

CHAPITRE 19

Les composantes de la stratégie CHANCE peuvent-elles être intégrées dans le système de santé ?

Hubert BALIQUE

Même s'il ne figure pas en tête de liste, le trachome constitue une des priorités du ministère de la santé malien. Moins dramatique que le sida, moins grave que le paludisme ou la tuberculose, il est néanmoins la cause d'un nombre important de cécités, de souffrances intenses et continues et de pertes économiques non négligeables.

Au cours des années 1970, la lutte contre le trachome a reposé sur les méthodes préconisées à l'époque : l'application systématique de pommade ophtalmique 6 jours par mois pendant 6 mois, l'opération du trichiasis et la conduite de programmes d'éducation à la santé pour améliorer l'hygiène individuelle. Elle a bénéficié d'un important soutien du programme YELEEN de lutte contre la cécité : ses équipes mobiles sillonnaient les zones rurales pour identifier les porteurs d'affections opérables (cataracte, trichiasis) et pour les orienter vers les hôpitaux où étaient effectuées les interventions. En une dizaine d'années, des résultats spectaculaires ont été obtenus grâce à une mobilisation sans précédent de ressources matérielles, humaines et financières. Le départ d'assistants techniques et la fin des crédits internationaux n'ont pas permis d'organiser une véritable relève du programme.

Le niveau de priorité qui est aujourd'hui accordé par le gouvernement malien au trachome ne résulte pas seulement de sa fréquence, de ses effets sur la santé des populations et de ses conséquences économiques et sociales. Il représente un choix

politique délibéré face aux perspectives nouvelles offertes par la stratégie CHANCE mise en place depuis 1997 et pilotée à l'OMS par l'Alliance pour l'élimination du trachome cécitant.

La stratégie CHANCE repose sur la réalisation concomitante de plusieurs types d'action aux effets supposés convergents :

- CH : la CHirurgie du trichiasis,
- A : la distribution d'Azithromycine,
- N : le Nettoisement du visage,
- CE : le Contrôle de l'Environnement

La distribution d'antibiotique et la chirurgie représentent deux composantes médicales sur les quatre retenues. Les composantes « changement de l'environnement » et « nettoyage du visage » sont complexes et font appel à un changement profond dans les mœurs et les mentalités.

La stratégie constitue un nouveau modèle en matière d'action sanitaire dans la mesure où elle prend en compte la diversité des facteurs qui déterminent généralement l'état de santé des populations (médicalisation, hygiène, environnement, conduites...). Cette stratégie tient compte de l'absence de mesure unique qui pourrait faire disparaître le trachome, comme la vaccination contre la variole ou plus récemment la poliomyélite. La distribution d'azithromycine, qui pourrait donner lieu à de grandes campagnes de masse comparables à celle qui est en cours pour l'éradication de la poliomyélite, ne semble pas capable, à elle seule, de venir à bout du trachome. Les experts ont jugé que les spécificités du trachome imposaient la mise en œuvre d'une approche multisectorielle intégrée qui regroupe, en un seul et unique programme, des activités relevant des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'hydraulique, de l'assainissement et de la communication à conduire dans des aires géographiques déterminées. Cette intégration intéresse nécessairement tous les niveaux de décision, du niveau des ministères à celui de la commune. La stratégie CHANCE implique une nouvelle manière de travailler à la fois au niveau des directions ministérielles concernées dont la coordination est essentielle et au niveau de la population. Sa mise en œuvre nécessite une communication avec le public et devrait représenter pour les populations un changement sensible, générateur d'une confiance accrue du public.

La stratégie CHANCE représente un choix raisonnable même si l'hétérogénéité de ses composantes ne facilite pas la conduite de la lutte, son suivi et l'évaluation de ses résultats. En combinant plusieurs éléments, cette stratégie entend opérer des effets par les vertus d'une synergie qui a silencieusement porté ses fruits dans d'autres pays débarrassés du trachome. L'antécédent historique des pays d'Europe, d'Amérique et d'Asie qui ont éliminé la maladie est le meilleur argument en faveur de cette synergie, même si l'Histoire ne se répète jamais.

Bien que le trachome reste une maladie difficile à combattre compte tenu de ses caractéristiques épidémiologiques et de son lien étroit avec la pauvreté et le sous-développement, l'échéance 2020 qui a été fixée par l'OMS pour éliminer le trachome offre un délai suffisamment long pour espérer atteindre les résultats escomptés.

Comment les composantes de la stratégie CHANCE peuvent-elles être intégrées dans le système de santé malien ? La réponse à cette question propose un modèle susceptible de convenir aux pays d'Afrique de l'Ouest concernés par le trachome, et l'expérience malienne peut être décisive.

Spécificités de la lutte contre le trachome au Mali

La présence de l'IOTA, Institut de Recherche en Ophtalmologie Tropicale à vocation régionale, a donné une place majeure, dès sa fondation en 1953, à la lutte contre le trachome dans les programmes d'action sanitaire au Mali. La formation de plusieurs dizaines d'infirmiers spécialisés en ophtalmologie a constitué un des piliers de la lutte contre la cécité en permettant une meilleure prise en charge des affections oculaires et donc du trachome dans certaines régions.

Cependant, la lutte contre le trachome reste, encore aujourd'hui, liée à l'engagement de personnes ou d'institutions (notamment d'ONG) dont le départ pourrait compromettre les activités dans ce domaine.

La décentralisation offre une opportunité au Mali pour la lutte contre le trachome

L'adoption de la stratégie CHANCE coïncide avec l'adoption d'une réforme visant à la décentralisation et qui confère un rôle majeur aux communes¹ dont il a été question dans les chapitres précédents. La commune est l'institution qui a reçu la charge à la fois de l'éducation de base, de la promotion de l'hygiène, de l'hydraulique villageoise et de l'action sanitaire au premier niveau. De par sa nature et ses fonctions, elle constitue donc la structure la plus à même d'assurer l'intégration de programmes de diverses natures. Depuis leur création, les communes parviennent cependant difficilement à préciser leur rôle et à entreprendre des activités dans le domaine de la santé. L'application de la stratégie CHANCE qui correspond exactement à toutes ces fonctions représente donc une véritable opportunité pour l'application de la réforme et la démonstration de la capacité de la commune à mener efficacement une action de santé. Les enseignements tirés vaudront pour d'autres programmes également multisectoriels.

À la différence d'affections comme la poliomyélite, l'onchocercose ou le ver de Guinée où la lutte exige une action simultanée sur l'ensemble du territoire et le choix d'un ou deux moyens privilégiés, la lutte contre le trachome nécessite, pour réussir, une

¹ Le PRODESS a recommandé la mise en place d'une contractualisation entre l'État et les opérateurs. La recommandation prévoit la signature d'un véritable contrat entre l'État (le décideur) et la commune (l'opérateur) pour préciser les charges respectives et clarifier les responsabilités. La commune s'engage à atteindre les objectifs annoncés dans le respect d'une enveloppe financière, tandis que l'État s'engage à apporter les financements correspondants.

bonne maîtrise des conditions locales et un réel engagement des opérateurs. Elle s'inscrit dans une entreprise complexe de promotion de la santé qui sort du cadre strict de la lutte contre les maladies transmissibles pour entrer dans celui du développement.

L'État, dans l'esprit de la réforme qu'il entend promouvoir, informe l'ensemble des communes situées en zone d'endémie de la possibilité d'agir contre le trachome et des modalités de la lutte. Il invite celles qui le souhaitent à exprimer leur souhait d'y participer. Il les aide à conduire la lutte en leur fournissant les appuis techniques et financiers nécessaires.

La commune, représentant le niveau le plus périphérique de l'état décentralisé, est supposée capable de piloter localement la mise en œuvre des différents programmes en collaboration étroite avec les services spécialisés.

La contractualisation a pour avantages, d'une part, de limiter les risques financiers à une avance de trésorerie en n'effectuant la totalité des paiements qu'après constat des résultats effectifs et, d'autre part, d'induire une dynamique en intéressant directement les personnels concernés à leurs résultats.

Elle accorde évidemment une place essentielle à l'évaluation. Elle s'oppose à l'approche hiérarchique classique qui ne se préoccupait que de conformité à des procédures et procédait à des décaissements sans assurance que les objectifs fixés aient été effectivement atteints.

La lutte contre le trachome peut constituer une opportunité pour mobiliser les communes, particulièrement dans le domaine de la santé. Chargés par la Loi (Code des collectivités locales) de promouvoir l'action sanitaire dans leurs circonscriptions respectives, les conseils communaux ont besoin, en effet, de découvrir leur rôle sur le terrain et d'acquérir des méthodes de travail.

En matière de lutte contre le trachome, le rôle des communes est d'élaborer un plan d'action sanitaire intégré impliquant les personnes les plus compétentes du village et comportant un programme médical, un programme de santé scolaire, un programme d'hygiène et un programme d'IEC.

Une fois acceptés par les différents partenaires, ces programmes sont articulés en un plan unique d'action dont la mise en œuvre est placée sous la responsabilité du maire et du conseil municipal. Un des conseillers communaux est chargé du pilotage du plan, et le responsable du centre de santé périphérique en assure le secrétariat technique. Cette articulation des actions est essentielle et représente un test pour l'engagement communal à assurer efficacement un meilleur état de santé de la population. La commune doit concevoir, présenter et défendre son projet devant les instances appropriées et veiller ultérieurement au respect des engagements respectifs de chaque partie.

Le succès du programme dépend en grande partie de l'émulation au sein de la commune et de l'engagement des différents acteurs. Un système de scores ou de tableau de bord, publié périodiquement, pourrait créer une émulation entre les communes. Au-delà des acquis de la lutte contre le seul trachome, cette expérience devrait permettre à

la commune de conduire, à l'avenir, d'autres programmes d'action sanitaire dans le même esprit de pluridisciplinarité, de participation et de contractualisation.

Le programme de lutte associe des mesures d'ordre très divers qui appartiennent, on l'a vu à plusieurs reprises, à la fois au registre préventif et au registre curatif. Comment traduire, au niveau communal, les différentes composantes de la stratégie CHANCE ? Nous passerons rapidement sur celles qui ont déjà été abordées dans d'autres chapitres pour nous étendre sur le rôle intégrateur du système de santé.

Les actions préventives

Elles ont pour but de lutter contre la contamination des sujets indemnes et la recontamination des sujets déjà infectés. Le système de santé est impliqué à plusieurs égards dans ces activités qui se déploient dans plusieurs domaines.

L'hygiène corporelle

Elle signifie l'adoption par la population de nouvelles habitudes de propreté du corps et des vêtements telles que le lavage du visage et des mains - en particulier des enfants en bas âge (entre 1 et 2 ans) et des personnes qui les portent sur le dos (mamans, grandes sœurs, ...) - ainsi que le lavage fréquent des vêtements.

Pour obtenir une évolution des mentalités et des conduites, l'école joue un rôle essentiel. Des latrines conformes aux normes officielles doivent être mises en place dans chaque école et fréquentées par les enseignants et les élèves.

Au cours de visites systématiques, au moins une fois par an, un membre qualifié de l'équipe soignante examine l'état général des enfants et recherche des signes d'affections spécifiques comme le trachome. Les enfants bénéficient d'un traitement adéquat fourni par la pharmacie scolaire dont chaque école devrait être dotée ou par la pharmacie du centre de santé. Ces visites contribuent au suivi de l'endémie trachomateuse.

Une telle entreprise nécessite, à l'évidence, une collaboration entre la direction nationale de la santé et celles de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire. Les inspecteurs et les directeurs d'école sont leurs interlocuteurs. Les médecins chefs de cercle et les directeurs des centres de santé communautaires leur apportent leurs conseils et leur appui technique.

La collaboration des uns et des autres se manifeste par :

- l'élaboration de programmes adéquats,
- la production de supports adaptés (livres scolaires, cassettes vidéo pour celles des communes qui sont équipées d'un magnétoscope et d'une télé...)
- et la formation des enseignants à l'hygiène.

Information-Éducation-Communication (IEC)

Dans le contexte général du Mali où les taux d’alphabétisation sont encore faibles et où les représentations populaires constituent l’essentiel de la vision de la santé et de la maladie, l’IEC constitue une entreprise difficile qui nécessite un travail sans relâche avec l’aide de véritables professionnels de la communication.

Le programme national d’information de l’ensemble de la population vise, comme pour les enfants (mais il y a lieu de réfléchir sur les différences entre les programmes pour adultes et les programmes pour enfants !) :

- à faire connaître les caractéristiques du trachome,
- à inciter tous ceux qui souffrent de troubles de la vue ou de douleurs oculaires à se rendre au centre de santé de la circonscription pour y être examinés et bénéficier, si nécessaire, d’une intervention chirurgicale,
- à encourager l’hygiène individuelle plus particulièrement auprès des mères et des enfants,
- à favoriser toutes mesures améliorant l’hygiène collective.

Ce programme fait appel à :

- la production de films éducatifs qui peuvent être projetés à la télévision,
- la production d’émissions radiophoniques destinées, en particulier, aux radios locales et adaptées aux cultures et aux langues parlées sur le territoire pour atteindre l’ensemble de la population (il existe de très nombreuses radios locales autofinancées où des messages peuvent passer pour le programme),
- la production de brochures et d’affiches en français et en langues nationales par la DNAFLA (Direction nationale de l’alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée) qui produit à la demande des documents pédagogiques adaptés.

Il prévoit des journées spéciales d’information organisées commune par commune avec des conférences ou des films.

La commune aide les équipes de santé à organiser, dans chaque village, des séances d’IEC qu’elle budgète. Ces séances, selon les usages, s’adressent en priorité aux autorités du village, aux chefs de famille mais aussi spécifiquement aux femmes et à toute personne portant un enfant sur le dos pour leur apprendre à éviter la contamination.

Ce programme éducatif s’appuie sur le travail préalable d’une équipe d’anthropologues de la santé, de linguistes et de spécialistes de la communication au niveau national pour élaborer les messages à même de modifier les conduites, définir les canaux de transmission et produire les supports correspondants.

Le programme national télévisé tient une grande place dans l’IEC. Près de la moitié de la population malienne a accès à la télévision. Rares sont les villages qui ne

disposent pas au moins un poste. La télé touche donc suffisamment de gens pour exercer, au moins théoriquement, une influence et soutenir le programme de lutte. Les résultats dépendent probablement de la qualité des émissions didactiques. Il y a lieu de chercher à évaluer les résultats et à rechercher si, dans d'autres domaines, des résultats palpables dus à des campagnes télévisées ont été obtenus.

La création de troupes théâtrales présentant des saynètes à but pédagogique dans les villages ou les quartiers, selon le modèle du « kotéba » traditionnel, est un moyen à explorer. L'association TRACT qui s'efforce de promouvoir le « théâtre utile » a fait la preuve que des tournées dans les écoles et les villages contribuent à la diffusion des connaissances et aux changements de conduite.

Les activités médicales proprement dites, à la fois préventives et curatives

Elles se déroulent à plusieurs niveaux, du centre de santé périphérique, le niveau élémentaire, au niveau régional et national. Le niveau le plus périphérique représente le niveau où l'intégration des composantes de la stratégie CHANCE dans le système de santé est la plus tangible.

Quel que soit le type de centre, l'équipe technique du centre a un rôle local essentiel. Elle déploie des activités fixes et des activités mobiles, centrées sur les visites systématiques des femmes et des enfants et le suivi de la prévalence du trachome et du trichiasis (voir aussi le chapitre : « stratégies pour l'azithromycine »).

Activités fixes

Dans chaque centre de santé, l'examen systématique des yeux et d'un retournement des paupières est intégré lors de toute consultation prénatale, postnatale ou de planning familial chez les mères et les enfants de moins de 5 ans, et suivi, le cas échéant, d'un traitement ou d'un conseil spécialisé.

Activités mobiles

Les activités mobiles dites « avancées » sont conduites dans chaque village de l'aire de santé et nécessitent le déplacement périodique d'un ou plusieurs membres de l'équipe technique du centre de santé. Ces activités sont, soit périodiques, soit répondent de façon circonstanciée à un besoin non programmé. Ces activités de l'équipe socio-sanitaire dans son aire de santé suivent certaines règles générales.

L'équipe rencontre le chef de village, conformément aux règles en usage, afin de lui expliquer le but visé et les activités prévues, à savoir notamment :

- un recensement de la population. L'agent de santé élabore un fichier de recensement (naissances et décès) tenu annuellement à jour avec l'aide de personnes du village : il servira aux activités de santé publique, notamment au

- repérage des femmes de 15 à 49 ans et des enfants de moins de 15 ans, si telle est la population ciblée,
- la distribution annuelle d’azithromycine à la population ciblée,
 - l’examen et la prise en charge éventuelle de toute personne qui souffre d’une affection oculaire (ou éventuellement d’une autre affection) avec inclusion des trachomateux dans le protocole de distribution de l’azithromycine après administration immédiate d’une première dose,
 - l’amélioration de l’hygiène des individus, des concessions et du village.

Au terme d’une discussion approfondie avec les notables, un programme est arrêté qui s’ouvre par une grande réunion avec les représentants du chef de village, l’ensemble des chefs de famille et d’autres personnalités (conseillers communaux, enseignants, religieux,...) pour créer le climat de dialogue favorable à l’action dans des communautés quelque peu désabusées à l’égard des interventions extérieures. Des rencontres ultérieures peuvent être organisées avec différents groupes (femmes, jeunes, groupe de femmes âgées...) pour faire découvrir le trachome, ses conséquences et les méthodes de lutte.

Chaque déplacement est rentabilisé et intégré dans les activités de routine réalisées lors des ces stratégies « avancées » encore appelées « foraines » à savoir les vaccinations, les visites systématiques des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des femmes allaitantes, les consultations de planning familial, la distribution de certains produits pharmaceutiques (vitamine A...), les consultations de médecine générale et les séances d’IEC.

La réalisation de ces activités sanitaires de base est essentielle et responsabilise l’équipe sanitaire vis-à-vis de la population dont elle a la charge. L’intéressement financier aux résultats du personnel de santé constitue un élément de motivation prépondérant et, également parfois, un facteur limitant de ces activités, surtout s’il s’associe à d’autres difficultés matérielles ou de ressources humaines. Les indemnités quotidiennes (qui remplacent les « per diem » incitatifs jadis liés à des activités verticales) doivent retrouver leur sens originel en ne couvrant que les frais liés aux déplacements (hébergement et nourriture), tandis que doit être mis en place un système de primes liées à la réalisation effective des termes du contrat signé entre la commune et l’État.

Il faut insister sur les activités de recensement de la population malade dont l’absence constitue une des grandes faiblesses du Mali. Il faut en effet atteindre les exclus, ceux qui ont plus besoin que les autres de bénéficier du programme en cours, les informer et de les mettre en confiance. Ces recensements devront être organisés au moins une fois par an et, si possible, une fois par semestre par le personnel du centre de santé avec l’aide de notables du village, d’enseignants ou d’anciens élèves...

Les données recueillies seront transmises au service socio-sanitaire de cercle où le responsable les adresse, éventuellement avec des commentaires, au programme national de lutte contre le trachome. Une fois validés et commentés, les résultats de la commune sont ré-adressés aux maires pour qu’ils en tirent les conclusions et adaptent, avec le conseil communal et les autres citoyens, le pilotage local de la lutte.

Les mesures médicales curatives essentielles sont l'antibiothérapie et le traitement chirurgical des trichiasis.

Une distribution systématique d'azithromycine

Une distribution systématique d'azithromycine est prévue une fois par an dans chaque village auprès des enfants de moins de 15 ans et des femmes de 15 à 49 ans, mais elle peut varier en fonction de la stratégie du programme national (cf. le chapitre Distribution). Puisque la lutte contre le trachome relève d'une volonté de l'État et ne répond pas véritablement à une demande populaire, la distribution d'azithromycine sera totalement gratuite (cf. le chapitre Azithromycine).

Le traitement des trichiasis

Toutes les personnes qui présentent un trichiasis opérable devraient bénéficier d'une intervention chirurgicale. Une des principales difficultés est de minimiser les refus de traitement en améliorant l'accessibilité et la qualité de l'offre chirurgicale, ce qui a été développé dans le chapitre concerné (cf. le chapitre chirurgie).

Il importe de rappeler le rôle de l'information préalable sur les possibilités d'opérer les cécités en général et le trichiasis en particulier. Les messages, formulés sur les radios locales en langues nationales, doivent préciser la marche à suivre pour en bénéficier et le tarif de l'intervention avec des informations précises sur les lieux, les dates et les horaires.

Au cours de rencontres organisées village par village, notamment lors des consultations spécialisées, les chefs de village sont invités à contacter les personnes souffrant de trichiasis ou de cécité pour les inciter à se faire examiner.

Organisation des équipes de lutte au niveau des cercles (districts ou circonscription médicale)

La lutte contre le trachome au niveau des cercles est dirigée par le médecin chef de cercle. Il s'entoure d'une équipe comprenant :

- l'infirmier ophtalmologiste ou, à défaut, un infirmier ayant reçu une formation en ophtalmologie,
- le technicien sanitaire responsable du programme d'hygiène,
- le technicien de développement communautaire chargé de l'IEC.

Les cercles disposent normalement des ressources humaines permettant la réalisation du programme. Dans le cas contraire, des formations sont à prévoir et des priorités momentanées à établir. Les centres de santé de référence supervisent les centres de santé périphériques dans la lutte contre le trachome sous toutes ses formes.

Deux types d'équipes mobiles montent en ligne selon le cercle concerné :

- dans le nord, aux faibles densités de population, des tournées systématiques avec séjour sur place sont organisées dans des villages ou dans des lieux arrêtés après concertation avec les services techniques intéressés. Ces équipes sont déjà en place et doivent seulement intégrer la lutte contre le trachome dans leurs activités.
- Dans le reste du pays, les tournées régulières de supervision des centres de santé périphériques ne concernent, en principe, que les villages dont l'accès au centre est difficile et portent sur d'autres programmes que le seul trachome. La liste de ces villages est arrêtée par le médecin-chef de cercle après concertation avec les responsables des centres de santé.

Organisation régionale

La direction régionale de la santé assure la coordination et le suivi de la lutte contre le trachome. Les aspects proprement ophtalmologiques sont confiés au médecin ophtalmologiste de l'hôpital régional qui consacre une partie de son temps à la lutte contre la cécité dans sa région. Il veille à la formation continue en ophtalmologie du personnel de santé et supervise les activités ophtalmologiques au niveau et en dehors des établissements de soins. Il conseille le Directeur régional de la santé pour les questions de santé oculaire.

Au niveau central

Dans le contexte général du Mali, il est souhaitable que le programme national de lutte contre le trachome constitue un des volets du programme national de lutte contre la cécité. Sa mise en œuvre doit être confiée à un médecin de santé publique travaillant sous la responsabilité du directeur du programme.

L'IOTA apporte ses compétences techniques à l'ensemble du programme en ce qui concerne, plus précisément, la formation du personnel, la conception des programmes nationaux d'éducation, d'information et de communication, l'évaluation et la recherche. La télévision et les radios nationales ont des programmes qui appuient la lutte sur l'ensemble du territoire.

L'organisation périodique d'une grande campagne nationale de traitement incluant les cures de trichiasis concrétisera la lutte contre le trachome.

Les activités de formation

Les compétences du personnel soignant en matière de trachome sont la clé du programme. La formation a toujours occupé une place majeure dans le cursus de l'IOTA. Les médecins et les infirmiers qui en ont bénéficié ont acquis des compétences

certaines. Cependant, la formation à l'action sur le terrain, l'anthropologie de la santé ou la communication ont été jusqu'ici insuffisamment prises en compte : les formations devraient démarrer avant le début du programme.

La formation est réalisée aux différents niveaux administratifs du système de soins : au niveau national et régional (médecins de santé publique, infirmiers spécialisés en ophtalmologie, administrateurs) et au niveau des cercles (responsables sanitaires des centres de santé périphériques).

Dans les localités du cercle, des sessions de formation auront lieu pendant une semaine à raison d'une ou deux régions par an. L'équipe de formateurs régionale se compose du médecin ophtalmologiste de l'hôpital ou du technicien supérieur en ophtalmologie, d'un technicien sanitaire, d'un technicien de développement communautaire et du responsable de la lutte contre le trachome du cercle concerné. À la fin de la semaine, les participants doivent être capables de présenter le trachome, de décrire l'organisation d'une distribution d'azithromycine, d'un programme d'assainissement de village et d'hygiène à l'école et d'un programme d'éducation pour la santé, et de décrire l'élaboration d'un plan communal de lutte contre le trachome.

Mise en place de la lutte

La mise en place du programme de lutte est de la responsabilité des hommes politiques du Mali. Elle pourrait se dérouler selon le scénario suivant :

- rédaction du programme de lutte par un comité d'experts s'inspirant des recommandations de l'expertise collégiale,
- validation de ce programme par le ministre de la Santé,
- classement des cercles selon leur niveau de prévalence du trachome et de ses complications (en fonction des données disponibles),
- élaboration des programmes de formation et d'IEC et de leurs supports et organisation des modalités d'évaluation.

Dans le cadre de la décentralisation, le programme trachome pourrait être présenté à l'ensemble des maires lors d'une assemblée générale de l'Association Nationale des Maires sur la base d'un document écrit et d'un montage audiovisuel, et la lutte pourrait être programmée à raison d'une à deux nouvelles régions par an.

Les communes concernées par la première tranche seraient invitées à élaborer leur programme à l'échelon local et à le soumettre, via le médecin chef de cercle, au programme national de lutte contre le trachome. Un tel plan intégrerait toutes les dimensions sectorielles repérées et identifierait les activités à réaliser et les ressources nécessaires pour aboutir à une proposition de contrat d'objectifs et de moyens incluant les actions de formation qui serait soumise à la Direction Nationale de la Santé.

L'équipe technique du PNLT étudierait les plans communaux en collaboration avec la Direction Régionale de la Santé. Les crédits pourraient être mis en place sur un compte régional « Trachome » pour effectuer les versements prévus par les contrats avec des décaissements successifs liés aux résultats des évaluations périodiques.

Les évaluations du programme pourraient être réalisées dans une première phase tous les 3 ans par une équipe indépendante qui aurait pour missions :

- d'évaluer l'efficacité et l'efficience du programme depuis le début,
- de tirer les leçons des difficultés rencontrées et des résultats,
- de mesurer et d'analyser les coûts unitaires de réalisation des différentes activités et des services produits (coût d'un trichiasis dépisté et coût d'un trichiasis traité, ...),
- de faire des recommandations pour la poursuite du programme.

Bibliographie

- ANNAHEIM-JAMET I., TRAORE S., BALIQUE H., 1996 – Les perspectives de médicalisation des zones rurales en Afrique subsaharienne : l'expérience d'installation de médecins de campagne au Mali. *Santé Publique*, 8(1) : 29-40
- BALIQUE H., 1993 – Perspectives nouvelles de l'action sanitaire dans les pays d'Afrique de l'Ouest : l'exemple du Mali. *Santé publique*, 1 : 3-9
- BALIQUE H., 1994 – Les programmes de santé publique en Afrique. *Le courrier*, 147 : 56-60
- BALIQUE H., 1998 – Le Mali : un système de soins en pleine transformation. *Médecine Tropicale*, 58(4) : 337-342.
- BALIQUE H., 1998 – *Le système de soins du Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme*. Thèse de Doctorat de l'Université de la Méditerranée. Marseille, 660 p.
- BANQUE MONDIALE, 1993 – Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé. *Washington, Banque mondiale*, 339 p.
- BRUNET-JAILLY J. (ed.), 1993 – Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales. Douze expériences de terrain. *Paris, Karthala, ORSTOM*, 342 p.
- BRUNET-JAILLY J., 1997 – Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest. *Paris*, 438 p.
- CERDES, 1997 – Le processus démocratique malien de 1960 à nos jours. *Bamako, Éditions Donniya*, 220 p.
- SHAW R.P., ELMENDORF A.E., 1994 – Pour une meilleure santé en Afrique - Les leçons de l'expérience. *Washington, Banque Mondiale*, 283 p.