



IACO 2008 : Deux Centres au Guatemala et au Mexique cessent le traitement

Le Mexique et le Guatemala ont convenu d'arrêter les traitements à base de Mectizan® pour l'onchocercose dans deux foyers, lors de la 18ème conférence annuelle sur l'onchocercose (IACO) qui s'est tenue du 12 au 14 novembre 2008 à Oaxaca, au Mexique. L'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) a également annoncé une résolution du Conseil Directeur (CD48.R12) sur l'interruption de la transmission de l'onchocercose dans la région d'ici 2012.

«L'initiative régionale repose sur une stratégie de traitement à base de Mectizan administrée deux fois par an,

pour les Amériques (OEPA). «Il est vital d'encourager les pays d'endémicité à accorder la priorité au traitement et à la prévention de l'onchocercose. Grâce à la volonté politique affirmée que suscite cette nouvelle résolution de l'OPS, et de pair avec tous les efforts et dévouements de ceux qui combattent la maladie, il sera



M. Hatch

Représentants des Lions Clubs locaux qui ont assisté à la réunion IACO. A l'arrière : Ramiro Peña Constante, Katheryn Cabrera Coello, et Dr Florencio Cabrera Coello. A l'avant : Margarita Peña Constante, Alfonso Barahona Herrarte, Kristen Eckert, Dr Libardo Bastidas Passos, Dr Ricardo Araujo Gurgel, et Vania Araujo Gurgel.

possible, dans les années à venir, pour toute une nouvelle génération, de grandir sans connaître les problèmes de vision, ou

suite à la page 2

Dans ce numéro

Le comité ougandais sur l'élimination de l'onchocercose. 3

En mémoire d'Abudulahi Oyabure Abu . 4

Débat sur les crises épileptiques liées à l'onchocercose 5

Examen de l'élimination à Abu Hamad au Soudan 6

Première semaine de Maltra en Ethiopie. 8

Expansion des programmes au Niger et au Mali 10

Responsables de terrain du trachome au Ghana 11

et vise à dépasser une couverture de 85% de toutes les personnes concernées tous les six mois», nous indique le Dr Mauricio Sauerbrey, directeur du programme d'Elimination de l'Onchocercose

Les enquêtes sur la prévalence au Ghana font état de la réussite de programmes de lutte contre le trachome

Depuis 2001, le Ministère de Santé du Ghana a mis en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions Upper West et Northern du pays où le trachome est endémique, grâce à l'assistance de l'Initiative Internationale du Trachome, du Centre Carter et de Pfizer, Inc. Fin 2007 et début 2008,

l'impact du programme a été évalué par l'intermédiaire d'enquêtes rigoureuses du point de vue épidémiologique, dans chacun des 18 districts d'endémicité. Dans le cadre de chaque enquête, tous les membres des ménages retenus dans l'échantillon, ont fait l'objet d'un

suite à la page 7

THE
CARTER CENTER



L'onchocercose

IACO

suite de la page 1

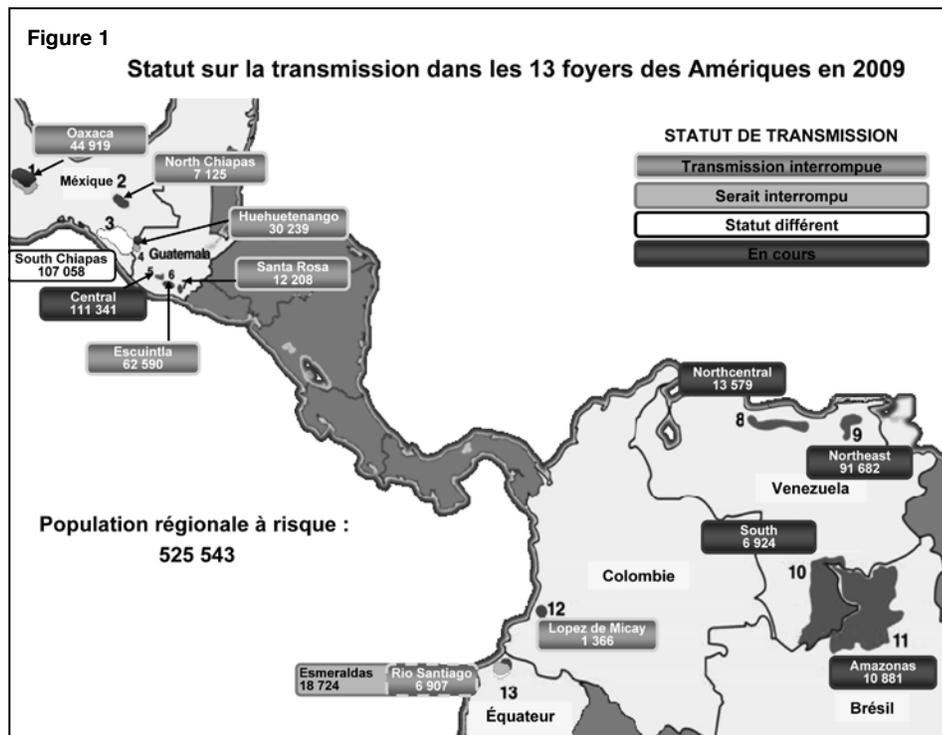
la cécité provenant de cette maladie, sans qu'il faille des traitements supplémentaires à base de Mectizan».

Les comptes rendus provisoires sur les traitements à base de Mectizan de 2008 (jusqu'en septembre 2008) présentés lors de la réunion, font état d'un total de 567 612 traitements à base de Mectizan. La couverture, lors de la première série de traitement est indiquée à hauteur de 92% de la population concernée (364 890) ; la seconde série de traitement pour 2008 n'était pas achevée avant la réunion.

Jusqu'à présent, le programme a cessé le traitement dans six des treize foyers, plus un sous foyer en Equateur (voir Figure 1).

Santa Rosa, Guatemala (Foyer 7) était la première région d'endémicité dans les Amériques, qui a mis fin à la transmission de l'onchocercose et a arrêté les traitements à base de Mectizan en 2007. En 2008, est venu s'y joindre Lopez de Micay, Colombie (Foyer 12, le seul dans ce pays), North Chiapas, Mexique (Foyer 2), Escuintla, Guatemala (Foyer 6) et le sous foyer de Rio Santiago à Esmeraldas, Equateur (Foyer 13). Lors de la conférence IACO 2008, les ministères de la santé du Mexique et du Guatemala ont ajouté Oaxaca (Foyer 1) et Huehuetenango (Foyer 4), respectivement, à la liste précédente. La réunion s'est tenue à Oaxaca et a suscité un vif enthousiasme local relaté par les journaux locaux. Tous les foyers doivent déployer une surveillance post-traitement pour veiller à toute réapparition de l'onchocercose pendant trois mois au moins après que les traitements à base de Mectizan ont été arrêtés.

«Nous avons les connaissances et la capacité d'éliminer la cécité des rivières de l'Hémisphère Ouest», nous indique l'ancien Président Jimmy Carter. «Si nous échouons, non seulement c'est une



grand déception pour nos voisins, mais en plus c'est une occasion ratée d'améliorer la vie dans certaines des communautés les plus pauvres du monde».

Quatre vingt dix huit personnes assistaient à la réunion, organisée par le ministère de la santé du Mexique, le programme OEPA du Centre Carter et l'OPS, avec un soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Internationale des Lions Clubs et de Merck & Co., Inc. Un certain nombre de hauts responsables du gouvernement Mexicain ont assisté aux cérémonies d'ouverture, notamment Ulises Ruiz Ortiz, gouverneur de l'Etat d'Oaxaca ; le Dr Jose Angel Cordova Villalobos, ministre de la santé du Mexique, le Dr Carlos Alvarez Lucas, directeur général adjoint des programmes de prévention au Mexique ; le Dr Martín Vasquez Villanueva, secrétaire de la santé de l'Etat d'Oaxaca ; et le Dr Humberto Montiel, OPS du Mexique.

Assistent également à la réunion les directeurs des six programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose du

Brésil, de la Colombie, de l'Equateur et du Guatemala, du Mexique et du Venezuela, des représentants des Lions Clubs locaux de cinq des six pays (voir photo à la page 1), le Dr Steven Ault, conseiller régional sur les maladies transmissibles pour l'OPS-Washington ; Ken Gustavsen, représentant Merck & Cie., Inc., qui fait don du Mectizan ; le Dr Ed Cupp, président du comité de coordination de programme OEPA ; le Dr Julie Jacobson du Programme de Santé Global de la Fondation Bill et Melinda Gates ; le Dr Adrian Hopkins du Programme de don du Mectizan, et le Dr Mark Eberhard, directeur de la Division des Maladies Parasitaires des Centers for Disease Control and Prevention des USA. Presque 25 agents de terrain Mexicains intervenant dans le cadre du programme d'élimination de l'onchocercose se sont joints au groupe, partageant leur expérience de terrain, notamment leur version spéciale d'éducation sanitaire utilisée pour susciter enthousiasme et engagement de la communauté face au traitement à base de Mectizan.

Le Comité de l'Ouganda supervisera l'élimination de l'onchocercose

Le Ministère de la Santé de l'Ouganda a mis sur pied un comité consultatif technique au niveau international devant vérifier que les efforts récents faits par le gouvernement pour éliminer l'onchocercose sont exécutés rigoureusement et sont appuyés par de bonnes données scientifiques. L'Ouganda a adopté la politique d'élimination le 31 janvier 2007. Appelé le Comité Ougandais d'Élimination de l'Onchocercose (UOEC), le nouveau comité a tenu sa première réunion du

11 au 12 août 2008, avec le soutien du Centre Carter.

Les termes de référence pour l'UOEC s'inspirent de l'expérience du comité directeur du Programme d'Élimination de l'Onchocercose pour les Amériques. Les responsabilités de l'UOEC demandent notamment un examen attentif des comptes rendus des activités programmatiques pour chaque foyer où la maladie doit être éliminée (voir Tableau 1) ; le comité guidera le Ministère de la Santé à propos d'activités de suivi et d'évaluation

se rapportant spécifiquement aux divers foyers, ainsi que sur les activités de certification, et il fera des recommandations sur les activités devant être réalisées en priorité pour atteindre les buts nationaux. L'UOEC servira également de forum permettant aux partenaires du programme de discuter des principales questions relevant de l'initiative nationale. L'UOEC est composé de dix membres ayant droit de vote : quatre membres en général ; un membre du Ministère de la Santé ; deux membres de district ; et un membre du Centre Carter, un membre de Sight Savers International, et un membre du Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC). De plus, le

suite à la page 4

Tableau 1 Classification de l'élimination des 19 foyers d'onchocercose en Ouganda, en fonction de la réunion de l'UOEC, août 2008

Classification de l'onchocercose	Foyers	Districts
Éliminée	Victoria	Jinja, Mukono, Kamuli, Mayuge, Kayunga
Transmission interrompue	Itwara	Kabarole, Kyenjonjo
	Imaramagambo	Bushenyi
	Mpamba-Nkusi	Kibaale
	Wadelai	Nebbi
Mise en œuvre de la politique d'élimination, mais transmission continue	Budongo	Bulisa, Hoima, Masindi
	Kashoya-Kitomi	Bushenyi, Ibanda, Kamwenge
	Kigezi-Bwindi	Kabale, Kanungu, Kisoro
	Mt. Elgon	Bududa, Manafua, Mbale, Sironko
Les activités de lutte sont déployées mais avec plus d'informations épidémiologiques, il est peut-être possible de mettre en œuvre la politique d'élimination	Wambabya-Rwamarongo	Hoima
	Bondo	Arua
	Lubilia	Kasese
	Maracha-Terego	Maracha-Terego
	Nyamugasani	Kasese
	Obongi	Moyo
Pas beaucoup d'information, problème de sécurité et/ou déplacement inter frontalier dans le Soudan du Sud ou dans la République Démocratique du Congo. Actuellement faible priorité pour mettre en œuvre la politique d'élimination	Okoro	Nebbi
	Madi	Adjumani, Moyo
	West Nile	Arua, Koboko, Nebbi, Yumbe
	Mid North	Amuru, Gulu, Kitgum, Oyam, Pader

L'onchocercose

suite de la page 3

Ministère de la Santé et le Centre Carter ont fourni deux co-secrétaires, sans droit de vote, au comité. Le représentant Ougandais de l'Organisation Mondiale de la Santé et les Lions Clubs de l'Ouganda ont statut d'observateur auprès du comité. La réunion inaugurale de l'UOEC qui s'est tenue à l'Hôtel Impérial Royal à Kampala, a été organisée par le Dr DKW Lwamafa, commissionnaire des services de santé du Département de la Lutte Nationale Contre les Maladies. Après avoir vu les services de référence, la réunion a élu son président. Le Dr Frank Walsh, membre du comité et éminent entomologiste médical, a été élu à l'unanimité par les membres du comité.

Ensuite, le comité a passé en revue les rapports du Ministère de la Santé provenant des six foyers où la maladie doit être éliminée, par l'intermédiaire d'un traitement semi annuel à base d'ivermectine et de l'élimination du vecteur lorsque c'est possible ou encore par lutte ciblée contre le vecteur, à savoir : Budongo, Bwindi, Kashya-Kitomi, Mt. Elgon, Wadelai, et Wambabya-Rwamarongo. Le comité a également pris connaissance de présentation des foyers d'Itwara et de Mpamba-Nkusi où l'élimination du vecteur soutenu par la GTZ (organisation d'assistance technique de l'Allemagne) et l'APOC, de pair avec un traitement annuel à base d'ivermectine, semble avoir réussi à interrompre la transmission de l'onchocercose.

Les comptes rendus montrent que la couverture de traitement d'ivermectine deux fois par an, a effectivement réussi à atteindre 90% du but de traitement final lors de chaque série en 2007 et pendant la première moitié de 2008. Les principales recommandations étaient les suivantes : (a) faire passer les foyers de Wadelai et d'Imaramagambo au statut de «transmission interrompue» car dans les deux cas, il existe de bonnes preuves



Participants à la réunion du Comité Ougandais d'Élimination de l'Onchocercose dans Kampala, Ouganda, du 11 au 12 août 2008.

montrant que la transmission a cessé en l'absence d'application de larvicide et (b) obtenir avec urgence des données entomologiques et épidémiologiques à jour, pour 2007–2008 d'Itwara, Mpamba-Nkusi, Wadelai, et

Imaramagambo, afin de faire une recommandation éventuelle lors de la prochaine réunion de l'UOEC en 2009 pour l'arrêt d'interventions dans certains, voire dans tous ces foyers.

A la mémoire de **Abudulahi Oyabure Abu**

C'est avec une grande tristesse que le Centre Carter a appris le décès d'Abudulahi Oyabure Abu, responsable du projet de lutte contre l'onchocercose pour l'état d'Edo au Nigéria. Abu a servi l'état d'Edo et le Centre Carter en tant que membre de l'équipe de lutte contre l'onchocercose, de 1993 à 1996. Il est devenu ensuite le responsable au niveau état de ce projet et a contribué, de manière notable, à la réussite du Programme de Traitement à base d'Ivermectine dans l'état d'Edo (CDTI). Alors qu'il était responsable de ce programme, l'état d'Edo a accompli un total cumulatif de 6 527 876 traite-

ments à base de Mectizan. Les efforts de plaidoyer de Monsieur Abu ont encouragé de nombreux représentants officiels, tant au niveau état et local, à accorder des crédits budgétaires importants au programme CDTI. Le Centre Carter exprime toute sa sympathie à toute sa famille, à ses collègues, au Ministère de la Santé d'Edo, et au projet Edo/Delta du Centre Carter pour la perte d'un ami cher et un formidable guerrier contre l'onchocercose.

(Le Dr Emmanuel Emukah, directeur des programmes du sud et au Nigeria, nous a transmis cette information).

La revue traite des convulsions épileptiques liées à l'onchocercose

L'épidémiologiste du Centre Carter, le Dr Moses Katarbarwa et ses collègues remettent en question la notion selon laquelle l'onchocercose est une cause d'épilepsie. En effet, la question a été débattue dans un bref compte rendu d'une étude Ougandaise qui a été publiée dans la revue of the American Journal Tropical Medicine and Hygiene, numéro d'octobre 2008 (AJTMH) (Katarbarwa et al., Est-ce que la neurocysticercose pourrait être la cause des convulsions épileptiques imputables à l'onchocercose ? 2008 ; 78 : 400-1)

«Si l'onchocercose était de fait la cause de l'épilepsie» écrit le Dr Katarbarwa dans sa réponse, «alors pourquoi ce problème persiste-t-il dans des régions où la maladie est parfaitement endiguée [onchocercose] ?

En 2005, le programme de lutte contre la cécité des rivières, soutenu par le Centre Carter, a réalisé une enquête sur la prévalence dans quatre communautés sentinelles du district de Moyo dans le nord ouest de l'Ouganda, après douze années de traitement de masse à base d'ivermectine. Vingt et une nodules ont été excisées, sectionnées et colorées pour évaluer la présence et la vitalité des vers *O. volvulus*. Les auteurs ont été surpris de trouver que sept (33,3%) de ces nodules étaient de fait des kystes de *Taenia solium*. Une enquête analogue, dans le district de Kanungu, au sud ouest de l'Ouganda a révélé que quatre des six personnes avec des nodules, avaient une cysticercose sub-cutanée. Des cas de con-

vulsion épileptiques ont été signalés dans certains des villages sentinelles et dans d'autres communautés où l'onchocercose est endémique dans ces districts. Le rapport a suscité un échange animé dans le numéro suivant d'AJTMH, entre le Dr Katarbarwa et le Dr Cristoph Kaiser (2008 ; 79 : 643-5). Le Dr Kaiser part du principe que l'association entre l'onchocercose et l'épilepsie repose sur des corrélations associatives positives venant d'études répétées, faites ces 15 dernières années, et dont un grand nombre se base non pas sur les taux de nodules, mais sur la présence du microfilaire dans les biopsies de peau.

Dans sa réponse, le Dr Katarbarwa fait état d'un déplacement qu'il avait fait en août 2008 avec une équipe sanitaire



M. Katarbarwa

Des écoliers ougandais viennent saluer les agents de santé de la lutte contre l'onchocercose qui examinent l'eau d'une rivière dans une région d'endémicité

de l'Ouganda, dans un village à l'ouest de ce pays où 70 personnes indiquant qu'elles étaient épileptiques, sont venues dans un espoir désespéré, demander une assistance médicale pour leur état. Cette communauté recevait depuis plus

de dix ans un traitement de masse à base d'ivermectine pour l'onchocercose avec une couverture de traitement dépassant 65%. Par ailleurs, des données des communautés sentinelles montraient une très faible prévalence du microfilaire actuellement chez les enfants, suite au traitement annuel à base d'ivermectine (Katarbarwa et al, Trop Med Int Health 2008 ; 13 : 1-8). Et pourtant, dans le village qu'il avait visité, un grand nombre de ces personnes souffrant d'épilepsie étaient des enfants de moins de dix ans nés après le début du traitement de masse pour l'onchocercose.

«Si l'onchocercose était effectivement la cause d'épilepsie» écrit le Dr Katarbarwa dans sa réponse, «alors pourquoi le problème persiste-t-il dans des régions où la maladie est parfaitement endiguée» ? Les résultats montrant que l'épilepsie persiste une fois éliminée l'onchocercose comme problème de

santé publique, mettent encore davantage en doute cette association. Tous les auteurs qui la contestent sont pourtant d'accord qu'il faut reconnaître la cysticercose *T. solium* comme un grave problème de santé publique qui doit être traité en Afrique. Des secours devraient être donnés aux communautés touchées pour cette maladie évitable.

Note de la rédaction :

L'équipe Spéciale Internationale pour l'Eradication des Maladies, qui s'est rencontrée au Centre Carter en 1992, incluait la Taeniasis/cysticercose comme l'une des six affections pouvant être éradiquée dans ce monde.

L'onchocercose

La Revue du Programme Soudanais traite de l'élimination à Abu Hamad

La première revue du Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières du secteur nord au Soudan s'est tenue le 7 juillet 2008 à Khartoum. Trente neuf participants étaient présents, venant de tous les états où l'on sait que la maladie est endémique, ainsi que les partenaires du programme, plusieurs laboratoires de Khartoum et des universités internationales (notamment l'Université de l'Etat du Michigan et l'Université de la Floride du Sud). L'honorable Ministre de la Santé au niveau Fédéral, le Dr Tabita Shokai a ouvert la réunion en montrant sa reconnaissance pour le soutien fiable donné par le Centre Carter et les Lions Clubs au Ministère Fédéral de la Santé. Le Dr Sarah Carter, petite fille de l'ancien Président Américain et de Madame Jimmy Carter, était une invitée spéciale.

La réunion, soutenue par la Fondation Internationale des Lions Clubs/SightFirst (LCIF), était présidée par le Dr Kamal Hashim, directeur de la prévention de la cécité au sein du Ministère de la Santé. Divers thèmes

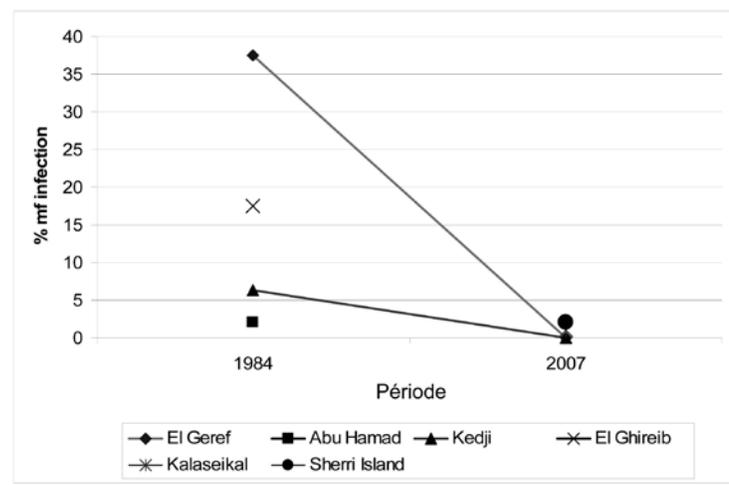
ont été débattus dont les traitements à base de Mectizan® et la couverture de traitement, l'éducation sanitaire et l'engagement communautaire dans le processus de distribution par le biais du système familial ainsi que la formation et l'équipement du personnel. Une grande partie de la discussion s'est concentrée sur l'effort d'élimination de l'onchocercose à Abu Hamad. En février 2006, le gouvernement Soudanais avait demandé au Centre Carter/LCIF de venir se joindre à un programme d'élimination de l'onchocercose basé sur les traitements semi annuels lorsque l'activité semblait faisable sous l'angle technique. Abu Hamad est la première cible de cette initiative. On a noté lors de la réunion que le foyer d'Abu Hamad avait fait des progrès impressionnants en ce qui concerne la diminution de la prévalence du microfilaire, si l'on compare aux données initiales publiées en 1984, montrant bien que l'on se dirige vers l'élimination de l'onchocercose dans

cette région (voir Figure2).

Un certain nombre de défis ont été relevés : renforcer les activités de terrain pour soutenir des traitements prodigués deux fois par an et pour apporter une formation portant sur les tests PCR et ELISA, afin de traiter les spécimens restant de mouches noires et de sérum. En effet, ces tests sont nécessaires pour évaluer les progrès faits en vue d'éliminer la maladie. La construction du barrage de Merowe fait peser une grave menace sur les activités d'Abu Hamad. Lorsque ce barrage sera achevé, les inondations et de déplacements de certaines communautés d'endémicité compliqueront les travaux de terrain. Ces populations font l'objet d'un suivi jusqu'à leur endroit de réinstallation, de sorte à pouvoir continuer les traitements. La réunion s'est terminée par des recommandations clés qui aideront le programme dans le nord du Soudan à progresser vers une lutte réussie contre l'onchocercose et, si possible vers l'élimination de cette maladie.

Figure 2

Diminuer la positivité des biopsies de peau dans l'activité d'élimination d'Abu Hamad au nord du Soudan



Personnes présentes à la revue du programme : (debout de gauche à droite) Craig Withers du Centre Carter d'Atlanta ; Dr Nabil Aziz du Centre Carter du Soudan ; Dr Sarah Carter, Dr El Khier Khalfalla des Lions Clubs, Dr Frank Richards du Centre Carter d'Atlanta, Drs Tong Malek du Ministère et Kamal Osman du Ministère de la Santé du Soudan, et (à l'avant) Dr Moses Katarbarwa du Centre Carter d'Atlanta.

Trachome

Trachome

suite de la page 1

examen pour détecter les signes cliniques du trachome, pour un total de 74 225 personnes de 12 679 ménages. Selon les directives actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le trachome actif (mesuré comme étant la prévalence du trachome folliculaire, TF, chez les enfants de 1 à 9 ans) ne relève pas d'un problème de santé public lorsque TF est inférieur à 5%. Dans cette enquête, la prévalence totale de TF était tout juste de 0,84% (intervalle de confiance de 95% de 0,63 à 1,05%).

Le trachome actif a reculé dans tous les districts par rapport aux enquêtes initiales (voir Figure 3). La prévalence générale du trichiasis (TT) chez les adultes âgés de 15 ans et plus était de 0,31% (intervalle de confiance de 95% de 0,24 à 0,38%), inférieure donc au seuil de 1% indiquant que la couverture chirurgicale active dans la communauté n'est plus nécessaire. A partir de cette information, nous pouvons estimer que 4 950 personnes au Ghana ont un TT qui n'a pas été opéré. Intéressant de noter que la majorité des patients du TT sont des femmes (3 534) et les hommes âgés de plus de 60 ans (3 594 cas), voulant dire que le programme doit déterminer comment atteindre la population de femmes plus âgées pour les opérer. Le Ghana n'a pas encore atteint le but d'intervention final de moins d'un cas de TT chez 1 000 personnes et doit démontrer qu'il est capable de dépister et de prendre en charge des cas — incidents ou cas récidivants, par le biais des services routiniers de soins

oculaires, avant d'obtenir la certification de l'élimination.

Le Ghana a réalisé avec succès des activités visant à éliminer le trachome cécitant dans toutes les régions d'endémicité du pays et, c'est donc un exemple dans l'alliance globale de l'OMS pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'année 2020. Au vu du faible niveau actuel de trachome actif, il n'est plus nécessaire de distribuer des antibiotiques, conformément aux directives de l'OMS, et le Programme National de Lutte contre le Trachome a l'intention de concentrer ses efforts sur une éducation sanitaire et sur la chirurgie des cas de TT restants.

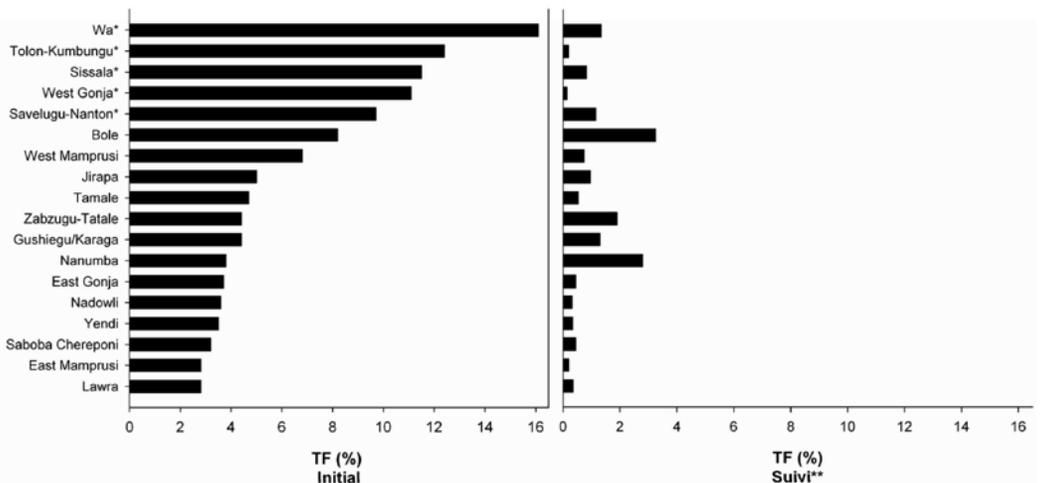
Il faudra réévaluer la prévalence du trachome au Ghana dans trois ans, bien qu'il faille commencer de suite le processus pour entrer dans la phase de pré certification pour l'élimination du trachome cécitant. Le Ministère de Santé du Ghana pourrait bien atteindre

sa date cible d'élimination d'ici l'année 2010, devenant ainsi le premier pays de l'Afrique Subsaharienne qui aura démontré que le trachome cécitant peut effectivement être éliminé dans le cadre d'un partenariat multisectoriel, soutenu par le gouvernement, les organisations non gouvernementales et les partenaires privés.

Le Ghana a réalisé avec succès des activités visant à éliminer le trachome cécitant dans toutes les régions d'endémicité du pays, et devient donc un exemple à suivre dans l'Alliance Globale de l'OMS pour l'Élimination du Trachome Cécitant d'ici l'an 2020.

Figure 3

Prévalence des signes du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 5 ans dans tous les districts de la Région Northern et Upper West du Ghana 2003^a et 2008



a tel qu'indiqué par le Ministère de Santé du Ghana dans les documents inédits suivants: *Enquête sur la prévalence du trachome résultats: Régions Northern et Upper West 2000, et Enquête sur la prévalence du trachome dans les Régions Northern et Upper West 2003*
* Données initiales indiquant un TF et/ou TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans
** Prévalence du TF lors du suivi en 2008 correspond au groupe d'âge indiqué dans les enquêtes initiales

Trachome

Première semaine de Maltra en Ethiopie mobilise 13 000 agents

Le Président Ethiopien Girma Wolde Giorgis a donné la première des cinq millions de doses prévues de l'antibiotique azithromycine pour la lutte contre le trachome, dans la région d'Abaye Piccolo, le lundi 17 novembre 2008, en présence du responsable du Bureau Sanitaire Régional, du président de l'état d'Amhara, et du personnel des Lions locaux, du Centre Carter et de l'Initiative Internationale du Trachome. Ce même matin, 13 000 agents de santé, volontaires, personnels du Centre Carter et Lions de l'Ethiopie, se sont attelés à la tâche, dans tout l'ouest d'Amhara, distribuant l'antibiotique à la population entière des 135 districts, à savoir environ cinq millions de personnes.

Le 17 novembre marquait le début de la semaine de «Maltra» signifiant — combinaison de paludisme et de trachome — dont le but est de fournir une éducation sanitaire sur la prévention du trachome et du paludisme, de traiter la

population concernée avec de l'azithromycine, de faire le test des cas de fièvre pour dépister le paludisme à l'aide de tests de diagnostic rapide, et ensuite de traiter ceux dont le test est positif. On ne dispose pas encore de données préliminaires sur la couverture, mais des observations des activités faites par le Lion Teshome Gebre, le représentant du Centre Carter dans le pays ; Paul Emerson, directeur du Programme de Lutte contre Trachome du Centre Carter ; le Lauréat Mondial Lion Tebebe Y. Berhan ; et d'autres Lions de l'Ethiopie, ont indiqué que les messages de sensibilisation passés à la radio, l'utilisation d'une camionnette avec des vidéos et des activités réalisées par l'intermédiaire du service de santé, avaient atteint presque l'entière population de la zone ciblée, et que les activités de la semaine de Maltra avaient été très demandées. «La réussite phénoménale de la semaine de Maltra, témoigne bien du pouvoir du partenariat entre les Lions et le Centre Carter et de tout

P. Emerson (all photos)



Un agent de santé remet une dose d'azithromycine dans la région à l'est d'Amhara. D'après les estimations, 13 000 agents de santé volontaires ont fourni des doses de l'antibiotique pendant la semaine de Maltra.

Trachome

ce qui peut être accompli une fois qu'on travaille main dans la main», nous dit Tebebe.

Lors de l'année précédente, un temps considérable avait été consacré à la distribution d'antibiotiques et de moustiquaires, par le personnel du programme intégré de lutte contre le paludisme et le trachome dans l'état d'Amhara. La présente activité a cherché à passer moins de temps à la planification des cam-



Le Lion Lauréat Mondial le Dr Tebebe Y. Berhan s'adresse à la foule à Abaye Piccolo, en Ethiopie, lors de la cérémonie d'ouverture de la semaine de Maltra, événement intégré de sensibilisation et de traitement du paludisme et du trachome.



Frew Demeke explique aux membres communautaires comment le trachome peut mener à la cécité, pour les aider à comprendre les avantages de la prise d'azithromycine. Les séances d'éducation sanitaire parlent également de la prévention du paludisme. La mobilisation communautaire s'est faite à l'aide d'une camionnette avec des vidéos d'éducation sanitaire qui s'est déplacée partout à l'ouest d'Amhara pour se rendre dans les villages et les villes, encourageant la population à participer à la distribution d'azithromycine.

pagnes de chirurgie, à l'éducation sanitaire et à la promotion de latrines. Cherchant donc à être plus efficace, on a décidé que tous les traitements planifiés (10 millions par an) seraient réalisés lors de deux semaines de campagnes massives organisées à six mois d'intervalle : l'une à l'est de l'état et l'autre à l'ouest. Le Ministre de la Santé, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a accueilli avec enthousiasme l'idée des semaines intégrées contre le paludisme et le trachome, au même titre d'ailleurs, que le bureau sanitaire régional.

Plus de 3 000 équipes composées d'animateurs sanitaires et d'autres personnel de santé, ainsi que de trois volontaires locaux, ont été équipées chacune avec des bâtonnets de mesure, des comprimés d'azithromycine et des tests de suspension et de diagnostic rapide pour le paludisme, de moyens de traitement de choix contre le paludisme (avec un traitement combiné d'artémisinine et de chloroquine), de registres de recensement, de directives de traitement et de matériels d'éducation sanitaire. Les équipes se sont déplacées à pied dans leur village, en commençant par donner une éducation sanitaire et ensuite, des traitements dans les endroits centraux de leur village et ensuite, ils ont fait du porte-à-porte pour apporter des traitements à ceux qui ne s'étaient pas présentés.

Il ne faudrait surtout pas sous-estimer la portée de l'accomplissement de la semaine de Maltra. Pendant ce premier événement, le programme soutenu par Lions/Centre Carter, semble avoir traité plus de personnes que le résultat cumulé du programme de 2000 à 2006. Cette semaine de Maltra témoigne de la capacité d'un programme intégré pour arriver à des niveaux de couverture jamais atteints sur une période aussi courte.



Une mère donne de l'azithromycine à sa fille. Grâce au soutien de la Fondation Internationale des Lions Clubs et des Lions Ethiopiens, le Centre Carter a distribué des millions de doses d'azithromycine lors de la semaine de Maltra, en novembre dernier.

Trachome

Les programmes du Niger et du Mali s'agrandissent et incluent la Chirurgie, l'Antibiothérapie

Grâce à un don généreux de la Fondation Conrad N. Hilton, le Centre Carter a commencé à soutenir tous les quatre aspects de la stratégie CHANCE au Niger et au Mali.

Auparavant, le Centre se concentrait sur les volets Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement (N et CE).

Les programmes nationaux et leurs partenaires visent à présent le but d'élimination de 2015 et se sont donnés des plans stratégiques complets pour guider la planification du programme.

Jusqu'à la fin de 2007, les activités N&CE ont été très réussies, puisque plus de 60 000 latrines familiales ont été construites et plus de 19 000 personnes ont été formées en une éducation sanitaire dans les deux pays. Par ailleurs, les programmes nationaux ont demandé que le Centre Carter et d'autres partenaires apportent un soutien technique et financier supplémentaire pour la chirurgie et pour la distribution d'antibiotiques. Le don Hilton de cinq ans et l'assistance d'autres bailleurs de fonds permettront au Centre Carter de répondre aux besoins spécifiques des programmes nationaux sur le plan de la distribution massive d'antibiotiques et d'interventions chirurgicales tout en continuant les volets d'éducation sanitaire et la promotion de latrines. L'expansion du programme a commencé le 1er septembre 2008.

Pour arriver à une administration

massive d'antibiotiques, le Centre Carter soutient actuellement l'achat de pompage oculaire à base de tétracycline, accompagnant la distribution en masse d'azithromycine qui est soutenue par l'Initiative de l'USAID pour les Maladies Tropicales Négligées. Le Centre Carter

tion, certification, suivi et supervision des chirurgiens du trichiasis et assure par ailleurs les visites chirurgicales grâce à la fourniture de motos et de carburant. La stratégie chirurgicale consiste en des interventions dans les structures de santé et dans les camps chirurgicaux mobiles.

Des partenaires supplémentaires restent nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination pour le Niger et le Mali et pourtant, ce soutien renforcé venant de la Fondation Hilton permet actuellement au Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter d'être souple



Y. Kamissoko

Un groupe de chirurgiens nouvellement formés en matière de trichiasis est certifié par le programme national de lutte contre le trachome avec le soutien du Centre Carter.

apporte un soutien direct aux régions qui ne bénéficient pas de l'aide de l'USAID. Ce soutien coordonné par plusieurs partenaires pour la distribution d'antibiotiques permet de s'assurer que toutes les régions ciblées reçoivent un traitement.

Les interventions chirurgicales dans les deux pays cherchent avant tout à augmenter le nombre de chirurgiens formés en matière de trichiasis et à assurer la disponibilité du matériel et de l'équipement nécessaire. Le Centre Carter apporte un soutien aux programmes nationaux sur le plan forma-

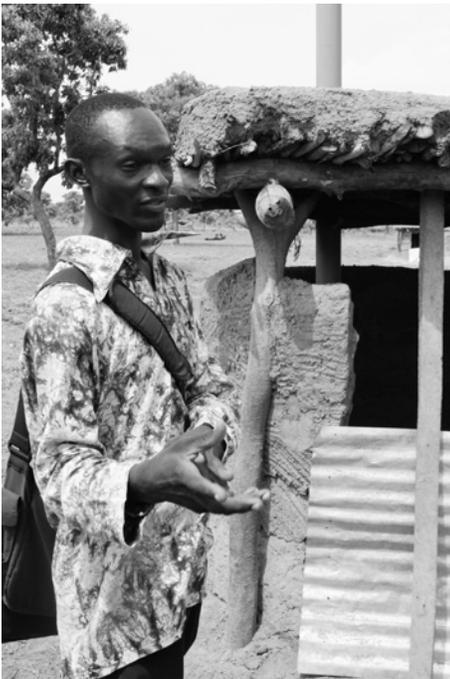
tion, dans son assistance à diverses priorités des programmes nationaux et lui permet également de soutenir la promotion des latrines et de l'éducation sanitaire. Des ateliers de planification de cinq ans se sont déroulés en novembre 2008 dans les deux pays, ce qui a permis de mobiliser des régions où le trachome est endémique ainsi que les partenaires locaux et nationaux. Les programmes nationaux et leurs partenaires visent à présent le but d'élimination de 2015 et se sont donnés des plans stratégiques complets pour guider la planification des programmes.

Trachome

Séries sur le visage humain de la lutte contre le trachome

Les responsables de terrain au Ghana apportent un changement durable dans les communautés

Le soutien du Centre Carter au Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana se concentre sur la promotion de latrines et sur l'éducation sanitaire. Des responsables de terrain du Centre Carter au Ghana jouent un rôle important au niveau de la réalisation et du suivi de ses activités et renforcent les partenariats avec les communautés d'endémicité et avec le Service de Santé du Ghana. On les trouve le



Joseph Maal-Ire Tang, (à droite) et Yakubu Yussif (à gauche) inspectent la construction des nouvelles latrines familiales.

plus souvent sur le terrain, se déplaçant sur leurs motos et travaillant main dans la main avec les communautés où le trachome est endémique, vérifiant que les travaux sont achevés correctement et efficacement. Le récit suivant relate la routine de trois responsables de terrain du Centre Carter : Nazeed Fusheini, Yakubu

Yussif et Joseph Maal-Ire Tang.

«Une journée typique pour moi commence sur ma moto, en route vers une communauté où j'aide à construire des latrines à fosse. J'aime arriver tôt le matin avant que les hommes et les femmes ne partent pour les champs où ils récoltent leurs moissons. Je rencontre le maçon de la latrine pour déterminer combien de ciment et autres fournitures ont été utilisés. Je rends également visite



L. Rotondo (all photos)

au chef du village lui demandant si les membres communautaires ont du mal avec les travaux physiques de construction de la superstructure. Avec le chef et les dirigeants communautaires, nous trouvons un moyen pour que les jeunes de la communauté aident les personnes âgées et les handicapés à construire leurs

latrines. Ensemble, nous faisons le tour des latrines nouvellement construites et nous prêtons une attention particulière aux ménages qui n'ont pas encore commencé la construction. Nous réunissons la communauté pour parler des solutions et pour voir comment chaque ménage peut arriver à posséder une latrine.

Parfois, je m'arrête à l'école primaire avec ma boîte à images pour l'éducation sanitaire. Nous avons formé les instituteurs en matière d'éducation sur le trachome mais parfois, les enfants font davantage attention lorsqu'un visiteur entre dans la salle de classe. Je parle aux enfants des nouvelles latrines familiales, leur demandant s'ils préfèrent utiliser ces latrines plutôt que d'aller dans la nature. Ce sont surtout les filles qui sont bien contentes d'avoir une latrine à fosse à domicile. Ainsi, elles se sentent en privé. Les enfants sont très fiers de parler de leurs nouvelles latrines, indiquant comment leur père a creusé la fosse et comment leur mère et sœur ont cherché l'eau et ont passé au tamis le sable pour la construction de la dalle. J'aime également leur parler de l'importance de se laver les mains et le visage pour garder le trachome à l'écart.

Sur mon chemin de retour, je m'arrête parfois au bureau de l'assemblée de district. Le président de l'assemblée du district dirige le projet de promotion des latrines. Les grandes quantités de ciment et d'autres matériaux sont gardés dans le magasin de l'assemblée de district et les produits me sont souvent remis. Mon travail est bien plus facile grâce aux partenariats que j'ai avec l'assemblée du district.

Je dois dire que le meilleur moment de la journée est celui où je rends visite à une communauté où les latrines n'étaient pratiquement pas connues auparavant et où il existe à présent une couverture sanitaire totale. Lorsque je me suis rendu pour la première fois dans cette communauté, ses habitants ne connaissaient

suite à la page 12

Trachome

Ghana

suite de la page 11

pas les latrines et n'avaient pas vraiment envie d'en entendre parler. Après nos activités d'éducation sanitaire, et une fois forgé des partenariats au niveau local, nous avons travaillé ensemble pour construire des latrines pour chaque famille et, à présent il n'est plus question de revenir en arrière. Les femmes et les enfants nous disent qu'ils ne veulent plus vivre comme avant, et les hommes sont fiers de leur travail. J'ai la conviction que mon travail dans ces communautés aura un impact durable, allant bien plus loin encore que l'élimination du trachome cécitant».

C'est le neuvième d'une série d'articles montrant le visage humain du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter. Les commentaires des personnes ne sont pas donnés mot pour mot, mais reflètent bien l'esprit de nos conversations avec les gens sur le terrain. Les auteurs ont essayé d'être fidèles au contexte, au contenu et au ton des personnes dont il



Nazeed Fusheini éduque les enfants de l'école sur l'importance de se laver le visage et les mains.

est question ici. Les activités de lutte contre le trachome du Centre Carter au Ghana sont soutenues par un don généreux de la Fondation Hilton.

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



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