

# REGARD de l'AIGLE

THE  
CARTER CENTER



Volume 16, Numéro 1

Hiver 2015

## A l'intérieur

2

Élimination de l'onchocercose en Equateur

3

Prix Mectizan pour M. Moores

4

Le Centre célèbre 200 millions de traitements

5

Le Comité de l'onchocercose en Ethiopie met au point une stratégie

7

Le Centre recherche une plus grande efficacité de CHANCE

8

Statistiques sous forme graphique décrivant la charge du trachome

10

Chirurgien du trachome nommé responsable du programme, Dr Nash joint les rangs du programme de lutte contre le trachome

11

Enquête montre que 600 000 nigériens sont exempts de la FL

12

Le Centre Carter souhaite la bienvenue à la nouvelle PDG

## IACO 2014 : un pas en avant et un nouveau partenariat

**Plus de 80 professionnels** de la santé publique, experts, partenaires et donateurs ont assisté à la 24<sup>e</sup> Conférence interaméricaine annuelle sur l'onchocercose qui s'est tenue à Mexico les 13 et 14 novembre 2014. Cette réunion se déroulait sous le thème de « Après

80 années d'effort, le Mexique célèbre la réussite et la région redouble d'efforts dans la région d'Yanomami. » Le Ministre de la santé, le Dr Mercedes Juan, a annoncé qu'elle avait présenté à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la demande du Mexique en vue de la vérification de l'élimination de l'onchocercose. Le Guatemala répond lui aussi aux conditions nécessaires pour présenter la demande à l'OMS et se prépare d'ailleurs à le faire. Les deux pays suivent donc l'exemple de la Colombie et de l'Equateur qui ont obtenu la vérification de l'élimination respectivement en 2013 et en 2014 (voir page 2) l'attestation de l'OMS vérifiant l'élimination de l'onchocercose. Lors de la réunion, l'ancien Président

américain Jimmy Carter a félicité le Mexique et la région des progrès qui ont été réalisés et du nouveau partenariat qui a été conclu avec la Fondation Carlos Slim qui a promis de verser 6,9 millions de dollars au bénéfice du

*suite à la page 2*



The Carter Center/G. Aguilar

Lors d'un événement spécial tenu au Musée Soumaya à Mexico, le Président Carter et Carlos Slim ont annoncé un nouveau partenariat de financement entre la Fondation Carlos Slim et le Centre Carter pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques.

## Les enquêtes sur le trachome exigent une formule novatrice et un emploi efficace des ressources

**Alors que finit de se dessiner la carte mondiale** du trachome, l'attention se tourne vers la mise à échelle de l'intervention et l'évaluation de l'impact. Les pays doivent maintenant étendre et intensifier rapidement les interventions s'ils veulent atteindre le but de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020. A cette fin, les évaluations de l'impact, réalisés tous les trois à cinq ans, tel que le recommande de l'Organisation mondiale

de la Santé (OMS), s'avèrent des outils essentiels pour noter les progrès faits pour atteindre le but de l'élimination et identifier les zones à mettre en priorité. Des évaluations de l'impact doivent être faites rapidement et efficacement pour qu'on dispose du temps nécessaire pour planifier et mettre en œuvre les interventions.

Depuis 2008, le Centre Carter apporte un soutien à six pays pour la réalisation d'enquêtes, dans plus de 300 domaines, sur l'impact du trachome aux niveaux district et sous-district. Les enquêtes sont réalisées sur la base du plan de grappes aléatoires à

*suite à la page 6*

Edition  
électronique

Pour recevoir ce bulletin uniquement par email, prière d'envoyer une demande à [guinea.worm@emory.edu](mailto:guinea.worm@emory.edu).

## IACO in Mexico

*suite de la page 1*

Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA) du Centre Carter.

Venant se joindre au Président Carter et au Dr Juan, on notait tout spécialement la présence du secrétaire de la surveillance sanitaire du Brésil, le Dr Jarbas Barbosa da Silva Jr ainsi que du vice ministre de la santé du Venezuela, le Dr Claudia Morón.

Conjointement à la réunion de l'IACO, une réunion s'est également

tenue entre les vice ministres de la santé du Brésil et du Venezuela—les deux pays qui partagent la dernière zone des Amériques où l'onchocercose reste endémique—dans le but de discuter de l'exécution de leur accord binational visant à s'attaquer en commun à ce foyer de la maladie, connu comme la zone de Yanomami, le long de la frontière que les deux pays se partagent dans la jungle amazonienne. Les docteurs Barbosa et Morón ont pris la parole lors de cette réunion pour faire part de leur engagement à mettre fin à la maladie une fois pour toutes.

Depuis 1996, l'OEPA du Centre Carter travaille avec les ministères de la santé des six pays dans les Amériques touchés par l'onchocercose afin d'éliminer la maladie. Au titre des autres principaux donateurs à l'OEPA, notons Merck et le Programme de don de Mectizan, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, la Fondation internationale des Lions Clubs et la Fondation Bill & Melinda Gates, entre autres.

## Deux pays sont déjà arrivés, quatre en bonne voie : Elimination de l'onchocercose en Equateur

**Le Centre Carter félicite** le Président Rafael Correa et le peuple équatorien : Leur pays est en effet le deuxième au monde vérifié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme ayant éliminé l'onchocercose (également connue sous le nom de cécité des rivières). Le Docteur Carina Vance, ministre de la Santé de l'Equateur, a annoncé cet accomplissement lors de la cérémonie d'ouverture du 53e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington D.C. le 29 septembre 2014. En 2013, la Colombie était devenue le premier pays officiellement vérifié par l'OMS comme exempt de l'onchocercose.

Le Ministre de la Santé de l'Equateur a distribué le Mectizan®

donné par Merck depuis 1990, utilisant la stratégie recommandée à échelle régionale, d'administration massive de médicaments à base communautaire, deux fois par an, doublée par l'éducation sanitaire pour toutes les personnes des régions affectées. En 2010, on a cessé l'administration massive de médicaments après que le pays a effectivement réussi à interrompre la transmission de l'onchocercose. Une évaluation faite en 2012 à la fin de la période de surveillance post traitement de trois ans n'a détecté aucun vecteur infecté par la mouche noire. Fort de ces résultats, l'Equateur a fait la demande, en juillet 2013, d'une vérification formelle de l'élimination de la maladie par l'OMS. Une équipe de vérification internationale de l'OMS s'est rendue en Equateur en mai 2014 et le 22 septembre 2014 le Directeur général, le Dr Margaret Chan, a communiqué à l'Equateur la notification officielle que l'OMS avait vérifié l'élimination de la maladie.

« L'élimination de l'onchocercose est une autre étape vers la réduction de la pauvreté en Equateur et c'est une amélioration significative de la qualité de vie des équatoriens, » nous dit le Docteur Vance. « L'Equateur continuera sa lutte pour éliminer ce qu'on appelle les maladies de la pauvreté et pour arriver à donner à tous les chances de vivre

une bonne vie ».

« De pair avec le Centre Carter et les partenaires internationaux, Rosalynn et moi-même, nous souhaitons féliciter l'Equateur pour avoir vaincu la cécité des rivières et montré que l'élimination de cette maladie est effectivement possible dans les Amériques, » nous fait savoir l'ancien Président américain Jimmy Carter. Le Centre Carter travaille avec divers partenaires sur l'ensemble de l'Amérique latine pour éliminer la maladie dans le cadre du Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques.

L'Equateur figure parmi les six pays des Amériques qui tentent d'éliminer l'onchocercose depuis 1992. Le défi à relever était de taille car le vecteur de la mouche noire en Equateur était très efficace pour transmettre la cécité des rivières. Les quatre autres pays sont le Brésil, le Guatemala, le Mexique et le Venezuela. Le Guatemala et le Mexique ont déjà interrompu la transmission de la maladie sur l'ensemble du pays et ont achevé avec réussite leur période de surveillance post-traitement. Les deux pays préparent à présent à faire leurs demandes officielles de vérification auprès de l'OMS. La transmission de l'onchocercose dans les Amériques continue uniquement le long de la frontière du Brésil et du Venezuela.



Le Dr Carina Vance, ministre de la Santé de l'Equateur, prend la parole lors du 53e Conseil directeur de l'OPS.

## Le prix Mectizan décerné à M. Moores en reconnaissance de son travail novateur pour la cécité des rivières

**John J. Moores Sr.**, membre émérite du Conseil d'administration du Centre Carter a reçu le Prix Merck Mectizan 2014 lors d'une cérémonie pendant la conférence interaméricaine de novembre sur l'onchocercose.

**Sa vision à M. Moores : Il a vu le programme de don de Mectizan comme un outil pour soulager les souffrances et, comme un homme d'affaires, il a reconnu que l'aide apportée à cette cause rapporterait un énorme rendement à l'investissement**

Le prix annuel est adjugé à des personnes qui ont fait preuve d'un extraordinaire niveau d'engagement pour combattre la cécité des rivières ou la filariose lymphatique.

John Moores a créé la Fondation de la cécité des rivières en 1990 après avoir lu un article dans *Houston Chronicle* à propos des efforts déployés par le défunt Docteur William Baldwin qui voulait rassembler les fonds nécessaires pour acheter une camionnette et aller aux Amériques distribuer le Mectizan<sup>®</sup>, médicament qui avait été donné par Merck en 1987 à tous ceux qui en avaient besoin pour aussi longtemps qu'ils en avaient besoin. A cette époque, les stratégies et les mécanismes pour distribuer le médicament aux millions de personnes qui en avaient besoin étaient mises au point par le Comité d'expert du Mectizan mais on progressait lentement. Le don d'un médicament à une échelle aussi massive était du jamais vu.

Une fois que M. Moores a pris connaissance de la mission du Dr Baldwin de faire arriver ce médicament donné en Amérique latine, il a mis sur pied la Fondation de la Cécité des rivières. Il a donné 25 millions de dollars non seulement pour accomplir

la mission du Dr Baldwin pour les Amériques et mettre en place le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques mais aussi pour lancer des programmes nationaux de lutte contre cette maladie au Cameroun, au Nigeria et en Ouganda. La Fondation a aussi forgé des partenariats avec d'autres organisations non gouvernementales et organismes de financement bilatéral participant à la lutte contre la cécité des rivières, notamment CBM, Africare, Sightsavers, International Eye Foundation, la Fondation internationale des Lions Clubs, la Banque de développement interaméricaine

fourniture de plus de 20 millions de traitement par an. De très nets progrès ont été enregistrés dans les Amériques, où la maladie a été éliminée dans deux pays et où elle est proche de l'être dans les quatre pays restants, marquant ainsi l'élimination de la maladie dans la région.

Sa vision à M. Moores : Il a vu le programme de don de Mectizan comme un outil pour soulager les souffrances et, comme un homme d'affaires, il a reconnu que l'aide apportée à cette cause rapporterait un énorme rendement à l'investissement. De nos jours, pratiquement 25 ans après la création de la Fondation pour la cécité des



John Moores prend la parole lors de la Conférence interaméricaine sur l'onchocercose après avoir reçu le Prix Merck Mectizan en novembre.

et l'USAID, pour n'en nommer que quelques uns.

En 1995, M. Moores confiait la Fondation de la cécité des rivières au Centre Carter où sa mission continue de s'épanouir. En 2014, le Centre Carter célébrait son 200 millionième traitement et continue de faciliter la

rivières, de millions de personnes vivent sans souffrir de cette maladie et la possibilité de l'éliminer complètement dans le monde s'est faite réalité.

*Note de la rédaction : Le contenu de cet article a été fourni par le Programme de don du Mectizan.*

## Le Centre Carter célèbre 200 millions de traitements de Mectizan

**Le 12 août 2014** le Centre Carter a célébré en Ouganda, avec ses partenaires, le 200 millionième traitement de Mectizan® fourni par l'organisation.



Christopher Olanya reçoit le 200 millionième traitement de Mectizan lors de la cérémonie en Ouganda en août de l'année passée.

Le 200 millionième traitement a été administré par un distributeur communautaire dans la communauté de Wigweng de la paroisse de Mura à Christopher Olanya, rendu aveugle par l'onchocercose. Ensuite, le 201 millionième traitement a été administré à Nancy Akanyo, une jeune fille de 14 ans qui a vanté les mérites du programme d'administration massive du médicament devant une vaste foule de gens. Après les danses traditionnelles, un sketch a été joué pour diffuser des messages d'éducation sanitaire sur la prise de médicaments pour prévenir la cécité des rivières et d'autres maladies tropicales négligées comme la filariose lymphatique, la schistosomiase, et les vers intestinaux transmis par le sol.

Le district de Lamwo en Ouganda a été choisi pour la célébration en raison de son remarquable leadership local qui a permis une augmentation spectaculaire dans la couverture de l'administration massive du médicament—de 30% en 2013 à 90% en 2014.

Lamwo fait partie de l'important foyer de Madi-Mid North. Comptant une population totale de 1,5 million de personnes exposées au risque de contracter la maladie, c'est le plus grand foyer actif de transmission de l'onchocercose en Ouganda et il représente aussi le plus grand défi qu'il faudra relever alors que le pays s'efforce d'éliminer la cécité des rivières sur la totalité de son territoire.

Dans son discours à la foule, le Dr Frank Richards du Centre Carter a fait savoir : « Quand une jeune fille s'appelant Nancy Akanyo s'est adressée à nous, comment ne pas être fortement impressionné par sa personnalité, son énergie, son talent et son intelligence ? Nous sommes tous d'accord que l'attend un avenir brillant, un avenir qui ne sera pas obscurci par la cécité des rivières ou toute autre maladie tropicale négligée. L'avenir est riche de promesses si nous savons saisir les opportunités pour

améliorer les programmes de traitement dans le Nord de l'Ouganda. »

Parmi les plus de 100 participants à la cérémonie on notait la présence de représentants du Centre Carter : le Dr Frank Richards, le Dr Moses Katabarwa, Peace Habomugisha et Lauri Hudson-Davis. L'invité d'honneur était le Président du district de Lamwo, Mathew Ochen Akiya. Étaient également présents des représentants du Ministère de la Santé, notamment Le Dr Edridah Tukahebwa et Tom Lakwo ; les lions Polly K. Ndyarugahi, Night Ndyarugahi, Israel Manzi et Yesse Muhanguzi ainsi que le représentant dans le pays de RTI/ENVISION le Dr Ambrose Onapa.

En facilitant l'administration du Mectizan, le Centre a aidé six pays des Amériques où les efforts d'élimination de la cécité des rivières ont été tellement réussis que 96% des traitements de Mectizan ont pu être arrêtés et quatre des six pays semblent avoir éliminé complètement la maladie. Le Centre a également apporté une assistance pour distribuer le Mectizan au Nigeria, au Cameroun, au Soudan, dans le Soudan du Sud, de l'Éthiopie et de l'Ouganda.



Lors de la cérémonie en Ouganda célébrant le 200 millionième traitement de Mectizan, appuyé par le Centre Carter, les enfants exécutent un sketch sur les médicaments à prendre pour prévenir la cécité des rivières.

## Le Comité de l'onchocercose en Ethiopie met sur pied la stratégie d'élimination

**Le Comité consultatif des experts** de l'élimination de l'onchocercose en Ethiopie, groupe consultatif officiel du Ministère fédéral de la santé de l'Ethiopie, a tenu sa première réunion à Addis Ababa du 6 au 8 octobre 2014. Le comité, composé d'experts nationaux et internationaux, est chargé de fournir au Ministère fédéral de la santé une feuille de route ébauchant les étapes de l'interruption nationale de la transmission de l'onchocercose d'ici 2020, qui sera suivie peu après par la vérification par l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Dr Kebede Worku, ministre éthiopien de la santé, a présidé la réunion le premier jour et les allocutions d'ouverture ont été faites par le Dr Pierre M'Pele-Kilebou de l'Organisation mondiale de la Santé et l'honorable Lauréat le Dr Tebebe Berhan des Lions Clubs. Le Centre Carter et ses partenaires Lions se sont engagés à soutenir les réunions du comité consultatif pour les trois années à venir. Le Comité est calqué sur un modèle du même genre très réussi en Ouganda.

A l'actif de la réunion inaugurale :

- a) L'Ethiopie dispose à présent de directives sur les phases de la feuille de route ébauchée selon les directives de l'élimination de l'onchocercose 2001/2013 de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève ;
- b) On recommande que le programme institue une administration massive des médicaments deux fois par an dans les régions de transmission trouvées récemment et celles de transmission active non traitées ;
- et c) le programme devrait passer du traitement annuel au traitement biannuel dans toutes les régions traitées où le but de 2020 ne pourrait être atteint à cause de la lenteur des progrès. Le comité a également recommandé que la cartographie nationale soit achevée aussi rapidement que possible pour détecter d'autres zones non reconnues ou non découvertes de transmission active de l'onchocercose

pour qu'on puisse y réaliser aussi rapidement que possible l'administration massive de médicaments. La cartographie est particulièrement importante à l'est de l'Ethiopie. En guise de conclusion de la réunion, les membres

**Le Comité est chargé de fournir au Ministère fédéral de la santé une feuille de route ébauchant les étapes de l'interruption nationale de la transmission de l'onchocercose d'ici 2020.**

du comité ont convenu de terminer la revue détaillée des directives nationales du Ministère fédéral de la Santé pour vérifier l'élimination de l'onchocercose avant la prochaine réunion en 2015.

Le Dr Mark Eberhard, ancien directeur de la Division des maladies

parasitaires et du paludisme aux Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, a été élu président. Oumer Shafi du Ministère fédéral de la santé et le Dr Zerihun Tadesse du Centre Carter sont co-secrétaires du comité. Parmi les autres participants clés de la réunion : le Dr Tom Unnasch, University of South Florida et président du comité d'onchocercose de l'Ouganda ; le Dr Jean-Baptiste ROUNGOU, directeur, Programme africain de la lutte contre l'onchocercose; Abdissa Kurkie, Ministère fédéral de la santé ; Adugna Wayesa, Institut de santé publique de l'Ethiopie ; le Dr Adrian Hopkins, Programme de don de Mectizan ; le Dr Moses Boakerie et Rory Post, Ecole de médecine tropicale de Liverpool ; Dr Teshome Gebre- Michael, Addis Ababa University; Scott McPherson, RTI/ENVISION/ USAID; et Alphonse Renz, University of Turbingen.



Ont participé à la première réunion du Comité consultatif d'experts de l'élimination de l'onchocercose en Ethiopie, le Dr Mark Eberhard (centre), président du Comité ; Oumer Shafi (à droite), co-secrétaire du Comité et coordinateur des maladies tropicales négligées du Ministère fédéral de la Santé ; et le Dr Zerihun Tadesse, co-secrétaire du comité et représentant dans le pays du Centre Carter.

## Les Enquêtes sur l'impact du trachome

*suite de la page 1*

base communautaire bien que l'on ait modifié constamment la méthodologie exact au vu de l'épidémiologie et des statistiques ainsi que de la faisabilité de la mise en œuvre.

Les directives actuelles demandent que les enquêtes englobent 30 grappes par domaine, chacun comptant au moins 50 enfants âgés de 1 à 9 ans, pour obtenir de solides estimations sur l'évaluation de l'impact du trachome, maladie très localisée. Par ailleurs, d'après des recherches récentes, l'efficacité n'augmente plus vraiment après avoir visité plus de 18 grappes par domaine quand on évalue les faibles niveaux du trachome inflammatoire-folliculaire (TF) parmi les enfants âgés de 1 à 9 ans.

L'expérience nous montre qu'il faut tenir compte aussi bien de la faisabilité de la mise en œuvre des enquêtes que des statistiques quand on détermine la

méthodologie des enquêtes. Il est tout particulièrement important que les équipes de l'enquête, les superviseurs et le personnel de soutien reçoivent une formation adéquate avant la réalisation de l'enquête et que ce personnel soit disponible pour soutenir tout le travail de terrain. Il faut également tenir compte des coûts de l'enquête. Ces coûts varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de 2 088\$ à 9 112\$ par domaine et 116\$-531\$ par grappe. Et, dans tous les programmes nationaux d'élimination du trachome, on sait que 75% des coûts de toutes les enquêtes sur l'impact du trachome sont imputables au personnel et aux transports.

En dernier lieu, il faut aussi tenir compte du calendrier recommandé pour faire l'enquête et des délais nécessaires. En effet, elles doivent être faites au moins six mois après la dernière administration massive de médicaments mais tout en veillant à ce qu'il ait temps suffisant pour obtenir

et analyser les résultats, demander des médicaments supplémentaires et planifier la prochaine administration massive de médicaments si celle-ci s'avère nécessaire. Le caractère saisonnier, les événements culturels et religieux et les migrations sont autant de facteurs qu'il faut envisager, faisant que le temps imparti pour faire une enquête est relativement restreint. Autre facteur, le plus important d'ailleurs, le temps nécessaire pour dispenser la formation et réaliser le travail de terrain. Les grappes de l'enquête, choisies aléatoirement, peuvent être très éloignées les unes des autres, demandant parfois deux jours de marche pour arriver au village en question. Les équipes de terrain participant aux enquêtes soutenues par le Centre Carter ont passé 660 journées cumulatives, presque deux années, à réaliser les enquêtes sur l'impact.

Certes, les enquêtes doivent être conçues de sorte à fournir des estimations fiables, mais il n'en faut pas

moins tenir compte de la faisabilité de leur exécution. C'est d'autant plus important dans le cas des enquêtes à venir, tel que le demandent les directives actuelles de l'OMS stipulant que les programmes soutenus par le Centre Carter enquêtent au minimum 1 048 domaines, pour un coût estimé entre 7 400 000—12 300 000\$ et qui exigeront plus de 2 300 jours, l'équivalent de plus de 6 ans. Il devient donc absolument nécessaire de réduire le temps et d'améliorer l'efficacité surtout au vu du fait, qu'en plus de la réalisation des enquêtes, il faut mettre en œuvre intégralement les interventions des programmes et, dans de nombreuses régions, les intensifier pour pouvoir atteindre les buts de l'élimination d'ici 2020.



Un classificateur du trachome examine la paupière pour détecter les signes cliniques du trachome dans l'Amhara en Ethiopie.

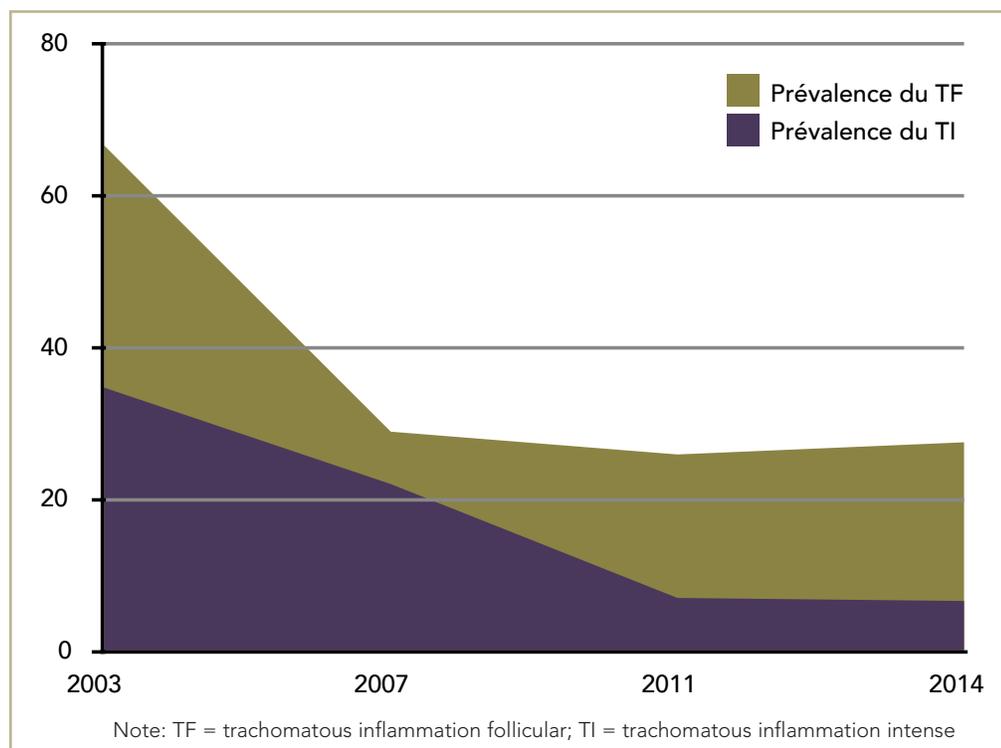
## Le Centre cherche à renforcer l'efficacité de CHANCE dans les zones à prévalence élevée

**D'énormes progrès** ont été faits pour réduire la charge du trachome actif dans la Région de l'Amhara en Ethiopie depuis la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. CHANCE est le sigle pour Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement Environnemental et est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La prévalence du trachome inflammatoire folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans — un indicateur du trachome actif — est passée de 39,1% en 2007 avant que ne soit introduite la stratégie CHANCE à une prévalence de 25,9%, telle que mesurée par des enquêtes récentes sur l'impact du trachome, soit une réduction de 34%. Ont également été réduites les prévalences du trachome inflammatoire intense (TI) et du trachome cicatriciel (TS), respectivement de l'ordre de 85% et de 35% depuis 2007.

En dépit de ces résultats positifs dans la région de l'Amhara prise dans son entier, il existe une nette variabilité dans la région avec une prévalence zonale du TF se situant dans une fourchette de 16 à 51% en 2014. C'est notamment dans la zone de South Gondar dans West Amhara que la pré-

**Malgré cinq à sept ans d'administration massive du médicament annuel dans la zone de South Gondar, la prévalence du TF reste élevée.**

valence s'obstine à rester élevée. Dans cette zone, la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans était de 66,6% en 2003 lors de l'évaluation initiale (voir Figure 1). En 2007, la prévalence du TF a chuté à 28,9% dans ce groupe d'âge, diminution significative du point de vue statistique. Par ailleurs, depuis 2007, la prévalence stagne : elle était de 27,5% en 2014. Malgré cinq à sept



**Figure 1 :** Prévalence du TF et du TI chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, Zone South Gondar, Région Amhara, Ethiopie.

ans d'administration massive du médicament annuel dans la zone de South Gondar, la prévalence du TF reste élevée et aucun district individuel dans cette zone n'a atteint la cible fixée par l'OMS de prévalence du TF de moins de 5%.

Les directives de l'OMS stipulent une administration annuelle massive du médicament à toutes les personnes dans les régions où la prévalence du TF reste élevée — supérieure à 10%. Dans de nombreuses régions, l'administration annuelle massive du médicament a été très efficace et les travaux de modélisation de la maladie prédisent que l'administration annuelle du médicament devrait être en mesure de réduire très nettement ou d'éliminer le trachome cécitant, du moins dans les régions avec une prévalence du trachome modérée à faible. Par contre, dans les zones d'hyper-endémicité, une fois par an n'est probablement pas

suffisant. Les expériences dans la zone de South Gondar et d'autres zones de la région d'Amhara nous montrent clairement qu'il faut trouver d'autres stratégies pour améliorer l'efficacité de CHANCE.

Le Centre Carter, en collaboration avec divers partenaires dont le bureau de santé régional de l'Amhara est en train de mettre au point un essai aléatoire avec cas-témoins dans les régions d'hyper-endémicité de la région de l'Amhara pour faire l'essai d'une approche de traitement plus intégrale. Cette approche comprend un protocole ciblé plus intense d'administration massive du médicament en insistant sur l'hygiène communautaire et les améliorations au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pour arriver à de faibles niveaux d'infection et, par conséquent, à une prévalence nettement moindre du TF.

**Cet infographique** a été au départ dans l'article « Trachoma in Ethiopia : From auction to action » dans le numéro 6 de Philanthropy Age, publication basée à Abu Dhabi qui traite des actions philanthropiques dans le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord et l'Asie du Sud. La journaliste Adrienne Cernigoi s'est rendue dans la région de l'Amhara en Ethiopie

avec le Centre Carter et la Fondation Noor Dubai pour couvrir le 12e lancement de l'administration massive de médicaments pour le trachome en mai 2014. Noor Dubai aide généreusement le Centre Carter à mettre la stratégie CHANCE intégrale dans la région de l'Amhara.

# Traiter le trachome

Le trachome est la cause principale de la cécité évitable dans le monde. C'est un symptôme de pauvreté qui afflige la famille entière. Seul le changement environnemental peut l'éradiquer bien que le traitement allège les souffrances.

## Charge mondiale

**21,4 millions**

Nombre de personnes qui sont affectées par le trachome dans le monde, d'après les estimations de l'ONU

**6 millions**

Nombre de personnes dans le monde qui ont perdu la vue à cause de la maladie

**2020**

Année ciblée par l'ONU pour l'élimination du trachome cécitant

**30 – 40 ans**

Fourchette d'âge pendant laquelle le trichiasis survient généralement, après des infections répétées

## Trachome dans l'Amhara, Ethiopie

**18,2 millions**

Nombre de personnes recevant des antibiotiques du programme chaque année

**1,2 million**

Nombre de personnes en Ethiopie affectées, selon les estimations, par le trichiasis, forme cécitante du trachome

**60%**

Proportion de la population exposée au risque de contracter la maladie

**85%**

Niveau de couverture antibiotique nécessaire pour protéger la population

**2,9 milliards de dollars**

Coût économique par année du trachome pour perte de productivité, selon estimation de l'OMS

**15,4 millions de dollars\***

Coût du programme de lutte contre le trachome du Centre Carter actif dans 6 pays—Mali, Niger, Nigeria, Soudan, Soudan du Sud et Ethiopie

\* Données 2011

Toutes les données: Centre Carter

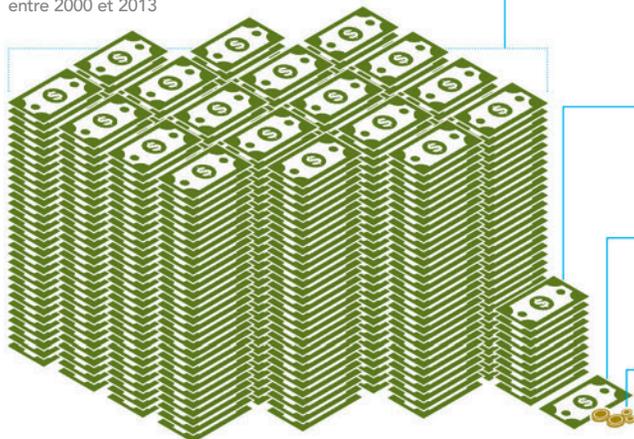
Fourni par: Philanthropy Age

## Traiter l'infection dans l'Amhara



**93 690 641**

Nombre total de doses de l'antibiotique azithromycine—Zithromax de Pfizer—distribuées entre 2000 et 2013



**1,8 milliard**

Valeur totale estimée du Zithromax donné par Pfizer

**11 500\$\***

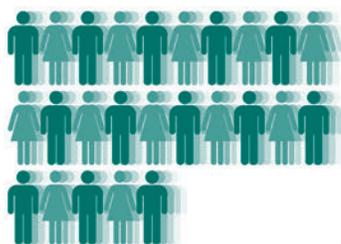
Coût sur le marché pour fournir un traitement antibiotique à 450 personnes

**100\$\***

Coût du programme pour fournir un traitement antibiotique à 450 personnes

**0,22\$\***

Coût pour fournir un traitement antibiotique à une personne



**25 000**

Nombre d'agents d'extension communautaire nécessaires pour une semaine de MalTra

**23**

Nombre de camions nécessaires pour transporter le médicament de la capitale Addis Ababa jusqu'aux districts



**1 million\$\***

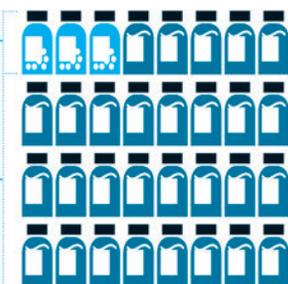
Coût de la logistique et des opérations pour couvrir la moitié de l'Amhara

**31 584**

Nombre de bouteilles de Zithromax en suspension liquide ou sirop pour les moins de cinq ans, distribuées pendant une semaine MalTra. Chaque bouteille comprend 500 comprimés

**282 576**

Nombre de bouteilles de Zithromax en suspension liquide ou sirop pour les moins de cinq ans, distribuées pendant une semaine MalTra. Chaque bouteille contient 30 ml



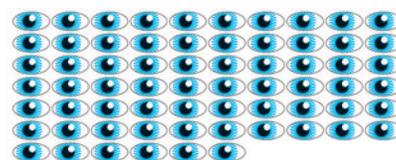
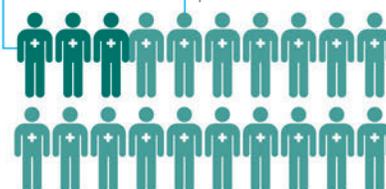
## ...Et redonner la vue

**144**

Nombre de chirurgiens locaux formés en 2012

**1 000**

Nombre de chirurgiens locaux qui doivent être formés chaque année pour opérer le nombre de personnes en attente



**66 766**

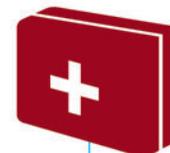
Personnes qui ont reçu une chirurgie oculaire en 2012

**317 678**

Nombre de personnes que le programme a aidées à recevoir une chirurgie du trichiasis jusqu'en 2013

**299 751**

Nombre de personnes en attente de recevoir la chirurgie du trichiasis



**250\$\***

Coût d'un kit de chirurgie du trichiasis, qui comprend des aiguilles, des sutures et un bistouri. Les produits fongibles servent entre 150 et 200 chirurgies.

## Un ancien chirurgien du trachome est nommé responsable du programme de lutte contre le trachome



Belay Bayissasse

### Presque 10 ans après

avoir été formé pour réaliser des chirurgies de la paupière, qui viennent tant alléger la vie des patients atteints de trichiasis trachomateux (TT), Belay

Bayissasse est devenu le nouveau responsable du programme pour le Centre Carter en Ethiopie.

Depuis 2000, le Centre Carter en Ethiopie soutient les activités de lutte contre le trachome dans la région d'Amhara, zone qui connaît la charge de trachome la plus élevée au monde. D'une part, la prévention de la maladie active est une composante essentielle du programme de lutte contre le trachome et, d'autre part, les chirurgiens remplissent eux-aussi une mission essentielle opérant les patients souffrant de trichiasis ou trachome avancé pour éviter que la maladie n'évolue au stade de la cécité. Dans la région de l'Amhara, des infirmiers qui

ont suivi une formation sur la chirurgie du TT dispensent gratuitement ce service aux patients dans les centres de santé et lors de campagnes d'extension communautaire.

M. Bayissasse est un membre d'une équipe comptant pratiquement 1000 chirurgiens qui ont été formés en Amhara depuis le début du programme. Il se rappelle qu'il savait peu de choses à propos du trachome avant sa participation à la formation chirurgicale en 2005. Certes, il a souvent dû faire face à des limitations de fournitures et d'instruments chirurgicaux, mais une fois démarrée sa pratique chirurgicale, il se souvient si bien « que le fait d'aider les patients du TT et de recevoir un feedback positif de ceux qui ont été opérés, m'a motivé à en faire toujours davantage. »

M. Bayissasse a été chirurgien du trichiasis dans l'Amhara pendant deux ans et, par la suite, en 2006, il a occupé un poste d'enseignant au Collège des Sciences de Santé. Il travaille dans le domaine de la santé publique avec des organisations non gouvernementales et il prépare sa maîtrise de santé publique de l'Université Mekele et Addis

Continental Institute of Public Health se spécialisant en suivi et évaluation.

Cette expérience dès le début de la lutte contre le trachome l'a marqué et motivé plus que jamais à éliminer le trachome cécitant de l'Amhara et de l'Ethiopie et M. Bayissasse était ravi d'avoir l'occasion de soutenir à nouveau le programme de lutte contre le trachome dans l'Amhara avec l'équipe du Centre Carter de l'Ethiopie. Cela l'encourage dans sa tâche d'observer les changements qui se sont faits autour de lui, notamment une plus grande connaissance communautaire à propos de la maladie, une ample fourniture de produits et d'instruments chirurgicaux et une promotion, construction et utilisation accrues des latrines. Un grand pas en avant a été franchi depuis le cours de formation de M. Bayissasse en 2005, bien qu'il reste bien du chemin à parcourir pour atteindre le but de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020. Fort de son expérience de chirurgien du TT depuis presque 10 ans, M. Bayissasse cherche à appliquer cet enseignement au profit du programme de la région de l'Amhara et sur l'ensemble de l'Ethiopie.

## Le Dr Scott Nash vient rejoindre les rangs du programme de lutte contre le trachome en tant qu'épidémiologiste

**Le Programme de lutte contre le trachome** du Centre Carter a nommé le Dr Scott Nash comme épidémiologiste du programme. Dernièrement, le Dr Nash était chercheur postdoctoral aux National Institutes of Health, où il faisait des analyses de données provenant de plusieurs études de cohortes réalisées en Tanzanie et au Mali, axées sur la mortalité et la morbidité imputables au paludisme parmi les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Il a également effectué des recherches dans le domaine de la santé internationale en Afrique subsaharienne, notamment une étude concernant le rôle des facteurs environnementaux dans la présence du trachome cécitant en Tanzanie. Il a aussi été éducateur en matière de VIH/SIDA et biologie pendant ses deux années de volontaire du Corps de la Paix américain dans les zones rurales de la Tanzanie. Le Dr Nash a un master en science et

un doctorat en Sciences sanitaires et démographiques de l'Université de Wisconsin-Madison où il a fait une recherche sur l'étiologie des problèmes d'audition chez les personnes âgées et la dégénérescence maculaire utilisant des données de deux études de grande envergure des sens vieillissants. Il détient une licence des sciences de l'éducation et de zoologie de l'Université de Wisconsin-Madison.

## L'enquête montre que 600 000 personnes dans les états du Plateau et de Nasarawa sont exemptes de FL

La filariose lymphatique est une maladie parasitaire transmise par les moustiques qui provoque un terrible gonflement des jambes et des parties génitales, souvent appelée éléphantiasis. Une enquête faite en juin 2014 par le Ministère nigérien de la Santé et dirigée par l'épidémiologiste du Centre Carter, le Dr Greg Noland a démontré que quatre collectivités locales des états du Plateau et de Nasarawa restent exemptes de FL quatre années après avoir arrêté l'administration massive de médicament (AMM). Mectizan®, donné par Merck et albendazole, donné par GlaxoSmithKline. Environ 600 000 personnes habitent dans ces zones.

Les régions de Jos North, Langtang South, Keana et Keffi ont arrêté l'AMM en 2010 après 7 ans quand les enquêtes ont montré que la prévalence de la FL, mesurée par un test sanguin des antigènes filariens, était inférieure au seuil de 2% qui est nécessaire pour interrompre la transmission. Selon les directives de l'Organisation mondiale de la Santé, des enquêtes supplémentaires sur les niveaux sanguins des antigènes filariens doivent être faites après avoir arrêté l'AMM pour vérifier que la transmission par les moustiques ne réapparaisse pas une fois l'intervention cessée. La méthode recommandée consiste à faire une évaluation de la transmission chez les enfants âgés de 6-7 ans. Parmi les 1759 enfants échantillonnés dans les quatre collectivités locales, seuls 2 (0,11%) avaient des antigènes positifs de FL. Moins de 20 positifs représentent le niveau de réussite. Les résultats indiquent que les quatre zones restent exemptes de transmission durable de la FL.

La cartographie initiale de la FL réalisée en 1999-2000 avait montré que, dans toutes les 30 collectivités locales de la région des deux états du Plateau et de Nasarawa, la FL était endémique. En 2003, toutes les 30

collectivités recevaient une AMM et, en 2010, des moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action étaient distribués par le Ministère de la Santé et le Centre Carter pour combattre la FL et le paludisme. L'AMM a été arrêtée sur l'ensemble des deux états en 2013 et des enquêtes post AMM sont prévues dans un nombre accru de collectivités locales en 2015.

Le Centre Carter est fier d'être un partenaire du Nigeria car ensemble, nous avons pu chasser à jamais ce fléau menaçant 600 000 personnes.



Les enfants dans les états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria n'ont plus besoin de craindre la filariose lymphatique.

## Mises à jour sur le nombre de cas de dracunculose

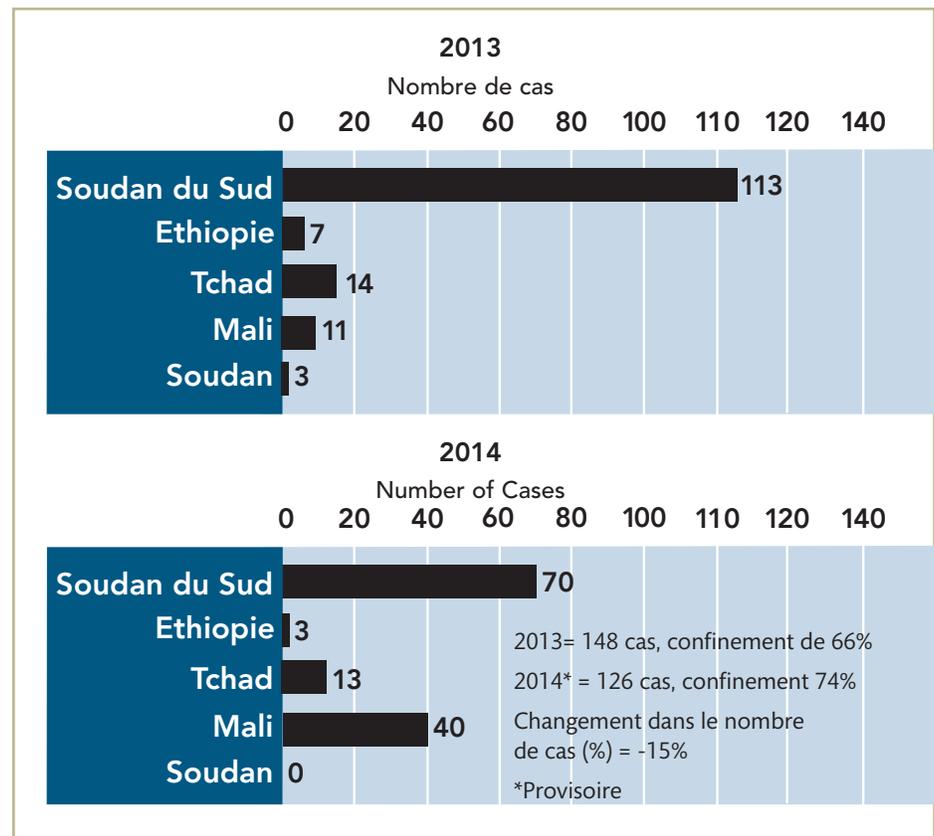


Figure 2 : Distribution par pays de 274 cas notifiés de dracunculose : janvier-décembre 2013 et 2014\*

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

THE  
CARTER CENTER



Ce numéro a été rendu possible en partie grâce au Fonds de publications des programmes de santé Michael G. DeGroot.

Pour de plus amples informations sur le Centre Carter et ses programmes de santé et de paix, se rendre à notre site Web à [www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org)



L'Ambassadeur (à la retraite) Mary Ann Peters est le nouveau PDG du Centre Carter

## Le Centre Carter souhaite la bienvenue à son nouveau PDG

**L'Ambassadeur Mary Ann Peters** vient se joindre aux rangs du Centre Carter pour y prendre la fonction de PDG.

Elle succède le Dr John Hardman qui occupait ce poste depuis 1992.

« Le profond engagement de l'Ambassadeur Peters face à la paix dans le monde et le respect des droits humains et son expertise diplomatique enrichit la mission du Centre Carter d'un leadership empreint de talent et de principe pour défendre les droits de la personne dans le monde entier, » fait savoir l'ancien Président américain Jimmy Carter. « Je souhaite également remercier le Dr John Hardman pour ses nombreuses années d'un service rempli avec passion et efficacité et qui a fait une grande différence dans nos programmes et, partant, dans la vie de millions de personnes. »

L'Ambassadeur Peters est rectrice du U.S Naval War College depuis septembre 2008. Auparavant, elle était doyenne du College of International and Security Studies pour le Centre européen George C. Marshall à Garmisch-Partenkirchen en Allemagne. Avant la doyenne du Collège, Ambassadeur Peters assumait la fonction de directrice adjointe pour

la liaison internationale au Centre Marshall.

L'Ambassadeur Peter a passé plus de 30 années comme diplomate de carrière auprès du Département d'état des Etats-Unis. De 2000 à 2003, elle était l'ambassadeur américain au Bangladesh, encadrant les efforts de soutien à la lutte contre le terrorisme et autres buts importants de la politique américaine. Elle a reçu le Prix Présidentiel pour service méritoire en 2003 pour son travail dans ce pays.

Diplomate senior, l'Ambassadeur Peters a également assumé la fonction de chef de mission adjointe à Sofia en Bulgarie ; à Moscou comme conseillère économique et à Mandalay, Birmanie, comme Chargé principal. De 1988 à 1990, l'Ambassadeur Peters occupait le poste de directrice adjointe du Bureau du Département d'état pour les affaires du Pakistan, de l'Afghanistan et du Bangladesh. Elle a débuté sa carrière comme vice-consul à Frankfurt en Allemagne en 1975.

L'Ambassadeur Peters détient un Bachelor of Arts de l'Université de Santa Clara et un Masters en études internationales de l'Ecole des études internationales avancées de Johns Hopkins à l'Institut d'études politiques de Paris.