnel et distribution dans la communauté et aidera à estimer les besoins en personnel. La tournée de traitement pilote devrait être planifiée en tant que phase préparatoire d'une première tournée annuelle de traitement plus importante dans un district. Prévoir une tournée pilote qui puisse facilement être menée à bien par quatre agents de distribution en 5 jours, ce qui couvrira une population cible d'environ 5000 personnes.

Associer les responsables des communautés visées à tous les stades de la planification de la tournée pilote. Cette tournée pilote devra être entreprise au moins 1 mois, si possible, avant la tournée principale de traitement.

Le personnel du programme national devront superviser étroitement la tournée pilote. Ses observations devront être examinées après la tournée pilote et des améliorations apportées en matière de manipulation des médicaments, de formation ou de protocoles de traitement.

3.2.4 Déterminer les besoins en antibiotiques et commander des antibiotiques

Il est indispensable de pouvoir disposer d'antibiotiques en quantité suffisante au moment où le traitement est prévu. Pour garantir que les médicaments puissent être produits et livrés en temps voulu, veiller à passer votre commande bien à l'avance.

Pour l'azithromycine, il faut compter au moins 6 mois pour la fabrication du médicament, l'emballage, l'expédition par mer et le dédouanement. Vous devrez demander que des copies de toutes les pièces relatives à l'expédition vous soient envoyées dès qu'elles sont établies de sorte que les documents puissent être remis aux instances gouvernementales compétentes bien avant l'arrivée des antibiotiques, ce qui raccourcira l'attente au port d'entrée.

Pour la pommade oculaire à la tétracycline, on peut généralement se procurer de petites quantités de produit localement. Mais si votre commande dépasse le stock disponible du fournisseur, la fabrication et la livraison pourront prendre de 3 à 6 mois.

Pour déterminer les quantités d'antibiotiques dont vous aurez besoin, définissez d'abord l'objectif de traitement annuel (OTA) pour les antibiotiques dans chaque district (voir section 4.4.). La somme des OTA de tous les districts permet de déterminer un OTA national provisoire. Si vous utilisez l'azithromycine, vous pouvez alors utiliser l'outil d'estimation des besoins en antibiotiques figurant sur le CD-ROM joint pour calculer de combien d'azithromycine et de pommade oculaire à la tétracycline vous aurez besoin. Si vous ne distribuez que de la pommade oculaire à la tétracycline, le nombre total de tubes dont vous aurez besoin pour le programme national est égal à deux fois l'OTA national provisoire.

Si le gouvernement, le fabricant ou le donateur du médicament peuvent fournir ces quantités de médicaments, la commande doit être passée. Dans le cas contraire, vous devrez décider quelles sont les zones d'intervention prioritaires (voir section 4.8).

3.2.5 Veiller à disposer d'un espace de stockage suffisant

Les antibiotiques doivent être stockés dans un endroit sec et protégé, où la température reste inférieure à 30° C. Au niveau national, il est probable que le Ministère de la Santé disposera d'entrepôts pharmaceutiques appropriés. Au niveau des districts d'endémie, la pharmacie de l'hôpital du district désigné aura sans doute des installations adaptées. Toutefois, les entrepôts nationaux et de district ne seront peut-être pas en mesure d'accepter des livraisons importantes d'antibiotiques ; il conviendra donc de s'assurer de ces capacités bien à l'avance. Les quantités d'azithromycine et de pommade oculaire à la tétracycline nécessaires pour traiter 100 000 personnes occuperont 9,5 m³ d'espace de stockage. Si la pommade oculaire à la tétracycline est utilisée seule, les quantités nécessaires pour le traitement de 100 000 personnes exigeront 9,8 à 13,2 m³ d'espace de stockage.

3.2.6 Importer les antibiotiques et les livrer dans les districts

Dans la plupart des pays, des droits et des taxes sont prélevés sur les médicaments importés. Le coordonnateur du programme national devra contacter les ministères compétents pour demander l'exonération de ces différents droits sur les antibiotiques destinés à la lutte contre le trachome. Dans certains pays, les démarches sont plus faciles lorsque c'est une organisation non gouvernementale ou un organisme multilatéral qui est le cosignataire. On leur demandera de veiller à ce que les médicaments importés arrivent intact à l'entrepôt national.

Les antibiotiques devront être transportés depuis l'entrepôt national jusqu'aux entrepôts de district où ils seront utilisés. Tous les efforts devront être faits pour rester dans le cadre du réseau de distribution des médicaments essentiels. Le transfert vers les lieux de stockage et à partir de

ceux-ci devra, à chaque niveau, être soigneusement contrôlé et suivi dans le cadre du système pharmaceutique existant.

3.2.7 Sélectionner et former le personnel chargé du traitement

La structure de l'équipe chargée du traitement (et donc des besoins en personnel) dépend de la façon dont les antibiotiques seront distribués : seront-ils distribués dans chaque communauté à partir d'un niveau central ou distribués par les équipes de traitement qui elles mêmes feront du porte à porte. Cette décision dépend de la taille et de la densité de la population et de considérations logistiques locales [5].

Si l'on utilise un site central, chaque équipe de traitement devra être composée de deux assistants chargés de l'enregistrement, deux personnes chargées de déterminer la posologie du médicament (sauf si l'on utilise la pommade oculaire à la tétracycline seule), deux personnes pour délivrer l'antibiotique et un assistant chargé des dossiers. Au moins l'un des deux assistants chargés de l'enregistrement et l'une des personnes chargées de déterminer la posologie devront être issus de la communauté à traiter, les antibiotiques étant ainsi mieux acceptés. Si l'on a recours à la distribution par porte à porte, on aura besoin d'un plus grand nombre de plus petites équipes composées chacune d'un assistant, d'une personne chargée de délivrer les antibiotiques et d'un guide venant de la communauté qui aidera également à déterminer le dosage.

Dans chaque cas, si l'on distribue de l'azithromycine, le personnel chargé de la distribution sera composé d'infirmiers(ères), d'assistants médicaux ou d'assistants en pharmacie expérimentés dans la distribution de médicaments par voie orale.

La formation à la délivrance de l'azithromycine demandera un à deux jours. La formation du reste du personnel chargé du traitement demandera une journée. Selon la taille de la population (et donc du nombre requis de membres de l'équipe), la formation de formateurs sera peut-être nécessaire, le personnel central étant appelé à former le personnel au niveau du district qui, à son tour, formera des agents de terrain.

Il faudra former un superviseur pour 5 à 10 équipes. Si le traitement antibiotique est nouveau pour le district ou pour le pays, il sera peut-être utile d'inviter une personne d'un autre district ou d'un autre programme national à prêter son concours pour la première séance de formation et à participer à la supervision de l'équipe de la tournée de traitement pilote.

3.2.8 Prévoir le calendrier de traitement

Même lorsque l'on distribue des antibiotiques à des populations entières de districts entiers, il vaut mieux procéder en traitant une communauté à la fois. On associera à l'établissement du calendrier les dirigeants des communautés d'endémie, les coordonnateurs de programmes de district et les personnels du programme national. Ne pas prévoir de tournée de traitement à l'occasion de fêtes religieuses ou culturelles importantes, les jours de marché ou pendant la période des récoltes, les habitants risquant davantage de ne pas être disponibles à ces moments là. Il vaut mieux également ne pas programmer de traitement pendant la saison des pluies, lorsqu'il peut y avoir des difficultés d'accès.

Pour chaque district, vous devrez avoir achevé le traitement de toutes les communautés devant recevoir des antibiotiques dans un délai d'un mois.

3.2.9 Préparer un recensement de la communauté

Il est essentiel d'obtenir une couverture antibiotique élevée si l'on veut garantir l'efficacité de la composante « A » de la stratégie CHANCE. Pour aider à instaurer une couverture élevée (et montrer qu'elle a été atteinte), il faut pouvoir se baser sur un recensement précis de la population à traiter. Les dirigeants des communautés d'endémie trachomateuse devront être consultés quant à la meilleure façon de préparer le recensement. Des membres de la communauté sachant lire et écrire y seront associés sous l'autorité du personnel du programme, d'agents de santé locaux ou

d'enseignants. Les informations recueillies auprès de chaque ménage devront comporter le nom du chef de ménage et le nom, la date de naissance et le sexe de chaque personne présidant normalement au sein de ce ménage.

Les données de recensement devront être consignées sur des fiches, des registres ou tout autre support durable, de sorte qu'il n'y ait à procéder qu'à une mise à jour lors des deux tournées suivantes de traitement antibiotique sans avoir à recommencer le processus. Le recensement et la fiche de traitement figurant en annexe pourront servir de modèle. Les registres de recensement devront être conservés par les administrateurs des programmes de district, qui les fourniront aux équipes de traitement.

3.2.10 Sensibiliser la communauté

S'il s'écoule moins d'un mois entre le moment de recensement et celui du traitement, il faudra associer la sensibilisation de la communauté à la collecte des données de recensement. Dans le cas contraire, une visite distincte sera effectuée auprès de la communauté pour informer les habitants au sujet du trachome et leur expliquer la raison du traitement antibiotique, les dates et les méthodes de traitement ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion du traitement antibiotique.

3.2.11 Traiter

Que l'on utilise une approche centrale ou bien par porte à porte, le nombre de personnes pouvant être traitées chaque jour dépend en grande partie de l'efficacité de l'organisation des équipes de traitement. Si le traitement se fait à partir d'un point central, deux membres respectés de la communauté (comme le chef de village ou un gardien) devront être invités à aider à organiser les membres de la communauté sur place.

Si l'on dispose d'azithromycine, la suspension devra être reconstituée selon les indications et selon les besoins : on ne reconstituera un nouveau flacon que lorsque le précédent sera terminé. La poudre doit être secouée avant d'ajouter l'eau et l'eau utilisée doit être potable. La date de reconstitution devra être inscrite sur l'étiquette de tout flacon de suspension non terminé le jour où elle a été reconstituée et ces flacons devront être utilisés avant que de nouveaux ne soient préparés le lendemain. Toute suspension qui n'a pas été délivrée dans les sept jours suivant sa reconstitution devrait être éliminée.

A quelques exceptions près (voir ci-après), tous les habitants des communautés ciblées devront se voir proposer un antibiotique. Les noms des personnes arrivant au point central ou chez qui se rendront les équipes devront être vérifiés par rapport au recensement de la communauté. Les noms des personnes ayant immigré (et qui ont l'intention de vivre dans la communauté au cours du mois suivant), ou encore qui sont nées après le recensement, devront être ajoutés à celui-ci. Les personnes qui ne résident pas dans la communauté devront être invitées à se faire traiter dans leur propre communauté ou, si elles habitent dans une communauté qui n'est pas traitée, informées qu'elles n'ont pas besoin de traitement antibiotique aux fins de la lutte contre le trachome. Les personnes décédées ou émigrées depuis le recensement devront être identifiées par une note dans le registre de recensement.

Les parents d'enfants de moins de six mois devront recevoir deux tubes de pommade oculaire à la tétracycline et se voir expliquer comment l'appliquer en précisant qu'ils doivent l'appliquer dans les deux yeux de l'enfant quotidiennement pendant six semaines. Toutes les personnes âgées devront se voir proposer une dose unique d'azithromycine par voie orale (si disponible) à une posologie déterminée par leur taille. Des échelles indiquant la posologie selon la taille seront peintes sur des morceaux de bois légers d'environ 1 m 80 de hauteur, 4 cm de large et 1 cm d'épaisseur. Parce que le rapport poids taille varie pour les différents groupes ethniques, les administrateurs de programme devront veiller à ce que l'échelle de dosage selon la taille utilisée dans leur programme convienne à la population à laquelle est proposée l'azithromycine. Pour utiliser l'échelle, on demandera à la personne de se tenir debout pieds nus sur un sol plat. On

placera l'échelle verticalement contre son dos, l'extrémité inférieure touchant le sol. Le niveau horizontal situé au dessus de la tête de la personne indique le nombre de comprimés d'azithromycine à lui délivrer. Les adultes ou les enfants souffrant de troubles biomécaniques qui ne leur permettent pas de se tenir debout recevront la même dose qu'une personne du même âge et de la même constitution.

Si le programme ne dispose pas d'azithromycine, toutes les personnes appelées à recevoir des antibiotiques devront recevoir deux tubes de pommade oculaire à la tétracycline et se voir expliquer comment l'appliquer et expliquer qu'ils doivent l'appliquer dans les deux yeux deux fois par jour pendant six semaines. Les seules contre-indications à l'utilisation de l'azithromycine sont le fait d'être trop malade pour être mesuré ou d'avoir des antécédents de graves réactions indésirables (voir section 3.2.12) à l'azithromycine. Une consommation récente ou prévue d'alcool, d'aliments ou de remèdes traditionnels, la cécité, la grossesse ou l'allaitement ne sont pas des contre-indications à l'utilisation de l'azithromycine. La seule contre-indication à l'utilisation de la pommade oculaire à la tétracycline est un antécédent de réaction indésirable au médicament.

On utilisera d'abord le stock de médicaments dont la date de péremption est la plus proche.

Un traitement antibiotique doit toujours être accompagné d'activités de promotion de la santé (voir section 3.3).

3.2.12 Obtenir une couverture élevée

Dans chaque communauté les équipes chargées du traitement devront viser à obtenir une couverture de 80 % au moins, définie par le nombre de personnes traitées (soit par l'azithromycine soit par la pommade oculaire à la tétracycline), divisé par le nombre d'habitants. Le nombre d'habitants utilisés pour ce calcul devra être déterminé à la fin de la tournée de traitement en comptant les personnes nées ou ayant immigré, en excluant les personnes décédées et ayant émigré depuis le recensement.

3.2.13 Gérer les réactions indésirables et recueillir des informations concernant leur survenue

L'expérience acquise dans divers pays où l'azithromycine a été utilisée à des fins de lutte contre le trachome montre que des réactions indésirables légères et passagères (nausées, vomissements et diarrhée) surviennent chez environ 10 % des patients. Ces réactions doivent être traitées par l'augmentation de la prise de liquide comme de l'eau, de la soupe et du lait, et n'exigent que très rarement une intervention médicale. Les communautés devront être prévenues à l'avance qu'un certain nombre de personnes présenteront ces réactions, informées que de telles réactions ne signifient pas que le médicament est dangereux, et informées des mesures qu'il est recommandé de prendre. Ces réactions ne sont pas des réactions indésirables graves et ne constituent pas des contre-indications à l'azithromycine lors de traitements ultérieurs. Les réactions plus graves à l'azithromycine sont extrêmement rares. Au cas où elles surviendraient les personnes chargées de superviser le traitement devront veiller à ce que les patients soient vus et traités à l'hôpital de district. Elles devront également transmettre le descriptif du cas à l'administrateur du programme national, qui le portera à l'attention du fabricant du médicament.

Les réactions indésirables associées à l'utilisation de la pommade oculaire à la tétracycline sont extrêmement rares. Au cas où elles surviendraient, il faudra informer le patient de cesser d'utiliser la pommade et de ne pas utiliser à l'avenir de tétracycline (que ce soit par voie orale ou localement).

3.2.14 Etablir le rapport

A la fin de la tournée annuelle de traitement dans un district, le coordonnateur du programme de district devra établir un rapport à l'intention du coordonnateur du programme national, indiquant

WHO_PBD_GET_05_1-fr.doc

les quantités totales d'azithromycine et de pommade oculaire à la tétracycline utilisées, les quantités de chaque médicament non utilisées mais éliminées, les quantités de chaque médicament renvoyées à l'entrepôt national, et les quantités de chaque médicament conservées au niveau du district. Des données utiles pour le suivi de la couverture thérapeutique sont recueillies dans le cadre de l'établissement de rapports systématiques mensuels au niveau des districts (voir section 5.2.1).

3.3 Comment encourager le nettoyage du visage (« N ») et la lutte contre le trachome en général

La promotion de la santé joue de nombreux rôles dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. Elle est essentielle pour :

- éduquer les gens au sujet du trachome et de sa propagation ;
- encourager les gens à se faire opérer ;
- mieux faire accepter les antibiotiques ;
- encourager le nettoyage du visage ;
- promouvoir un environnement propre ; et
- créer une demande de latrines familiales.

La présente section explique comment mener la promotion de la santé de façon à contribuer à tous ces aspects. Pour être efficace, la promotion de la santé doit être planifiée en partenariat avec la communauté et menée de manière continue et répétitive dans de la population cible.

3.3.1 Choisir des moyens multiples de promotion de la santé

Afin de faire en sorte que chaque membre de la communauté reçoive des messages de promotion de la santé on peut avoir recours à divers moyens. Les activités peuvent, par exemple, se dérouler dans les lieux de culte, au sein d'associations de femmes, lors de réunions communautaires, dans les centres de santé et les écoles, ou encore à domicile. Des activités de promotion de la santé devront toujours être organisées à l'occasion des campagnes d'opérations du TT et de traitement antibiotique.

La communication individuelle est utile pour aborder les questions sensibles, par exemple en expliquant la nécessité de changements comportementaux pour encourager les gens à se faire opérer. Les discussions par petits groupes ou les leçons dans les écoles peuvent servir à transmettre des informations détaillées sur le trachome et la lutte contre celui-ci. Les médias (comme la radio) sont efficaces pour sensibiliser la population en général et transmettre des informations précises telles que les dates du traitement antibiotique de masse. L'idéal est d'utiliser à la fois la communication individuelle chez les gens, les discussions par petits groupes, les leçons dans les écoles et les médias. Il peut parfois être utile d'organiser des démonstrations pratiques (du nettoyage du visage en particulier), des représentations théâtrales, des concours, ou encore des « journées trachome ».

3.3.2 Choisir les thèmes de la promotion de la santé

On trouvera dans le tableau ci-après des exemples de messages importants en promotion de la santé. Chaque séance de promotion de la santé devra être adaptée à son public ; par exemple, les messages les plus importants pour les personnes âgées pourront être des informations sur la chirurgie du trichiasis trachomateux, alors que la priorité pour les mères sera peut-être de leur expliquer comment tenir propre le visage de leurs enfants. On obtiendra de meilleurs résultats si chaque membre de la communauté reçoit des informations sur chacun des sujets ci-après.

Thème	Comprend des informations sur :
Trachome	• ce qui provoque le trachome • comment se transmet le trachome • comment le trachome entraîne la cécité • pourquoi les personnes atteintes de trichiasis trachomateux doivent être opérées

Chirurgie	• quand et où l'on peut se faire opérer • que suppose l'opération pour le patient
Antibiotiques	• pourquoi la communauté a besoin d'antibiotiques • quand et où les antibiotiques sont distribués • les avantages et les effets secondaires possibles des antibiotiques • comment le fait de tenir le visage propre empêche la transmission du trachome
Nettoyage du visage	• comment laver le visage avec une petite quantité d'eau (y compris démonstrations pratiques) • comment améliorer l'environnement pour prévenir la transmission du trachome et d'autres infections
Changement de l'environnement	• pourquoi les latrines sont considérées comme socialement souhaitables • comment construire des latrines • comment utiliser et entretenir les latrines

3.3.3 *Elaborer des matériels pouvant être utilisés pour la promotion de la santé*

Divers matériels peuvent être utilisés pour la promotion de la santé :

- Les affiches sont utiles pour faire passer des messages simples ; elles doivent être placées dans les centres de santé et les écoles.
- Les messages radio, y compris des chansons et des spots, peuvent également permettre de transmettre des informations simples. Le programme de lutte contre le trachome devront négocier avec les stations de radio nationales et locales qui pourront peut-être lui accorder du temps d'antenne gratuit pour diffuser des messages de lutte contre le trachome et l'aider à réaliser les enregistrements.
- Des blocs-notes géants peuvent être utilisés pour fournir des informations plus détaillées mais ne sont efficaces que s'ils s'accompagnent d'explications données par du personnel compétent.
- Les tableaux d'affichage, les cartes à jouer, les autocollants, des dépliants ou des brochures peuvent également être utilisés.

Tous les matériels de promotion de la santé devront être rédigés dans un langage adapté et illustrés par des images appropriées. Ils devront peut-être être adaptés, c'est-à-dire rédigés dans une langue locale ou représenter le groupe ethnique de l'audience cible, faute de quoi les membres de la communauté risquent de considérer qu'ils ne concernent pas leur famille. Les matériels devront être testés au préalable auprès du groupe cible pour vérifier qu'ils sont faciles à comprendre et efficaces.

3.3.4 *Identifier le personnel chargé de la promotion de la santé*

Différentes activités devant être exécutées dans différents cadres, vous aurez besoin de toute une gamme d'agents de première ligne : les enseignants, les associations de femmes, les chefs religieux et communautaires, les agents de santé et les bénévoles peuvent tous s'avérer des agents de promotion de la santé efficaces moyennant une formation et une motivation appropriées.

3.3.5 *Former, motiver et superviser le personnel de promotion de la santé*

La formation devra comporter une information sur le trachome, la lutte contre le trachome et les méthodes de transmission de cette information aux personnes vivant dans les communautés d'endémie. Elle devra comprendre des travaux pratiques au moyen de matériel de promotion de la santé. En raison du grand nombre de personnel à former, la formation de formateurs sera presque certainement nécessaire. Le personnel de l'échelon central pourra former le personnel au niveau du district qui, à son tour, formera les agents de terrain. Tant la formation centrale que la formation au niveau du district prendront de 3 à 5 jours. La formation devra être normalisée et supervisée par les administrateurs de programme.

Le personnel de promotion de la santé travaille souvent dans des zones isolées et ses efforts sont peu récompensés. La reconnaissance de sa contribution par le programme de lutte contre le trachome permettra certainement d'obtenir de lui des efforts accrus. Cette motivation ne doit pas

nécessairement revêtir la forme de récompenses financières. Des certificats ou des incitations sous forme de matériel qui l'aide à faire son travail (bicyclettes, uniformes et latrines familiales) peuvent être très utiles.

Le coordonnateur du programme de district se rendra au moins une fois par an sur le terrain pour superviser les agents de promotion de la santé ainsi formés, vérifier qu'ils conservent leur motivation et contrôler la qualité de leur travail.

3.4 Comment améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement (« CE »)

La composante « CE » de la stratégie CHANCE vise à réduire la transmission de *C.trachomatis* en favorisant une meilleure hygiène personnelle et environnementale. Pour cela, l'accès d'une grande partie de la population à des latrines (ou autres méthodes d'élimination sur des excréta) et à l'eau, doit être amélioré, ce qui nécessite des compétences spécialisées et davantage de crédits que ceux dont disposent généralement les programmes de lutte contre le trachome. Le rôle du programme pourrait donc consister à rechercher quelles sont les organisations qui travaillent déjà dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, à chercher à savoir ce qu'elles font, à les encourager à donner la priorité aux communautés d'endémie dans l'allocation des ressources, à aider ces communautés à créer une demande d'eau et d'assainissement et à suivre la mise en oeuvre. Si peu d'activités sont mises en oeuvre, le programme de lutte contre le trachome pourra rechercher de nouveaux partenariats afin d'améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

3.4.1 Déterminer ce qui se fait déjà dans le secteur de l'eau et de l'assainissement

Tout d'abord, les organismes publics et autres organisations qui travaillent déjà dans le secteur de l'eau et de l'assainissement dans les zones d'endémicité trachomateuse devront être répertoriés et contactés, et leurs plans et leurs activités devront être examinés. Ces organismes sont des partenaires stratégiques du programme de lutte contre le trachome.

Il est important de déterminer quels sont les types de latrines construites, quels types de points d'eau sont installés, combien de temps demande la construction d'une latrine ou d'un point d'eau et combien cela coûte. Il faudrait chercher à savoir également quelle est l'importance de la demande de telles interventions de la part des communautés visées.

3.4.2 Définir des stratégies pour améliorer l'approvisionnement en eau

Le rôle du programme de lutte contre le trachome dans l'amélioration de l'approvisionnement en eau doit être déterminé localement. La collaboration et la sensibilisation sont des éléments importants du programme et devront prévoir un renforcement des liens entre les parties concernées.

L'offre d'eau peut être améliorée par la construction de nouveaux points d'eau ou la réparation des points d'eau endommagés. Si la réparation ou la remise en état d'anciens points d'eau fait partie de la stratégie, les réparations devront s'accompagner d'efforts pour déterminer pourquoi le point d'eau n'est plus utilisable.

La priorité est d'approvisionner en eau les écoles primaires de toute la région. Si les écoles sont approvisionnées en eau, les écoliers pourront apprendre à se laver le visage, habitude qu'ils transmettront à leur famille et conserveront eux-mêmes pour le reste de leur vie.

3.4.3 Définir des stratégies en matière d'assainissement

Les latrines ne permettent d'améliorer la propreté de l'environnement que si elles sont utilisées régulièrement par une forte proportion de la communauté. Il faudra donc consulter les représentants des communautés et les organisations travaillant dans le secteur de l'assainissement pour déterminer quelles méthodes d'élimination des excréta sont utilisées et lesquelles sont acceptables pour la population locale.

L'utilisation autant que possible de matériels de construction disponibles localement est importante pour la viabilité à long terme d'un programme d'installation de latrines.

Les latrines devront en priorité être construites et convenablement entretenues dans les écoles primaires de toute la zone d'endémie trachomateuse.

3.4.4 Créer des comités communautaires de l'eau et de l'assainissement

Des comités de l'eau et de l'assainissement devront être créés dans toutes les communautés d'endémie. Ils pourront déterminer les besoins de la communauté, chercher à savoir quels sont les travaux nécessaires, diriger l'installation des points d'eau et des latrines, aider à l'installation (en fournissant la main-d'oeuvre et dans certains cas les fonds), suivre et contrôler la distribution d'eau, et assumer la responsabilité de faire en sorte que les points d'eau et les latrines restent opérationnels. Dans de nombreuses communautés, les fonds destinés à l'entretien des points d'eau proviennent de la perception d'un droit minime pour chaque unité d'eau distribuée. Dans certaine communauté, les fonds ainsi perçus sont suffisants pour permettre d'installer de nouveaux points d'eau. Le Comité souhaitera peut-être également désigner une personne qui puisse être formée pour assurer l'entretien régulier.

3.4.5 Développer l'usage des latrines

La demande de latrines et l'utilisation de celles qui ont été construites peuvent être développées en construisant des installations de démonstration et par des activités de promotion de la santé. La promotion devra comprendre des informations sur les avantages sur le plan sanitaire et social de l'utilisation des latrines et aborder les méthodes et les coûts de la construction et de l'entretien des latrines (voir section 3.3).

Des latrines de démonstration devront être construites dans les postes sanitaires et les écoles ainsi que chez les agents de santé bénévoles de la communauté. Ces personnes sont plus susceptibles de reconnaître la nécessité et l'utilité des latrines, de les utiliser eux-mêmes et d'encourager vivement leur famille à le faire et à les entretenir correctement. De plus, les bénévoles considérant déjà les latrines comme souhaitables, l'installation d'une latrine sera considérée comme une récompense pour leur contribution aux travaux du programme de lutte contre le trachome.

4. Planification

4.1 Comment susciter un appui en faveur du programme

Pour être efficace, la lutte contre le trachome exige les compétences et l'énergie de nombreuses personnes dans un large éventail de disciplines, qui devront être pleinement associées au processus de planification dès le départ.

4.1.1 Recenser les parties prenantes

Les groupes et les personnes qui devront être associés au programme sont les suivants :

- les communauté d'endémie ;
- la société civile ;
- les organisations non gouvernementales locales ;
- les directeurs d'hôpitaux ;
- les autorités gouvernementales à tous les niveaux (Ministère de la Santé, de l'Education, de la Femme et de l'Enfant, de l'Eau et de l'Assainissement) ;
- les Universités ;
- les ophtalmologistes et les associations professionnelles ;
- la radio, la télévision et la presse écrite ;
- les organisations non gouvernementales internationales ; et

- les organisations bilatérales et multilatérales.

Il est particulièrement important de contacter et d'impliquer les responsables politiques aux niveaux national, régional, du district et de la communauté à un stade précoce.

4.1.2 Créer un sentiment partagé d'appropriation du programme

Un atelier de planification de 3 à 5 jours devrait être organisé, auquel seront invités les représentants de chaque groupe énuméré ci-dessus. Lors de cet atelier, on aidera les participants à mieux comprendre le problème que représente le trachome en examinant :

- les données existantes concernant la prévalence du trachome dans le pays ;
- les conséquences du trachome pour la santé publique ;
- l'initiative mondiale pour l'élimination du trachome d'ici 2020 ; et
- la place de la lutte contre le trachome dans la stratégie « VISION 2020 : Le droit à la vue ».

Les participants devront apprécier si le trachome constitue un problème important de santé publique dans le pays et se mettre d'accord sur les zones prioritaires à traiter ou à évaluer de façon plus approfondie.

Les participants devront apporter à l'atelier toutes les données auxquelles ils ont accès (voir section 4.2). L'analyse des données disponibles (section 4.2), le calcul des objectifs ultimes d'intervention (section 4.3), la planification préalable du programme (section 4.4) et la préparation d'un projet de budget (section 4.5) seront autant de points abordés dans le cadre de l'atelier. La participation d'un large éventail de partenaires est nécessaire si l'on veut que les projets soient utiles et pour faire en sorte que tous les groupes soient associés au programme. Un groupe restreint pourra finaliser les projets après l'atelier.

4.1.3 Maintenir un sentiment commun d'appropriation du programme

Un groupe national spécial chargé du trachome comprenant des représentants d'autant d'associations que possible devrait être chargé de superviser l'action du programme. Il devrait se réunir au moins deux fois par an. Un groupe spécial de district devrait être constitué dans chaque district du programme et se réunir au moins une fois par trimestre.

4.1.4 Prendre contact avec les responsables politiques et plaider en faveur de la lutte contre le trachome

Le président du groupe national spécial du trachome devra veiller à ce que le Ministre de la Santé et les responsables politiques régionaux soient tenus informés des activités et des progrès du programme national. Le président de chaque groupe spécial de district devra veiller à ce que les responsables politiques aux niveaux du district et de la communauté soient tenus informés des activités et des progrès du programme de district. L'appui de toutes ces personnes est essentiel à la réussite du programme.

4.2 Comment analyser les données disponibles

4.2.1 Résumer les données pertinentes pour chaque district

Les données utiles pour la planification sont les suivantes : données du recensement ; résultats des enquêtes de prévalence ; évaluations rapides du trachome ; informations sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement (latrines) ; résultats des composantes CH, A, N et CE pour l'année précédente ; et informations sur les ressources humaines et matérielles disponibles pour la santé, l'eau et l'assainissement au niveau du district. Comme indiqué ci-dessus, les participants devront être priés d'apporter ces données à l'atelier de planification. Si possible, ils devront également fournir des informations sur les méthodes utilisées pour la collecte et l'analyse des données. Ces informations seront utiles pour les analyses décrites ci-après.

En petits groupes ou en plénière, les participants à l'atelier énuméreront (sur un **formulaire récapitulatif de district**) toutes les informations disponibles concernant la prévalence du TT, la

prévalence du TF, le nombre de visages propres et le nombre de latrines et de points d'eau pour chaque district. Si aucune donnée n'est disponible pour le district concernant l'un de ces cinq paramètres, on portera la mention « pas de données » dans l'espace correspondant dans le tableau.

4.2.2 Analyser les données sur le TT pour chaque district

Les données récapitulées sur le **formulaire récapitulatif de district** sont utilisées pour estimer la prévalence approximative du TT dans le district parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. S'il existe plusieurs sources de données, c'est la source ou les sources les plus fiables qui seront utilisées pour l'estimation, selon l'échelle suivante (de la plus fiable à la moins fiable) :

1. une enquête en population au niveau du district, telle qu'une évaluation complète du trachome (voir section 2.4).
2. une enquête en population dans certaines communautés
3. une enquête en population dans une seule communauté
4. une évaluation rapide du trachome (voir section 2.4.3).

S'il n'existe pas d'enquête en population au niveau du district mais si d'autres données d'enquête en population sont disponibles, on pourra estimer la prévalence du TT dans le district chez les personnes âgées de 15 ans et plus. La fourchette d'âge et le sexe des personnes examinées lors de l'enquête, la méthode de sélection des communautés et des personnes, et la proportion de la population du district vivant dans les zones où l'on pense que le trachome est endémique devront être pris en compte. On notera que l'estimation grossière de la prévalence du trichiasis dérivée de la TRA [3] n'est pas fiable et ne devra être utilisée que si l'on ne dispose pas de meilleures données. Les données provenant des services (telles que le nombre de personnes atteintes de TT se présentant pour l'intervention de rotation bilamellaire du tarse dans une installation fixe ou de proximité) ne sont pas utilisables.

Si l'on dispose de données provenant de plusieurs enquêtes présentant le même degré de fiabilité, on privilégiera les plus récentes. Si les ensembles de données disponibles couvrent différentes zones géographiques du même district, ils peuvent tous être pris en compte dans l'estimation de la prévalence au niveau du district.

Pour calculer cette estimation, il est utile d'enregistrer les méthodes utilisées pour le calcul sur le **formulaire récapitulatif de district** afin de faciliter la révision des estimations lorsque de nouvelles données seront disponibles.

4.2.3 Analyser les données sur le TF pour chaque district

Les données enregistrées sur le **formulaire récapitulatif de district** servent à estimer la prévalence approximative du TF au niveau du district chez les enfants de 1 à 9 ans. S'il existe plusieurs sources de données, on utilisera l'estimation la plus fiable en fonction de l'échelle suivante (de la plus fiable à la moins fiable) :

1. une enquête en population au niveau du district telle qu'une évaluation complète du trachome (voir section 2.4).
2. une enquête en population dans certaines communautés
3. une enquête en population dans une seule communauté

Le pourcentage d'enfants atteints de trachome actif calculé d'après la TRA [3] n'est pas un chiffre de prévalence et n'est pas utile dans cette analyse bien qu'il puisse servir à recenser les districts ou les communautés où une évaluation complète du trachome s'impose. Si les seules données disponibles sont celles provenant de la TRA, le TF peut être enregistré comme « présent » mais sa prévalence ne peut être estimée. Les données émanant des services (telles que le nombre ou la proportion d'enfants se présentant en consultation ou présentant un TF) ne sont pas utilisables non plus.

4.2.4 Analyser les données sur l'offre de latrines pour chaque district

Les données enregistrées sur le **formulaire récapitulatif de district** servent à estimer la proportion approximative de ménages dans le district qui ont accès à des latrines ou une autre méthode d'évacuation des excréta.

4.2.5 Analyser les données sur l'approvisionnement en eau pour chaque district

Les données enregistrées sur le **formulaire récapitulatif de district** servent à estimer la proportion approximative de ménages du district habitant dans un rayon de 1 km (ou 15 minutes de marche aller) du point d'eau le plus proche pendant la saison sèche. En outre, on devra demander au service des eaux une estimation du nombre de points d'eau d'accès public (y compris les rivières, les lacs, les barrages ou réservoirs, les puits, les puits forés et les bornes-fontaines) dans le district. L'eau utilisée pour la toilette du visage n'ayant pas besoin d'être potable, les points d'eau de surface devront figurer dans cette analyse.

4.2.6 Comprendre les limites de ces analyses

A moins que l'on utilise des enquêtes en population au niveau des districts, les estimations dérivées du protocole décrit à la section 4.2 seront utiles aux services de planification mais ne constitueront pas des données de base suffisamment fiables pour une évaluation ultérieure de la réussite du programme. Avant d'entamer une lutte contre le trachome à grande échelle dans le district, une évaluation complète du trachome (voir section 2.4) devra être effectuée.

4.3 Comment calculer vos objectifs ultimes d'intervention

Les objectifs ultimes d'intervention (OUI) indiquent le nombre total d'interventions pour chaque élément de la stratégie CHANCE devant être menées à bien pour éliminer le trachome cécitant. Il s'agit de chiffres dynamiques fondés sur les estimations actuelles du poids de la morbidité, qui peuvent être modifiés et actualisés à mesure que l'on dispose de données plus récentes et plus fiables. Les calculs devront être enregistrés sur le **formulaire récapitulatif de district**.

4.3.1 Comprendre ce que l'on entend par « élimination »

L'OMS définit l'élimination du trachome en tant que cause de cécité comme étant :

- une prévalence du trichiasis ramenée à moins d'un cas pour 1000 habitants ;
- une prévalence du trachome folliculaire chez les enfants âgés de 1 à 9 ans ramenée à moins de 5 %.

4.3.2 Calculer votre objectif ultime d'intervention pour la composante « CH »

Il s'agit de l'arriéré de cas de trichiasis non opérés.

- 1) Définir la population à risque –(a)
(la population du district) par exemple 100 000 habitants
- 2) Estimer la prévalence du TT chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans cette population – (b)
(voir section 4.2.2.) par exemple 2 %
- 3) Estimer la prévalence du TT dans la population totale – (c)
(= b x 50 %) par exemple 2 % x 50/100 = 1 % (où 50% de la population est âgée de 15 ans et plus)
- 4) Calculer le nombre de cas de trichiasis trachomateux dans la population – (OUI-CH)
(= 1 x c) par exemple 100 000 x 1/100 = 1000.

Dans tous les calculs du TT (par exemple le nombre de cas et le nombre d'opérations pratiquées), c'est le nombre de personnes et non le nombre d'yeux qui doit être indiqué. Même si une prévalence pouvant aller jusqu'à 1 cas pour 1000 habitants correspond à la définition OMS de l'élimination du trachome (voir section 4.3.1), l'OMS recommande de calculer l'OUI-CH en

tenant compte de tous les cas existants, afin de mettre l'accent sur la fourniture de services chirurgicaux à toutes les personnes atteintes de TT.

4.3.3 Calculer votre objectif ultime d'intervention pour la composante « A »

- 1) Si la meilleure estimation de la prévalence du TF dans le district chez les enfants de 1 à 9 ans est de 10 % ou plus, l'OUI-A est la population estimative totale du district.
- 2) Si la meilleure estimation de la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans est inférieure à 10 %, la prévalence dans la communauté doit être prise en considération. Le traitement antibiotique de masse se justifie dans deux types de communautés :
 - Les communautés où la prévalence est de 10 % et plus ; et
 - Les communautés où après une ou plusieurs tournées de traitement antibiotique de masse, la prévalence est encore de 5 % et plus, mais inférieure à 10 %.La population totale estimative de ces types de communautés est le OUI-A.
- 3) Si la prévalence estimée du TF dans le district chez les enfants de 1 à 9 ans est inférieure à 10 % et qu'aucune communauté ne réponde aux critères définis au 2), le traitement de masse n'est pas indiqué et l'OUI-A pour le district est zéro.

4.3.4 Calculer votre objectif ultime d'intervention pour la composante « N »

La promotion de la santé destinée à encourager le nettoyage du visage doit être dispensée :

- dans les communautés où les composantes « CH » ou « A » sont nécessaires ;
- dans les communautés qui ont fait l'objet d'une ou plusieurs tournées de traitement antibiotique de masse et où la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans est inférieure à 5 % (*) ;
- dans les communautés qui n'ont jamais reçu de traitement antibiotique de masse et où la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans est de 5 % et plus mais inférieure à 10 % (*).

La promotion de la santé étant plus facile à évaluer au niveau du groupe qu'au niveau individuel, l'OUI-N est exprimé par le nombre de communautés plutôt que par le nombre de personnes visées par les activités d'éducation.

Pour les types de communautés indiqués par un (*) ci-dessus, les composantes « N » et « CE » devront être assurées, mais pas la composante « A ». il s'agit de communautés qui ont déjà reçu un traitement antibiotique de masse et où la prévalence du TF a été ramenée à un niveau auquel le traitement antibiotique n'est plus recommandé, ou de communautés dans lesquelles la prévalence du TF est faible mais encore mesurable, et qui n'ont jamais fait l'objet d'un traitement antibiotique de masse. Le but est de faire en sorte que la transmission du trachome reste faible de sorte que ces communautés n'aient pas besoin de traitement antibiotique à l'avenir.

4.3.5 Calculer vos objectifs ultimes d'intervention pour la composante « CE »

Latrines

- 1) Définir la couverture adéquate en latrines familiales – (a) (définie au niveau national), par exemple la couverture adéquate est de 80 % des ménages équipés de latrines ou appliquant des méthodes d'évacuation hygiénique des excréta.
- 2) Estimer le nombre de ménages dans la zone – (b)
(Nombre de ménages dans le district), par exemple 15 000.
- 3) Estimer la couverture actuelle des latrines dans cette zone – (c)
(voir section 4.2.4), par exemple 10 %.
- 4) Calculer le nombre approximatif de latrines dans la zone – (d)
(= b x c), par exemple 15 000 x 10/100 = 1500.

- 5) Calculer le nombre de latrines dans la zone une fois obtenue la couverture adéquate –(e),
(=a x b) par exemple. $80/100 \times 15\ 000 = 12\ 000$.
- 6) Calculer le nombre de latrines à construire pour une couverture adéquate (OUI-L)
(= e –d) par exemple. $12\ 000 - 1500 = 10\ 500$.

Eau

- 1) Définir la couverture adéquate pour l’approvisionnement en eau – (a) (définie au niveau national), par exemple lorsque 80 % des ménages se trouvent dans un rayon de 1 km (15 minutes de marche aller) du point d’eau le plus proche pendant la saison sèche.
- 2) Estimer le nombre de ménages dans la zone – (b)
(nombre de ménages du district), par exemple, 15 000
- 3) Estimer la couverture de l’approvisionnement en eau dans cette zone – (c)
(voir section 4.2.5), par exemple, 20 %
- 4) Déterminer le nombre approximatif des sources d’eau dans cette zone – (d)
(voir section 4.2.5), par exemple, 80
- 5) Calculer le nombre de sources d’eau dans la zone une fois la couverture adéquate atteinte –
(e) (= d x (a/c) par exemple, $80 \times (0,80/0,20) = 360$
- 6) Calculer le nombre de sources d’eau à installer pour une couverture adéquate (OUI E)
(= e-d) par exemple, $360 - 80 = 280$

4.3.6 Comprendre la nature des objectifs ultimes d’intervention

Il est important de reconnaître que les objectifs ultimes d’intervention pour les composantes « CH » et « CE » sont fondamentalement différents de ceux des composantes « A » et « N ».

Une fois la personne atteinte de TT opérée pour corriger la déformation des paupières, l’intervention est consignée comme étant terminée même si un suivi est encore nécessaire pour vérifier la qualité de la chirurgie. En d’autres termes, une partie de l’OUI-CH a été atteinte. De même, une fois une latrine installée dans un ménage, ou un nouveau point d’eau installé dans une communauté d’endémie, une partie de l’OUI-L ou l’OUI-E a été atteinte, même si un suivi est encore nécessaire pour vérifier que les latrines sont utilisées ou que le point d’eau est entretenu de façon satisfaisante. Toute intervention concernant les composantes « CH » ou « CE » menée à bien dans le cadre du programme lui permet de progresser vers la réalisation des objectifs ultimes d’intervention pour ces composantes.

En revanche, une tournée de traitement antibiotique, même à l’échelle d’un district entier, ne représente pas la fin d’une intervention pour les communautés bénéficiaires car la fin de l’intervention sera définie sur la base de la prévalence de la maladie. Le traitement antibiotique de masse doit être poursuivi dans l’ensemble du district jusqu’à ce que la prévalence du TF chez les enfants dans la communauté ait été ramenée à moins de 10 %. De même, la promotion de la santé destinée à encourager le nettoyage du visage devra être poursuivie jusqu’à ce que la prévalence du TF chez les enfants reste inférieure à 5 %, sans traitement antibiotique de masse, pendant trois ans.

Noter que les calculs de l’OUI-CH partent du principe qu’il n’y a pas récurrence de cas de trichiasis opérés et aucun cas incident (nouveau) de trichiasis, et ceux de l’OUI-L et l’OUI-E qu’aucune latrine ou aucun point d’eau ne tombe en panne ou ne devienne inutilisable. C’est en partie pour cette raison que les objectifs ultimes d’intervention devront être réévalués périodiquement, comme on l’explique à la section 4.3.7.

4.3.7 Recalculer vos objectifs ultimes d'intervention

Bien que les OUI soient des estimations du nombre total d'interventions requises pour obtenir l'élimination du trachome, ils doivent être recalculés tous les trois ans pour tenir compte des données nouvelles ou plus récentes sur la prévalence du trachome ou celle des visages propres et sur la couverture par l'approvisionnement en eau et des latrines. Les données plus récentes incorporeront automatiquement les cas de récurrence de trichiasis, les points d'eau et latrines qui ne fonctionnent plus.

4.4 Comment planifier le programme

4.4.1 Conceptualiser la nature du programme

Un programme peut être considéré comme un ensemble d'activités axées sur la réalisation d'un ou plusieurs objectifs définis qui contribuent à atteindre l'objectif global. Dans le cas d'un programme de lutte contre le trachome, en termes très généraux, ces activités sont la chirurgie, le traitement antibiotique, la promotion de la santé (y compris pour encourager le nettoyage du visage) et l'amélioration de l'environnement ; les objectifs sont de réduire la prévalence du TT et du TF, et le but ultime est d'éliminer le trachome en tant que cause de cécité.

4.4.2 Fixer une limite dans le temps

Si la prévalence du TF dans le district chez les enfants de 1 à 9 ans est supérieure à 50 %, ou si plus de 5 millions de personnes vivant dans des zones d'endémie ne se sont pas vu appliquer entièrement la stratégie CHANCE, viser une élimination dans les 10 à 15 ans suivant la mise en œuvre du programme. Autrement, viser l'élimination dans les 6 à 9 ans. Votre date cible pour l'élimination doit être au plus tard en 2020. Le fait de fixer une date précise à laquelle le programme devra avoir éliminé le trachome aide à mobiliser des énergies au niveau du gouvernement, des partenaires actuels et potentiels et du personnel du programme.

4.4.3 Fixer des cibles intermédiaires

En utilisant les données sur la situation du trachome et en tenant compte de la date fixée pour atteindre le but du programme, définir à intervalles de 3 ans les objectifs nécessaires pour parvenir à éliminer le trachome dans les délais. Des cycles programmatiques de 3 ans sont recommandés car une réévaluation de la prévalence du TF est nécessaire tous les trois ans pour la mise en œuvre de la composante « A ».

Dans un pays où le problème du trachome est considérable, les cibles intermédiaires pourront par exemple être les suivantes : 1) programmes complets de lutte contre le trachome fonctionnels dans tous les districts d'endémie dans les trois ans ; et 2) élimination du trachome dans la moitié des districts d'endémie dans les 9 ans.

4.4.4 Fixer des objectifs de traitement annuels

Un objectif de traitement annuel (OTA) réaliste doit être fixé pour chaque composante du programme dans chaque district sur la base des objectifs ultimes d'intervention, des cibles intermédiaires et des ressources disponibles.

Par exemple **CH** : OUI-CH = 900 cas. La première phase du programme dure trois ans, au cours desquels le retard de cas de trichiasis non opérés dans le district devra avoir été résorbé. Il y a actuellement un chirurgien dans le district, un autre devant être formé cette année. L'OTA-CH pourrait être :

200 la première année ;
400 la deuxième année ; et
300 la troisième année.

A : OUI-A = 100 000 personnes. Chaque traitement annuel doit être achevé en 20 jours de travail sur quatre semaines. Lors des tournées de traitement pilote, chaque agent chargé de la distribution des médicaments a traité en moyenne

420 personnes par jour. Aussi, $(100\ 000 / (420 \times 20)) = 12$ agents sont-ils nécessaires. Quatre infirmiers(ères) et un assistant en pharmacie pourront être détachés de l'hôpital du district. Une organisation non gouvernementale peut fournir quatre infirmiers(ères) et un assistant médical peut être détaché d'un des deux postes sanitaires pour 10 jours chacun. Si l'on peut « emprunter » deux infirmiers(ères) auprès de districts adjacents, les 100 000 personnes pourront être traitées en 20 jours de travail. En supposant que l'on peut obtenir suffisamment d'antibiotiques, l'OTA-A pourrait être :

- 100 000 la première année ;
- 100 000 la deuxième année ; et
- 100 000 la troisième année.

N : OUI-N = 80 communautés. Un donateur est prêt à répondre à l'ensemble des besoins en matériels de promotion de la santé (qui ont déjà été testés avec succès). En formant des formateurs, le réseau existant de bénévoles communautaires peut être formé aux activités de promotion de la santé pour la lutte contre le trachome. Les agents de santé bénévoles de la communauté aideront à constituer les groupes de femmes dans les communautés d'endémie et le département de l'éducation du district est prêt à inclure un enseignement sur le trachome dans les programmes scolaires. L'OTA-N pourrait donc être :

- 80 communautés la première année ;
- 80 communautés la deuxième année ; et
- 80 communautés la troisième année.

CE : OUI-L = 10 5000 et OUI-E = 280. Plusieurs organisations non gouvernementales s'emploient à améliorer l'approvisionnement en eau, fournissant une vingtaine de nouvelles sources d'eau chaque année. Les fonds du département chargés de l'approvisionnement en eau au niveau du district sont limités, aussi ne permettent-ils d'installer ou de remettre en état que deux points d'eau par an. Il n'y a actuellement aucun projet d'installation de latrines. Vous prévoyez d'établir des partenariats avec les organismes travaillant dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de les aider à attirer davantage de fonds. Au cours des trois premières années, vous allez également mettre sur pied un programme pour installer des latrines de démonstration dans les 120 écoles primaires du district (6 par école), au domicile de chaque agent de santé bénévole travaillant pour le compte du programme de lutte contre le trachome (1 par communauté) et dans chacun des 60 postes sanitaires (2 par poste), soit au total 920 latrines. L'OTA-L et l'OTA-E pourront donc être :

- 30 sources d'eau et 200 latrines la première année ;
- 50 sources d'eau et 300 latrines la deuxième année ; et
- 80 sources d'eau et 420 latrines la troisième année.

Vous devriez prévoir d'atteindre l'OUI-E au cours de la deuxième phase de 3 ans.

4.4.5 Préparer un plan d'activités détaillé

Une fois les objectifs fixés au niveau du district pour les trois premières années du programme, chaque coordonnateur de programme national devra s'employer avec le coordonnateur du programme du district à établir un plan d'activités détaillé pour son district. Celui-ci devra montrer, pour chaque composante, les activités précises à entreprendre et les mois durant lesquels elles devront être menées à bien, pour garantir la réalisation des objectifs de traitement annuels.

4.4.6 Déterminer vos besoins programmatiques

Sur la base du plan d'activités, on devra déterminer les besoins du programme en ce qui concerne :

- le personnel :

- les matériels ;
- les moyens de transport (véhicules, motocyclettes et bicyclettes pour le personnel à tous les niveaux) ;
- les moyens financiers ;
- la motivation du personnel ; et
- la gestion.

La structure gestionnaire dépend en grande partie des relations existantes entre les divers organismes publics et les organisations partenaires de la lutte contre le trachome. L'idéal serait que le groupe national spécial chargé du trachome assume la responsabilité d'ensemble de la formulation de la politique nationale du trachome et du contrôle de la mise en oeuvre du programme de lutte contre le trachome. Le groupe national spécial devra rendre compte au comité national de prévention de la cécité du Ministère de la Santé ou son équivalent. Le coordonnateur du programme national devra mettre en oeuvre la politique du groupe national spécial du trachome en assumant la responsabilité de la gestion au jour le jour du programme de lutte contre le trachome.

Chaque groupe spécial de district contribue à la politique nationale et est alors chargé d'en contrôler la mise en oeuvre dans son district dans la mesure la plus complète possible, compte tenu des priorités et des ressources du district. Le groupe spécial de district rend compte au groupe national spécial ainsi qu'au conseil sanitaire de district ou son équivalent. Le coordonnateur de programme de district mettra en oeuvre la politique du groupe spécial de district en assumant la responsabilité de la gestion au jour le jour du programme de district. Le coordonnateur du programme national et le coordonnateur du programme de district doivent être considérés comme représentant le groupe national spécial du trachome ainsi que le groupe spécial de district respectivement lors de toutes les communications entre ces organismes.

4.5 Comment établir un budget

Un budget extrêmement détaillé doit être établi, en prenant les coûts par année et le montant total des coûts. Un tel budget est utile car il garantit à vous-même et aux bailleurs de fonds éventuels que les interventions ont été planifiées de manière exhaustive. En outre, en comparant les dépenses réelles aux dépenses prévues après le premier cycle de programmation de 3 ans, les estimations budgétaires pourront être évaluées par rapport à un cadre détaillé. Cela permettra, lors des cycles de programmation suivants, d'établir de bonnes estimations des dépenses probables.

Un modèle de budget établi sur Microsoft Excel est proposé dans le CD-ROM qui accompagne le document.

4.6 Comment financer le programme

Une fois le budget établi, il donne une estimation des crédits nécessaires pour mettre en oeuvre le programme et du financement à rechercher. Tout un éventail d'organismes de financement pourrait être prêt à soutenir des activités de lutte contre le trachome, y compris l'Etat, des gouvernements étrangers, des organisations non gouvernementales locales et internationales, des associations et des particuliers. Il est important d'être aussi souple que possible en acceptant les types de soutien que les différents organismes ont à proposer et d'associer autant de bailleurs de fonds différents que possible, même si cela rend plus difficile la coordination des partenaires. Plus le soutien dont on dispose est important, plus les chances de réussite du programme sont grandes et plus nombreux seront les partenaires à vouloir y être associés.

Avant de soumettre une demande écrite de financement, il est utile de rencontrer de manière informelle les représentants des partenaires éventuels afin de débattre de leurs domaines d'intérêt actuels et de leurs projets et de déterminer s'ils accueilleraient favorablement une demande de soutien. S'ils vous invitent à présenter une demande, vous devrez vous procurer des instructions

complètes concernant la forme et la longueur à respecter, le nom de la personne à qui l'adresser et la date limite d'envoi.

Outre un budget détaillé pour le montant demandé, des informations de fond seront sans doute nécessaires concernant l'ampleur du problème du trachome dans le pays, la répartition de la maladie, la nature des efforts de lutte existants (le cas échéant), les avantages probables du programme de lutte pour la communauté cible et une indication de la contribution que l'aide demandée apportera à la réalisation de ces objectifs. Des informations détaillées sur la manière dont les dépenses seront contrôlées et dont il en sera rendu compte pourront également être sollicitées.

4.7 Comment définir les priorités s'agissant des domaines d'intervention

Dans la plupart des pays d'endémie, en particulier au cours des premières années du programme de lutte contre le trachome, la population d'une zone où doit être mise en oeuvre la stratégie CHANCE est supérieure à la population qui peut être desservie de façon satisfaisante au moyen des ressources humaines et matérielles disponibles. Un protocole pour la fixation des priorités sur la base des besoins les plus grands doit donc être défini.

Les districts ayant la plus forte prévalence de TT devront être prioritaires pour la mise en oeuvre de la composante « CH ». Les districts ayant la plus forte prévalence de TF chez les enfants de 1 à 9 ans devront être prioritaires pour la mise en oeuvre des composantes « A », « N » et « CE ». Les districts prioritaires pour la composante « CH » ne sont pas forcément les mêmes que les districts prioritaires pour les composantes « A », « N » et « CE » étant donné qu'une forte prévalence de TT indique que la maladie évolutive a été fortement prévalente pendant une période prolongée il y a quelques années mais ne signifie pas nécessairement que la prévalence soit encore forte aujourd'hui. Dans de nombreux cas toutefois, les zones à forte prévalence de TT ont encore une forte prévalence de TF et la mise en oeuvre des quatre composantes de la stratégie CHANCE est justifiée.

5. Suivi et évaluation

5.1 Qu'entend-on par suivi et évaluation ?

Tant le suivi que l'évaluation sont destinés à mesurer l'efficacité du programme. Dans ce chapitre, on a utilisé les mêmes termes pour conceptualiser un programme contre le trachome que dans la section 4.4.1.

Le suivi suppose un contrôle continu du programme pour veiller à ce que tout se déroule selon les prévisions. Il répond à la question « notre programme progresse-t-il de telle façon que son but sera atteint ? ». Le suivi s'effectue par la collecte de données (*indicateurs*) à intervalles réguliers (chaque mois ou chaque année) afin d'établir la mesure dans laquelle i) les activités du programme sont mises en oeuvre (*indicateurs de mise en oeuvre*), ii) les objectifs du programme sont atteints (*indicateurs de résultats*) et iii) l'objectif du programme est atteint (*indicateurs d'impact*). Les évaluations, sous la forme par exemple d'enquêtes de prévalence, sont une activité centrale qui demande du temps au personnel du programme ainsi que des ressources, mais elles ne contribuent qu'indirectement à la réalisation de l'objectif global du programme. Les indicateurs relatifs aux activités d'évaluation peuvent donc être classés dans une catégorie séparée (*indicateurs d'évaluation*).

L'*évaluation* revient à déterminer la pertinence, l'adéquation, l'efficacité, l'efficience et l'impact des composantes du programme. Différents types d'évaluation peuvent être entrepris à différents stades du programme. Une évaluation normative peut être menée au cours de la phase de

planification, une évaluation de la mise en oeuvre au cours de la phase de mise en oeuvre et une évaluation sommative à la fin du programme. Selon le type d'évaluations entreprises, celles-ci répondent aux questions suivantes : « Quelle est la meilleure façon d'atteindre notre objectif ? », « Notre programme pourrait-il se montrer plus efficace pour atteindre notre objectif ? » ou « Notre programme aurait-il pu mieux fonctionner pour atteindre notre objectif ? »

5.2 Comment suivre le programme

5.2.1 Recueillir des données auprès de chaque district chaque mois

Le dernier jour ouvrable de chaque mois, les agents de terrain devront communiquer à leur administrateur de programme de district les données suivantes :

- le nombre de personnes opérées du TT ;
- le nombre de personnes ayant reçu les antibiotiques (chiffres distincts pour ceux qui ont reçu de l'azithromycine et pour ceux qui ont reçu de la pommade oculaire à la tétracycline) ;
- le nombre de communautés ayant fait l'objet d'activités de promotion de la santé ;
- le nombre de nouvelles latrines familiales construites ;
- le nombre de nouvelles sources d'eau installées

au cours du mois écoulé.

Le traitement antibiotique de masse étant une activité annuelle qui devra être entreprise dans un district uniquement pendant un à deux mois de l'année, le chiffre sera de 0 la plupart des mois. Cela ne doit pas vous inquiéter.

Le premier jour ouvrable du nouveau mois, le coordonnateur de programme de district compilera l'ensemble des données pour le district reçues le jour ouvrable précédent et transmettra les données au coordonnateur du programme national.

5.2.2 Compiler les données au niveau national chaque année

Chaque année, le coordonnateur du programme national devra établir un rapport pour le Ministère de la Santé et les partenaires de celui-ci. Ce rapport devra comprendre des données sur deux indicateurs d'évaluation et 10 indicateurs de mise en oeuvre.

Indicateurs d'évaluation

1. « CH » : proportion de districts dans lesquels on connaît la situation du TT et dans lesquels une décision quant à la nécessité de la composante « CH » a été prise.
2. « ANCE » : la proportion de districts dans lesquels on connaît la situation du TF et la décision quant à la nécessité des composantes « A », « N » et « CE » a été prise.

Indicateurs de mise en oeuvre

1. Nombre de personnes ayant été opérées du TT cette année-là
2. Nombre de personnes ayant reçu des antibiotiques cette année-là (chiffres distincts pour ceux qui ont reçu de l'azithromycine et pour ceux qui ont reçu de la pommade oculaire à la tétracycline).
3. Nombre de communautés ayant fait l'objet d'activités de promotion de la santé cette année-là.
4. Nombre de nouvelles latrines familiales construites cette année-là.
5. Nombre de nouveaux points d'eau installés cette année-là.
6. Couverture géographique du programme pour la composante « CH » : proportion de districts connus à inclure dans le programme pour la composante « CH » dans lesquels le dépistage des cas de TT évolutif et leur transfert ont été effectués.
7. Couverture antibiotique : nombre de personnes traitées aux antibiotiques chaque année divisé par la population ayant besoin d'antibiotiques dans les zones traitées, en pourcentage.

8. Couverture géographique du programme pour les composantes « A » et « N » : proportion de districts connus devant être inclus dans le programme pour les composantes « ANCE » où au moins les composantes « A » et « N » sont mises en oeuvre.
9. Couverture géographique du programme pour la composante « CE » : proportion des communautés d'un programme « ANCE » dans lesquelles les réseaux d'eau et d'assainissement sont suffisants (à définir au niveau national).
10. Population cible ultime et pourcentage atteint par la stratégie CHANCE : population des communautés où le trachome pose un problème de santé publique et proportion actuellement visée par la stratégie CHANCE.

5.2.3 Utiliser les données au niveau auquel elles sont recueillies

Toutes les données devront être utilisées pour orienter la prise de décision du programme au niveau auquel elles sont recueillies. Par exemple, les chirurgiens qui signalent moins d'opérations du TT que le nombre visé pour un mois déterminé devront eux-mêmes se demander pourquoi et prendre des mesures soit pour augmenter leur production au moyen des ressources existantes soit pour demander de l'aide pour améliorer leur capacité chirurgicale. De la même façon, les coordonnateurs de programmes nationaux ne devront pas avoir besoin d'informer les districts qu'ils n'atteignent pas leurs objectifs ; les coordonnateurs de programmes de district devront déjà être au courant des problèmes éventuels et utiliser les données recueillies pour repérer les éléments du programme pour lesquels une formation supplémentaire, des encouragements ou des ressources sont nécessaires.

5.3 Comment évaluer le programme

Un processus d'évaluation devrait être mis en place la troisième année de mise en oeuvre du programme puis à intervalles de 3 ans. Les évaluations devront reposer sur la participation et associer à la fois le personnel interne du programme et des évaluateurs externes indépendants. Bien conduites, ces évaluations peuvent permettre de :

- recueillir et faire partager des informations sur les réalisations et les problèmes à résoudre ;
- définir les priorités futures ;
- recenser les domaines où des améliorations dans l'organisation et la mise en oeuvre du programme peuvent être apportées ;
- définir les domaines où une assistance technique, une formation, des ressources humaines et des infrastructures sont nécessaires ; et
- répertorier les questions essentielles auxquelles il faudra répondre pour la réussite du programme.

Un manuel général pouvant être adapté pour l'évaluation de tout programme de lutte contre le trachome, avec des précisions sur son application, figure dans le CD-ROM qui accompagne ce guide.

Références

1. Thylefors B et al. A simple system for the assessment of trachoma and its complications. (Un système simple d'évaluation du trachoma et de ses complications). Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 1987; 65:477-483.(Résumé en français)
2. Prise en charge du trachome à l'échelon des soins de santé primaires (WHO/PBL/93 :33). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.
3. Negrel AD, Taylor HR, West S. Guidelines for the rapid assessment for blinding trachoma. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

4. Reacher M, Foster A, Huber J. Chirurgie du trichiasis trachomateux: rotation bilamellaire du tarse (WHO/PBL/93.29). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.
5. Smith PG, Morrow RH. Field trials of health interventions in developing countries : a toolbox (2nd ed). London: Macmillan, 1996.

Glossaire

CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage de visage, Changement de l'Environnement
CO	Opacité cornéenne
Communauté	Groupe minimum de personnes pour qui une lutte contre le trachome de masse doit être mise en oeuvre
Contre-indications	Affection et en particulier toute maladie qui rend un traitement donné inadapté ou indésirable
District	Unité administrative normale pour la gestion des soins de santé
Endémique	Présent dans une population ou une zone en permanence (se dit d'une maladie ou d'un agent infectieux)
Incidence	Nombre de cas nouveaux d'une maladie ou d'une infection déterminée survenant dans une population donnée sur une période définie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OTA	Objectif de traitement annuel
OUI	Objectif ultime d'intervention
Prévalence	Nombre de cas d'une maladie présente dans une population à un moment déterminé
Région	Unité administrative immédiatement supérieure au district
Signe	Signe d'une maladie perceptible pour le médecin examinateur, par opposition aux sensations subjectives (symptômes) de la personne atteinte
TF	Inflammation trachomateuse – folliculaire
TI	Inflammation trachomateuse – intense
TRA	Evaluation rapide du trachome
TS	Cicatrice trachomateuse
TT	Trichiasis trachomateux

Annexe

1. Formulaire de concordance entre observateurs
2. Formulaire d'évaluation complète du trachome
3. Registre opératoire
4. Formulaire de référence
5. Formulaire de recensement et de traitement
6. Formulaire récapitulatif de district

Formulaire de concordance entre observateurs

Nom de l'examineur : _____ Nom de l'examineur de référence : _____

Communauté : _____ Date : _____

N°	D	G	D	G	Notes
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

N°	D	G	D	G	Notes
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

Communauté: _____ Numéro du ménage: Page: sur:

Date: _____ Chef de famille: _____ Examineur: _____ Assistant de terrain: _____

[illegible]

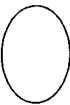
Le ménage dispose-t-il de ses propres latrines ?

☐ Oui ☐ Non

À la saison sèche, combien faut-il de temps à la personne qui va chercher de l'eau pour se rendre à pied de la maison au point d'eau ? _____

Observations :

Registre opératoire

	Numéro		Numéro		Numéro		Numéro	
Nom								
Date de naissance								
Sexe								
Adresse								
Acuité visuelle (avec correction existante)	D	G	D	G	D	G	D	G
TT (indiquer la position de tous les cils touchant le globe)								
Signe d'épilation ?								
CO (Indiquer la position de toute opacité)								
Date de l'opération chirurgicale								
Lieu de l'opération								
Opération								
Type de suture								
Observations								
Suivi								
1. Retrait des sutures								

Programme national de lutte contre le trachome

Date: _____

à: Médecin

Consultation externe / Service d'urgence

Hôpital de _____

Docteur,

Concerne : _____ (Date de naissance) : _____

Merci de recevoir ce patient

Meilleures salutations,

Communauté: _____

Numéro du ménage:

1

7

1

1

Page:

11

sur :

11

Date du recensement: _____ Chef de famille: _____

Chef de famille :

Recensement préparé par :

[illegible]

Observations :-

Nom du district: _____

Estimation de la population totale: _____

Estimation du nombre de ménages : _____ Nombre de villages: _____ Nombre d'écoles primaires: _____

Calcul des meilleures estimations des besoins actuels (utiliser les données au verso et les notes figurant dans le guide)

1. TT%→ OUI-CH:	_____	}	OUI-CH

2. TF%→ OUI-A:	_____	}	OUI-A

3. TF%→ OUI-N:	_____	}	OUI-N

4. Latrines%→ OUI-L:	_____	}	OUI-L

5. Eau%→ OUI-E:	_____	}	OUI-E

Production et ressources actuelles

Production ou ressource	Hôpital de district	Autre	Autre	Total
Nombre de personnes opérées du TT au cours de l'année écoulée				
Nombre de personnes ayant reçu des antibiotiques au cours de l'année écoulée				
Nombre de communautés ayant fait l'objet d'activités de promotion de la santé au cours de l'année écoulée				
Nombre de nouvelles latrines familiales construites au cours de l'année écoulée				
Nombre de nouvelles sources d'eau installées au cours de l'année écoulée				
Nombre actuel de codeurs formés pour le trachome				
Nombre actuel de chirurgiens formés pour la chirurgie du trichiasis				
Nombre actuel d'agents formés pour délivrer des antibiotiques				
Nombre actuel d'agents de promotion de la santé formés				
Nombre actuel d'agents d'assainissement formés				
Nombre actuel d'ingénieurs de l'assainissement formés				
Nombre actuel de véhicules qui pourraient être utilisés pour la lutte contre le trachome				

TT

Date de l'enquête	Lieu et stratégie d'échantillonnage	Groupe d'âge examiné	Sexe	Prévalence estimée du TT	Nom et institution du chercheur principal

TF

Date de l'enquête	Lieu et stratégie d'échantillonnage	Groupe d'âge examiné	Sexe	Prévalence estimée du TF	Nom et institution du chercheur principal

Latrines

Date de l'enquête	Lieu et stratégie d'échantillonnage	Définition de « l'accès aux latrines »	Couverture estimative (latrines)	Nom et institution du chercheur principal

Eau

Date de l'enquête	Lieu et stratégie d'échantillonnage	Définition de « l'accès à l'eau »	Couverture estimative (eau)	Nom et institution du chercheur principal

Observations : _____

Notes