



# Regard de l'Aigle



Volume 13, Numéro 1

LE CENTRE CARTER

Fevrier 2012

## IACO 2011 marque le début de la fin de la cécité des rivières dans les Amériques

Le Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA), sous l'égide du Centre Carter, est une initiative régionale qui fait appel à de solides partenariats pour éliminer la cécité des rivières de 13 pays d'endémicité (foyers) dans six pays des Amériques. Son arme de choix est l'administration massive et soutenue du médicament ivermectine (Mectizan,® donné par Merck), qui se fait deux ou quatre fois par an. Une résolution de l'Organisation panaméricaine de la

Santé (OPS) de 2008 portait à 2012 l'interruption de la transmission de l'onchocercose dans les Amériques.

La 21e Conférence inter-américaine annuelle sur l'onchocercose (IACO 2011) s'est tenue à Bogotà en Colombie du 9 au 11 novembre 2011. Elle était organisée par le Ministère de la santé colombien, le Centre

*suite à la page 2*



Le Dr Frank Richards (à gauche), directeur du Programme de cécité des rivières du Centre Carter, reçoit un certificat de félicitations du Dr Juan Gonzalo López, directeur de l'Institut national de santé de la Colombie et du Dr Beatriz Londoño, vice-ministre de la santé et du bien-être, le remerciant de la contribution du Centre Carter à l'élimination de l'onchocercose en Colombie.

### Dans ce numéro

Deux foyers en plus arrêtent le traitement . . . 4
Enquête pour évaluer la chirurgie du trichiasis . . . . . 6
Volontaire constate que la communauté est réceptive à MalTra . . . . . 7
ITDFE pousse à la collaboration en FL, cécité des rivières . . . . . 8
En mémoire du Lion Dr Oluwasesan Onafowokan . . . . . 8
Accroissement des traitements de la FL en Éthiopie . . . . . 9
Lancement de la seconde enquête sur le paludisme en Éthiopie . . . . . 10
Augmentation de la possession et de l'utilisation des moustiquaires au Nigeria . . . 11
Mise à jour : Cas de dracunculose en 2011 . 12

THE CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

## La technologie assure le suivi du trachome en Éthiopie

En juin et juillet 2011, des équipes d'enquête du Bureau sanitaire régional de l'Amhara en Éthiopie ont évalué l'impact de cinq années de l'application de la stratégie CHANCE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage et changement environnemental) dans la lutte contre le trachome cécitant dans la zone de South Gondar. Cette enquête sur l'impact était analogue à une enquête récente dans la zone South Wollo comptant plus de 9000 ménages, à

une exception près pourtant. A la place d'équipes d'enquêtes inscrivant sur les formulaires les observations et les résultats des examens cliniques, les données ont été notées en utilisant les ordinateurs mobiles Samsung Galaxy Tab, appelé Tablets, permettant une application d'enquête électronique.

Cette méthodologie a été mise au point par deux étudiants du Département

*suite à la page 5*

# L'onchocercose

## IACO

suite de la page 1

Carter et l'OPS et bénéficiait du soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, de la Fondation internationale des Lions Clubs et de Merck. Plus de 100 personnes y ont assisté, nombre le plus important dans l'histoire d'IACO, dont 19 membres du ministère de la santé de la Colombie représentant les niveaux national, départemental et municipal.

Le Dr Juan Gonzalo López Casas, directeur de l'Institut national de santé et le Dr Beatriz Londoño, vice-ministre de la santé et du bien-être, a annoncé que le Ministère de la Santé de la Colombie avait soumis une demande de certification de l'onchocercose auprès de l'OPS et

de l'Organisation mondiale de la Santé et que son pays était le premier dans les Amériques à présenter une telle requête. Probablement que le prochain pays demandant la certification sera l'Equateur en 2013.

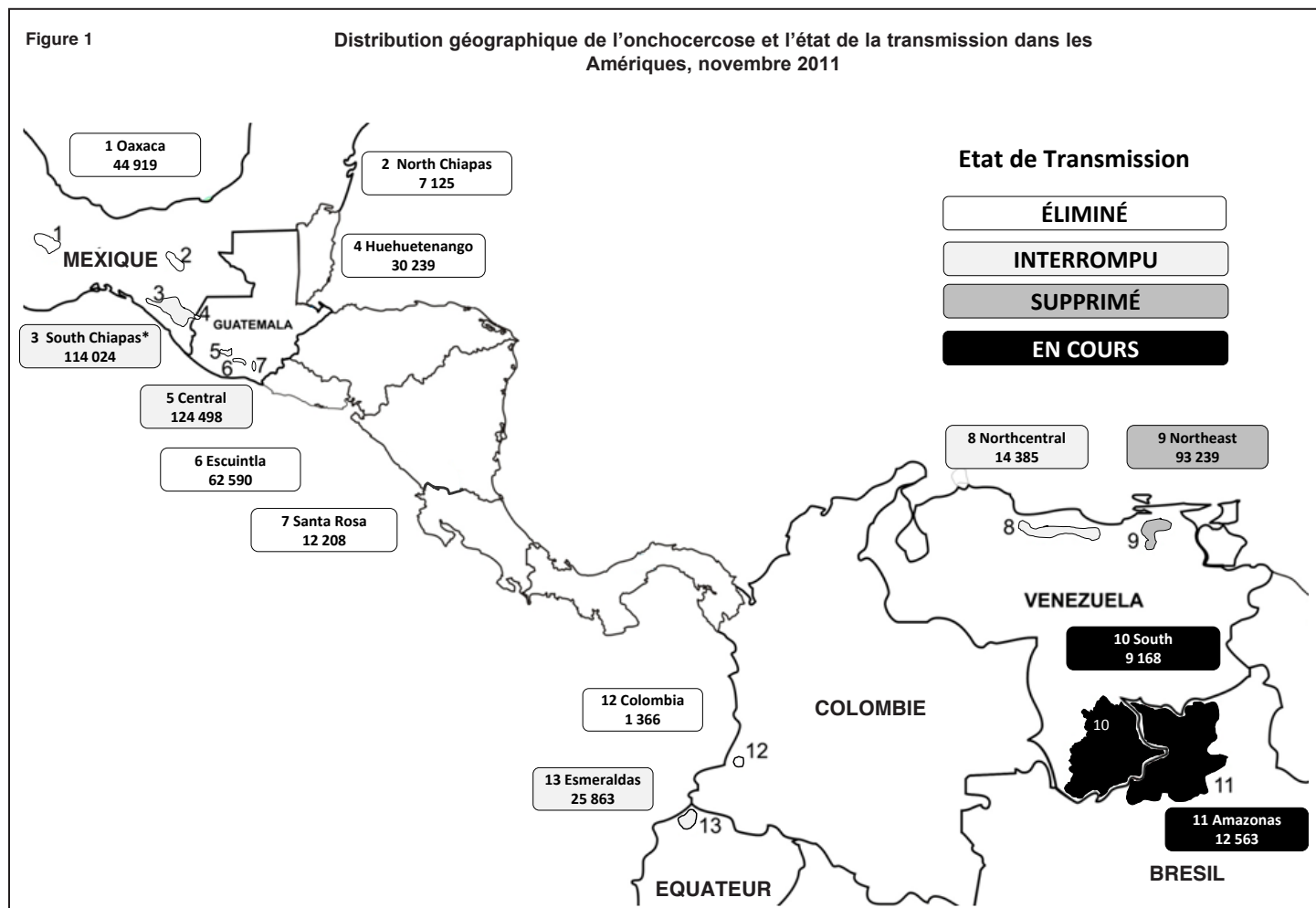
**En 2012, six des 13 foyers auront arrêté le traitement, ayant passé de manière réussie trois années de surveillance post-traitement et étant reconnus pour avoir éliminé la maladie.**

De plus, le Guatemala et le Mexique ont annoncé qu'ils avaient interrompu la

transmission de la cécité des rivières sur leur territoire en 2011 et qu'ils cesseront tous les traitements de l'ivermectine cette année.

Aussi, en 2012, six des 13 foyers dans les Amériques (voir Figure 1) auront arrêté le traitement, ayant passé de manière réussie trois années de surveillance post-traitement et étant reconnus pour avoir éliminé la maladie. Lopez de Micay (Colombie) ; Escuintla, Huehuetenango et Santa Rosa (Guatemala) et Chiapas Nord e Oaxaca (Mexique). Quatre foyers auront interrompu la transmission mais effectuent encore une surveillance post-traitement : Esmeraldas (Equateur), Central (Guatemala), Chiapas sud (Mexique) et Nord-Central (Venezuela).

suite à la page 3



## Don de la Fondation Alwaleed Bin Talal au profit de l'OEPA

Le Centre Carter a reçu un don généreux de 500 000\$ de la Fondation Alwaleed Bin Talal pour le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA). Depuis 2003, la Fondation apporte un soutien aux programmes de santé et de paix du Centre Carter. Outre l'OEPA, les fonds de la fondation ont été utilisés pour améliorer les services de santé mentale au Liberia, la démocratie et les droits humains en



Afrique, l'état de droit au Liberia et les élections dans le Territoire palestinien occupé et l'Indonésie.

La Fondation Alwaleed Bin Talal est présidée par le Prince Alwaleed Bin Talal Bin Abdulaziz Alsaud de l'Arabie saoudite et la Princesse Ameerah Al-Taweel en est la Vice-Présidente.

La Fondation a donné un total de \$2,4 milliards pour des initiatives dans plus de 60 pays.

Mexique et au Guatemala, alors que de nombreuses autres régions recevront des traitements quatre fois par an.

Vu que la transmission de l'onchocercose se confine à présent à deux des six pays retenus au départ dans les Amériques, représentant uniquement 4 % de la population originale à risque, le thème de l'IACO 2011 « le début de la fin » était particulièrement pertinent et motivant. Il n'en reste pas moins que le programme devra encore relever des défis de taille dans la zone de Yanomami où le terrain de la jungle n'est guère praticable et où il existe des groupes nomades difficiles à suivre. Le Brésil et le Venezuela continuent à se heurter à des obstacles de taille dans cette région et de tels aspects ont été longuement débattus pendant la conférence.

*suite de la page 2*

Pour le foyer du Nord-Est (Venezuela), le statut de transmission a été changé lors de l'IACO, passant à « supprimé », ce qui laisse seulement deux foyers avec une transmission continue : Amazone (Brésil) et Sud (Venezuela). Ces deux foyers adjacents sont connus ensemble sous le nom de « zone de Yanomami », d'après le groupe autochtone de la région.

**Environ 158 000 personnes sont à présent exemptes du risque de contracter la cécité des rivières dans les Amériques**

Environ 158 000 personnes sont à présent exemptes du risque de contracter la cécité des rivières dans les Amériques alors que 393 000 continuent à être exposées à ce risque, chiffre qui comprend les personnes sous traitement actif ainsi que celles dans les zones de surveillance post-traitement. Visant à accélérer l'élimination, surtout dans les zones d'hyper-endémicité, le programme fournit à présent un traitement quatre fois par an. En 2011, le traitement quatre fois par an était l'objectif de 443 des 1 546 communautés toujours sous traitement. Les rapports préliminaires allant jusqu'à novembre 2011 indiquent que 172 386 traitements ont été fournis dans ces communautés et que 137 638 traitements étaient fournis dans les communautés qui reçoivent un traitement, deux fois par an, pour un total de 310 024 traitements pour l'année. En total, le total de traitement diminuera de l'ordre de 68 % suite aux décisions de cesser les traitements au

Dans le logo d'IACO 2011, l'œil humain représente la part du corps la plus souvent associée avec la cécité des rivières. Trois bandes de couleurs — le jaune, le bleu et le rouge — symbolisent le drapeau colombien et leur design représente le marimba, un instrument musical utilisé par les communautés afro-colombiennes où l'onchocercose représentait autrefois un risque de taille. La courbe verte représente le contexte tropical vert de la zone d'endémicité antérieure et les vagues la couleur bleue de la rivière qu'on y trouve.



# L'onchocercose

## Comité : deux foyers ougandais en plus peuvent arrêter les traitements

**L**e Comité consultatif des experts de l'élimination de l'onchocercose en Ouganda (UOEEAC) s'est rencontré à Kampala, du 15 au 17 août 2011. Ce comité est un organe consultatif commandité par le Ministère de la santé ougandais et soutenu financièrement par le Centre Carter. Ses tâches principales consistent à a) utiliser les directives actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'élimination de la cécité des rivières et b) faire des recommandations au Ministère de la Santé concernant le moment où pourront cesser les interventions dans ces régions.

Le Dr Tom Unnasch de l'Université de South Florida a présidé la réunion, remplaçant le Dr Frank Walsh, président sortant qui reste auprès du Comité. Ont également assisté à la réunion des représentants officiels du Ministère de la Santé, des Services des districts sanitaires, du Centre Carter et de SightSavers, ainsi que des membres indépendants. Les observateurs à la réunion provenaient de l'Organisation mondiale de la Santé/Programme africain de lutte contre l'onchocercose, des Lions Clubs de l'Ouganda, du Programme de donation de Mectizan, des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, MSD Ouganda, de l'Initiative de lutte contre la schistosomiase et du Programme de l'USAID de lutte contre les maladies tropicales négligées.

Lors de sa réunion de 2010 une année auparavant, l'UOEEAC avait conclu que le foyer de Wadelai (15 000 personnes à risque) dans le district de Nebbi avait interrompu la transmission de l'onchocercose. A la réunion de 2011, le groupe a conclu que deux foyers supplémentaires ont, eux aussi, interrompu la transmission : Itwara (79 155 personnes à risques) et Mt.Elgon (282 010 personnes à risques). L'UOEEAC a recommandé



*Personnel du Centre Carter et certains membres du Comité SightFirst/Lions Clubs se rencontrent au Club de Kampala, Ouganda, août 2011. En partant de la gauche : Lion Dr Patrick Luwaga, Lion Peace Habomugisha, Lion Dr Tumwesigye Cillasi Ruy, Dr Frank Richards, Lion Polly Karimari Ndyarugahi, Sarah Bartlett et Dr Moses Katarwa.*

qu'en 2012, le Ministère de la Santé cesse ses interventions à base communautaire, dont l'administration massive de médicaments, une fois apportée l'éducation sanitaire pertinente aux communautés où l'onchocercose avait été endémique auparavant. C'est la première fois que les traitements en masse contre l'onchocercose sont arrêtés en Ouganda. Dans la région de Wadelai, les traitements continuent pour la filariose lymphatique. Si le Ministère de la Santé convient de la recommandation de l'UOEEAC, 650 000 traitements de Mectizan® seront arrêtés dans l'Itwara et Mt. Elgon cette année.

Le Comité était d'avis que le foyer d'Imaramagambo (109 000 personnes à risques) pouvait être déclaré comme ayant interrompu la transmission après une revue de nouvelles données entomologiques lors de la réunion de l'UOEEAC de 2012. Si tout se déroule comme on l'a espéré lors de la réunion de l'UOEEAC de 2011, alors quatre des 19 foyers ougan-

dais auront atteint leur but. L'Ouganda vise à interrompre la transmission nationale de la cécité des rivières d'ici 2020.

L'UOEEAC a également recommandé que de nouvelles activités d'élimination soient démarrées dans le Nord de l'Ouganda (1 foyer—Mid-North). En effet, les troubles civils avaient empêché jusqu'à récemment une intervention régulière de traitement de masse à base d'ivermectine et, à présent, que la paix est revenue, la zone pourra recevoir les bénéficiaires du programme d'élimination. On recommande des traitements deux fois par an pour accélérer l'interruption de la transmission afin d'atteindre le but de 2020. Un total de 930 000 traitements biannuels sera nécessaire, sous peu, dans cette nouvelle zone. La Fondation internationale des Lions Clubs et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose apporteront le financement nécessaire en partenariat avec le Centre Carter.

# Trachome

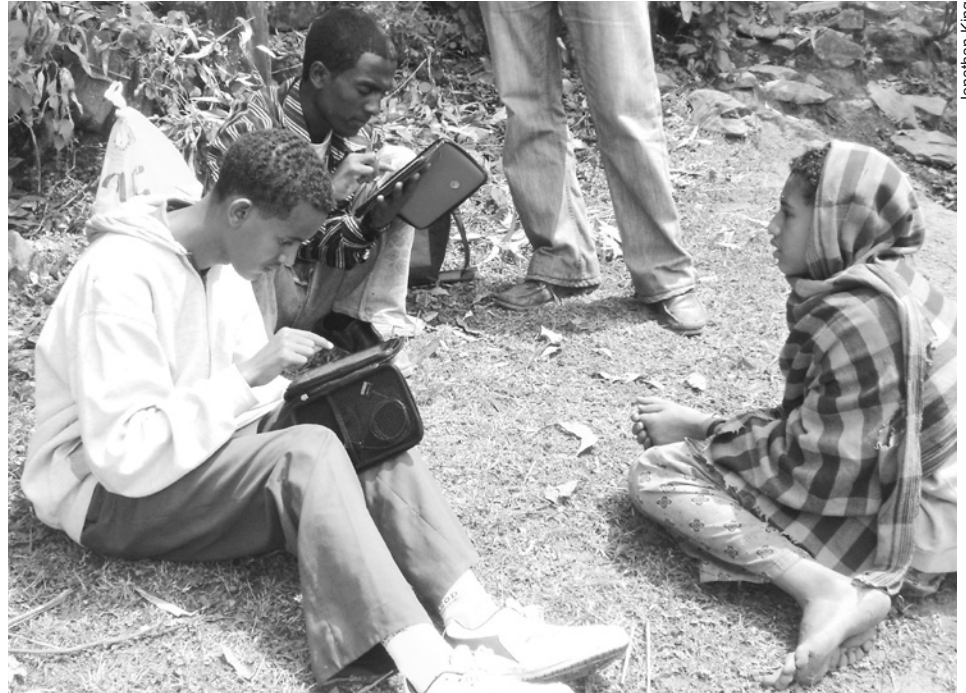
## La technologie du trachome

suite de la page 1

des sciences informatiques de l'Institute of Technology de Georgie. Joy Buolamwini, étudiant astronaute de Georgia Tech a créé l'application dans le cadre du projet appelé Open Data Kit. Elle a augmenté les capacités du projet actuel Open Data Kit et a mis au point un logiciel répondant aux besoins de collecte de données des enquêtes auprès des ménages, déterminant le déploiement des activités CHANCE et mesurant la prévalence du trachome. Andrew Panfel a mis au point un clavier en Amharique pour la collecte de données en langue locale ainsi qu'un programme pour convertir l'information collectée dans un ensemble de données utilisables aux fins d'analyse.

Profitant ainsi des efforts de deux étudiants de Georgia Tech, le personnel du Centre Carter à Atlanta et en Ethiopie a concrétisé la technologie et a formé 24 étudiants éthiopiens de la technologie de l'information, à l'Université Debre Tabor, en matière d'utilisation des tablettes et notation des données cliniques de pair avec les agents de soins oculaires du Bureau de santé régional de l'Amhara. A la fin de la formation, 14 équipes ont été déployées pendant les mois de la saison de pluies pour faire une enquête dans 360 communautés de 12 zones de mise en œuvre de la stratégie au niveau district. Dans l'ensemble, 354 communautés étaient accessibles et 38 652 personnes vivants dans 12 064 ménages ont été examinées pour détecter les signes cliniques du trachome.

Contrairement aux enquêtes de South Wollo qui demandaient une rotation des équipes chargées de la saisie de données sur 10 ordinateurs pendant 16 heures par jour, sept jours par semaine pendant un mois entier, le



Jonathan King

**Deux étudiants en technologie de l'information de l'Université Debre Tabor utilisant Samsung Galaxy Tabs en préparation de l'enquête sur l'impact du trachome dans South Gondar.**

données collectées sur les tablettes ont été téléchargées, transmises à Atlanta et nettoyées dans les deux jours suivant leur réception. L'élimination du stade de saisie de données par écrit économise énormément sur le temps et l'argent et permet aussi une réaction plus rapide face aux résultats.

Le trachome chez les enfants (TF : inflammation folliculaire trachomateuse) s'élevait dans une fourchette de 0 -83 % par communauté. Le TF était inférieur à 10 % chez les enfants de 55 communautés mais, par contre, la prévalence dans une seule des 12 zones de niveau district, la ville de Debre Tabor, était inférieure au seuil de 10 % déclenchant une distribution massive d'antibiotiques sur l'ensemble du district, en fonction des directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Depuis 2003, le trachome chez les enfants de South Gondar a été

diminué, passant de 66,6 % à 25,6%. Le nombre d'adultes avec la forme cécitante du trachome, le trichiasis, a également diminué, passant de 6,3 % au début du programme à 4,6 % à l'heure actuelle.

Il est certes encourageant le recul dans un si grand nombre de communautés bien qu'il faille encore déployer les interventions CHANCE dans la zone South Gondar, en fonction des directives de l'OMS. Quant aux tablettes, cette utilisation technologique es possible dans le cadre d'enquêtes de grande envergure, qu'elles soient intégrées ou qu'elles portent sur une seule maladie. Le Centre Carter espère appliquer cette nouvelle technologie dans le cadre d'enquêtes afin de renforcer les capacités d'évaluation de l'impact des interventions de lutte ou d'élimination d'autres maladies tropicales négligées des programmes du Ministère de la Santé.

# Trachome

## Nouvelle enquête pour évaluer la chirurgie du trichiasis dans quatre pays

Le programme de lutte contre le trachome du Centre Carter collabore avec le Kilimanjaro Center for Community Ophthalmology, le London School of Hygiene and Tropical Medicine et Helen Keller International afin d'améliorer la chirurgie oculaire dans le cadre de la stratégie CHANCE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage et amélioration environnementale) servant à combattre le trachome

plémentaire servira à mettre en pratique les recommandations.

La première année de financement a permis de soutenir des enquêtes, entretiens et discussions focalisées avec des patients qui avaient été opérés, avec ceux qui ne l'ont pas été ainsi qu'avec des chirurgiens du trichiasis. La collecte de cette information se concentrait sur la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services chirurgicaux. On a

Les chirurgiens du trichiasis ont décrit les services qu'ils fournissaient et ont parlé de la satisfaction que leur donnait leur travail. Il ont également suggéré des améliorations au programme. En outre, un ophtalmologiste qui n'est pas affilié au programme a évalué les compétences des chirurgiens.

Dès qu'on aura obtenu les résultats de la collecte de données, on pourra démarrer la conception et la mise en œuvre du programme. L'étude semble détenir de grandes promesses d'augmenter le nombre de patients du trichiasis qui se font opérer et d'améliorer la qualité des services fournis.

Le Centre Carter aidera à appliquer les recommandations qui découlent de l'étude en collaboration avec les ministères de santé du Mali, du Niger et de l'Éthiopie, trois des six pays où le Centre Carter appuie la chirurgie du trichiasis. Les résultats seront partagés avec l'Alliance globale pour l'élimination du trachome cécitant de l'Organisation mondiale de la Santé, permettant à tous les pays d'endémicité de bénéficier des résultats.

L'Organisation mondiale de la santé met en avant, depuis 1996, la stratégie CHANCE pour l'élimination du trachome cécitant et le Centre Carter a facilité plus de 264 000 chirurgies à ce jour avec l'appui de la Fondation Conrad N. Hilton et de la Fondation internationale des Lions Clubs. La chirurgie de la paupière est la seule composante de la stratégie CHANCE qui traite le trichiasis, étape finale du trachome lorsque les cils inversés viennent frotter contre la cornée, menant à une cécité irréversible. La courte opération dure entre 10 et 15 minutes, soulageant la douleur, évitant des lésions supplémentaires de la cornée et améliorant l'acuité visuelle.



Aryc Moshier

*Le Dr Amir Bedri, coordinateur régional de l'Afrique pour Light for the World, évalue les compétences d'un chirurgien du trichiasis au Centre de santé Guidan-Roumdji à Maradi au Niger.*

au Mali, au Niger, en Éthiopie et en Tanzanie.

Le but de l'étude, financée par la Fondation Lions Clubs International et la Fondation Conrad N. Hilton, est de déterminer si la chirurgie du trichiasis peut être modifiée pour améliorer l'utilisation et la qualité. Un financement sup-

demandé aux patients de décrire comment le trichiasis les affectait et pourquoi ils avaient opté pour l'opération ou, au contraire, pourquoi ils ne voulaient pas être opérés. On a demandé aux patients du trichiasis qui n'avaient pas été opérés s'ils étaient au courant du programme et s'ils avaient accès à l'opération.

Série sur le visage humain de la lutte contre le trachome

## Une volontaire constate que sa communauté est réceptive aux semaines MalTra

**T**sadale Fasil est une volontaire communautaire lors des semaines MalTra en Ethiopie. Nous avons rencontré Tsadale lors de la sixième semaine MalTra en avril 2011 à Aley, communauté agricole reculée dans la zone de South Wollo de l'état d'Amhara. Aley se trouve à 4 heures de la capitale administrative, Dessie, le long d'un chemin cahoteux sillonnant les montagnes. Tsadale fait partie d'une équipe s'occupant de la distribution massive du Zithromax® servant à lutter contre le trachome. L'équipe fait aussi un dépistage du paludisme et traite les cas fébriles. Les campagnes de la semaine MalTra sont réalisées par une multitude d'équipes composées de quatre personnes : un agent d'extension sanitaire faisant partie du gouvernement et trois volontaires. L'agent d'extension sanitaire administre les médicaments et les volontaires remplissent les registres, donnent des conseils aux participants et organisent l'ordre de la distribution. La sixième semaine MalTra a vu 5,4 millions de personnes couvertes par 3 349 équipes dont chacune ciblait 1 500 à 2 000 personnes dans trois ou quatre communautés.

« Lors des campagnes, je m'engage pratiquement 24 heures sur 24. Vous n'avez pas idée de ce qu'elles sont intensives ces campagnes. Nous travaillons de 6 heures du matin à 6 heures du soir, parfois même jusqu'à 7 h 30 du soir. Et, en plus de tout cela, je dois me lever tôt pour préparer le petit déjeuner de ma famille et aussi préparer le repas du soir. »

C'est avec le sourire aux lèvres qu'elle dit pourquoi elle ne pas exempte des obligations familiales : « mes deux grandes filles sont loin de chez nous, à l'école et mon mari ne s'y connaît en cuisine. Il vaut mieux que je le fasse moi-même.



*Tsadale Fasil (à gauche) explique à Teshome Gebre, ancien représentant du Centre Carter en Ethiopie, comment elle remplit le registre des participants pour la semaine MalTra.*

J'utilise une partie de mes indemnités journalières pour acheter de la viande ou des aliments préparés et nous en profitons tous. »

Tsadale a été à l'école et elle se considère comme une « agricultrice instruite » et lorsque le service de santé a demandé des volontaires pour travailler dans le domaine de la planification familiale et de la santé reproductive, elle était aux premiers rangs. « Ce qui me motive, c'est que je peux aider à changer la vie des gens, » nous dit-elle, « tant qu'il me

restera un souffle de vie, je me consacre au bien de ma communauté. »

Tsadale est la volontaire idéale. Active et ne lésinant pas sur la tâche, elle comprend qu'une fois le trachome sous contrôle, la distribution s'arrêtera. « Les hommes et les femmes me font confiance et se rappellent de moi, de mon temps dans la planification familiale. A présent que ces nouveaux médicaments sont disponibles, c'est ma responsabilité de m'assurer que les gens les reçoivent, » explique-t-elle, « au premier abord, les gens hésitaient à participer et je devais leur expliquer que tous les médicaments ont des effets secondaires, alors c'est normal si vos enfants se plaignent d'avoir des nausées, n'empêche que ce médicament vous fait du bien et il fait du bien à vos enfants. Tout le monde devraient participer dans les distributions de médicaments. » Quand on lui a demandé si la crainte des effets secondaires compliquait son travail, elle a dit que « C'est plus facile maintenant que les gens ont vu les avantages que comporte ce médicament. Mes voisins commencent même à demander le médicament à cette époque de l'année. Ils se plaignent si la distribution tarde. »

Cela signifierait-il que les gens ont un sentiment positif face à la distribution du médicament et du programme de lutte contre le trachome ? « Ma communauté est un peu isolée. Il n'y a pas grand-chose qu'on vient nous apporter, » nous dit-elle, « en faisant partie de ce programme, ce n'est pas juste pour recevoir le médicament, c'est aussi, pour sentir qu'on fait partie de quelque chose. On sait ainsi qu'on n'est pas oublié. »

*C'est un des articles dans une série montrant comment le Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter change la vie des gens dans les pays où le programme intervient. Les commentaires des personnes ne sont pas redonnés textuellement mais symbolisent bien l'esprit des conversations. L'auteur a essayé d'être fidèle au contexte, au contenu et au de la voie décrite.*

## ITFDE pousse au combat commun contre la FL et la cécité des rivières

**L**e 6 avril 2011, l'Equipe internationale pour l'éradication de la maladie (ITFDE) a fait le point de l'élimination de la cécité des rivières et de la filariose lymphatique en Afrique.<sup>1</sup>

Lors de réunions précédentes l'ITFDE avait conclu que la filariose lymphatique était probablement éradicable et que la cécité des rivières pouvait être éliminée, à l'aide des armes disponibles actuellement, dans les Amériques mais pas dans toutes les zones affectées de l'Afrique à cause des préoccupations que soulèvent les complications du traitement, associées au parasite Loa loa.

Le Soudan a lancé un effort en 2006, utilisant une stratégie d'administration massive de médicament, deux fois par an, dans le foyer isolé de la cécité des rivières à Abu Hamad, sur le Nil. En 2007, l'Ouganda a mis en place une stratégie nationale de lutte contre la cécité des rivières, utilisant l'administration massive d'ivermectine et, dans le foyer du vecteur *Simulium neavei*, visant au contrôle et à l'élimination du vecteur.

Des études faites en Egypte montrent que cinq années de traitement à base de diethylcarbazine et d'albendazole, à couverture élevée, ont effectivement permis d'interrompre la transmission de la FL dans toutes les zones d'endémicité. Le Togo serait sur le point d'interrompre la transmission de la FL sur l'ensemble du pays, après six années ou plus d'administration massive du médicament, chaque année, utilisant la combinaison d'ivermectine-albendazole. Par ailleurs, les résultats de la distribution massive annuelle d'ivermectine et d'albendazole pendant 6 à 10 années dans dix villages sentinelles des états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria montrent que la transmission de la FL a été interrompue uniquement dans cinq villages.

L'ITFDE a noté que la couverture de l'administration massive du médicament contre la cécité des rivières en Afrique était à hauteur de 74 % en 2009 et que la couverture pour la FL en Afrique en 2009 n'était que de l'ordre de 18 %. L'ITFDE pense pourtant que l'élimination de la FL

en Afrique reste possible d'ici la date fixée de 2020, but préconisé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1997. L'ITFDE a noté avec satisfaction la nouvelle orientation que s'est donné le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC, d'après son sigle anglais), passant de la politique de contrôle de la morbidité à celle de l'élimination de la transmission. Les membres de l'ITFDE ont vivement encouragé de relier le but APOC d'élimination de la cécité des rivières en Afrique à la date d'élimination de la FL de 2020 tout en notant que cela exigerait que plusieurs de taille soient relevés, dont la recherche de stratégies efficaces pour arrêter la transmission de la cécité des rivières dans des zones de co-endémicité à loiasis où l'ivermectine ne peut pas être utilisée ; la délimitation de zones non traitées où se transmet encore la cécité des rivières et l'expansion à plus grande échelle de l'administration massive de médicament à toutes les zones de transmission où cela peut se faire sans risques. L'ITFDE a indiqué qu'il était impératif que les initiatives de lutte contre la FL et la cécité des rivières travaillent ensemble, en plus étroite collaboration, pour coordonner la cartographie et les activités d'administration massive du médicament en Afrique, à tous les niveaux. Les programmes d'élimination de la FL et les programmes de lutte antipaludique devraient également mettre leurs forces en commun.

L'ITFDE est composée de 12 éminents chercheurs en santé publique qui se rencontrent régulièrement au Centre Carter, grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, afin de revoir le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies.

### En mémoire du Lion Dr Oluwasesan Onafowokan

**N**ous avons été profondément attristés par le décès du Lion Dr Oluwasesan Onafowokan, ancien président de SightFirst du District 404 des Lions Clubs international au Nigeria. Il était notre partenaire proche dès le commencement, en 1996, du financement du programme de lutte contre la cécité des rivières du Centre Carter par Sightfirst/Lions Clubs International.

Le Dr Onafowokan a contribué grandement à la réussite du programme. Il se trouvait fréquemment sur le terrain pour superviser les activités de distribution de l'ivermectine et il a joué un rôle important dans les visites de plaidoyer auprès des représentants officiels locaux et des états cherchant à obtenir ainsi un financement des homologues du gouvernement

pour combattre la cécité des rivières.

Le Dr Onafowokan était dévoué à une cause qui le passionnait et a forgé de solides relations avec un grand nombre de personnes dans le bureau du Centre Carter au Nigeria. Son enthousiasme contagieux fera défaut. Il soutenait avec ferveur le programme du Lions Clubs International. Tous nos témoignages de sympathie à sa famille et à ses collègues du District 404 de Lions Clubs International pour la perte d'un ami cher et d'un frère d'arme dans la lutte contre la cécité des rivières.

Il a été enterré le 25 mai 2011 dans sa ville natale d'Ikorodu dans l'état de Lagos.

*Note de la rédaction : Le Dr Emmanuel Emukah, directeur des programmes du Sud-est au Nigeria, a fourni le contenu de cet article.*

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, 2011. Réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies, avril 2011. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 86(32) : 341-351.



## Le Centre Carter aide l’Ethiopie à augmenter de neuf fois les traitements contre la FL pour atteindre le but de 2020

**L**e Centre Carter aidera le Ministère de la Santé éthiopien à étendre à plus grande échelle les traitements à base d’ivermectine et d’albendazole contre la filariose lymphatique (FL) dans le but d’éliminer la maladie du pays d’ici 2020. Après un projet pilote de deux ans, réalisé avec le soutien de GlaxoSmithKline dans la zone de Gambella, où le Centre Carter a aidé à exécuter le premier programme de traitement de la FL qu’ait jamais été exécuté en Ethiopie, le nombre de personnes qui seront traitées augmentera de neuf fois, passant de 86 548 en 2011 à pratiquement 750 000 d’ici 2012. La stratégie est calquée sur le plan national de la lutte contre les maladies tropicales négligées et prévoit de démarrer le programme de FL dans des zones de co-endémicité pour la cécité des rivières où l’ivermectine est déjà distribuée.

Le programme de lutte contre la cécité des rivières en Ethiopie traite plus de 3 millions de personnes par an et représente une excellente opportunité d’étendre à plus grande échelle le traitement de la FL dans les endroits où les deux maladies sont co-endémiques. C’est le même médicament, l’ivermectine (Mectizan,® donné par Merck) qui est indiqué aussi bien pour la cécité des rivières que pour la FL. L’ivermectine est utilisée en combinaison avec un autre médicament, l’albendazole (donné par GlaxoSmithKline) pour traiter la FL. Une cartographie récente pour la FL a montré que la maladie est endémique dans 17 des 57 districts où est mis en œuvre activement le programme de lutte contre la cécité des rivières. En 2012, les traitements pour la FL seront fournis en ajoutant de nouveaux messages d’éducation sanitaire et un comprimé d’albendazole aux traitements à base d’ivermectine. Les comprimés seront distribués dans les

17 districts cibles par des distributeurs volontaires qui recevront une formation supplémentaire pour fournir également l’albendazole.

Outre l’expansion prévue, les directives de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) stipulent également la collecte de données initiales sur la FL dans les villages sentinelles. Des enquêtes nocturnes seront faites pour recueillir des échantillons de sang et déterminer ainsi le pourcentage de personnes qui ont des microfilaries circulant dans leur sang du parasite *Wuchereria bancrofti*, parasite qui est transmis par les moustiques *Anopheles* qui transmettent également le paludisme. Le programme antipaludique de l’Ethiopie est une réussite, vue surtout sous l’angle de la vaste distribution de moustiquaires imprégnées aux insecticides, ce qui devrait avoir un impact aussi bien sur le paludisme que sur la FL. Ainsi, de cette manière, l’Ethiopie est en bonne voie d’éliminer la FL, même si son programme d’administration massive du médicament ne s’étend pas aussi rapidement que prévu. Selon l’OMS, six ans de traitement continu s’avèrent nécessaires au minimum pour enrayer la propagation de la FL.

L’OMS classe l’Ethiopie au quatrième rang des pays à endémicité la plus élevée en Afrique pour la FL. Comptant une population de 75 millions, il est esti-



Paul Emerson

*Une femme éthiopienne finit de prendre sa dose de médicaments. Dans les régions de co-endémicité de la cécité des rivières et la filariose lymphatique, le Centre Carter aide le pays à distribuer les traitements contre la FL.*



*Ambaye Araru (à droite), Bench Maji, coordinateur de zone, discute du nouveau programme de filariose lymphatique avec un distributeur communautaire*

mé que 30 millions de personnes auraient besoin de traitement préventif pour enrayer la propagation de la maladie. Par ailleurs, d’après la cartographie réalisée avec l’aide du Centre Carter, la FL pourrait être moins répandue que ne laissent penser les estimations de l’OMS.

## L'Éthiopie démarre une seconde enquête nationale sur le paludisme

Le 29 septembre 2011, le Ministère de la Santé éthiopien a démarré l'enquête sur les indicateurs du paludisme de 2011 au Management Training Institute éthiopien à Debre Zeit. On prévoyait une participation à cette enquête de 11 025 ménages et 55 000 personnes répartis sur l'ensemble de l'Éthiopie, ce qui en fait la plus grande enquête qu'ait jamais été réalisée dans le monde.

Des enquêtes sur les indicateurs du

paludisme (EIP) ont été mises au point par les partenariats de l'Initiative Faire reculer le paludisme (FRP) pour promouvoir un suivi standardisé au sein des pays où le paludisme est endémique et entre ces pays. Le Ministère de la Santé est en train de réaliser l'EIP éthiopienne actuelle, avec le soutien de nombreux partenaires internationaux dont le Centre Carter, les U.S Centers for Disease Control and Prevention, l'Agence des États-Unis pour le développement international, le Partenariat pour le contrôle et l'évaluation du paludisme en Afrique, le Consortium du paludisme, Research Triangle Institute (RTI), l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF.

La première EIP de l'Éthiopie a été réalisée en 2007 avec l'assistance du Centre Carter. Depuis, le pays a mis en œuvre un plan stratégique national de lutte contre le paludisme comprenant une distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et autres interventions de contrôle. Le Centre Carter prête son concours depuis 2007 à la distribution de presque 6 millions de moustiquaires. L'enquête EIP de 2011 est une bonne occasion d'évaluer les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts du plan stratégique en mesurant les indicateurs clés du paludisme : couverture et utilisation des interventions de lutte, prévalence de la fièvre paludéenne et de la parasitémie et comportement de prévention et de lutte.

Le Dr Gregory Noland, épidémiologiste du Centre Carter, a passé trois semaines en Éthiopie avant le démarrage de l'EIP, pour apporter une assistance à un atelier de formation dans le cadre duquel plus de 300 enquêteurs et 50 superviseurs ont reçu une formation, dans le cadre de session en salle de classe et exercices pratiques sur le terrain, portant sur la conception d'enquêtes, orientation pour l'administration de questionnaires,



*Le Dr Gregory Noland du Centre Carter tient dans sa main un dispositif numérique équipé d'un système GPS, utilisé par les équipes de l'enquête pour réaliser l'enquête sur les indicateurs du paludisme en Éthiopie de 2011.*

éthique de la recherche et techniques de laboratoire. L'EIP de 2011, à l'instar de l'enquête de 2007, utilisera des dispositifs manuels équipés du système GPS, ce qui permet de se passer de questionnaires sur papier et de saisie manuelle de données.

L'enquête a été organisée de sorte à coïncider avec la saison de transmission pic du paludisme en Éthiopie et ses résultats préliminaires devraient être disponibles au début de l'année. Ont assisté à la cérémonie de lancement plusieurs membres du personnel du Centre Carter : le Dr Frank Richards, directeur du programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter ; le Dr Noland ; le Dr Zerihun Tadesse, représentant en Éthiopie ; Darin Evans, directeur adjoint des programmes du Centre dans la lutte contre la filariose lymphatique, la cécité des rivières et la schistosomiase ainsi qu'Eshetu Sata, responsable du suivi et de l'évaluation.

### Prix décerné au Dr Teshome Gebre



*En Juin 2011, le Dr Teshome Gebre (à gauche), ancien représentant du Centre Carter pour l'Éthiopie, reçoit la Médaille d'or et le certificat de distinction pour sa « contribution hors pair à la mise en œuvre réussie du Programme de développement du secteur de la santé en général et pour son service dévoué dans la lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées en particulier ». Le prix lui a été remis par le Ministre de la Santé éthiopien, le Dr Tedros Adhanom.*

## Nigeria : Grâce au programme de communications, un plus grand nombre de familles possèdent des moustiquaires et les utilisent correctement

En juillet 2011, le Centre Carter au Nigeria, en collaboration avec le Ministère de la Santé de l'état d'Ebonyi et du Partenariat *Roll Back Malaria* (RBM), a introduit un nouveau projet de communications pour le changement de comportement visant à encourager l'utilisation et l'entretien corrects des moustiquaires, suivant la distribution massive de moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII). Ce sont les volontaires de la santé communautaire qui se rendent dans les ménages chaque mois pour informer les gens sur le paludisme et sur l'utilisation des moustiquaires. Ces animateurs communautaires collectent également des données sur la possession, l'utilisation et l'état des MII. En juin 2011, 18 superviseurs et 87 animateurs communautaires ont été formés et le projet a été lancé officiellement dans six villages, en juillet de l'an dernier.

Les animateurs de la santé organisent

des événements communautaires comme les démonstrations montrant comment accrocher les MII, les journées de lavage et de raccommodage des MII ainsi que des interprétations de groupe de théâtre. Une des innovations notables fut celle de la construction de poteaux portables pour accrocher les moustiquaires. Les animateurs de la santé apprennent aux membres du ménage à utiliser des matériaux locaux comme les branches, le ciment, le sable et des récipients en aluminium ou plastique, pour fabriquer des supports auxquels on pourra accrocher les moustiquaires pour recouvrir les lits qui ne sont pas à côté d'un mur ou d'autres surfaces permanentes. Les moustiquaires restent accrochées à ces poteaux et ainsi les gens n'ont pas besoin de les remettre chaque nuit.

Les résultats des trois premiers mois du projet démontrent déjà un impact positif sur la possession et l'utilisation de moustiquaires dans ces villages. « Avant,

la plupart des gens connaissaient les MII mais ne savaient pas pourquoi, quand, où et comment utiliser les moustiquaires, » fait savoir Adamu Sallau, coordinateur des programmes de lutte contre le paludisme au Centre Carter au Nigeria. « Ce n'est que grâce à notre engagement et contact avec les gens lors des activités de communication pour le changement de comportement qu'ils savent à présent comment accrocher correctement les moustiquaires, à quelle hauteur, qu'il faut les border entièrement sous le matelas ou le lit... chaque nuit, dans tous les endroits, même lors de voyage. Sans le programme de communications pour le changement de comportement, la seule distribution des MII aux ménages n'aurait été qu'une perte de temps, d'efforts et d'argent. »

En outre, les équipes RBM de l'état d'Ebonyi ont organisé une distribution de rattrapage pour fournir 1094 moustiquaires à 554 ménages en juillet afin de combler les lacunes identifiées lors des visites initiales dans les foyers par les animateurs de la santé. Ainsi, tous les 1284 ménages dans les six villages possédaient au moins une moustiquaire à la fin du mois d'août.

L'intervention a également eu des effets significatifs du point de vue statistique sur les comportements liés à l'accrochage des moustiquaires et leur entretien. Le pourcentage d'observations de moustiquaires accrochées a augmenté, passant de 84 % en juillet à 92 % en septembre. En juillet, 58 % des moustiquaires accrochées étaient à la bonne hauteur et ce chiffre est passé à 98 % en septembre.

Des augmentations correspondantes, significatives du point de vue statistique, ont également été notées dans d'autres indicateurs liés à l'utilisation des moustiquaires. En effet, on a noté une augmentation de 30 % dans la proportion de personnes indiquant avoir dormi sous une moustiquaire la nuit précédente et une augmentation de 16 % dans la proportion de moustiquaires utilisées la nuit précédente.

Les représentants du Ministère de la  
suite à la page 12



Adamu Sallau

*Des volontaires de la santé communautaire utilisent des branches, des vieilles boîtes de conserve et du ciment pour créer des poteaux permettant aux gens d'accrocher des moustiquaires imprégnées aux insecticides, à n'importe quel endroit dans la maison, tout en vérifiant que la moustiquaire est utilisée à la bonne hauteur.*

THE  
CARTER CENTER



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

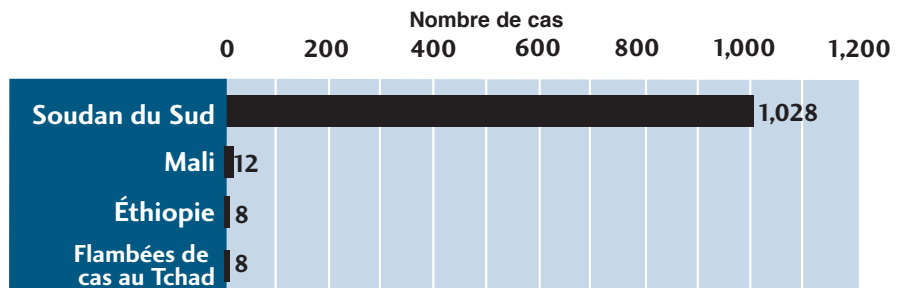
## Actualités mondiales de la santé

*suite de la page 11*

Santé, le personnel du Partenariat RBM et autres partenaires mettant en œuvre le projet avec l'assistance du Centre Carter font savoir que le projet est une franche réussite. « Ces communications ont véritablement changé le comportement des gens face à l'utilisation des MII dans l'état d'Ebonyi, situation qui était préoccupante avant l'introduction du programme, » fait savoir Obasi Kingsley, responsable de la logistique dans l'état d'Ebonyi. « Les gens ne dorment plus maintenant sans moustiquaire. J'en suis le parfait exemple. Je n'avais jamais utilisé une moustiquaire et, à présent, je dors chaque nuit sans une moustiquaire et je suis à l'aise. C'est un projet fantastique que nous a offert le Centre Carter et il faudrait l'étendre sur l'ensemble du Nigeria.

## Mise à jour des cas de dracunculose

Distribution par pays des 1 056 cas notifiés de dracunculose : janvier-novembre 2011\*



\*Provisoire

Cas notifiés janvier-novembre 2010 = 1 788

Cas notifiés janvier-novembre 2011 = 1 056

Changement en % dans le nombre

de cas = - 41 %

La transmission aurait été prévenue dans 781 (74 %) des 1 056 cas.

Comprend deux cas importés en Éthiopie en provenance du Soudan du Sud.