



## Le Centre est l'hôte de la neuvième revue annuelle sur la cécité des rivières

*Dépasse 10 millions de traitements en un an*

Accueillant la neuvième revue annuelle pour son Programme de la Cécité des Rivières, du 3 au 5 mars 2005, à Atlanta, le personnel local et de terrain du Centre Carter a fait le point de la situation, parlant des obstacles et des possibilités qui se sont présentés aux programmes de chaque pays. Cette année, le thème pour les programmes africains était le suivant « Maintenir le contrôle de l'onchocercose après l'APOC » alors que le Programme d'Élimination de l'Onchocercose dans les Amériques (OEPA) se concentrait sur « Accélérer l'élimination de l'onchocercose. » Comme toujours, la revue se penchait sur les résultats sur le plan traitement de cette année, les formations, les objectifs annuels de traitement, s'ils sont encore applicables, les objectifs finals de traitement, les questions de viabilité, la logistique du Mectizan®, l'évaluation épidémiologique, la recherche opérationnelle et les questions administratives.

En 2004, le Centre Carter a apporté une assistance pour la fourniture de 11 131 879 traitements à base de Mectizan dans 11 pays, représentant 97% de l'objectif annuel de traitement (ATO) qui était de 11 889 684 et 93% du but final de traitement (UTG) de 12 017 481. Le Tableau 1 présente un récapitulatif des activités de traitement de 2004. (Voir page 3.) Les accomplissements de 2004 représentent une augmentation de 15% par rapport aux traitements de 2003 pour lesquels une assistance avait également été obtenue. Sur les traitements avec assistance en 2004, 97% ont été fournis en partenariat avec la Fondation du Lions Clubs International (LCIF) et avec l'aide des Lions locaux. Environ la moitié des projets du Centre Carter ont obtenu un financement du Programme

*suite à la page 2*

### Dans ce numéro

Le Nigeria en deuil suite au décès du Professeur Udonsi . . . . . 4

Les programmes arrivent à un impact simultané au Nigeria . . . . . 4

Références sur l'onchocercose . . . . . 5

La distribution d'azithromycine augmente au Soudan, 2000-2004 . . . . . 9

Le visage humain du programme de lutte contre le trachome . . . . . 10

Références pour le trachome . . . . . 11

Espoir pour les hommes souffrant d'hydrocèle grâce à la chirurgie . . . . . 11

Actualités mondiales de la santé . . . . . 12

THE  
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

## Stratégies d'extension : sixième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome

*« Pensez grand. Commencez petit. Agissez dès maintenant ! »*

La sixième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter s'est déroulée du 28 février au 2 mars 2005, au Centre Carter, à Atlanta, en Géorgie. Presque 70 personnes ont participé, représentants des programmes du Centre Carter dans six pays, ainsi que les principaux bailleurs des programmes, la Fondation Conrad N. Hilton, la Fondation du Lions Clubs International et Pfizer, Inc.

Des représentants des programmes des soins oculaires de la Tanzanie et du

Maroc ont participé à cette revue pour la première fois avec un soutien de l'International Trachoma Initiative (ITI). Ces programmes ont fait ressortir les progrès réalisés dans la lutte contre le trachome et ont présenté des leçons retenues d'autres pays. L'ITI a également augmenté la participation à la revue de cette année avec des représentants de l'Éthiopie, du Ghana, du Mali, du Maroc, du Niger et de la Tanzanie, en plus du personnel du siège de l'ITI.

La réunion de cette année s'est

*suite à la page 6*

# L'onchocercose

## Le Centre est l'hôte

*suite de la page 1*

africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) en 2004, mais d'ici la fin de 2005, seules cinq des 28 régions du projet bénéficieront encore d'un financement important de l'APOC. La majorité des projets ne reçoivent actuellement qu'un soutien des Lions-Centre Carter et du gouvernement et les partenaires ont convenu qu'en 2004, certaines régions de l'Ouganda, du Nigeria et du Cameroun ne recevront qu'un soutien gouvernemental pour tester la viabilité possible post-APOC. Les projets qui font l'objet de ce test ont tous obtenu de bons résultats jusqu'à présent dans le cadre des évaluations APOC.

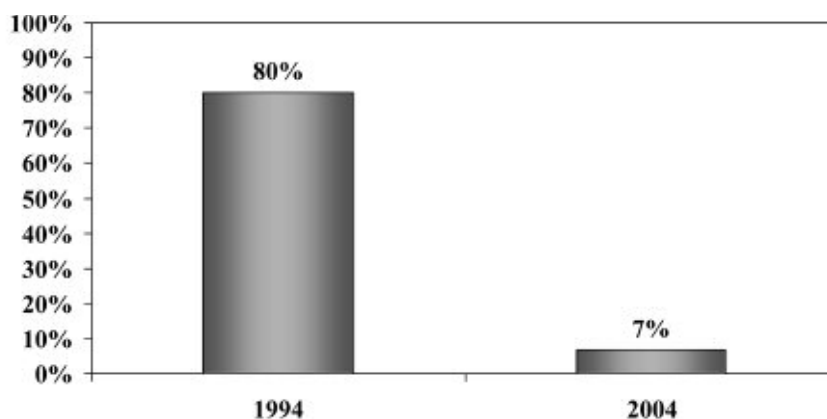
## Récapitulatif des rapports sur les traitements

### Nigeria

Le Programme de Cécité des Rivières, en collaboration avec LCIF et l'APOC (dans deux des neuf états), a soutenu le traitement de 4 986 925 personnes avec du Mectizan en 2004 (chiffres provisoires en attendant les chiffres

Figure 1

### Pourcentage de la population avec des microfilaries sur les fragments de peau, dans quatre villages du district de Moyo, Ouganda



finals du traitement). Aussi, a-t-on atteint 97% du but final de traitement et une réduction de 1% par rapport au nombre de traitements donnés en 2003. Dans les deux états où la viabilité post-APOC est en train d'être testée, les traitements ont diminué de 2% entre 2003 et 2004. Cependant les rapports de traitement de ces zones ont été reçus avec quatre mois de retard. Le Nigeria est arrivé à un impact simultané sur les

trois maladies auxquelles s'attaque son programme, soutenu par le Centre Carter. (Voir article connexe, page 4.) Le Docteur Gail Thomas, chirurgien consultant auprès du Centre Carter et du Ministère de la Santé fédéral du Nigeria, a fait une présentation spéciale sur la chirurgie de l'hydrocèle. (Voir article connexe, page 11.)

Assistaient à la revue de cette année, les représentants des divers pays où sont déployés les programmes de lutte contre l'onchocercose : Docteur Albert Eyamba, Cameroun ; Monsieur Teshome Gebre, Ethiopie ; Madame Peace Habomugisha, Ouganda ; Docteur Emmanuel Miri, Nigeria ; et les conseillers techniques résidents au Soudan, Monsieur Raymond Stewart à Khartoum et Madame Glenna Snider à Nairobi. Le Docteur Mauricio Sauerbrey, directeur de l'OEPA, a présenté les progrès réalisés dans les pays où la maladie est endémique dans les Amériques.

Les membres du personnel technique comprenaient les personnes

suivantes : Madame Alba Lucía Morales Castro, OEPA ; Madame Alice Bosibori-Onsarigo, Centre Carter/Nairobi ; Docteurs Abel Eigege et Emmanuel Emukah, Nigeria ; et Monsieur Abate Tilahun, Ethiopie. Docteur Bjorn Thylefors, directeur ; Docteur Mary Alleman, directrice adjointe ; et Docteur Nana Twum-Danso, directeur adjoint, représentaient le Mectizan Donation Program.

Au titre des invités spéciaux : Docteur Tony Ukety, coordinateur d'une organisation de développement non gouvernementale pour la lutte contre l'onchocercose, représentant l'APOC ; Docteur Bellario Ahoy Ngong, Equipe spéciale de

l'Onchocercose du Sud du Soudan ; Madame Sonia Pelletreau, la Fondation du Lions Clubs International ; Madame Catherine Cross, Sight Savers International ; Docteur Ed Cupp, professeur d'entomologie, l'Université d'Auburn ; Docteur Tom Unnasch, professeur d'immunologie, l'Université d'Alabama ; ainsi que de nombreux représentants des Centers for Disease Control and Prevention. Le Docteur Frank Richards, directeur technique du Programme de la Cécité des Rivières du Centre, a présidé la réunion.

# L'onchocercose

Tableau 1

Onchocercose : Chiffres du traitement de Mectizan 2004 pour les régions aidées par le Programme de lutte contre l'onchocercose de Global 2000 (GRBP) au Nigeria, en Ouganda, au Cameroun, en Ethiopie et programmes collaborateurs en Amérique latine et au Soudan

	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juillet	Août	Sep	Oct	Nov	Déc	TOTAL	% ATO	% TOUS GRBP TX
<b>NIGERIA</b>	<b>*UTG= 5,155,917</b>		<b>ATO (villages)= 10,139</b>												
Traitements	0	262	82,135	234,511	436,241	329,679	775,995	559,812	1,157,644	196,033	622,382	592,231	<b>4,986,925</b>	97%	45%
Villages traités	0	1	62	192	674	704	1,319	920	1,936	585	1,417	1,480	<b>9,290</b>	92%	29%
<b>OUGANDA</b>	<b>*UTG= 1,024,258</b>		<b>ATO (villages)= 2,360</b>												
Traitements	0	122,990	131,502	115,403	143,443	31,107	112,394	140,800	117,905	93,113	45,239	324	<b>1,054,220</b>	103%	9%
Villages traités	0	158	574	46	297	22	443	787	351	323	233	0	<b>2,360</b>	100%	7%
<b>CAMEROUN</b>	<b>*UTG= 1,439,052</b>		<b>ATO (villages)= 3,429</b>												
Traitements	0	0	0	0	0	109,553	689,115	337,638	45,018	95,722	26,213	48,909	<b>1,352,166</b>	94%	12%
Villages traités	0	0	0	0	0	203	1,141	1,002	430	371	178	106	<b>3,429</b>	100%	11%
<b>OEPA</b>	<b>**UTG(2)= 889,118</b>		<b>ATO (villages)= 1,934</b>												
Traitements	0	0	221,393	0	0	207,106	0	0	0	166,521	0	264,079	<b>859,099</b>	97%	8%
Villages traités	0	0	1,253	0	0	599	0	0	0	997	0	861	<b>1,855</b>	98%	6%
<b>ETHIOPIE</b>	<b>*ATO= 2,621,799</b>		<b>ATO (villages)= 13,843</b>												
Traitements	35,884	79,552	0	54,008	280,241	143,713	779,574	333,365	982	0	568,825	89,002	<b>2,365,146</b>	90%	21%
Villages traités	238	318	0	1,216	1,313	845	3,718	2,680	4	0	3,452	59	<b>13,843</b>	100%	43%
<b>SOUDAN</b>	<b>*ATO= 759,542</b>		<b>ATO (villages)= 1,204</b>												
Traitements	20,838	19,972	23,554	84,876	109,830	31,898	63,228	86,293	3,424	8,895	1,353	60,362	<b>514,323</b>	68%	5%
Villages traités	103	64	124	251	147	109	179	217	35	30	28	100	<b>1,204</b>	100%	4%
<b>TOTAUX</b>	<b>*ATO= 11,889,684</b>		<b>ATO (villages)= 32,909</b>												
Traitements	56,722	222,776	458,584	488,598	969,755	853,056	2,360,502	1,380,508	1,322,902	611,751	1,323,021	1,054,907	<b>11,131,879</b>	94%	100%
Villages traités	341	541	2,013	1,705	2,431	2,035	3,082	2,906	2,752	2,306	1,854	2,547	<b>31,981</b>	97%	100%

Traitements cumulatifs assistés par le GRBP (1996 – 2004) = 66,226,253

\*ATO : Objectif annuel de traitement ; UTG : But final de traitement

\*\*Les chiffres pour l'OEPA sont notifiés trimestriellement, UTG(2) est l'objectif final de traitement fois 2, car les traitements de l'OEPA sont semi-annuels

## Ouganda

Le programme en Ouganda a traité 1 054 220 personnes avec du Mectizan en 2004, en collaboration avec LCIF. Cela représentait 103% du but final de traitement et une augmentation de 6% par rapport aux traitements de 2003. L'Ouganda continue à maintenir une couverture élevée du traitement, y compris les deux districts où la viabilité post-APOC est en train d'être éprouvée. L'Ouganda a également collecté des données montrant un impact sur les microfilières dans la peau, dans les quatre villages du district de Moyo (Voir Figure 1.) En 1994, 80% des personnes testées avaient des microfilières, alors qu'en 2004, seules 6,6% étaient porteuses de microfilaire. (Voir Figure 1.)

## Cameroun

En 2004, 1 352 166 personnes ont été traitées au Cameroun grâce à l'assistance du Programme de Cécité des Rivières/LCIF. Cela représentait 94% du but final de traitement et environ le même niveau de traitements dispensés en 2003. Sur les traitements de 2004, 78% (1 053 244) ont été fournis en collaboration avec LCIF dans la

province de l'Ouest et les 289 922 restants dans le projet de la province du Nord où la viabilité post-APOC est en train d'être testée. La province du Nord a obtenu un solide soutien du gouvernement et a atteint 100% de son but final de traitement.

## Ethiopie

Lors de sa quatrième année de distribution de masse de Mectizan, 2 365 146 personnes ont été traitées en Ethiopie grâce à l'assistance du Programme de Cécité des Rivières/LCIF. Ce chiffre représente une augmentation spectaculaire de 135% par rapport à 2003 et 90% de l'objectif annuel de traitement du projet pour 2004. Le programme a été étendu à deux nouvelles régions en 2004, ce qui a plus que doublé l'objectif annuel de traitement du pays — passant à 2 661 779. En 2005, l'Ethiopie atteindra son but final de traitement.

## Soudan

Cette année, les traitements ont augmenté de 17%, passant à 514 323, à savoir 68% de l'objectif annuel de traitement. Alors que l'accord de paix se traduit dans les faits, le programme de lutte contre la cécité des rivières au

Sud du Soudan adaptera ses mécanismes de fonctionnement selon les attentes du nouveau gouvernement.

## Les Amériques

Dans l'OEPA, la stratégie consiste à fournir deux séries de traitements à base de Mectizan par an dans toutes les communautés où la maladie est endémique pour réduire toutes les manifestations de la maladie et à interrompre la transmission d'*Onchocerca volvulus*. Dans les six pays où la cécité des rivières est endémique dans les Amériques, 859 099 traitements ont bénéficié d'une aide en 2004, à savoir 97% du but final de traitement (2), comparé à 93% en 2003. Deux mille quatre était la deuxième année pendant laquelle chaque pays dépassait la couverture cible de 85% de sa population concernée, dans les deux séries de traitement. L'OEPA suit à présent sa couverture par priorité pour obtenir un tableau plus détaillé de ses activités. (Voir Figure 2, page 4.) Le Sud du Venezuela reste problématique.

## Résultats de la réunion

Dans le scénario viabilité post-APOC,

suite à la page 4

# L'onchocercose

## Le Centre est l'hôte

suite de la page 3

les projets qui bénéficient d'un meilleur soutien du gouvernement et de structures analogues dans leur distribution semblent mieux progresser. On a décidé de continuer ces essais de viabilité en 2005. Tous les programmes africains sont en train d'étudier la possibilité d'interventions complémentaires et d'intégration avec d'autres programmes de lutte contre la maladie utilisant une intervention communautaire analogue vu la réduction du financement dans la plupart des régions entrant dans le Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières. Alors que les Amériques luttent pour éliminer l'onchocercose, l'OEPA cherche à renforcer le niveau d'intervention en ciblant davantage les régions souffrant d'une transmission active continue. L'OEPA intensifiera son volet d'éducation sanitaire et augmentera la participation communautaire pour être sûr que tout le monde suit son traitement.

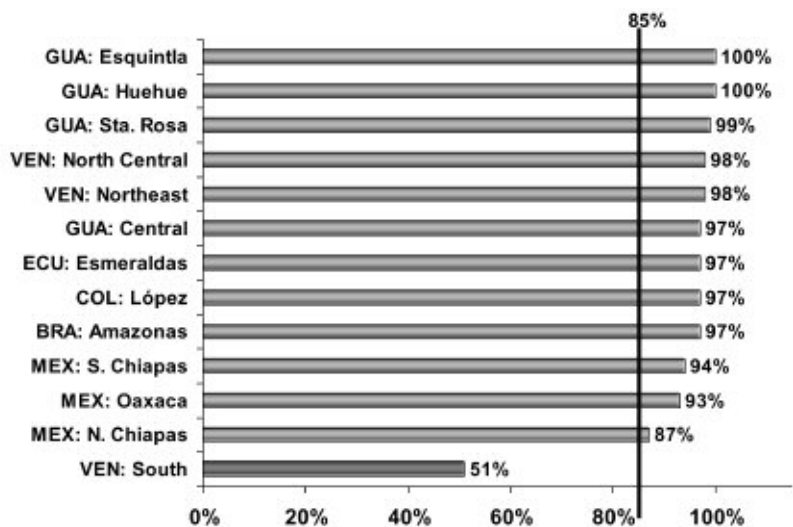
## Le Nigeria en deuil

Le Professeur et chercheur dévoué à la cause, J.K. Udonsi, a été enterré le 12 février 2005. Il a dirigé la recherche en parasitologie à l'Université de Port Harcourt et a été consultant auprès des programmes de santé du Centre Carter au Nigeria. Le Professeur Udonsi laisse derrière lui la responsabilité suivante à ses collègues, « Alors que l'onchocercose reste sous contrôle intense et que le ver de Guinée, finalement, va quitter pour toujours ce 'Paradis des Parasites' qu'est le Nigeria..., nous souhaitons de tout cœur que notre génération de chercheurs soient également les témoins d'un monde libéré de la filariose lymphatique. »

Que son souhait se réalise.

Figure 2

### OEPA : Couverture du UTG par priorité, 2004



## Les programmes arrivent à un impact simultané au Nigeria

Le Ministère de la Santé du Nigeria, aidé par le Centre Carter, étudie la possibilité d'intégrer l'élimination de la filariose lymphatique et la lutte contre la schistosomiase au programme plus ancien de lutte contre l'onchocercose (cécité des rivières) dans les états du Plateau et de Nasarawa. Le programme de lutte contre l'onchocercose du Ministère de la Santé a démarré en 1993 avec la distribution de Mectizan, donné par Merck, et le soutien de la Fondation de la Cécité des Rivières. Le Centre Carter a pris le relais de cette assistance en 1996 et a aidé, en 1999, le Ministère de la Santé à ajouter le volet schistosomiase à la distribution de praziquantel en utilisant le même système que pour l'onchocercose. L'élimination de la filariose lymphatique s'en est suivie avec l'adjonction d'albendazole, donné par GlaxoSmithKline, en 2000. L'éducation sanitaire est un des grands

volets des trois programmes de traitement.

Utilisant des données initiales et des données collectées après plusieurs années de traitement, le personnel du programme nigérian a noté un impact important au niveau des manifestations des trois maladies. En effet, une éducation sanitaire soutenue et une distribution massive de médicaments ont permis de faire reculer l'incidence de nodules de l'onchocercose, de diminuer le sang dans les urines imputable à la schistosomiase et de réduire tant les taux d'infection des moustiques de la filariose lymphatique que la prévalence des antigènes à la filariose lymphatique chez les humains.

Les données préliminaires sur l'impact sont présentées sur la Figure 3. Les données sur les nodules de l'onchocercose ont été collectées pour la première fois en 1992 par la Fondation



# L'onchocercose

de la Cécité des Rivières avant le lancement du traitement de Mectizan puis répétées en 1999 dans 23 des villages enquêtés au départ. Trente à 50 hommes ont été sélectionnés dans l'échantillon. Le taux de nodules avant le traitement s'élevait à 51% et, sept ans plus tard, n'était plus que de 3% — résultat spectaculaire.

Le sang dans les urines, ou hématurie, est une manifestation de la schistosomiase.

« Les études ont montré l'innocuité et l'efficacité de la coadministration d'albendazole, d'ivermectine et de praziquantel, et cela justifiait bien l'intégration du traitement de l'onchocercose, de la filariose lymphatique et d'autres helminthes. »

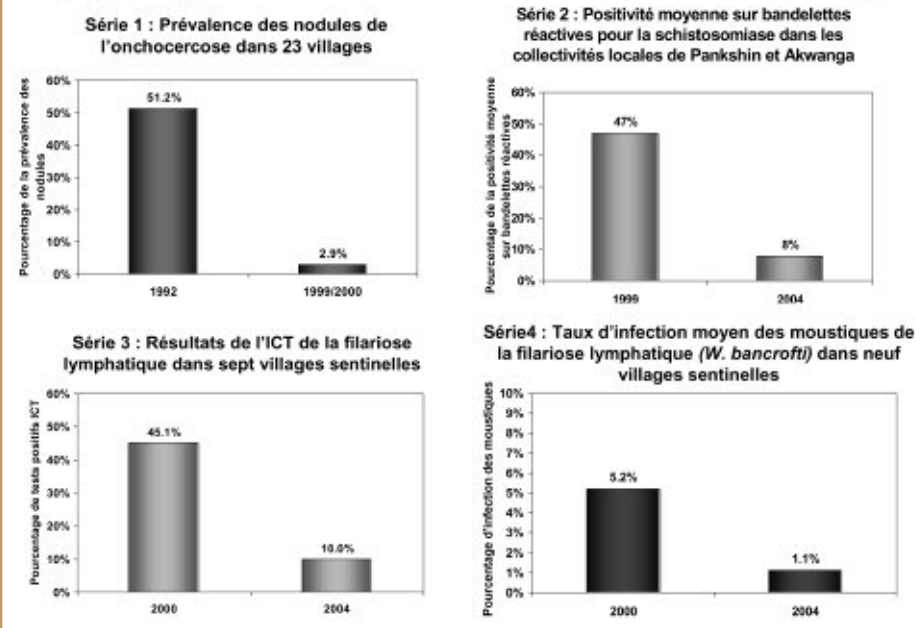
— Communiqué final de la 10e session du Forum d'Action conjointe du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, Kinshasa, République démocratique du Congo, 7-9 décembre 2004.

La prévalence de l'hématurie a été déterminée en utilisant un test rapide, test sur bandelettes réactives, pour détecter le sang dans les urines. Ce premier test des urines en 1999 a été répété en 2004 dans 10 villages des collectivités de Pankshin et d'Akwanga, dans les états du Plateau et de Nasarawa, respectivement. Des échantillons indépendants de 30 enfants scolarisés par village ont été soumis au test lors de chaque série, pour une taille d'échantillons de 300. Avant le traitement, 47% des enfants avaient du sang dans leurs urines. Après six séries de traitement, ce taux a été réduit à 8%.

Deux études de la filariose lymphatique ont démontré une réduction de la charge de morbidité, ainsi que de la transmission dans les états du Plateau et de Nasarawa. Une étude de presque 2 000 personnes dans sept villages a

Figure 3

## Impact de l'onchocercose, de la schistosomiase et de la filariose lymphatique dans les états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria



utilisé un test rapide (ICT) pour détecter l'antigène à la filariose lymphatique dans le sang. La présence d'antigènes en 2000, juste avant que ne soit commencé le traitement associé Mectizan/albendazole, était de 45% et elle a diminué à 10% en 2004 grâce au programme. Dans neuf villages,

on a fait des tests des moustiques pour dépister l'infection de la filariose lymphatique. Le taux d'infection en 2000 était de 5,2% et, en 2004, il n'était plus que de 1%.

Les résultats de ces études sont préparés aux fins de publication dans des revues scientifiques.

## Références sur l'onchocercose

Hopkins DR, Richards FO, Katarbarwa M. "Whither onchocerciasis control in Africa?" *Am J Trop Med Hyg.* 2005 Jan; 72(1): 1-2.

Katarbarwa MN, Habomugisha P, Richards FO, Hopkins D. "Community-directed interventions strategy enhances efficient and effective integration of health care delivery and development activities in rural disadvantaged communities of Uganda." *Trop Med Int Health.* 2005 Apr; 10(4):312-21.

Maduka CU, Nweke LN, Miri ES, Amazigo U, Emukah EC, Richards FO. "Missed treatment opportunities, for pregnant and breast-feeding women,

in onchocerciasis mass-treatment programmes in south-eastern Nigeria." *Ann Trop Med Parasitol.* 2004 Oct; 98(7): 697-702.

Richards FO Jr, Pam DD, Kal A, Gerlong GY, Onyeka J, Sambo Y, Danboyi J, Ibrahim B, Terranella A, Kumbak D, Dakul A, Lenhart A, Rakers L, Umaru J, Amadiogwu S, Withers PC Jr, Mafuyai H, Jinadu MY, Miri ES, Eigege A. "Significant decrease in the prevalence of *Wuchereria bancrofti* infection in anopheline mosquitoes following the addition of albendazole to annual, ivermectin-based, mass treatments in Nigeria." *Ann Trop Med Parasitol.* 2005 Mar; 99(2):155-64.

# Trachome

## Stratégies d'extension

suite de la page 1

déroulée sous le thème des « Stratégies d'extension. » Les coordinateurs des programmes nationaux ont fait le point de la situation en 2004 et de la réalisation des objectifs pour 2005. Les obstacles et les réussites ont été discutés pour chaque pays et tous les participants ont fait des suggestions. Les Figures 4 à 7 présentent les progrès réalisés par les programmes.

Point saillant, décrit par Monsieur Teshome Gebre : le « jubilé » en Ethiopie, alors qu'ils ont indiqué 89 096 latrines familiales construites en 2004. (Voir Figure 8, page 9.) Les membres communautaires ont été à la hauteur d'un tel accomplissement grâce au soutien du bureau de santé régional d'Amhara, des administrateurs des woredas, des écoles et des dirigeants religieux et de groupements féminins. L'équipe éthiopienne a inspiré le groupe à « Pensez grand. Commencez petit. Agissez dès maintenant ! » pour améliorer la promotion des latrines.

Lors d'une discussion ouverte, l'aspect genre du trachome a été

Les programmes de lutte contre le trachome nationaux et régionaux ont été représentés à la revue des programmes par les personnes suivantes : Docteurs Maria Hagan et Daniel Yayemain, Ghana ; Docteur Bamani Sanoussi, Mali ; Docteur Kadri Boubacar, Niger ; Docteur Bellario Ahoy Ngong, Mouvement de Libération du Peuple Soudanais ; et Docteur Grace Saguti, Tanzanie. Pour la première fois, le coordinateur nigérian pour le Programme de Prévention de la Cécité des Rivières, Docteur Dienne Apiafi, a assisté à la revue des programmes et a présenté les activités de lutte contre le trachome du pays. (Les coordinateurs nationaux et les représentants de l'Ethiopie et du Gouvernement du Soudan n'étaient pas représentés suite à des difficultés à l'obtention de visas.)

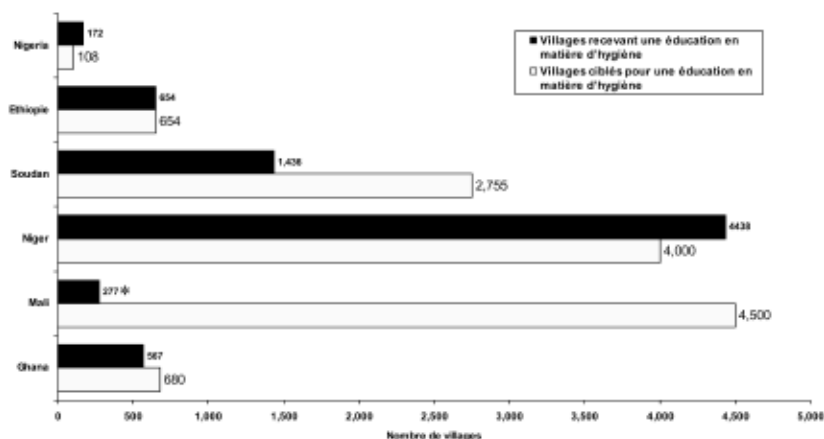
Organisations partenaires supplémentaires représentées lors de la revue : Organisation Mondiale de la Santé, les Centers for Disease Control and Prevention, Sight Savers International, World Vision

International, l'Ecole de Santé Publique Rollins de l'Université Emory, l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, la Fondation Proctor de l'Université de Californie—San Francisco, Christoffel Blindenmission, et l'Université Princeton.

Les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les responsables des programmes de lutte contre le trachome participant étaient les suivants : Monsieur Aryc Mosher et Madame Lydia Ajono, Ghana ; Monsieur Mohamed Salissou Kane et Monsieur Ali Amadou, Niger ; Docteur Mamadou Bathily et Monsieur Yaya Kamissoko, Mali ; Madame Glenna Snider et Madame Alice Bosibori-Onsarigo, Gouvernement du Sud du Soudan/Nairobi ; Monsieur Raymond Stewart, Gouvernement du Soudan/Khartoum ; Monsieur Teshome Gebre, Docteur Anteneh Woldetensay et Monsieur Abate Tilahun, Ethiopie ; et Docteurs Emmanuel Miri et Nimzing Jip, Nigeria.

Figure 4

Nombre de villages bénéficiant d'une éducation en matière d'hygiène, par pays  
Programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter  
Janvier-Décembre 2004



Source : Données nationales

\* Les faibles chiffres reflètent le manque de données reçues du bureau national

reconnu comme un thème de premier plan. En effet, les femmes sont plus susceptibles d'être affectées par le trachome que les hommes et bénéficient énormément d'interventions comme la construction de latrines et la fabrication de savon traditionnel. Principales responsables de la santé de leur famille, ce sont les femmes qui assument essentiellement la charge du trachome. Le groupe a pris comme une des stratégies d'extension des interventions du trachome la sélection de femmes pour l'éducation sanitaire et pour guider les activités de lutte contre le trachome dans leurs communautés.

Les participants ont également discuté sur la question de la motivation des agents de santé communautaires et des volontaires. Certains sont réticents

# Trachome

à l'idée d'offrir de l'argent ou des cadeaux pour attirer les volontaires qui risquent de venir pour les mauvaises raisons. D'autres ont parlé des efforts ardues que font les volontaires, pensant qu'il serait tout à fait normal de faire de petits gestes de reconnaissance. Le Docteur Moses Katarwa, du Centre Carter, a animé davantage la discussion lorsqu'il a parlé des réussites rencontrées en travaillant avec un nombre important de volontaires, dont chacun assume la responsabilité de petits groupes avec des membres de la famille élargie.

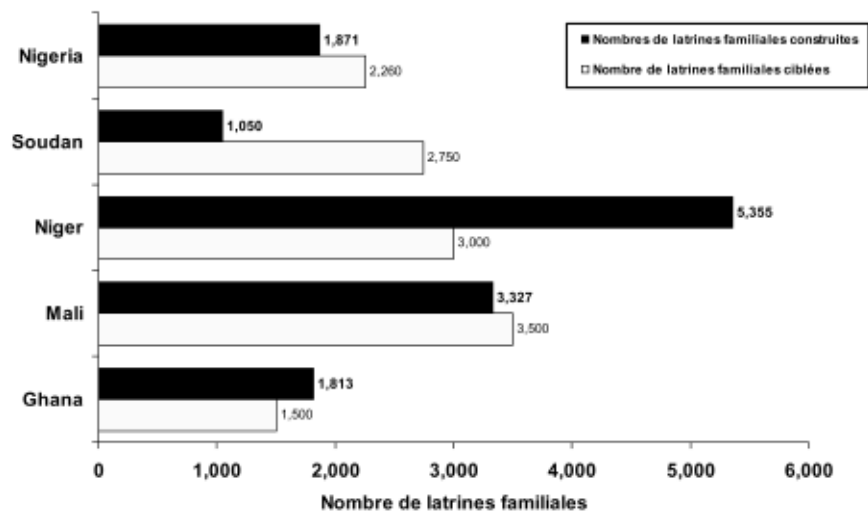
Les séances spéciales de cette année concernaient des présentations sur la promotion de latrines en Ethiopie, en Gambie et au Niger, la fabrication de savon traditionnel, l'élimination de la chlamydia oculaire avec des antibiotiques, l'intégration de programmes de lutte contre le trachome et contre la filariose lymphatique, l'utilisation de données pour la planification des programmes et les mises à jour des activités de l'OMS et de l'ITI. Certains points saillants sont indiqués ci-après pour les divers programmes. (Voir également le Tableau 2.)

## Ghana

- Présentation spéciale sur l'enquête de prévalence du trachome dans 12 districts des régions Northern et Upper West.

Figure 5

**Nombre de latrines familiales construites par pays**  
Programmes de lutte contre le trachome recevant une assistance du Centre Carter  
Janvier-Décembre 2004\*



Source : Données nationales.

\*Voir Figure 8 pour les données sur l'Ethiopie..

Tableau 2

**Données récapitulatives (2004) de six pays recevant un soutien du Centre Carter, telles que présentées lors de la revue annuelle des programmes à Atlanta**

Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan	Ethiopie Rég d'Amhara	Nigeria
<b>NCE</b>						
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	567	277	4,438	1,436	654	172
Villages ciblés	680	4,500	4,000	2,755	654	108
Pourcentage de couverture	83%	6%	111%	52%	100%	159%
Nombre de latrines construites	1813	3,327	5,355	1,050	90,552	1,871
Nombre ciblé de latrines	1,500	3,500	3,000	2,750	10,130	2,260
Pourcentage de couverture	121%	95%	179%	38%	894%	83%
Nombre de sources d'eau fournies	1,102	0	0	160	22	22
Nombre ciblé de sources d'eau	250	100	25	650	0	15
Pourcentage de couverture	441%	-	-	25%	-	-
<b>Antibiotiques</b>						
<b>Azithromycine</b>						
Traitements	292,560	2,688,061	1,915,456	447,338	816,205	2,428
Population ciblée	315,000	2,500,000	2,363,252	682,000	550,000	-
Pourcentage de couverture	93%	108%	81%	66%	148%	-
<b>Tétracycline</b>						
Traitements	15,101	0	0	80,260	142,424	45,582
Population ciblée	30,000	100,000	44,054	81,000	268,000	-
Pourcentage de couverture	50%	0%	0%	99%	54%	-
<b>Chirurgie</b>						
Chirurgies	951	2,758	5,286	1,757	32,316	3,830
Population ciblée	2,100	5,000	10,500	8,900	48,881	-
Pourcentage de couverture	45%	55%	50%	20%	66%	-

Source : Données nationales présentées lors de la revue des programmes de 2005

# Trachome

## Stratégies d'extension

suite de la page 7

- Programme étendu à tous les 18 districts des régions Northern et Upper West.
- Quarante et un groupes supplémentaires d'écoute à la radio, formés et opérationnels.

## Ethiopie

- Les woredas du programme passent à 19, desservant une population de 4 millions de personnes (22% de l'état régional d'Amhara).
- Programme sanitaire à l'école traduit en amharique et distribué ; réalisation de la formation des formateurs.

- Guide du formateur intitulé « Le rôle important des femmes dans la lutte contre le trachome » écrit en amharique et distribué pour la formation des femmes à divers niveaux.
- Formation pour le changement de comportement, la communication et la mobilisation communautaire, en collaboration avec le bureau sanitaire régional.

## Mali

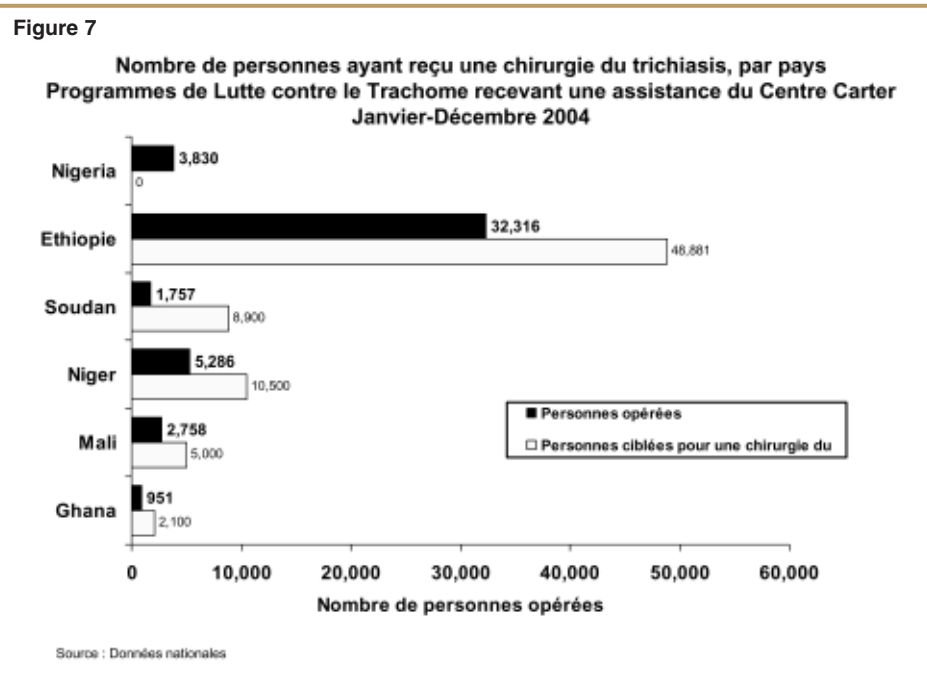
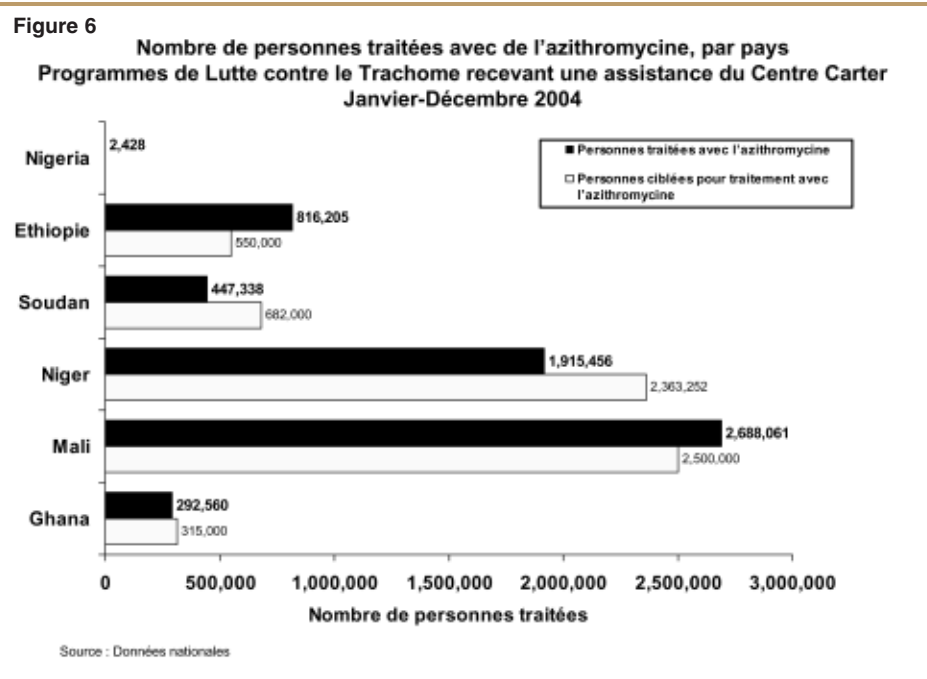
- Présentation spéciale sur la formation des volontaires villageois sur l'éducation pour la santé
- Inclusion du trachome aux programmes de l'école primaire
- Concours « villages propres » dans 26 villages, journées de mobilisation sociale dans les écoles des trois régions.

## Niger

- Formation en éducation sanitaire de 140 enseignants et volontaires communautaires.
- Nombreuses annonces radio-phoniques diffusées sur le trachome et l'hygiène.

## Nigeria

- 2 428 personnes traitées avec de l'azithromycine grâce au soutien de Sight Savers International.



Ceja Cooper

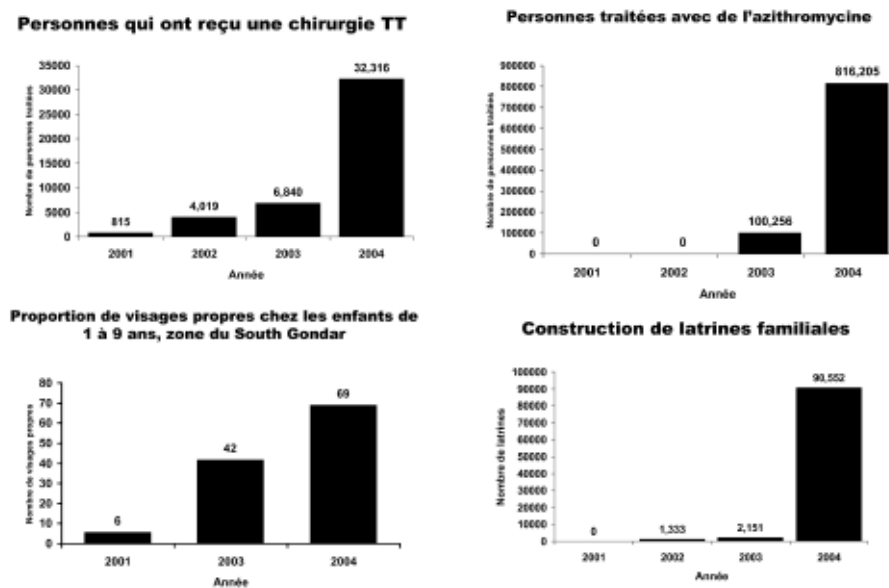
Mlle. Sonia Pelletreau, Fondation du Lions Clubs International, Docteur Paul Emerson, Centre Carter, et Docteur Peter Kilima, International Trachoma Initiative, discutent lors d'une pause à la réunion.



# Trachome

Figure 8

## Ethiopie : Stratégie CHANCE mise en œuvre par différents partenaires, 2001-2004



### Soudan/Gouvernement du Sud du Soudan

- Transition, passant de la mise en œuvre d'un programme d'une organisation non gouvernementale à une approche axée sur la communauté.

### Soudan/Gouvernement du Soudan

- Education sanitaire apportée régulièrement à 40 143 personnes.

### Tanzanie

- Lancement et diffusion d'un nouveau plan stratégique quinquennal lors de la Journée mondiale de la Vue, 2004.
- Programme étendu à une population totale de 7 millions avec pour volets, éducation pour la santé, construction de latrines et approvisionnement en eau salubre.
- Réalisation de 4 036 chirurgies du trichiasis.
- Distribution de 989 084 doses d'azithromycine.



Ceja Cooper

*Madame Dyanne Hayes, Fondation Conrad N. Hilton ; Docteur Joe Riverson, World Vision ; et Docteur Maria Hagan, Ghana Health Services, se tiennent à côté d'un panneau affichant des informations pour la revue des programmes.*

### Maroc

- Le programme couvre 680 000 personnes avec tous les volets de CHANCE.
- L'enquête de 2004 a indiqué une diminution de la prévalence du trachome, permettant ainsi de fixer de nouveaux buts finals d'intervention.

## La distribution d'azithromycine augmente au Soudan, 2000-2004

En 2000, le programme de lutte contre le trachome du Soudan a mis en œuvre tous les volets de la stratégie CHANCE. Cette même année, plus de 12 000 personnes ont été traitées avec l'azithromycine, 78% de la population concernée à cette époque. De 2000 à 2004, on note un accroissement régulier du nombre de personnes ciblées pour le traitement antibiotique sur l'ensemble du Soudan. Pendant la même période, un total de 1 068 703 traitements avec du Zithromax® donné par Pfizer ont été distribués au Soudan. Cet accomplissement notable dans la distribution d'azithromycine a été possible grâce à la collaboration entre le programme de lutte contre le trachome du Soudan et ses partenaires locaux et internationaux, par l'entremise de l'Initiative SightFirst du Lions-Centre Carter.

En 2004, malgré une insécurité toujours existante au Sud du Soudan, le Centre Carter, en collaboration avec des organismes des Nations Unies et des organisations internationales non gouvernementales, a apporté un traitement d'azithromycine à 180 708 personnes dans neuf districts : Katigiri, Keew, Kiech Kuon, Lankien, Oriny, Padak, Paluer, Tali et Boma. De même, 266 630 personnes ont été traitées avec de l'azithromycine dans les régions du Gouvernement du Soudan cette même année. Cette réussite, aussi bien dans les régions soutenues par le gouvernement qu'au Sud du pays, témoigne bien de tous les efforts déployés malgré la situation de conflit et d'insécurité.

La perspective d'une meilleure distribution d'azithromycine à l'avenir est un des effets positifs que récolte le

suite à la page 10

# Trachome

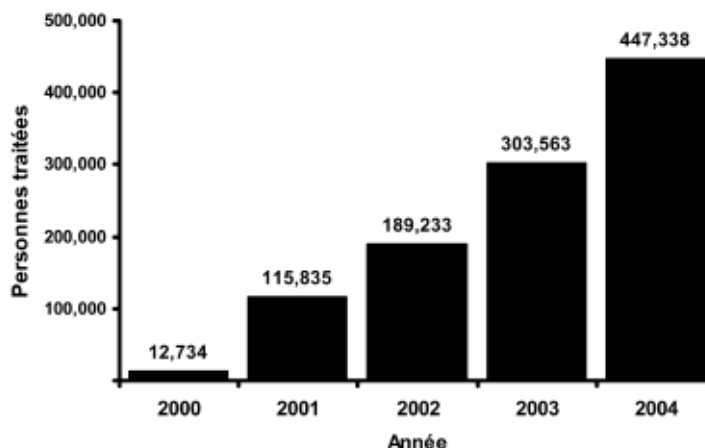
## L'azithromycine

suite de la page 9

programme de lutte contre le trachome grâce à l'accord de paix au Soudan de janvier 2005. La mise en œuvre réussie du volet antibiotiques (A) de la stratégie CHANCE a encouragé les programmes au Soudan à planifier les mêmes progrès pour les volets CH, N et CE dans la nouvelle période d'après-guerre. L'objectif annuel d'intervention pour 2005 en ce qui concerne la distribution d'azithromycine sur l'ensemble du Soudan s'élève à pratiquement un million de doses. La Figure 9 indique le nombre de personnes traitées avec de l'azithromycine au Soudan, de 2000 à 2004.

Figure 9

### Personnes traitées avec de l'azithromycine au Soudan, 2000-2004



## Le visage humain du programme de lutte contre le trachome

Paul Emerson a rencontré Memunatu Alhassan dans le village de Botingli, au Nord du Ghana. Elle participe activement au club d'écoute radiophonique de son village et souvent, prend la parole dans ces émissions. Le Centre Carter soutient la réalisation d'émissions sur le trachome, paye pour le temps de diffusion et a distribué 250 radios Freeplay aux clubs d'écoute radiophonique.

« J'étais l'un des membres fondateurs du club d'écoute radiophonique dans mon village. L'agent de santé villageois nous a dit que le club devait avoir moitié femmes et moitié hommes, alors je me suis portée volontaire. Nous nous rencontrons tous les dimanches soirs, une fois que nous avons terminé nos tâches ménagères, pour écouter l'émission à Radio Savannah. L'émission sur le trachome dure une demi-heure et après, généralement, nous restons ensemble pour discuter du message et voir comment il nous concerne. »

« La radio nous a été offerte par le Centre Carter. Elle n'a pas besoin de piles ; nous l'actionnons en remontant la poignée ou en utilisant le panneau



Memunatu Alhassan

solaire. Ce type de radio est mieux que le premier car on peut sortir le panneau solaire et charger la radio par des fils électriques. L'ancienne avait le panneau en haut et quand les piles étaient chargées, l'appareil chauffait et le boîtier s'est finalement cassé. »

« Les émissions sont très divertissantes car elles sont diffusées dans notre langue locale et nous nous sentons proches des gens dont on parle.

C'est bien pour cela que j'ai pensé que je pouvais écrire quand ils nous l'ont demandé. J'ai donné ma lettre à une voisine qui l'a emmenée à Tamale et qui l'a donnée à un ami qui passe à la station radiophonique. Il a donné ma lettre aux gens de la radio. Je suis contente que ma lettre soit arrivée car, quelques semaines plus tard, l'homme de la station radiophonique est venu ici, dans notre village, avec son micro et son magnétophone. J'ai été interviewée et je suis passée dans une des émissions. »

**« Est-ce que je pense que je suis un agent de santé ? Non, pas vraiment, mais j'ai été très contente quand j'ai entendu ma voix à la radio ! »**

« Oui, j'étais nerveuse quand cette émission est passée ! Les autres m'ont félicitée et mon mari était fier. La discussion, ce soir-là, a été très agréable. Depuis, j'ai participé à plusieurs de leurs émissions. Je chante des chansons traditionnelles et je répète certains des messages que nous communique l'agent de santé.

« Est-ce que je pense que je suis un agent de santé ? Non, pas vraiment, mais j'ai été très contente quand j'ai entendu ma voix à la radio ! »

## Références pour le trachome

Burton MJ, Bowman RJ, Faal H, Aryee EA, Ikumapayi UN, Alexander ND, Adegbola RA, West SK, Mabey DC, Foster A, Johnson GJ, Bailey RL. "Long term outcome of trichiasis surgery in the Gambia." *Br J Ophthalmol*. 2005 May; 89(5): 575-9.

Burton MJ, Holland MJ, Makalo P, Aryee EA, Alexander ND, Sillah A, Faal H, West SK, Foster A, Johnson GJ, Mabey DC, Bailey RL. "Re-emergence of Chlamydia trachomatis infection after mass antibiotic treatment of a trachoma-endemic Gambian community: a longitudinal study." *Lancet*. 2005 Apr; 365(9467):1321-8.

Courtright P. "Contribution of Sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma." *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov; 10(11):2012-6.

Ejere H, Alhassan MB, Rabiu M. "Face washing promotion for preventing active trachoma." *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (3):CD003659. Review.

Katararwa MN and Richards Jr FO. "Community-directed health (CDH) workers enhance the performance and sustainability of CDH programmes: experience from ivermectin distribution in Uganda." *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, Vol. 95, No. 3, 275-286 (2001).

Mariotti SP. "New steps toward eliminating blinding trachoma." *N Engl J Med*. 2004 Nov 4; 351(19): 2004-7.

Polack SR, Solomon AW, Alexander ND, Massae PA, Safari S, Shao JF, Foster A, Mabey DC. "The household distribution of trachoma in a Tanzanian village: an application of GIS to the study of

trachoma." *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2005 Mar; 99(3):218-25.

Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, Mariotti SP. "Global data on visual impairment in the year 2002." *Bull World Health Organ*. 2004 Nov; 82(11):844-51.

West ES, Mkocho H, Munoz B, Mabey D, Foster A, Bailey R, West SK. "Risk factors for postsurgical trichiasis recurrence in a trachoma-endemic area." *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005 Feb; 46(2):447-53.

West S, Nguyen MP, Mkocho H, Holdsworth G, Ngirwamungu E, Kilima P, Munoz B. "Gender equity and trichiasis surgery in the Vietnam and Tanzania national trachoma control programmes." *Br J Ophthalmol*. 2004 Nov; 88(11): 1368-71.

## Espoir pour les hommes souffrant d'hydrocèle grâce à la chirurgie

Dans la lutte contre la filariose lymphatique, il ne s'agit pas simplement de mettre fin à la transmission mais aussi de réduire les manifestations de la maladie. Le Centre Carter, travaillant en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé fédéral nigérian et les Ministères de la Santé des états du Plateau et de Nasarawa, a mis au point un traitement allégeant les souffrances liées à l'hydrocèle, accumulation de larges quantités de liquide séreux dans le scrotum. Une enquête du Ministère de la Santé/Centre Carter, réalisée dans ces états en 1999, constate que 13% des 4 320 hommes qui ont été examinés (557) souffraient d'hydrocèle. La campagne d'hydrocéléctomie a démarré une fois décidé qu'une chirurgie devait être proposée aux hommes dépistés dans cette enquête.

Le Docteur Gail Thomas, chirurgien et consultante auprès du Centre Carter, apporte, depuis 2001, une assistance technique aux chirurgiens du Nigeria, les aidant à planifier et à exécuter en toute sécurité ce programme chirurgical. Une correction chirurgicale est faite de l'hydrocèle en utilisant la technique d'éversion employée le plus couramment par les chirurgiens et les praticiens au Nigeria. Tous les patients des villages enquêtés dans les états du Plateau et de Nasarawa peuvent être opérés si on juge que la chirurgie est indiquée pour eux. Ces hommes et leur village reçoivent également un traitement annuel de masse à base de Mectizan et d'albendazole.

Généralement, au Nigeria, la chirurgie de l'hydrocèle est faite dans les hôpitaux des villages plus importants lors des « journées de

chirurgie massive de l'hydrocèle. » Tout le personnel, l'équipement et toutes les fournitures sont rassemblés pendant trois à cinq jours pour les chirurgies de l'hydrocèle. Les patients sont admis, examinés et subissent l'intervention de 20 à 30 minutes pour évacuer les liquides et prévenir la réaccumulation. On cherche également à trouver les patients des mois après leur opération pour évaluer l'évolution post-opération. Jusqu'à présent, plus de 200 patients ont bénéficié d'une correction chirurgicale de leur hydrocèle. En général, les patients se remettent très bien et la récurrence est extrêmement rare. Les chirurgies sont très appréciées et le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique espère pouvoir continuer à organiser des journées de chirurgie de l'hydrocèle dans les états du Plateau et de Nasarawa.

## Retour de Richards Katarbarwa reçoit le prix Sheth

Frank O. Richards Jr., M.D., s'est joint à nouveau au Centre Carter le 1er mars 2005, après avoir quitté les Centers for Disease Control and Prevention. Il est de retour en tant que directeur technique pour le Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières, le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique et le Programme de Lutte contre la Schistosomiase. Le Docteur Richards a été détaché des CDC au Centre en 1996, avec le lancement du Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières et a fait office de directeur technique jusqu'en 2002.

Le Docteur Moses Katarbarwa, Épidémiologiste de programme pour les Programmes de Lutte contre la Cécité des Rivières, d'Élimination de la Filariose lymphatique et de Lutte contre la Schistosomiase du Centre Carter et diplômé de l'École de Santé Publique Rollins de l'Université Emory, a reçu le Prix Sheth des anciens élèves internationaux distingués de la part du Président James Wagner, lors d'un dîner spécial, le 30 mars 2005. Le prix reconnaissait les anciens élèves internationaux d'Emory qui avaient atteint une certaine notoriété dans les universités, les gouvernements, les

secteurs privés ou les organisations non gouvernementales. Le Docteur Katarbarwa a été le directeur de pays pour le bureau de l'Ouganda du Centre Carter pendant les années 1996-2003.



*Moses Katarbarwa (sur la gauche) reçoit le Prix Sheth des anciens élèves internationaux distingués de la part du Président James Wagner de l'Université Emory.*

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

THE  
CARTER CENTER



Centre Carter  
One Copenhill  
453 Freedom Parkway  
Atlanta, GA 30307

Pour des informations à jour du Centre Carter,  
prière de visiter notre site Web : [www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org).