



## Début d'une nouvelle ère IACO 2007 met en exergue le statut de la transmission

L'Initiative régionale du Programme d'Élimination de l'Onchocercose des Amériques (OEPA) apporte une aide à six pays des Amériques où la cécité des rivières est endémique afin d'éliminer cette maladie dans 13 foyers d'endémicité de la région. Du Mectizan® (ivermectine, fournie par Merck&Co., Inc.) est distribué pour atteindre le but final de traitement – couverture d'au moins 85% de toutes les personnes concernées dans toutes les régions d'endémicité- deux fois par an. D'après des rapports préliminaires sur le

traitement à base de Mectizan en 2007 (jusqu'en septembre), 547 046 traitements ont été dispensés dans les 12 foyers.

Le thème d'IACO 2007, « Début du nouvelle ère », fait ressortir les progrès rapides faits en 2007 pour déclarer l'interruption de la transmission de l'onchocercose et arrêter les traitements à base de Mectizan dans plusieurs des 13 foyers d'endémicité dans la région. « Nouvelle ère » évoque la surveillance pour dépister une éventuelle ré-infection pour une période de trois ans, tel qu'exigé avant que ne puisse être déclarée l'élimination de l'onchocercose. Les Ministères de la Santé de la Colombie,

du Guatemala et de l'Equateur ont annoncé qu'ils arrêteraient le traitement à base de Mectizan en 2008 à Lopez de Micay, Escuintla et Rio Santiago. Ces régions viennent s'ajouter au foyer de Santa Rosa au Guatemala qui était le premier à arrêter les traitements de



L. Rakers

Parmi les personnes présentes à la Conférence (de gauche à droite) les Lions, Sr Carlos Samuel Arévalo, Guatemala ; Sra Margarita Pe a, Equateur ; Dr Libardo Bastidas Passos, Colombie ; Kristen Eckert, USA ; Dr Florencio Cabrera Coello, Mexique ; Dr Moses Katarawa, USA ; Dr Ricardo Gurgel, Brésil.

Mectizan en 2007. Le Comité de coordination du programme de l'OEPA a

*suite à la page 2*

### Dans ce numéro

Le programme de l'Ouganda . . . . .	3
L'Ouganda redouble d'efforts. . . . .	4
Les subventions financent une formation . . . . .	5
Les programmes s'intègrent dans le Soudan du Sud. . . . .	6
Les femmes se portent volontaires . . . . .	7
Les enquêtes au Nigeria. . . . .	8
Analyse du programme des latrines. . . . .	8
Les Lions du Mali . . . . .	9
Le paludisme et autres nouvelles. . . . .	10

THE  
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

## La revue du Programme du Nigeria se concentre sur les progrès, l'exécution et la recherche

Les Programmes de santé soutenus par le Centre Carter au Nigeria ont organisé leur revue de programme du 22 au 24 octobre 2007 à Abuja, commençant par un émouvant discours sur l'éradication de la dracunculose et le nouveau programme intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées, suscitant un vif intérêt. C'est l'ancien chef d'état le Général (Dr) Yakubu Gowon qui a prononcé ce discours.

L'Ambassadeur japonais au Nigeria, Akio Tanaka, qui est sur le point de partir, a également pris la parole pour témoigner de tout le soutien qu'apporte son gouvernement au programme d'éradication de la dracunculose. Tout au long de la réunion, des communications ont été faites par des coordinateurs nationaux de programmes de lutte contre la cécité des rivières, la filariose lymphatique et

*suite à la page 6*

# L'onchocercose

## IACO 2007

suite de la page 1

également recommandé d'arrêter les traitements dans North Chiapas en 2008 et le Ministre de la Santé au Mexique est en train d'envisager d'arrêter le traitement dans North Chiapas. Le foyer colombien est notable puisqu'il reste le seul foyer d'endémicité du pays.

Ce « progrès remarquable n'aurait pas été possible sans le dévouement de tous ces agents de santé et volontaires qui interviennent au niveau communautaire et sans le partenariat public-privé avec Merck et le Programme de don de Mectizan, » nous dit l'ancien Président américain Jimmy Carter. « Grâce à cette collaboration vitale... nous continuerons à avancer pour chasser cette maladie incapacitante de notre hémisphère. »

Cette année sera la seconde pendant laquelle le foyer reculé au sud du Venezuela a dépassé sa couverture prévue de 85% et le Brésil et le Venezuela ont convenu de redoubler d'efforts pour approcher de cette région d'Yanomami difficile à atteindre que les deux pays

se partagent le long de leur frontière. Les deux nations ont mis en place une commission pour aborder ce problème binational d'une manière unifiée, car la région d'Yanomami fait peser la plus grande menace sur l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques.

La Conférence a également noté qu'il fallait une nouvelle résolution puisque 2007 était déclarée l'année où toutes les nouvelles maladies oculaires dues à l'onchocercose devaient être éliminées aux termes d'une résolution de l'OPS de 1991. (Neuf des 13 foyers ont atteint ce but). IACO 2007 et les programmes nationaux ont demandé que soit achevée l'élimination de toute nouvelle morbidité oculaire due à l'onchocercose et que soit également interrompue la transmission de cette maladie dans toutes les Amériques d'ici 2012. L'OEPA collaborera avec le personnel de l'OPS pour présenter ces nouveaux buts dans le cadre du Plan régional de santé oculaire 2008-2012 puisqu'un projet de nouvelle résolution sera présenté au Conseil directeur de l'OPS lors de sa réunion de 2008.

IACO 2007, conférence à laquelle assistaient 76 personnes, a été convo-

quée par le Ministère de la Santé de l'Equateur, le Programme d'Élimination de l'Onchocercose du Centre Carter pour les Amériques et l'Organisation panaméricaine de la Santé, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates et des Lions Clubs.

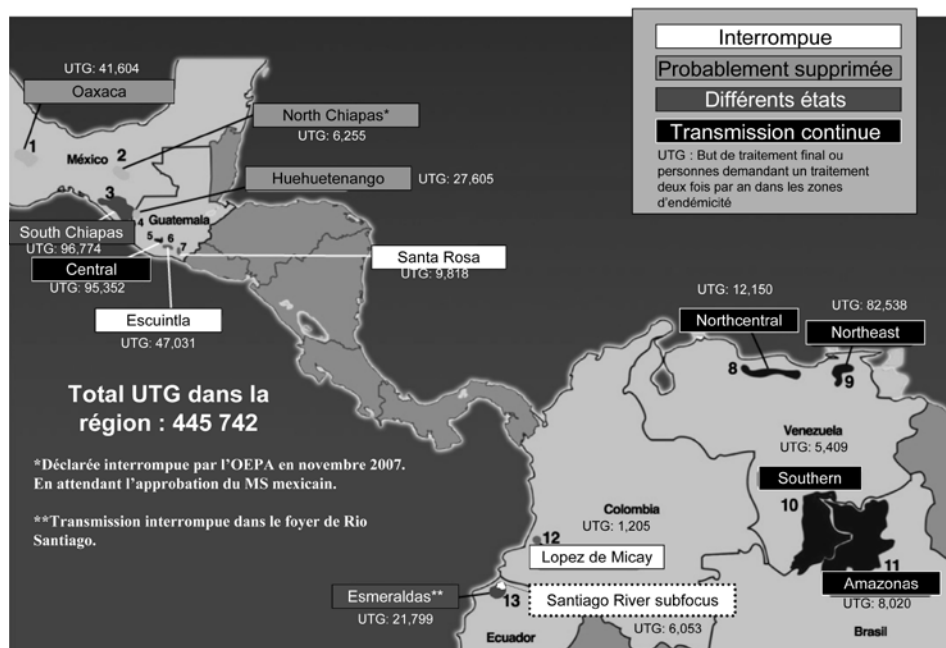
La 17e Conférence interaméricaine Annuelle sur l'onchocercose s'est tenue à Quito en Equateur du 15 au 17 novembre 2007. Le Dr Ricardo Cañizare, sous-secrétaire, Ministère de la Santé, Equateur, a ouvert la réunion à laquelle assistaient plus de 30 agents de santé équatoriens intervenant activement dans le cadre du programme national d'élimination de l'onchocercose.

Etaient présent à la table principale de la cérémonie d'ouverture le Dr Celia Riera, OPS, Equateur ; Brenda Colatrella, Merck & Co. ; Kristen Eckert, Programme SightFirst des Lions Clubs ; Le Dr Eddie Cupp, Président du Comité de coordination du Programme de l'OEPA ; Le Dr Mark Eberhard, Centers for Disease Control and Prevention ; Dr Bjorn Thylefors, Programme de Dons de Mectizan ; Dr Mauricio Sauerbrey OEPA et le Dr Donald Hopkins, Centre Carter.

Etaient également représentés à la réunion les directeurs de six programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose (Brésil, Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique et Venezuela), des membres des Lions Clubs de tous les six pays et du siège de l'OPS à Washington. Au rang des invités spéciaux : Le Dr Achim Hoerauf de l'Université de Bonn, les Drs Tobin Dickerson et Judith Denery de Scripps Research Institute, le Dr Tom Unnasch de l'Université d'Alabama-Birmingham et le Dr Kevin Winthrop de l'Université de santé et de sciences de l'Oregon.

Figure 1

### Statut de la transmission dans les 13 foyers d'onchocercose dans les Amériques



## Le Programme de l'Ouganda s'arme d'une capacité plus forte

Suite au lancement de l'approche d'Élimination de l'Onchocercose en Ouganda (voir article à la page 4), il devient urgent et prioritaire de disposer d'informations ponctuelles, objectives et exactes sur la prévalence et la transmission de la maladie dans les zones touchées. Un programme d'élimination doit montrer qu'il n'est plus nécessaire d'administrer le traitement en masse d'ivermectine et doit déclarer les zones affectées exemptes de l'onchocercose. Cherchant à répondre à ces besoins, le Centre Carter et le Sight Savers International se sont alliés en 2007 avec le Ministère de la santé de l'Ouganda pour créer un laboratoire opérationnel.

Le Centre Carter a équipé le nouveau laboratoire de matériel des plus modernes pour la méthode de dépistage moléculaire des larves du parasite *Onchocerca volvulus* dans le vecteur de la mouche nore *Simulium*. C'est la méthode de la réaction en chaîne de polymérase (PCR) utili-

sée par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé en Afrique de l'Ouest. Cette méthode moléculaire représente l'outil le plus efficace, le plus sensible et le plus spécifique du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre l'onchocercose dans les foyers où les niveaux de transmission sont faibles.

Le Centre Carter a également



F. Richards

*Les Dr Moses Katarwa et Tom Unnasch observent David Were Oguttu qui démontre une technique de laboratoire*

apporté une aide au laboratoire en ce qui concerne la capacité OV16 pour évaluer la prévalence de l'onchocercose chez les être humains. Les anticorps dans le sérum de patients chez lesquels a été établi un diagnostic parasitologique d'onchocercose réagissent positivement à OV16. C'est une technique de dépistage de masse rapide que le programme de lutte en Ouganda utilisera pour déterminer la prévalence de la maladie dans les communautés où d'autres méthodes ne sont plus sensibles.

Travaillant avec le laboratoire du Dr Thomas Unnasch de l'Université d'Alabama-Birmingham (UAB), le Centre Carter a parrainé un chercheur biomédical nouvellement recruté au nouveau laboratoire en Ouganda, David Were Oguttu, ce qui lui a permis de suivre une formation pratique en épidémiologie moléculaire. La formation traitait de toute une gamme de techniques se rapportant à PCR et OV-16. M. Oguttu devra former ses collègues une fois de retour en Ouganda.

### Adjonction de laboratoire

En 2002, le Centre Carter et le département du Royaume Uni pour le développement international ont financé la construction d'un immeuble avec des bureaux, un centre de formation, un dépôt et un espace de laboratoire car il fallait davantage d'espace à la Division du contrôle des vecteurs qui est la base de la lutte contre les grandes endémies du Ministère de la Santé en Ouganda. A la fin de 2005, la construction était achevée et meublée à l'exception de l'espace de laboratoire.

L'Ouganda était sur le point d'adopter la politique d'élimination de l'onchocercose et pourtant le pays

ne disposait pas des techniques les plus modernes basées sur des données probantes. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'une région soit déclarée exempte de l'onchocercose si pas plus d'une mouche sur 2000 dépistées ne porte le parasite. La méthode traditionnelle de dissection des mouches noires pour isoler le stade infectieux d'*Onchocerca volvulus*, parasite filarien qui provoque la maladie de l'onchocercose est lente et exige des techniciens chevronnés. Parfois on peut d'ailleurs remettre en doute la sensibilité de cette méthode surtout dans des cas de faible transmission. De plus, les étapes larvaires de l'animal

*Onchocerca* ne peuvent pas être distingués morphologiquement si on utilise la méthode de dissection. Pire encore, cette méthode devient insensible à des faibles niveaux de transmission ou de prévalence de l'onchocercose.

Les techniques moléculaires sont utilisées actuellement pour évaluer la transmission d'autres maladies transmises par des vecteurs tels que le paludisme et la filariose lymphatique. Le Centre Carter tient à remercier le Dr Unnasch de l'UAB et Nancy Cruz-Ortiz des Centers for Disease Control and Prevention au Guatemala qui ont accepté d'apporter un soutien technique spécialisé au nouveau laboratoire.

# L'onchocercose

## L'Ouganda redouble d'efforts dans une lutte revigorée

Certes, les niveaux d'onchocercose en Ouganda ont nettement reculé depuis 1996 mais la menace d'une recrudescence subsiste du moins parmi 2 millions de personnes. Ce risque conjugué à une crainte de lassitude chez les bailleurs de fonds a poussé le gouvernement à ré-établir une politique pour l'élimination de l'onchocercose. Fin janvier 2007, le président de l'Ouganda représenté par son premier ministre a adopté cette politique d'élimination lors d'une célébration à Kampala. Le programme utilisera un traitement semi-annuel à base d'ivermectine comme dans les Amériques ainsi qu'une lutte ciblée contre le vecteur et élimination du vecteur chaque fois que possible avec témophos (Abate®), composé organo-phosphoré biodégradable. Le témophos est davantage utilisé suite à la réussite des essais pilotes dans deux petits foyers isolés à l'ouest de l'Ouganda où *Simulium neavei* spp est le vecteur. Les experts pensent qu'au moins 70% de

la transmission actuelle en Ouganda est imputable à *S.neavei* spp qui a un champ de vol court de 5 km maximum, nécessitant absolument la présence de crabes de rivières dans son cycle reproducteur et préférant les régions fraîches et ombragées. Autant de facteurs qui rendent ces espèces plus vulnérables à l'élimination que *S.damnosum* spp.

L'accord entre le Centre Carter et le Sight Savers International dans le but d'aider le Gouvernement à éliminer l'onchocercose est un rêve qui se fait réalité avec un point d'interrogation pourtant : les collègues aux niveaux national et local allaient soutenir la politique. Le Dr Moses Katarwa, épidémiologue auprès du programme de lutte contre l'onchocercose du Centre Carter et ancien représentant du Bureau ougandais du Centre Carter s'est rendu dans le pays en juin. Il a été agréablement surpris par l'esprit positif qui y régnait, lui rappelant l'optimisme des personnes qui étaient arrivés à éliminer le foyer de

Victoria Niles de années auparavant. Il a été impressionné par les réunions concentrées et énergiques aux niveaux national et local.

Le soutien obtenu du Ministère de la Santé et des collectivités locales était automatique et tangible. Par exemple, la Division de la lutte contre le vecteur qui mène l'effort d'élimination de l'onchocercose au sein du Ministère de la Santé offre deux nouvelles positions dans l'équipe nationale de surveillance et deux positions permanentes de laboratoire. Le ministère a également octroyé une aide financière pour rénover le laboratoire et a aidé à obtenir une exonération des droits d'importation sur l'équipement. La plupart des districts où la politique d'élimination a été adoptée ont recruté de suite du personnel chargé d'éliminer le vecteur et de mobiliser la communauté.

Le recrutement s'est fait aux niveaux central et local alors qu'il existait pourtant un gel sur le recrutement décrété par le gouvernement. Il a été levé dans le souci de mettre fin une fois pour toutes au ver de la filariose. Alors que d'autres avaient échoué, le programme de l'onchocercose a réussi. Dans un foyer, les représentants du district de Bushenyi ont construit un point pour se rendre dans cette région auparavant inaccessible. La réparation de routes dans ces forêts tropicales impénétrables a permis de traiter à l'Abate les sites de reproduction du vecteur. Les communautés dans les districts retenus pour l'élimination ont reçu leur première dose de Mectizan en avril et la seconde en octobre de chaque année. Étonnant de noter par ailleurs que 90% des communautés ont atteint leur but final de traitement en l'espace d'une semaine en avril 2007. A la fin du mois, le bureau de pays du Centre Carter signalait plus de 90% de la première série de traitements dans les foyers ciblés pour le traitement semi-annuel.

Le Dr Katarwa a également indiqué que le personnel aux niveaux

*suite à la page 5*

### Histoire des efforts d'élimination en Ouganda

Mectizan est devenu disponible aux fins de distribution annuelle pour la lutte contre l'onchocercose en Ouganda au début de 1991. Par ailleurs, les programmes de lutte utilisant de l'ivermectine ont été mis sur pied en 1992 avec un financement de Sight Savers International et de la Fondation contre la cécité des rivières qui a été repris par la suite par le Centre Carter. Auparavant, la politique gouvernementale de lutte contre l'onchocercose se basait sur l'élimination du vecteur. De fait, le foyer de Victoria Nile en Ouganda a réussi à éliminer le vecteur de la mouche noire, *Simulium*

*damnosum* spp et par conséquent l'onchocercose. Le foyer de Victoria Nile était le plus grand foyer de l'onchocercose couvrant une région de plus de 3 millions d'habitants. Ainsi a pu se développer la ville de Jinja, à la source du Nil comme le principal centre industriel de l'Ouganda. D'autres réussites enregistrées dans un foyer à l'est de l'Ouganda et dans deux autres foyers à l'ouest de l'Ouganda où pousse le café Arabica, une des principales cultures de l'Ouganda. Le programme africain de lutte contre l'onchocercose a apporté une assistance dans le cadre de ses efforts.



# L'onchocercose

suite de la page 4

central et des districts était actif lors des week ends pendant sa visite, cherchant, cartographiant et dosant les sites de reproduction. Lors d'une visite avec des représentants officiels du district, il a été informé que les représentants de la sécurité se méfiaient de ce que les membres de l'équipe de surveillance faisaient dans la forêt. L'équipe a dû expliquer aux représentants de la sécurité ce qu'était l'onchocercose et ce que signifiait l'élimination de cette maladie pour la population. A la fin de la réunion, on les a invité à travailler avec l'équipe de surveillance pour chercher, cartographier et doser les sites de reproduction, ce qu'ils ont d'ailleurs avec beaucoup d'enthousiasme. Certes, l'élimination de l'onchocercose est exigeante et demande que l'on prête attention aux détails, et pourtant Peace Habomugisha, représentante actuelle dans le pays du Centre Carter est d'avis que l'effort en vaut la peine. Elle est encore plus fascinée de voir les gens mettre de côté leurs dif-



M. Katamanywa

*Les membres de l'équipe de surveillance du Ministère de la santé ougandais James Katamanywa, Joseph Wamani et Frank Mugisha mesurent le niveau de l'eau dans une rivière où se reproduit la mouche noire pour déterminer la quantité d'ABATE nécessaire pour tuer le vecteur.*

férents et demandes triviales pour travailler ensemble de manière systématique

et ponctuelle avec autant de passion pour bien faire leur travail.

## Les subventions financent une formation supplémentaire en gestion au Nigeria

Le Centre Carter a obtenu une subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates pour soutenir le contrôle intégré des maladies tropicales négligées dans les deux états du Plateau et de Nasarawa. Des programmes intégrés — ceux visant à regrouper les services pour prévenir jusqu'à 6 maladies différentes (schistosomiase, filariose lymphatique, onchocercose, avitaminose A, trachome et paludisme) — sont des interventions complexes. Leur mise en œuvre réussie exige des approches novatrices à la planification et une assistance pour les responsables aux niveaux national et local qui doivent relever de lourds défis du point de vue logistique, analytique et gestionnaire.

Une telle formation novatrice est un des points forts de la collaboration du Centre dans la partie centrale du Nigeria. Le Sustainable Management Training Center (SMTC) créé en 1996 en tant que collaboration conjointe entre le Centre Carter, les Centers for Disease Control and Prevention et l'École de santé publique Rollins de l'Université Emory cherche à renforcer les compétences en gestion pour la planification et la mise en œuvre de projet et compte d'ailleurs plus de 500 diplômés qui viennent de tous les coins du Nigeria. Il est à regretter que le manque de fonds n'ait pas permis d'organiser autant d'ateliers en gestion ces dernières années. A présent, la formation du SMTC reprendra avec

une nouvelle énergie et un nouveau programme a d'ailleurs été adopté se concentrant tout particulièrement sur l'administration massive de médicaments et l'éducation sanitaire connexe.

Priscillia Dogonyaro qui a un B.S. en ingénierie et un M.B.A a été recruté au Nigeria pour dispenser une formation en gestion. Le Dr Josef Amann et Janna Brooks des CDC se sont rendus à Jos fin juillet 2007 pour faire une évaluation des besoins pour la revitalisation du SMTC qui sera le chef de file de la formation du personnel participant aux activités d'intégration. Le Dr Amann qui est également un ophtalmologue expert en trachome et onchocercose assurera la liaison avec les CDC.

# Trachome

## Nigeria

*suite de la page 1*

le paludisme de pair avec des discussions sur le trachome et la schistosomiase. Ces présentations ont été suivies par des discussions des experts provenant du Centre Carter, de l'Organisation mondiale de la Santé, des Centers for Disease Control and Prevention, de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres partenaires. Les communications sur les deux derniers foyers où la dracunculose est endémique au Nigeria et les communications de 42 cas en 2007 alors qu'ils étaient au nombre de 653 000 en 1989 étaient parmi les points saillants de cette revue de programmes.

Des progrès ont été notés en vue d'éliminer la filariose lymphatique au centre du Nigeria après cinq séries annuelles d'administration en masse de médicaments (ivermectine et albendazole). Le suivi dans neuf villages sentinelles n'indique aucune nouvelle infection dans l'échantillon de personnes qui ont passé un dépistage sérologique (anti-génémie) avec une diminution dans le microfilaria à 0,5% et une réduction dans le nombre de moustiques infectés, de 4,3% à 1,6% (où « infecté » signifie la présence d'une larve *Wuchereria* dans les moustiques disséqués). Si la sérologie laisse espérer que la filariose lymphatique pourra être éliminée sous peu, ce n'est pourtant que l'un des rares programmes de filariose lymphatique qui se penche sur des paramètres parasitologiques et entomologiques et à partir de ces derniers, on peut en déduire qu'il subsiste encore un risque de transmission. On a recommandé que le programme continue à administrer les médicaments à grande échelle jusqu'à ce qu'une étude supplémentaire puisse être faite et on a indiqué que les perspectives d'élimination seraient meilleures si on utilisait dans cette région des moustiquaires imprégnées aux insecticides.

Le Représentant de l'Organisation mondiale de la Santé, Le Dr Peter Eriki,



F. Richards

*Dr Peter Eriki, Représentant de l'Organisation mondiale de la Santé/Nigeria ; Dr Ngozi Njepuoeme, Directeur, Ministère fédéral de la Santé ; Ancien chef d'état Général Dr Yakubu Gowon, président de la session ; Dr Donald R. Hopkins, vice président, Santé, Centre Carter ; Akio Tanaka, ambassadeur japonais auprès du Nigeria ; Dr Yao Sadahlon, Programme de dons de Mectizan et Dr Michael Deming, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.*

a annoncé le don de 1,5 million de comprimés de praziquantel par an pour la lutte contre la schistosomiase dans les états du Plateau et de Nasarawa où la schistosomiase urinaire et intestinale est endémique. Ce médicament est donné à l'Organisation mondiale de la Santé par Merck KGaA (E-Merck, Allemagne).

La revue a mis en relief l'intégration de la mise en œuvre du programme et de la recherche opérationnelle dans le cadre de la lutte contre le trachome,

l'onchocercose, la filariose lymphatique et la schistosomiase. Les régions bénéficiant d'une aide du Centre Carter sont reconnues comme des chefs de file dans le monde entier des programmes intégrés pour les maladies tropicales négligées, disposant d'une vaste expérience au niveau de l'administration d'un triple médicament : traitements simultanés pour l'onchocercose, la filariose lymphatique et la schistosomiase. Vu l'annonce selon laquelle

le Nigeria obtiendra de l'azithromycine donné par Pfizer pour la lutte contre le trachome pour la première fois en 2008, il est fort probable que les programmes au centre du Nigeria continuent à être à l'avant-garde du combat mondial contre les maladies tropicales négligées. Il est prévu que les premières séries de ce traitement seront coordonnées avec d'autres activités d'administration de médicaments en masse.

## Intégration des programmes de lutte contre le trachome et la dracunculose dans le Soudan du Sud

**E**n juillet 2007, le Programme de lutte contre le trachome a commencé à intégrer ses opérations et l'exécution des interventions avec celles du programme de lutte contre la dracunculose dans les états d'Eastern Equatoria et de Jonglei dans le Soudan du Sud. Exploitant au mieux l'expérience précédente au niveau de l'intégration en Ethiopie et au Nigeria, les deux programmes se réjouissent à l'idée de pouvoir

partager les coûts du personnel et d'autres ressources.

Le Soudan du Sud est très affligé par le trachome et la dracunculose. La charge du trichiasis dans Eastern Equatoria et Jonglei irait jusqu'à 200 000 personnes et la prévalence de la maladie active chez les enfants dépasse de cinq fois le seuil d'intervention fixé par l'Organisation mondiale de la Santé.

En 2006 et en 2007, le Centre

*suite à la page 7*

# Trachome

## Séries sur le visage humain de la lutte contre le trachome Des femmes volontaires pour protéger les points d'eau

En juillet 2006, le sub-kebele de Fek Ayil situé dans les collines de la région d'Amhara en Ethiopie a commencé à pomper de l'eau de ses propres points d'eau protégés. Vivant à deux heures de marche de la route revêtue la plus proche, les 21 familles de cette petite communauté n'avaient jamais eu accès auparavant à un point d'eau protégé avec une eau salubre.

Tout au long de 2006, 113 points d'eau protégés ont été installés dans l'Amhara avec le soutien du Centre Carter, des Lions club éthiopiens et de ChristoffelBlindenmission. L'Organisation pour la réhabilitation et le développement de l'Amhara était chargée de trouver les communautés, de coordonner les travaux de construction et de former les comités locaux de gestion de l'eau.



E. Cromwell

*Simgen (centre) va chercher de l'eau auprès du point d'eau protégé du village*

En juin 2007, le Centre Carter a évalué le fonctionnement et la durabilité d'un échantillon aléatoire de 30 points d'eau dans quatre zones : East Gojjam, West Gojjam, South Gondar et North Gondar. Lorsque l'équipe d'évaluation s'est rendue dans Fek Ayil, elle a été impressionnée par

le niveau d'organisation et d'engagement démontré par le comité de gestion communautaire et la gardienne volontaire Simegn Alem.

Lorsqu'on lui a demandé pourquoi elle a été choisie comme gardienne du point d'eau, elle a indiqué que « Je vis dans la maison la plus proche du puits et aussi, il est facile pour moi d'ouvrir le portail quand on me le demande. Parfois la responsabilité me pèse lourd et pourtant je suis prête à continuer car ce rôle est important. »

« Sans une gardienne, la pompe pourrait être endommagée ou l'eau gaspillée » ajoute-t-elle. La petite communauté a d'ailleurs aidé de son mieux, apportant la main-d'œuvre pour installer la pompe et aidant à creuser le puits, transportant les matériaux de construction à la main de la route jusqu'au village. La communauté a choisi cinq membres qui feront partie d'un comité de gestion. Ce groupe demande 1 birr par mois pour chaque ménage, argent qui est déposé dans un compte d'épargne d'une banque de la capitale du woreda. La communauté pourra utiliser ce capital pour emprunter de l'argent et financer l'entretien régulier de la pompe d'eau.

Avant que ne soit installée la pompe d'eau, les habitants de Kek Ayil buvaient uniquement du tala, bière fabriquée à la maison. « Nous utilisons cette eau pour tous nos besoins quotidiens : la cuisine, le lavage et la boisson. » Selon Simegn, « A présent, nos estomacs sont propres et nous buvons sans avoir à craindre quoique ce soit. »

*C'est le sixième d'une série d'articles dévoilant le visage humain du Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter. Les commentaires des personnes dont il est question ne sont pas donnés mot pour mot mais reflètent bien leur intention et l'esprit des conversations avec les gens sur le terrain. Les auteurs ont essayé d'être fidèles au contexte, au contenu et au ton des personnes décrites ici.*

*suite de la page 6*

Carter dans le Soudan du Sud s'est concentré sur l'expansion de l'infrastructure pour faciliter et renforcer la mise en œuvre des interventions du programme. Aidés en cela, les deux programmes sont en meilleure position pour répondre aux besoins du Ministère de la Santé du Gouvernement du Soudan du Sud et pour renforcer la collaboration avec d'autres partenaires. Le personnel du programme de lutte contre la dracunculose compte une vaste connaissance de la culture locale ce qui l'aidera à réaliser simultanément les deux programmes.

G. Galban



*Un volontaire de village distribue des filtres d'eau pour le ver de Guinée et administre de la pommade à base de tétracycline à une famille dans le Soudan du Sud — intégration en action*



# Trachome

## Les enquêtes sur la prévalence du trachome déterminent les besoins au Nigeria

En mars 2007, le Centre Carter a apporté un soutien à la réalisation d'enquêtes visant à évaluer la charge du trachome dans 13 collectivités locales des états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria. La prévalence des



J. King

*Le responsable du programme de lutte contre le trachome réalisé par le Centre Carter au Nigeria, le Dr Nimzing Jip, examine un garçon pour dépister les signes cliniques du trachome.*

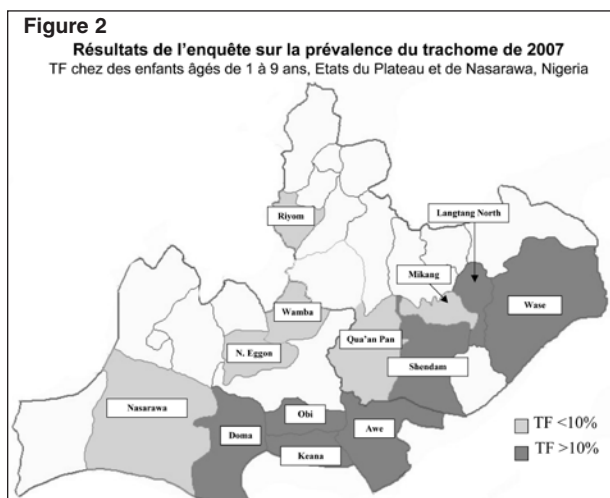
signes cliniques du trachome (TF) chez des enfants de 1 à 9 ans dépassaient 10% dans les trois collectivités locales du Plateau et quatre collectivités locales à Nasarawa, indiquant la nécessité de déployer dans l'ensemble de ces collectivités les composantes A, N, CE de la stratégie CHANCE. L'enquête a pu être réalisée grâce à un don généreux de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Dans la collectivité locale montrée sur la Figure 2, la proportion de ménages avec une latrine allait de 10,2% à 40,8%. La prévalence du trichiasis (TT) dépassait 10% dans deux des collectivités enquêtées et des efforts communautaires sont faits actuellement pour dépister les cas et fournir une opération

des paupières pour prévenir la cécité. Les composantes de CHANCE dont la distribution d'azithromycine seront intégrées à d'autres programmes communautaires tels que la distribution en masse de médicaments contre la filariose lymphatique, la schistosomiase, l'onchocercose, les helminthes transmis par le sol ainsi que la distribution de vitamine A et de moustiquaires durables et imprégnées aux insecticides. Toutes les visites communautaires feront partie des activités intégrées de lutte contre les maladies.

La population totale qui bénéficiera probablement des interventions CHANCE dans les sept collectivités locales s'élève à 779 000. Une cartographie du trachome devra être faite dans les 17 collectivités restantes. Huit collectivités sont en train de faire actuellement

une évaluation intégrée du trachome, de la schistosomiase urinaire et de la filariose lymphatique. La cartographie des neuf collectivités locales restantes sera intégrée à une évaluation de l'impact résultant de l'administration en masse de médicaments contre la filariose lymphatique à la fin de janvier 2008.



## Analyse du programme soutenu par le Centre Carter de promotion de latrines au Ghana

En réponse à une étude faite en 2005 qui a constaté une moyenne de moins de 10% pour la couverture sanitaire au Nord du Ghana, avec de nombreuses communautés qui n'ont pas même une seule latrine, le Centre Carter a commencé à soutenir les districts afin de réaliser un programme de promotion de latrines, unique dans son genre. L'approche consiste à vérifier qu'il existe une couverture de 100% en latrines dans chaque village, quels que soient la situation financière, le statut ou la capacité de fournir de la main-d'œuvre d'un ménage. En décembre 2006, le Centre Carter a évalué le programme de promotion des latrines en réalisant une enquête auprès d'un échantillon aléatoire de villages recevant un soutien du Centre dans la région du Nord.

Douze communautés qui avaient participé au programme de promotion de latrines soutenu par le Centre Carter pendant 12 mois au moins ont été choisies dans les deux districts. Un total de 327 ménages ont été interviewés pour déterminer les caractéristiques démographiques, l'accès à une latrine familiale, les opinions sur les latrines et les coûts de construction. Une inspection visuelle de toutes les latrines a également été faite pour déterminer l'utilisation de la latrine et le statut de construction.

Pris ensemble, 88% des ménages enquêtés avaient une latrine utilisable et 65% avaient des latrines qui étaient utilisées couramment. Le coût moyen pour les ménages avec une latrine s'élève à environ 5 dollars américains. Vingt des 327 ménages interviewés n'avaient pas de latrine familiale et seuls à 3 de ces 20 avait-on conseillé d'en construire

*suite à la page 9*



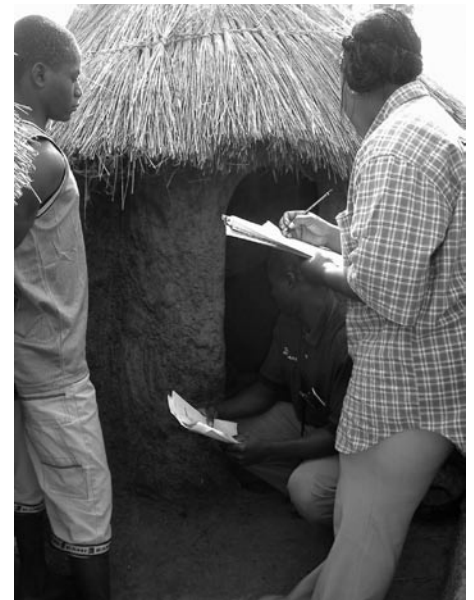
# Trachome

suite de la page 8

une. Les principales raisons expliquaient pourquoi elles n'étaient pas construites étaient le coût, le manque de temps et l'incapacité à fournir de la main-d'œuvre. En dépit de cela, 100% de ces ménages ont déclaré avoir l'intention de construire une latrine à l'avenir.

Aussi les ménages qui possédaient une latrine utilisable que ceux qui n'en avaient pas connaissaient bien les avantages et les inconvénients d'une latrine. Les avantages cités le plus couramment de la possession d'une latrine étaient son côté pratique, les bénéfices pour la santé, l'absence de matières fécales dans les concessions et le caractère privé. Parmi les inconvénients, on a noté l'entretien, les mauvaises odeurs, le coût élevé et le risque qu'elle s'effondre.

La présente évaluation a constaté que dans les communautés recevant une assistance du Centre Carter dans la Région au Nord du Ghana, la couverture en latrines familiales a augmenté, passant de 0% à 88% des ménages disposant d'une latrine utilisable en l'espace de deux ans. De plus, des matières fécales ont été observées dans 71% des latrines, indiquant ainsi qu'une majorité des ménages dans la communauté avaient changé leur comportement. Il faudrait intensifier l'éducation sanitaire et les activités de changement de comportement. Le programme de promotion de latrines a augmenté l'accès aux latrines ainsi que leur utilisation dans toutes les communautés choisies et il devrait donc être pris comme modèle pour d'autres programmes de latrines au Nord du Ghana.



J. King

*Des volontaires du service national au Ghana inspectent une latrine*

## Les Lions du Mali viennent soutenir la formation des



En collaboration avec le Programme national de prévention de la cécité au Mali et de pair avec les Lions Clubs de ce pays, le Centre Carter a mis sur pied une formation pour 800 femmes afin de renforcer l'éducation sanitaire dans les régions de Ségou et Mopti. En

2007, les quatre Lions Clubs de Bamako (Soukala, Malina, Yelé et Sigui) ont octroyé ensemble 8 000 000 CFA (environ \$17 777) pour réaliser des activités de formation ciblant les leaders féminins intervenant activement dans la communauté. Cet argent avait été

mobilisé localement et dès avril 2008, le programme apportera une formation à cinq femmes leaders de 160 groupements féminins qui existent déjà : 600 femmes de Ségou et 200 femmes de la région de Mopti.

Vu que le trachome affecte de manière disproportionnée les femmes, le programme a démarré cette activité importante pour donner aux femmes les moyens d'éduquer leurs camarades à propos des risques liés au trachome.



Y. Kamissoko

*Des femmes dans le district de Barouéli sont formées pour qu'elles puissent enseigner à propos du trachome à d'autres*

On a choisi les femmes communautaires clés dans chaque groupement féminin pour les former afin qu'elles puissent devenir des éducatrices sanitaires, spécialisées dans l'éducation en matière de trachome à l'intention des femmes et des enfants. Leur formation se concentre sur la prévention du trachome par le biais des composantes N et CE de la stratégie CHANCE ainsi que sur le traitement du trachome en utilisant les antibiotiques et la chirurgie.

Les femmes formées sont responsables d'apprendre et de recommander les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les ménages et communautés, une fois terminée leur formation. Deux des cinq femmes retenues dans chaque groupement savent lire et écrire et peuvent ainsi remplir les carnets de suivi et utiliser le matériel de formation. Le Centre Carter au Mali a également mis au point du matériel d'éducation sanitaire en langue locale que les femmes pourront utiliser. L'assistance du Centre Carter au Programme du trachome au Mali est soutenue par la Fondation Conrad N.Hilton.

## L'enquête au Mali indique les données initiales

**A**u début de 2007, on a prié le Centre Carter d'aider à distribuer 3 millions de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides dans trois régions de l'Éthiopie aidant ainsi à atteindre l'objectif fixé de 20 millions avant le nouveau millénaire éthiopien, septembre 2007. Auparavant, le Centre avait souhaité déterminer le niveau initial de possession des moustiquaires dans le pays ainsi que le niveau d'utilisation de ces moustiquaires dans les familles. Le Centre voulait également connaître la prévalence (proportion de personnes infectées par le paludisme) avant de démarrer le programme intégré de lutte contre le paludisme basé sur la distribution et la promotion de moustiquaires.

Une enquête auprès des ménages suivant les meilleures pratiques reconnues à l'échelle internationale a été organisée rapidement et réalisées dans 224 sites distincts en décembre 2006 et en janvier 2007. Les sites ont été choisis aléatoirement dans les régions impaludées d'Amhara, l'Oromia et le Southern Nations, Nationalities et Peoples's regions. Dans chaque site, on s'est entretenu avec les chefs de 25 ménages sur la possession de moustiquaires, l'utilisation de moustiquaires et autres facteurs risques exposant au paludisme. Dans la région

d'Amhara, les taux d'infection du trachome ont été évalués dans le cadre d'une enquête intégrée novatrice. Des tests sanguins de dépistage du paludisme ont été réalisés auprès d'un sous-échantillon de ménages. Les équipes de l'enquête se sont déplacées sur de grandes distances, à dos d'âne ou à pied, pour arriver jusqu'aux ménages choisis aléatoirement et obtenir ainsi un tableau objectif de la situation sur le plan paludisme dans les trois plus grandes régions du pays.

On a constaté que 37% des ménages disposaient d'au moins une moustiquaire, mais que seulement 20% possédait une moustiquaire durable et imprégnée aux insecticides. Si la taille moyenne d'un ménage était de cinq à six personnes, le nombre moyen de moustiquaires que ce ménage possédait était pourtant de moins d'une moustiquaire. Par ailleurs, plusieurs personnes dormant sous la même moustiquaire, plus d'un quart des personnes de tous âges ont signalé qu'elles avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédente et 15% avaient dormi sous une moustiquaire durable imprégnée aux insecticides.

Des lames de sang ont été examinées de 11 601 personnes dont 4% étaient infectées par les parasites du paludisme. La prévalence la plus élevée de 5,4% a été constatée dans la région du Sud, suivie d'Amhara à 4,6% et c'est à l'Oromia que la prévalence était la plus faible à 0,9%.

D'après les espèces, 57% des infections étaient imputables à la forme la plus dangereuse du paludisme, *P.falciparum*. Il n'y avait que peu de différence dans la prévalence du paludisme par groupe d'âge, confirmant qu'en Éthiopie, tous les âges sont susceptibles à l'infection et à la maladie. Bien que la positivité au



Des enquêtes ont été réalisées auprès de ménages dans des zones impaludées de trois régions en Éthiopie.



Les habitants dans un sous-échantillon de ménages reçoivent des tests de sang pour dépister le paludisme.

## L'Ethiopie à un pas de son but de trois millions de moustiquaires

Depuis le 8 février 2007, lorsque les premières moustiquaires durables et imprégnées aux insecticides (MDII) du Centre Carter ont été distribuées à Mana, district où le paludisme est endémique dans la Région d'Oromiya en Ethiopie, une autre quantité de 2 960 070 MDII a été distribuée à environ 1 480 000 ménages. Aussi, le Centre a-t-il atteint 98,7% de son engagement à distribuer 3 000 000 MDII dans l'Amhara, l'Oromia et le Southern Nations, Nationalities et Peoples's regions.

Dans les zones où interviennent déjà le programme de lutte contre le trachome (les 10 zones de la région de l'Amhara) et le programme de cécité des rivières (Kaffa, Sheka, Bench-Maji, North Gondar, Illubabor, Jimma, Gambella et Metekel), on estime que 4 940 000 personnes sont protégées contre le paludisme grâce à cet effort de collaboration avec le Ministère de la Santé en Ethiopie.

De plus, le Centre Carter collabore avec des représentants officiels du ministère pour renforcer les activités d'éducation sanitaire au niveau communautaire en mettant au point quatre messages fondamentaux sur les priorités du ministère concernant la lutte contre la dracunculose :

1. Donner les MDII en priorité aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans.
2. Dormir sous une MDII chaque nuit.
3. Bien accrocher et bien entretenir (laver et réparer) un MDII.
4. Emmener ceux qui ont de la fièvre aux dispensaires locaux pour faire un dépistage du paludisme.

Ces messages seront intégrés aux



A. Mosher

*Une nouvelle moustiquaire imprégnée aux insecticides, accrochée correctement, dans la zone de Jimma, région d'Oromia, Ethiopie*

activités de formation des agents de santé du Programme de lutte contre le trachome et des distributeurs communautaires du Programme de cécité des rivières afin de profiter de l'accès qu'ils ont aux communautés et vérifier ainsi que les messages de lutte contre le paludisme arrivent bien aux ménages en même temps qu'ils reçoivent les messages des autres programmes. Le mouvement des agents dans les communautés sera également utilisé pour apporter un feed-back sur la réussite du programme, qu'il s'agisse de l'utilisation des moustiquaires et du fait de les accrocher correctement.

L'engagement du Centre Carter dans la lutte contre le paludisme en Ethiopie a commencé en juin 2006, quatre mois après que le Ministre de la Santé de l'Ethiopie, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a invité le Centre Carter à venir se joindre à l'effort national en vue de protéger 50 millions d'Ethiopiens exposés au risque de contracter le paludisme en distribuant deux MDII à chaque ménage d'ici juillet 2007. On a également demandé au Centre de concourir aux efforts nationaux de suivi et d'évaluation des programmes et de prendre part ainsi à la réussite du programme national de lutte antipaludique.

## Sankara lauréat du prix Shepard

L'assistant du Programme de lutte contre le trachome, le Dr Dieudonné P. Sankara a obtenu le Prix Charles C. Shepard de l'Ecole Rollings de santé publique de l'Université Emory pour sa thèse intitulée « Epidémiologie du trachome cécitant dans les camps de personnes déplacées de l'Etat de Khartoum au Soudan. »

Le Dr Sankara a étudié à Emory grâce à une bourse Foegen et après avoir obtenu son diplôme en mai 2007, il a accepté une position au Research Triangle Institute en tant que spécialiste

L. Rotondo



*Le prix Shepard présenté au Dr Sankara est décerné à l'étudiant diplômé qui selon le corps enseignant a préparé le document de recherche le plus érudit.*

senior des maladies tropicales négligées. Il est l'ancien coordinateur du programme national du Burkina Faso. Félicitations Dr Sankara !



## Hopkins lauréat du prix Mectizan 2007

Le Dr Donald Hopkins, vice président des programmes de santé du Centre Carter, a été choisi pour le Prix Mectizan remis chaque année par Merck et le Programme de Don de Mectizan à celui ou à celle qui a fait une contribution extraordinaire à la lutte contre l'onchocercose et/ou la filariose lymphatique. Brenda Collatrella, directrice du Bureau Merck des Contributions, a remis le prix au Dr Hopkins qui a été nommé par ses collègues.

Mme Colatrella a félicité le Dr Hopkins pour son engagement infatigable à combattre l'onchocercose et pour faire

profiter le domaine entier de la santé publique de tout enseignement retiré. Le Dr Hopkins a remercié ses collègues, le Président Carter, John et Rebecca Moores et les nombreux partenaires du Centre et a exprimé sa reconnaissance à Merck pour cet engagement sans précédent et de longue date à améliorer la santé de millions de personnes grâce à ses dons de Mectizan. Il a également félicité l'OEPA pour avoir inspiré les efforts d'élimination de l'onchocercose en Afrique. Il est certain que l'onchocercose pourra être éliminée de l'Afrique grâce au travail réalisé dans les Amériques.



L. Gubb

*Le personnel du programme du Centre Carter célèbre la remise du prix du Dr Hopkins, présenté le 14 novembre lors de la réunion de l'IACO en 2007 à Quito en Equateur. De gauche à droite : Craig Withers, Dr Frank Richards, Dr Donald Hopkins, Lindsay Rakers et Dr Moses Katarwa.*

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](http://www.cartercenter.org)