

REGARD de l'AIGLE

THE
CARTER CENTER



Volume 15, numéro 1

L'hiver 2014

A l'intérieur

2

IACO 2013

3

En mémoire

4

Interruption de la cécité des rivières au Nigeria

5

Deux zones ougandaises pourraient arrêter les traitements

7

Les enquêtes pointent vers une réduction du trachome

9

La chirurgie oculaire redonne l'espoir

10

Ouvriers agricoles migrants et paludisme

11

Conférence interdisciplinaire sur l'élimination, l'éradication

La Colombie déclarée exempte d'onchocercose par l'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a vérifié que la Colombie avait éliminé la maladie parasitaire de la cécité des rivières. La Colombie devient donc le premier pays des Amériques à avoir éliminé la maladie et le premier pays dans le monde à faire la demande et à obtenir, de l'OMS, la vérification de l'élimination de la cécité des rivières.

“La Colombie a démontré les éléments essentiels d'un programme réussi d'élimination de la cécité des rivières — efforts ardues, engagement communautaire, attention portée aux détails et aux données, solides partenariats et engagement politique continu,” nous indique le Dr Mauricio Sauerbrey, directeur du Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA) du Centre Carter.

En juin 2012, le Comité de coordination du programme de l'OEPA a fait que savoir que



L'ancien Président américain Jimmy Carter (au fond à gauche) et le Ministre de la Santé colombien, le Dr Alejandro Gaviria Uribe (à droite) observent le Président colombien Juan Manuel Santos qui reçoit la certification de vérification de l'élimination de la cécité des rivières.

l'onchocercose (cécité des rivières) avait été effectivement éliminée, preuves à l'appui, en Colombie. Le 27 octobre 2012, la Colombie déposait une demande officielle auprès de

suite à la page 2

Le programme du trachome dépasse les 100 millions de doses de Zithromax

Le 10 novembre 2013, la 100 millionième dose cérémoniale de Zithromax® donnée par Pfizer Inc et distribuée avec le soutien du Centre Carter, a été remise par la Soeur Zebideru Zewdie du Bureau sanitaire régional de l'Amhara à une lycéenne de la ville de Dangila, en Éthiopie. La bénéficiaire de la dose

cérémoniale de ce médicament qui sauve la vue a été choisie car c'est une élève brillante qui symbolise les chances d'avenir grâce à l'éducation et au développement dans un pays libéré de ce fléau qu'est le trachome cécitant.

suite à la page 6

Edition
électronique

Pour recevoir ce bulletin uniquement par email, prière d'envoyer une demande à guinea.worm@emory.edu.

Colombie

suite de la page 1

l'OMS aux fins de vérification indépendante. En réponse à la demande de la Colombie, une équipe dirigée par l'OMS regroupant des experts internationaux s'est rendue dans le pays, du 5 au 9 novembre 2012, pour faire une revue détaillée du programme et un examen attentif des données soutenant l'élimination de l'onchocercose. Le 5 avril 2013, sur la base de la revue interne du rapport de l'équipe de vérification à l'OMS Genève, le Directeur général Margaret Chan a remis au Gouvernement de la Colombie la lettre officielle de l'OMS vérifiant l'élimination de l'onchocercose.

Le Président colombien Juan Manuel Santos a accepté le certificat de l'OMS lors de la réception célébrant cet accomplissement, organisée à Bogota sous les auspices de l'Organisation panaméricaine de la Santé le 29 juillet 2013. Le Président Santos et l'ancien Président américain Jimmy Carter ont fait des allocutions lors de la cérémonie. Y ont également assisté des habitants de l'état de Cauca, où la maladie avait été endémique, le Dr Alejandro Gaviria Uribe, Ministre de la santé et de la protection sociale, l'ancienne Première Dame des Etats-Unis Rosalynn Carter ainsi que des représentants de l'Institut national de la santé en Colombie, du Centre Carter, de Merck/MSD, de la Fondation internationale des Lions Clubs, de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres partenaires.

La Colombie a éliminé la cécité des rivières en utilisant la stratégie de l'administration massive à toutes les personnes de plus de 17 ans dans toutes les régions affectées, deux fois par an, du Mectizan® (donné par Merck). Les volontaires, leaders et animateurs communautaires ont assumé un rôle de premier plan au niveau de l'éducation sanitaire et la vaste et solide couverture de ce médicament a servi à éliminer l'infection. Les traitements à base de Mectizan ont pu être arrêtés en 2008, et

l'élimination a été déclarée après trois ans de surveillance post-traitement pour vérifier qu'il n'y avait pas un retour de la transmission de la parasite, une fois cessée l'administration massive du médicament.

De plus amples détails sur la réussite de la Colombie sont données dans

le numéro du Relevé épidémiologique hebdomadaire du 6 septembre 2013 et les progrès globaux vers l'élimination de l'onchocercose des Amériques sont publiés dans le Morbidity and Mortality Weekly Report de mai 2013 des Centers for Disease Control and Prevention.

IACO 2013: Applaudissements pour l'Equateur — Défis à relever dans l'Amazonie

Lors de la 23^e conférence interaméricaine annuelle sur l'onchocercose (IACO), tenue les 21 et 22 novembre 2013, à Quito en Equateur, plus de 80 personnes se sont réunies pour discuter des progrès faits dans la lutte pour éliminer la cécité des rivières, maladie parasitaire également appelée l'onchocercose, dans les Amériques.

Dans son discours liminaire, le Dr Francisco Vallejo, sous-secrétaire du Ministère de la Santé de l'Equateur, a félicité ses compatriotes pour la réussite dans la bataille contre l'onchocercose. En effet, l'Equateur a pu arrêter l'administration massive de médicaments après avoir interrompu la transmission de la maladie en 2009. Ensuite, le pays a passé le test des trois années de surveillance post-traitement sans recrudescence de maladie. En juillet 2013, l'Equateur a présenté une demande officielle à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aux fins de vérification de l'élimination de l'onchocercose.

Environ 20 agents locaux du programme d'Esmeraldas, zone de l'Equateur où la maladie était endémique auparavant, ont assisté à la réunion et ont été félicités par les personnes présentes pour leur succès au niveau de l'élimination de l'onchocercose. Ont également assisté à la conférence les premiers pionniers de la lutte équatorienne contre l'onchocercose des années 70 dont les Dr Ronald Guderian, Mariella Anselmi, Angel Guevara, Philip Cooper, Martin

Ruppenthal et Roberto Proaño.

Sur les 13 foyers d'endémicité originaux dans les Amériques présents au moment de la mise en place du Programme de lutte contre l'onchocercose du Centre Carter au début des années 90, seuls deux sont encore aux prises avec la maladie : le foyer de l'Amazonie au Brésil et le foyer au Sud du Venezuela. Les personnes assistant à la conférence ont discuté des activités de traitement et de surveillance dans ces deux foyers, qui se rejoignent à la frontière entre les deux pays pour former une seule zone d'endémicité dans la jungle amazonienne.

Des rapports provisoires allant jusqu'en octobre 2013 indiquent que 29 434 traitements ont été fournis dans 277 communautés (traitant quatre fois par an) et 6 306 traitements ont été fournis dans 138 communautés (traitant deux fois par an) pour un total de 35 740 traitements. Divers facteurs — terrain escarpé, opérations minières illégales, et population autochtone dispersée (les Yanomami) représentent des obstacles entravant les efforts en vue d'arrêter la transmission dans cette région. La conférence IACO a vivement recommandé que les deux pays se mettent d'accord officiellement dès que possible pour coordonner les efforts transfrontaliers en vue d'éliminer l'onchocercose de cette dernière zone d'endémicité dans les Amériques.

L'IACO a été convoqué par le Ministère de la santé équatorien, le Programme d'élimination de

l'onchocercose dans les Amériques du Centre Carter et l'Organisation panaméricaine de la santé avec le soutien des Centers for Disease Control and Prevention et l'Agence des États-Unis pour le développement international. Les directeurs du programme dans les six pays d'endémie originale ont assistés : Brésil, Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique et Venezuela. Les Lions Clubs, un partenaire inébranlable, étaient représentés à IACO par deux membres de leur division centrale de Quito: Ramiro Peña, président et Margarita Garrido de Peña, directrice du Comité des femmes.

Sandra Barrera (cinquième place à partir de la gauche avec la casquette) du personnel du programme de l'Equateur se joint à d'autres agents de santé et membres communautaires dans l'ancien foyer d'Esmeraldas où l'onchocercose était endémique.



En mémoire de Kal Alphonsus Miapylil 1965-2013



Kal Alphonsus Miapylil revoit les lames sous le microscope.

Tout au long de ses 13 ans de collaboration avec le bureau du Centre Carter au Nigeria, Kal Alphonsus Miapylil a mené un combat implacable contre les maladies parasitaires de l'onchocercose, de la filariose lymphatique et de la schistosomiase — sur le terrain et dans le laboratoire.

Kal, comme l'on l'appelait, était un combattant persévérant des maladies parasitaires au Nigeria et le directeur du laboratoire le plus avancé pour les maladies tropicales négligées au Nigeria. A la chasse et collecte des moustiques et des tests sanguins nocturnes pour la filariose lymphatique (FL) dans des villages reculés ou des tests de la mouche noire vecteur de la cécité des rivières utilisant des statistiques sophistiquées en fonction des tests de réaction de la chaîne de polymérase, l'enthousiasme et la détermination de Kal ne s'attiédisaient jamais.

Dans son eulogie, le Dr Emmanuel Miri du Centre Carter l'a rappelé comme un "excellent scientifique doté

de l'esprit d'équipe par définition même et d'un profond engagement et dévouement." Tenace pour atteindre son but et profondément dévoué à sa cause, Kal l'a été toute sa vie sans jamais fléchir. On ne saurait raconter toute l'histoire de l'interruption de la transmission de la FL et de l'onchocercose dans les états du Plateau et de Nasarawa sans raconter en même temps la part importante lui revenant dans cette histoire.

Kal était un co-auteurs de six documents scientifiques du Centre Carter dont le dernier publié dans PLOS Neglected Tropical Diseases et publié le 31 octobre 2013, après sa mort, est consacré à sa mémoire.

Il laisse un vide difficile à combler et il manquera à tous ceux qui l'ont connu. Le Centre Carter est fier d'avoir pu le compter dans son équipe.

Note : Kehinde Oyekan, directeur des services de soutien au bureau du Centre Carter au Nigeria a apporté le contenu de cet article.

Centre Carter : Interruption possible de la cécité des rivières dans les Etats nigériens du Plateau et de Nasarawa

Lors de réunions récentes de la Société américaine de médecine et hygiène tropicale, le Dr Darin Evans du Centre Carter a indiqué que les données d'une enquête de 2009 montraient que les traitements contre la cécité des rivières pouvaient être arrêtés dans certaines parties du Nigéria où sont co-endémiques l'onchocercose (autre nom pour la cécité des rivières) et la filariose lymphatique (FL) où l'administration massive de médicaments était assurée depuis le début des années 90.

La distribution du médicament Mectizan® contre l'onchocercose (donné par Merck) a été démarrée en 1992 dans les états du Plateau et de Nasarawa. En 1996, l'administration massive de médicaments avait atteint le niveau de couverture complète dans les 12 collectivités locales ciblées des deux états comptant une population totale de 4 millions de personnes.

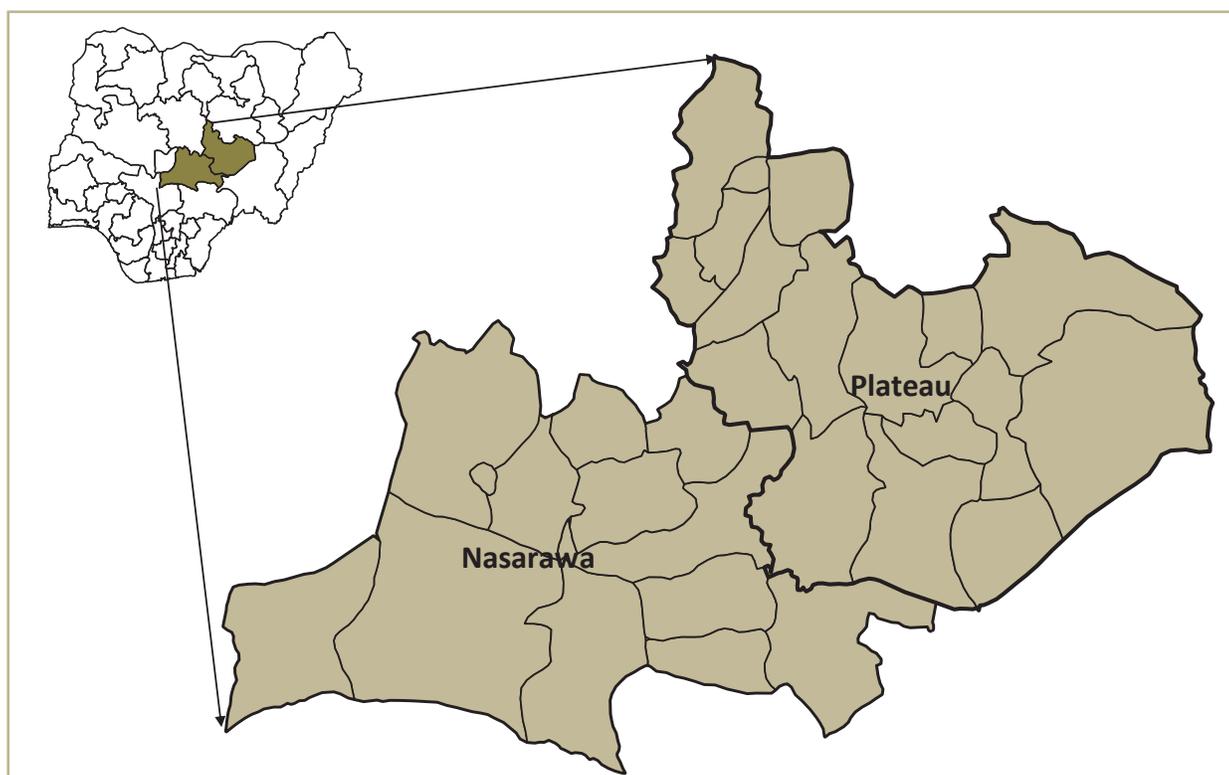
Dès 2000, le médicament albendazole (donné par GlaxoSmithKline) a été ajouté à ces traitements pour

combattre la FL co-endémique avec l'onchocercose dans ces 12 collectivités locales et également de caractère endémique dans les 18 collectivités restantes des deux états. En 2003, cette combinaison de médicaments était distribuée dans toutes les 30 collectivités et, en 2008, une enquête a été faite pour déterminer le statut de la transmission de la FL. Cette enquête a constaté que la transmission de la FL avait été interrompue dans 10 des 30 collectivités locales. Dans cinq d'entre elles, le traitement de masse a été arrêté. Par contre, dans les cinq restants, il n'a été possible d'arrêter le traitement de masse car on ne connaît pas le statut de la transmission de l'onchocercose.

L'enquête de 2009 a été faite dans cinq collectivités locales pour déterminer le statut de la transmission de la cécité des rivières dans les endroits où la transmission de la FL avait été interrompue. Les résultats ont montré une réduction de 97-99% de l'onchocercose, sur la base de taux de

nodule et microfilaria chez les adultes, respectivement, comparé à une base initiale de 1992-1994. En 2009, les taux d'infection chez les enfants de moins de 10 ans étaient de <0,1% avec un intervalle de confiance de 95%, satisfaisant ainsi à un critère clé dans les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2001 concernant l'élimination de l'onchocercose.

Tous les vecteurs de la mouche noire *Simulium* ont fait l'objet d'un test pour dépister l'ADN d'*Onchocerca volvulus* par réaction de chaîne de polymérase mais le nombre de mouches du test était trop petit pour exclure le seuil de <0,05 demandé par les directives de l'OMS. En dépit de cela, le Dr Evans a conclu que la transmission dans ces collectivités a probablement été interrompue et qu'à présent, au vu du fait que quatre années supplémentaires de traitements avaient été données depuis l'étude, on pouvait probablement arrêter l'administration massive de médicament pour la cécité des rivières.



Cette carte du Nigeria montre les états du Plateau et de Nasarawa où cinq collectivités locales ont toutes les chances d'avoir arrêté la transmission de la cécité des rivières.

Deux zones ougandaises en plus peuvent probablement arrêter les traitements contre l'onchocercose

Le 8 août 2013, la sixième session du Comité consultatif ougandais des experts de l'élimination de l'onchocercose (UOEEAC) a conclu que la transmission de la maladie avait été interrompue dans deux foyers en plus du pays. Sous la présidence du Professeur Tom Unnasch de l'Université de South Florida, le comité a recommandé que l'administration massive du médicament Mectizan® (donné par Merck) pour traiter l'onchocercose soit arrêtée dans les deux foyers de Wambabya-Rwamarongo et Kashoya Kitomi.

Si la recommandation est acceptée par le Comité de certification nationale du Ministère de la Santé, alors l'administration massive de médicament pour 224 913 traitements sera arrêtée dans les zones approuvées en 2014 et la transmission aura été interrompue dans 8 des 17 foyers où la maladie était endémique en 2007 quand le Président ougandais Yoweri Museveni a lancé la stratégie nationale d'élimination de l'onchocercose.

Plus de 1.5 million ougandais vivent dans des régions où la transmission de l'onchocercose a été interrompue et ils ne reçoivent donc plus de traitement contre la maladie. Les agents de santé locaux apportent une éducation sanitaire dans les communautés affectées auparavant pour expliquer les raisons pour lesquelles le traitement n'est plus donné et pourquoi il faut continuer la surveillance post-traitement avant de pouvoir déclarer l'élimination de la maladie.

Egalement lors de la réunion de l'UOEEAC en août 2013, quatre autres foyers — Bwindi, Nyamugasani, Obongi, West Nile — ont été rangés dans la catégorie des "interruptions soupçonnées de la transmission". Cette classification indique que l'administration massive du médicament pourrait être arrêtée en 2015 si des évaluations supplémentaires faites en 2014 indiquent que, de fait, la transmission de la maladie a été interrompue. Plus de 493 800 personnes habitent dans ces régions qui continueront à recevoir un traitement en 2013 et en 2014.

Cet accomplissement démontre une fois de plus qu'il est effectivement possible d'interrompre la transmission de l'onchocercose (également appelé cécité des rivières) en Afrique.

Le Centre Carter apporte, depuis 1996, une assistance au programme de lutte contre la cécité des rivières de l'Ouganda, sous forme de formation, soutien technique et financier et en mettant en place un laboratoire moléculaire où les tests peuvent vérifier l'interruption de la transmission de la cécité des rivières. Les distributeurs de médicaments et les superviseurs, choisis par la communauté, ainsi que le personnel sanitaire et administratif de district ont aidé à battre dans ses derniers retranchements ce fléau d'antan.

La réussite de l'effort d'élimination peut être attribuée au



Le Dr Ruhakana Rugunda, Ministre de la santé de l'Ouganda et le Dr Jane Ruth Aceng, Directrice générale des services de santé du ministère, écoutent les communications lors de la sixième session du Comité consultatif ougandais des experts de l'élimination de l'onchocercose.



A Kampala en Ouganda, Christine Nahabwe prépare les échantillons de sang pour le test. Le laboratoire, installé par le Centre Carter et composé du personnel du ministère de la santé examine plus de 17 000 échantillons chaque année.

Programme de la cécité des rivières du Ministère de la santé avec le soutien de nombreux autres partenaires de l'exécution dont le Programme africain de lutte contre l'onchocercose, GTZ, Sightsavers, clubs locaux des Lions, Fondation internationale des Lions Clubs, Merck, l'USAID et RTI/ENVISION.

Zithromax

suite de la page 1

Pour la remercier de sa participation à la cérémonie, Estubdink a reçu une bourse pour étudier à une université d'Amhara, payée par les dons des invités présents. Elle souhaite faire des études à la faculté de médecine de Bahir Da pour servir son pays en tant que médecin.

Ont assisté à la cérémonie Sally Susman, vice-présidente exécutive des affaires administratives de Pfizer Inc; l'honorable Lion le Dr Tebebe Berhan, Fondation internationale des Lions Clubs et le Dr Paul Emerson, Centre Carter ainsi que le Dr Mark Rosenberg, président du Task Force for Global Health, en plus de nombreux autres invités de Pfizer et de l'Initiative internationale du trachome (ITI) et des dignitaires du Ministère de la santé de l'Éthiopie et de la région de l'Amhara.

La remise de la dose cérémoniale en Éthiopie avait été précédée d'une visite de la part de l'ancien Président américain Jimmy Carter qui a rencontré le PDG de Pfizer Ian Read au siège de la société à New York. La rencontre de New York coïncidait avec le 15^e anniversaire de l'Initiative internationale du trachome, en plus de la 100 millionième dose et elle a été diffusée en direct aux employés de Pfizer dans le monde entier. Le Président Carter a évoqué ses souvenirs à cette occasion d'une rencontre analogue en 2001 avec l'ancien PDG de Pfizer, Hank McKinnell durant laquelle la société a fait savoir son intention de fournir le Zithromax® au Centre Carter pour soutenir sa lutte contre la maladie au Soudan.

Depuis les premières dons du médicament en 1998, le Centre Carter entretient une relation dynamique avec Pfizer et l'Initiative internationale du Trachome. Le programme a pu être étendu à plus grande échelle en 2008 lorsque les donateurs principaux — la Fondation Conrad N. Hilton et la Fondation internationale des Lions



Estubdink Addisu, lycéenne éthiopienne, reçoit la 100 millionième dose cérémoniale de Zithromax de Soeur Zebideru Zewdie pendant qu'observent (de la gauche à la droite) le Dr Paul Emerson, Sally Susman et le Dr Tebebe Berhan.



Lors d'une conférence de presse, l'ancien Président américain Jimmy Carter discute de l'impact du Zithromax et autres interventions de lutte contre le trachome, de pair avec Ian Read, PDG de Pfizer. La conférence de presse faisait partie d'une célébration tenue au siège de Pfizer à New York en l'honneur du 15^e anniversaire de l'Initiative internationale du trachome.

Clubs, ont convenu d'apporter un soutien à l'éventail complet des interventions du trachome, connu sous le nom de la stratégie CHANCE. Environ 90% du Zithromax est distribué en partenariat avec l'Initiative SightFirst

Lions-Carter Center et le Bureau sanitaire régional de l'Amhara en Éthiopie et le reste est utilisé au Ghana, au Mali, au Niger, au Nigeria, dans le Soudan du Sud et le Soudan.

Les enquêtes éthiopiennes indiquent une réduction du trachome

Selon les enquêtes faites dans la région d'Amhara de l'Éthiopie, de nets progrès ont été faits dans la lutte contre le trachome bien que certains comportements doivent être mieux adoptés. Les enquêtes épidémiologiques ont été réalisées en juillet 2013 dans 42 *woredas* (districts) dans la partie ouest de l'Amhara pour montrer l'impact de cinq ans d'interventions y compris l'administration massive du médicament azithromycine.

De plus, des enquêtes épidémiologiques ont été réalisées pour mesurer l'ampleur du trachome dans 127 de tous les 168 districts de la région de l'Amhara, y compris des enquêtes intégrées dans les districts pour mesurer la prévalence du trachome et des parasites intestinaux. Des enquêtes du trachome ont été faites dans un total de 1 598 communautés, recueillant des informations auprès de 54 717 ménages et

examinant 173 789 personnes.

La prévalence générale du trachome inflammatoire folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans était de 25,9% (intervalle de confiance [IC] de 95% : 24–28%; fourchette par zone 16–51%), indiquant donc une diminution de 34% depuis l'enquête nationale sur la cécité, la déficience visuelle et le trachome de 2006 (voir Figure 1). Le TF dans huit districts était inférieur à 5% et, selon les directives de l'OMS, des enquêtes devraient y être réalisées pour identifier les sous-districts qui pourraient également arrêter la distribution massive d'azithromycine.

L'inflammation intense imputable au trachome, connue comme trachome inflammatoire intense (TI) est corrélée plus étroitement avec l'infection *Chlamydia trachomatis* et les lésions cicatricielles dues au trachome (TS) que le TF. Parmi les enfants de 1 à 9 ans, le TI

était de 6,2% (fourchette par zone 3–13%) marquant une diminution de 85% depuis 2006.

La prévalence du trichiasis trachomateux (TT) parmi la population totale était de 1,6% (1,5–1,8%; IC 95%—fourchette par zone 1,3–3,2%) et 3,1% (3,0–3,6%; IC 95%) parmi les adultes de plus de 15 ans. Comparée aux estimations régionales de l'enquête nationale de 2006, la prévalence du TT chez les adultes de plus de 15 ans a diminué de 40% depuis la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, interventions de quatre composantes axées sur l'opération de la paupière, les antibiotiques, le nettoyage du visage et le changement environnemental. Le nombre actuel de personnes souffrant du TT et qui attendent d'avoir l'opération s'élève à 307 568 (fourchette par zone: 4 829–70 434).

suite à la page 8

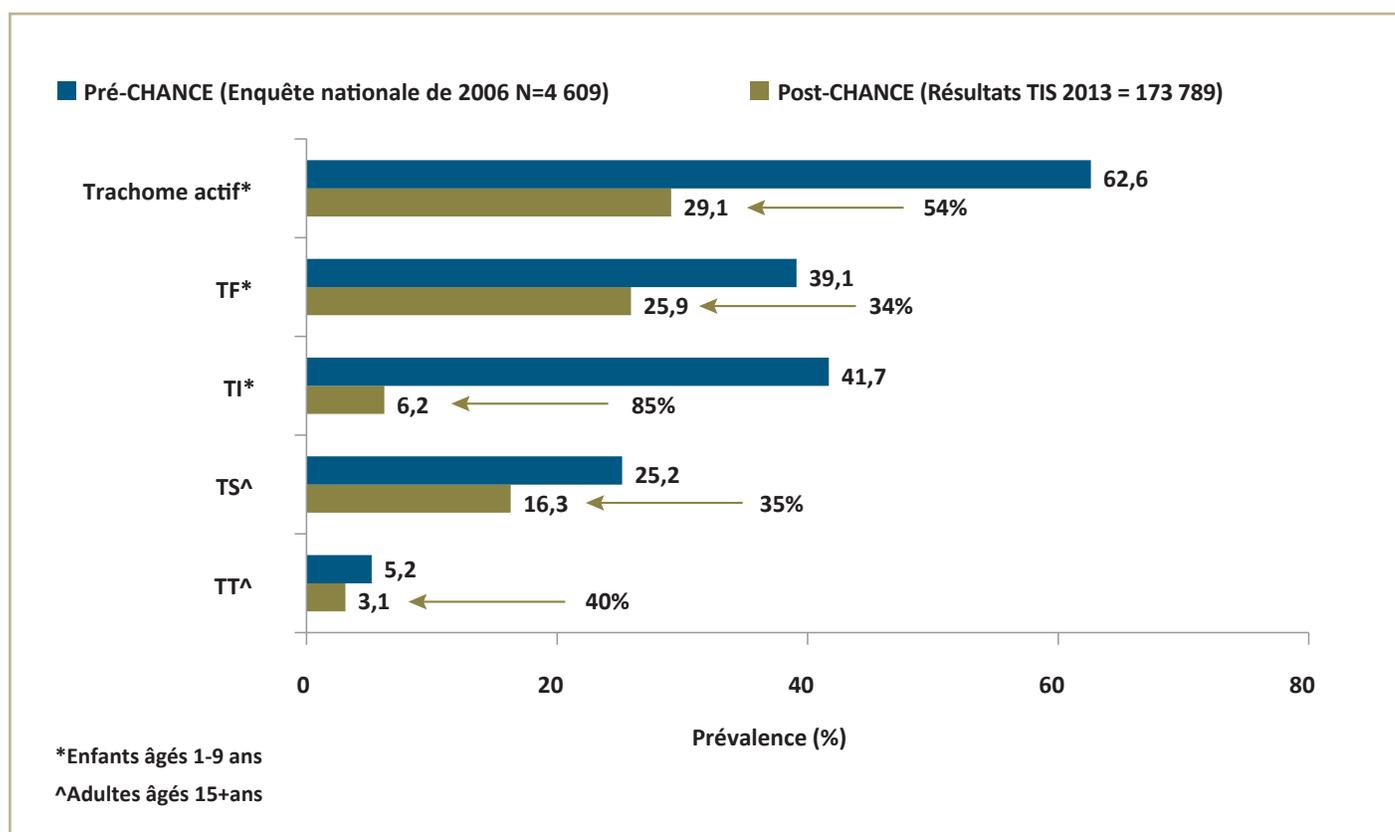


Figure 1 : Le trachome dans la Région d'Amhara

suite de la page 7

La proportion de tous les enfants âgés de 6 à 15 ans qui signalent fréquenter l'école est de 63,5% (fourchette par zone : 47,6–82,6 %). Un enfant a été choisi aléatoirement dans chacun des 11 015 ménages dans le groupe des parasites intestinaux. Un examen microscopique d'un échantillon de selles a montré que les prévalences d'*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* et l'ankylostome étaient respectivement de l'ordre de 11,6% (fourchette par zone 9–37%), 3% (fourchette par zone 0–3,7%) et 11,7% (fourchette par zone 4–47%). L'infection par un de ces helminths transmis par le sol était de 22,5% (fourchette par zone 11,1–54,8%). En général, la prévalence de *Schistosoma mansoni* était de 4,3% (fourchette par zone 0–21%). La prévalence de l'infection par un protozoaire intestinal quel qu'il soit était de l'ordre de 77,2% (fourchette par zone 65–84%), y compris *Giardia intestinalis*

et *Entamoeba histolytica/E. dispar*, 19% (fourchette par zone 14–22%) et 12,5% (fourchette par zone 9–15%), respectivement. Les résultats des échantillons de selles prélevés lors d'enquêtes récentes dans l'ouest de l'Amhara ne sont pas encore disponibles.

Concernant les activités accrues liées à la stratégie CHANCE : 94,2% (fourchette par zone : 90,3%–96,9%) des ménages ont indiqué qu'ils étaient inscrits pour les campagnes MalTra. La proportion de personnes indiquant avoir pris de l'azithromycine lors d'une campagne MalTra au moins était de 90,8% (fourchette par zone : 85–95,7%), et 57,1% (fourchette par zone : 55,3–67%) des personnes ont indiqué d'avoir pris de l'azithromycine pendant trois campagnes ou plus. Environ 95% des ménages ont indiqué laver les visages des enfants de moins de cinq au moins une fois par jour. La proportion d'enfants avec un visage propre était de 75,5% (fourchette par zone : 64,3–78,1%). L'utilisation d'un

point d'eau aménagé était de 48,5% des ménages (fourchette par zone : 26,5–61,8%) et 79% (fourchette par zone : 30,2–80,7%) des ménages ont indiqué qu'ils pouvaient chercher l'eau à pied en 30 minutes aller-retour. La proportion de ménages avec utilisation observée de latrine était de 47,4% (fourchette par zone : 23,8–71,2%).

Le trachome a nettement reculé depuis le démarrage du problème bien qu'il reste encore un problème de santé publique. La prévalence du TT reste élevée et demande que soient renforcées les opérations chirurgicales correctives pour diminuer le nombre de patients attendant d'être opérés. La stratégie CHANCE devra continuer dans les districts où la prévalence du TF est supérieure à 5%, en cherchant surtout à maintenir la couverture élevée de l'utilisation de l'azithromycine, à augmenter la couverture en latrines familiales, et à élargir l'accès à l'eau et augmenter l'utilisation de l'eau pour l'hygiène. Les districts où le TF est 5% devraient en dessous de démarrer des activités de surveillance et continuer de promouvoir les volets CH, N et CE de la stratégie.

D'après les directives de l'OMS, l'administration massive ciblée avec le mebendazole ou l'albendazole pour les enfants d'âge scolaire pour le traitement des vers intestinaux est nécessaires dans 43 des 64 districts pour lesquels des résultats sont disponibles. Il serait bon à cet effet d'envisager des stratégies de traitement vermifuge à base communautaire. De même, l'administration massive ciblée de praziquantel pour les enfants d'âge scolaire est nécessaire dans 11 des 64 districts enquêtés pour la lutte contre la schistosomiase. Une fois que seront disponibles les échantillons de selles provenant de l'enquête intégrée la plus récente sur l'impact du trachome, il est fort probable que le nombre de districts nécessitant une distribution massive de médicaments augmentera.

La prévalence élevée des protozoaires intestinaux indique que les sources d'eau et les sources alimentaires



Des élèves de l'école primaire d'Abreja dans North Gondar, Ethiopie, apprennent que le lavage du visage aide à prévenir le trachome. Les enquêtes en Ethiopie montrent qu'après cinq ans d'interventions, l'infection active du trachome a diminué de 54%.

sont contaminées par des matières fécales humaines. La faible fréquence de récipients pour se laver les mains à l'extérieur des latrines (5,7% des ménages) indique que le comportement d'hygiène des mains n'est pas adopté adéquatement. Il est important de sensibiliser la population pour améliorer le comportement d'hygiène et l'utilisation de points d'eau aménagés pour l'eau de boisson. De plus, il faut continuer à promouvoir la construction et l'utilisation de latrines familiales de pair avec le changement de comportement pour prévenir la défécation dans les espaces ouverts et de pair avec l'administration massive de médicaments pour réduire la transmission des infections helminthiques intestinales.



Une simple opération de la paupière permet aux patients du trichiasis de reprendre leurs activités quotidiennes et d'être à nouveau des membres productifs du ménage. D'après les enquêtes sur le trachome dans l'Amhara en Ethiopie, des centaines de milliers de personnes ont encore besoin de la chirurgie transformative.

Une mère nigérienne de 12 enfants reprend espoir après son opération des paupières

Note de l'éditorial : C'est l'histoire de Fatima, telle qu'elle nous l'a racontée. Elle s'est fait opérée du trichiasis qui est le stade le plus avancé du trachome quand les cils grattent la cornée causant une vive douleur au moindre clin d'œil. Fatima a partagé avec nous les détails de sa vie avant, pendant et après l'opération.

Le visage de Fatima est patiné par une vie remplie de dur labeur, de joie et de peine. Plaisantant, elle nous dit qu'elle est une femme "âgée de 130 ans", ses yeux brillants et reflétant son sourire. Nous lui avons demandé de nous parler de sa vie jusqu'au moment où le trichiasis a été diagnostiqué. "J'avais une vie idéale. Nous ne manquions de rien," Elle nous parle d'une vie heureuse et pieuse avec sa famille: "Quand nous avions des animaux et du mil, si quelqu'un avait faim et n'avait rien à manger, je lui disais toujours d'aller dans mon grenier et de prendre ce dont il avait besoin. Jamais je n'ai tué un mouton pour le Tabaski [fête qui symbolise la fois d'Abraham et la miséricorde de Dieu à l'occasion de

laquelle les familles préparent traditionnellement un bouc pour leur famille] mais j'ai tué 6 animaux, ou je les ai donnés vivants, à des familles et amis qui étaient dans le besoin."

Fatima parle à présent de sa vie une fois qu'elle a commencé à souffrir du trichiasis. Un beau jour dans les champs avec sa co-épouse, elle a senti quelque chose dans son œil. Elle a demandé à la co-épouse de regarder et celle-ci a vu un cil. Fatima nous a raconté que pendant cinq ans, ses cils se retournaient vers l'œil mais que jusqu'à ce stade, cela ne l'avait pas dérangé. Alors que la maladie progressait, elle commençait à sentir la douleur et arrachait ses cils mais cela ne l'a soulagé plus et elle avait de plus en plus de mal à vaquer à ses activités quotidiennes.

Environ à cette époque lorsque Fatima ne pouvait plus travailler, sa fille qui était sur le point de se marier a eu un goitre. Avant le mariage, la famille a pensé qu'il valait mieux emmener leur fille à l'hôpital pour qu'un médecin examine le goitre. Fatima a décidé d'accompagner sa fille et de faire également

examiner les yeux. Après avoir vendu deux animaux pour avoir l'argent pour payer pour le traitement, les deux femmes ont pris le chemin de l'hôpital. Fatima s'est opérée de son trichiasis et le goitre de sa fille a été enlevée.

Plusieurs jours après l'opération de sa fille, une complication s'est présentée et la fille a dit à Fatima qu'elle voulait rentrer à la maison. "Oh, elle voulait rentrer dans son village" avons-nous demandé, "non," nous a dit Fatima, "ma fille voulait me dire qu'elle souhaitait mourir." Ce même jour, la fille de Fatima est décédée.

Fatima est revenue au village seule et malgré la tristesse d'avoir perdu sa fille à l'hôpital elle nous a dit que sa vie était meilleure grâce à l'opération du trichiasis. "Depuis que Dieu m'a créée, j'ai eu des enfants. J'en ai eu douze. Six sont morts et six vivent encore mais même alors, je n'ai jamais manqué de rien dans ma vie, Merci mon Dieu, jusqu'au moment où j'ai eu le trichiasis qui m'a empêché de faire mon travail. Depuis l'opération, je n'ai plus mal dans mes yeux."

Enquête : des ouvriers agricoles migrants en Ethiopie sous la menace élevée du paludisme

Une enquête de juillet 2013

a montré que les ouvriers agricoles migrants au Nord-Ouest de l'Éthiopie connaissent un fardeau élevé de paludisme et d'anémie.

En Éthiopie, les périodes agricoles les plus occupées de juin à octobre correspondent à la principale saison de transmission du paludisme et les districts agricoles au nord-ouest de l'Éthiopie enregistrent une transmission du paludisme des plus intenses dans le pays. Environ 300 000 ouvriers agricoles migrants viennent aider à la récolte chaque année, ce qui triple la population résidente typique. Et pourtant peu de choses sont connues à propos de ces migrants, de leurs modes migratoires, de leur conditions de vie sur les fermes,

de leur accès aux soins de santé et utilisation des mesures de prévention du paludisme, et leur comportement de recours aux soins.

L'enquête a été faite par le Centre Carter et le Bureau de santé régional d'Amhara dans deux districts agricoles de la zone de North Gondar. Coordonnée par le Dr Neway Hiruy du Centre Carter et Rebekah Stewart Schicker, étudiante d'Emory, une enquête a été faite auprès de 615 ouvriers agricoles à l'aide d'une méthodologie d'échantillonnage, adaptée aux groupes difficiles à atteindre, et des tablettes manuelles avec le logiciel Swift Insights mis au point par le Centre Carter et l'Institut de technologie de Géorgie.

Les ouvriers couverts par l'enquête étaient surtout des jeunes (âge moyen 22,8 ans) : fourchette (18–65 ans) de sexe masculin (99%). Contrairement aux comptes rendus reçus auparavant suggérant que les migrants venaient de régions très dispersées, y compris du Soudan voisin, la présente enquête indique que 96% des migrants venaient d'autres parties de l'Amhara et tout notamment d'autres districts de la zone North Gondar.

La prévalence du paludisme parmi les ouvriers migrants, telle que déterminée par le test de diagnostic rapide, était de 11,9%. Cette proportion est nettement plus élevée que l'estimation générale d'Amhara qui est de 2,6%, déterminée par le même test, dans le cadre de l'enquête de 2011 sur les indicateurs du paludisme. Environ 28,5% des ouvriers étaient anémiques.

Seuls 12% des participants avaient accès à une moustiquaire et, dans ce groupe, 74% ont indiqué qu'ils avaient utilisé une moustiquaire la nuit précédente. De plus, 30% des participants se sont plaints d'avoir eu la fièvre les deux semaines précédentes, et dans ce groupe, 31% ont consulté les services de santé pour obtenir un traitement. Environ 53% des répondants ont indiqué qu'ils dormaient dans un abri temporaire et 20% ont fait savoir qu'ils dormaient à l'extérieur la nuit - moment où attaquent les moustiques *Anopheles*, les porteurs du paludisme.

Ces résultats indiquent une charge élevée de paludisme parmi les ouvriers agricoles migrants ainsi qu'un faible accès aux mesures de prévention et de traitement du paludisme. Le Centre Carter travaille avec les représentants locaux pour concevoir et mettre en place des mesures de réponse adéquates permettant de répondre aux besoins des ouvriers migrants et parer à la menace du paludisme.



Un membre de l'équipe d'enquête fait le test du paludisme et de l'anémie chez un ouvrier agricole migrant.

Conférence interdisciplinaire se penche sur l'élimination et l'éradication des maladies

Une conférence récente a permis de réunir 28 chercheurs de diverses disciplines dont les sciences sociales, les lettres et la santé publique pour discuter des stratégies et programmes d'éradication et d'élimination des maladies.

Tenue les 26 et 27 avril 2013, à Atlanta, Ga., et accueillie par l'Institut pour les nations en développement d'Emory University ; le Programme global de santé, culture et société d'Emory College et le Programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter, la conférence sur "l'élimination et l'éradication des maladies dans la théorie et la pratique : perspectives multidisciplinaires" fut l'occasion pour les participants de partager des informations et d'échanger des idées, de repérer les points de consensus, les barrières entravant l'action et les opportunités de collaboration.

Deux discussions en table ronde ont été organisées le premier jour de la conférence. La session du matin, modérée par le Dr Peter Brown, professeur d'anthropologie et de santé globale à Emory University, traitait des politiques et évaluation et comprenait des commentaires par le Dr René Gerrets (anthropologie, Ecole de la recherche en sciences sociales d'Amsterdam), du

Le but ultime de la conférence est que ces conversations débouchent sur la collaboration et le dialogue continu entre les praticiens et les scientifiques sociaux.

Dr Randall Packard (Institut de l'histoire de la médecine, Johns Hopkins University) et du Dr Jesse Bump (santé internationale, Georgetown University).



Les professeurs et autres universitaires discutent de l'éradication des maladies, vue sous un angle multidisciplinaire, lors d'une conférence en avril au Centre Carter à Atlanta, Ga.

Le Dr Amy Patterson, Centre Carter, a modéré la seconde discussion en table ronde sur les stratégies et les systèmes. Ont pris la parole, pour l'introduction de la seconde discussion le Dr William Muraskin (études urbaines, City University of New York), le Dr Judith Justice (Institut des études de politiques sanitaires, University of California San Francisco), le Dr Svea Closser (anthropologie et santé publique, Middlebury College) et le Dr James Webb (histoire, Colby College).

La seconde journée de la conférence a été consacrée aux sessions en petits groupes pendant lesquelles les

praticiens et les théoriciens de la santé publique ont façonné ensemble les futurs programmes de recherche. Le but ultime de la conférence est que ces conversations débouchent sur la collaboration et le dialogue continu entre les praticiens et les scientifiques sociaux, aux fins de faciliter la mise au point de programmes plus efficaces et de plans de recherche informés.

La vidéo avec les commentaires sur l'élimination et l'éradication en tant que stratégies de santé publique de la part de certains participants peut être regardée sur le site d'Emory : <http://www.idn.emory.edu/whatwedo/solvingproblems/diseaseconference.html>

THE
CARTER CENTER



The Carter Center
One Copenhill
453 Freedom Parkway
Atlanta, GA 30307

Ce numéro a été rendu possible en partie grâce au Fonds pour les Publications
des Programmes de Santé de Michael G. DeGroot.

Pour plus d'informations sur le Centre Carter et ses programmes de santé et
de la paix, visitez notre site Web à www.cartercenter.org.