



Eye of the Eagle



Volume 10, Numéro 2

LE CENTRE CARTER

Julliet 2009

Les dirigeants africains portent à l'honneur le travail du Centre

Des responsables de la santé de 11 pays africains ont reconnu les efforts et mérites de l'ancien Président américain Jimmy Carter et du Centre Carter pour leur « oeuvre de pionner visant à éradiquer les maladies tropicales négligées en Afrique. » Le prix de leadership a été présenté aux responsables du Centre Carter : Dr John Hardman, président et PDG et au Dr Donald Hopkins, vice président des programmes de santé, le 22 avril à Washington D.C. lors d'un événement réalisé sous l'égide de Global Health Progress et ONE.

« Le Président Carter est un

authentique leader et un véritable ami des nations africaines, » a fait savoir le Dr Sam Zambwa, directeur général de services de santé de l'Ouganda, s'exprimant au nom de sa délégation. « C'est grâce à ce partenariat entre le Centre Carter et nos gouvernements et nos communautés qu'on a pu mettre fin à la souffrance de tant de personnes affligées par la dracunculose. »

C'est le second prix accordé par la délégation qui se trouvait à Washington pour discuter de divers problèmes de santé en Afrique avec des représentants officiels des Etats-Unis. Elle était composée de responsables supérieurs de la santé de l'Ouganda, du Botswana, du Ghana, du Kenya, du Lesotho, du Malawi, du Mali, de la Namibie, du Niger, du Nigeria et de la Tanzanie ainsi que de représentants

de l'Union africaine.

« Le Centre Carter n'est pas le principal élément » a indiqué le Dr Hopkins, en le décrivant mais davantage « un catalyseur déclenchant l'action » et travaillant avec des ministères de la Santé et des groupes communautaires, sur le terrain, en Afrique.



Global Health Progress

Acceptant le prix de 11 pays africains, le Dr Donald Hopkins (droite), le vice président des programmes de santé du Centre Carter et le Dr John Hardman (centre), le PDG du Centre Carter remercie le Dr Sam Zambwa, directeur général des services de santé du Ministère de la Santé en Ouganda.

Dans ce numéro

Azithromycine au Niger	4
Organisation du trachome à présent à Atlanta	4
Formation des enquêteurs au Mali	5
Revue du programme de lutte contre l'onchocercose	6
Nouvelle vue de l'élimination en Afrique	8
Don Noor Dubai	8
Distribution de vitamine A	10
Don de Praziquantel	11
Enquête sur les moustiquaires	11

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

La revue des programmes de lutte contre le trachome met en exergue les progrès dans six pays

La 10e revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome, soutenus par le Centre Carter, s'est déroulée du 11 au 13 février 2009 au Centre Carter à Atlanta. Plus de 70 personnes ont participé, représentant les sept programmes dans six pays ainsi que les principaux partenaires du

programme, la Fondation Conrad N.Hilton, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation Arthur M. Blank, Pfizer Inc., l'International Trachoma Initiative, les Lions Clubs de l'Ethiopie et la Fondation internationale des Lions Clubs.

Cette année, les présentations des
suite à la page 2

Trachome

Program Review

suite de la page 1

programmes des divers pays étaient axées sur le thème, « de la lutte à l'élimination ». Outre les données sur les activités annuelles, les coordinateurs des programmes nationaux ont présenté les objectifs finals des interventions et les objectifs annuels qu'il faudra atteindre pour éliminer le trachome cécitant. Une vue générale a été présentée du processus de planification stratégique du Mali et du Niger afin de suivre le déroulement des étapes nécessaires pour mettre sur pied un programme national d'élimination. Le programme national de lutte contre le trachome au Ghana a fait part des conclusions de son évaluation récente de

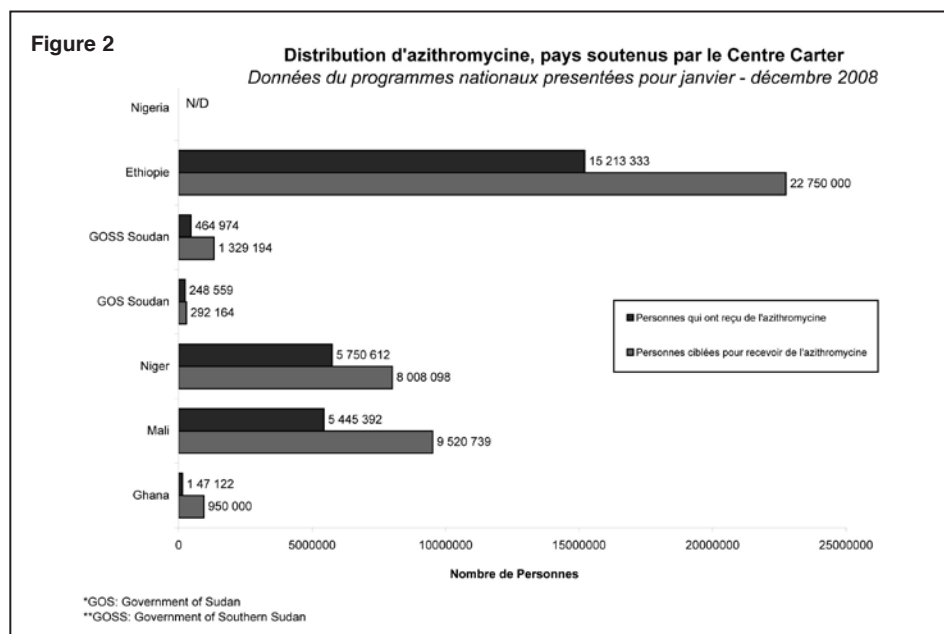
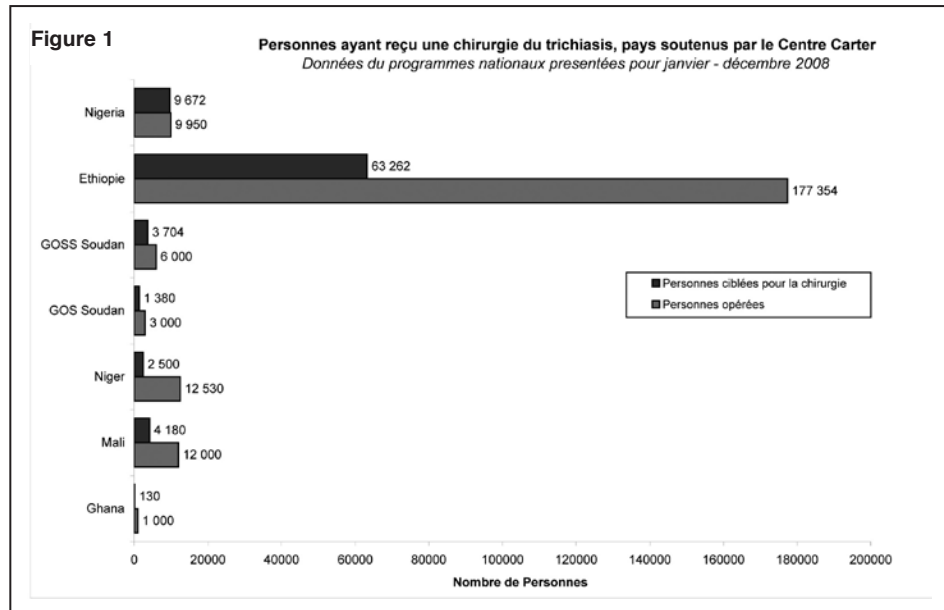


M. Cullom

Le Dr Awad Hassan présente les accomplissements du programme de lutte contre le trachome de 2008 du Gouvernement du Soudan.

l'impact, exemple édifiant de la réussite du premier pays de l'Afrique subsaharienne éliminant le trachome en tant que problème de santé publique à l'échelle nationale.

Lors des sessions spéciales, des présentations ont été faites par plusieurs experts portant sur le classement et le diagnostic clinique du trachome, le traitement du trichiasis, les femmes et le trachome et les avantages secondaires de la stratégie CHANCE. Les présentations sur le Programme de lutte contre le palud-



isme du Centre Carter et les accomplissements de la semaine de Maltra de 2008 en Ethiopie étaient parmi les points saillants de la réunion de revue de programmes. Les statistiques nationales présentées lors de la réunion étaient les suivantes (voir Figures 1-4) :

Ghana

- La prévalence a été diminuée en dessous des seuils d'intervention de l'Organisation mondiale de la Santé
- 1 808 latrines familiales ont été construites
- 130 personnes ont été opérées du trichiasis

Ethiopie

- 63 262 personnes ont été opérées du trichiasis
- 15 213 333 personnes ont reçu de l'azithromycine
- 384 274 latrines familiales ont été construites

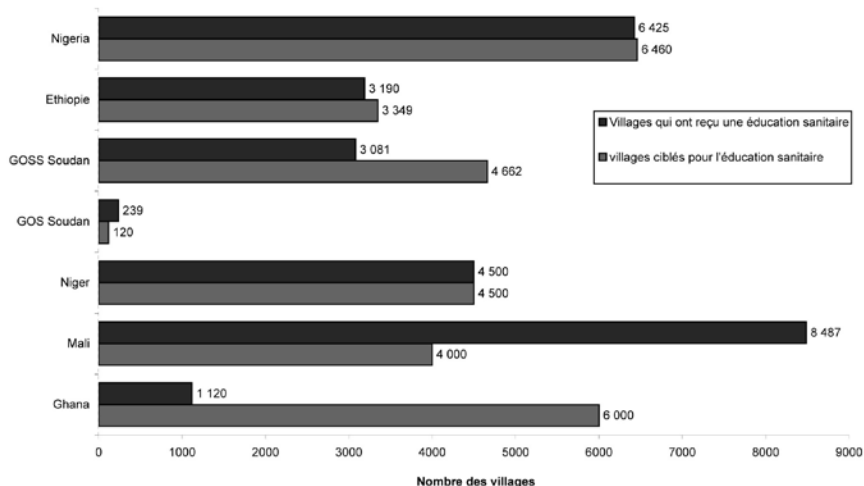
Mali

- 13 410 latrines familiales ont été construites

Trachome

Figure 3

Villages recevant une éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter
Données du programmes nationaux présentées pour janvier - décembre 2008



Les programmes nationaux de lutte contre le trachome étaient représentés à la revue de programme par le Dr Oscar Debrah, Ghana ; le Dr Kadri Boubacar, Niger ; le Dr Bamani Sanoussi, Mali ; le Dr Kamal Hashim et le Dr Awad Hassan, Gouvernement du Soudan ; le Dr Lucia Kur, Gouvernement du Soudan du Sud, le Dr Uwaezuoke Onyebuchi, Nigeria et le Dr Daddi Jima, Ethiopie.

Parmi les organisations partenaires représentées à la revue de programme : Les Centers for Disease Control and Prevention, F.I. Proctor Foundation, Helen Keller International, l'International Trachoma Initiative, le Centre Kilimanjaro pour l'Ophtalmologie, l'Ecole d'Hygiène et Médecine tropicale de Londres, l'Université Johns Hopkins, Operation Eyesight, Research Triangle International, Sight Savers International, le Task Force for Child Survival and Development, World Vision International et Vestergaard Frandsen.

Parmi les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les responsables des programmes de lutte contre le trachome : Jim Niquette, Ghana ; Mohamed Salissou Kane et Ali Amadou, Niger ; Jim Ting et Yaya Kamissoko, Mali ; Dr Nabil Aziz et Zeinab Abdalla, Gouvernement du Soudan ; Gideon Gatpan, Gouvernement du Soudan du Sud ; Teshome Gebre, Dr Zerihun Tadesse, Tesfaye Teferi et Mulat Zerihun, Ethiopie et Dr Emmanuel Miri, Dr Abel Eigege et Dr Nimzing Jip, Nigeria.

Figure 4

Latrines familiales construites, pays soutenus par le Centre Carter
Données du programmes nationaux présentées pour janvier - décembre 2008



- 8 487 villages ont reçu l'éducation sanitaire
- 5 445 392 personnes ont reçu de l'azithromycine

Niger

- 11 636 latrines familiales ont été construites
- 2 500 personnes ont été opérées du trichiasis
- 5 750 612 personnes ont reçu de l'azithromycine

Nigeria

- 6 121 latrines familiales ont été construites
- 6 425 villages ont reçu l'éducation sanitaire
- 9 672 personnes ont été opérées du trichiasis

Gouvernement du Soudan

- 248 559 personnes ont reçu de l'azithromycine

- 1 380 personnes ont été opérées du trichiasis
- 239 villages ont reçu l'éducation sanitaire

Gouvernement du Soudan du Sud

- 3 704 personnes ont été opérées du trichiasis
- 3 081 villages ont reçu l'éducation sanitaire

- 464 974 personnes ont reçu de l'azithromycine

Trachome

Distribution de l'azithromycine dans la Région de Zinder au Niger

En février 2009, le Centre Carter a appuyé une distribution en masse d'azithromycine pour la lutte contre le trachome, dans deux districts d'endémicité de la région de Zinder au Niger. L'azithromycine (Zithromax®) est donnée aux pays où le trachome est endémique par Pfizer International dans le cadre de l'International Trachoma Initiative. Cette distribution entre dans l'appui accrue qu'apporte le Centre Carter aux volets chirurgical et antibiotique au Niger et au Mali, possible grâce à l'appui financier de la Fondation Conrad N.Hilton.

La distribution se concentrait sur deux district sanitaires, la commune de Zinder et Mirriah (comptant une population estimée à 600 000 personnes). Une fois que les habitants avaient reçu une dose annuelle d'antibiotique pendant trois années de suite, 2004 à 2006, une enquête a été faite à nouveau dans les districts et on a constaté que les taux de

trachome folliculaire (TF) restaient supérieurs à 10% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. D'après les directives de l'Organisation mondiale de la Santé, un district où la prévalence du TF est supérieure à 5% après la série initiale de trois années de distribution de masse de

l'antibiotique demande une autre distribution au moins de trois ans du médicament. La campagne d'antibiotique s'est accompagnée d'une distribution de pommade oculaire à base de tétracycline pour les enfants de moins de 6 mois.



J. King

A côté de son ami, un garçon malien tient dans sa main une bouteille d'azithromycine.

Nouvelle initiative internationale de lutte contre le trachome vient s'installer à Atlanta

Le 1er avril 2009, une nouvelle International Trachoma Initiative (ITI) entrant dans le Task Force for Global Health (auparavant le Task Force for Child Survival and Development) a été ajoutée aux programmes soutenus et réalisés par le Task Force. Le Dr Danny Haddad a été nommé directeur de l'ITI et toutes les opérations ont été transférées de New York à Decatur, Ga, à quelques kilomètres

du siège du Centre Carter à Atlanta. Le Task Force for Global Health gère également le Programme de dons de Mectizan® (programme de don de Merck pour la lutte contre la cécité des rivières), Enfants sans vers (le programme de don de mébendazole de Johnson&Johnson) et le Programme de don d'albendazole (le programme de don de GlaxoSmithKline pour l'élimination de la filariose lymphatique) en plus du programme de don de

l'ITI. L'adjonction de l'ITI permet ainsi à l'Equipe spéciale de regrouper quatre programmes engagés au traitement et à la prévention de toute une gamme de maladies tropicales négligées.

Le Dr Haddad est une personnalité réputée auprès d'un grand nombre de coordinateurs des programmes de lutte contre le trachome, ayant travaillé pour Helen Keller International au Niger et en Tanzanie et, récemment, en tant que conseiller scientifique régional pour HKI à Dakar au Sénégal. Le Dr Haddad et d'autres représentants du Task Force

suite à la page 5

La formation portant sur les enquêtes du trachome s'étend aux programmes du Mali et du Burkina Faso

Suite au changement dans la méthodologie des enquêtes de prévalence, recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les estimations actuelles de la prévalence au Mali doivent être mises à jour. Les enquêtes initiales avaient été faites en 1996 et en 1997. Le Centre Carter apportera un soutien à la réalisation d'enquêtes sur la prévalence du trachome dans 24 districts au Mali retenus par le programme national pour 2009 : tous les districts des régions de Ségou (huit districts), Mopti (huit districts) et Kayes (sept districts), plus les enquêtes initiales de la prévalence à Kidal, qui ont été faites récemment. Les résultats de ces enquêtes fourniront des données à jour guidant le programme national dans la planification des interventions. Les enquêtes permettront également d'arriver à des estimations exactes de nombre de patients en attente d'être opérés du trichiasis trachomateux (TT) et aidera le programme à déterminer les districts qui devront recevoir une distribution d'antibiotiques en masse et des améliorations de l'assainissement et de l'hygiène.

Le soutien apporté par le Centre

Carter au programme national regroupe également la formation portant sur la méthodologie actuelle de l'OMS pour les enquêtes de la prévalence du trachome, en collaboration avec l'Initiative des maladies tropicales négligées du Research Triangle Institute (RTI). Le Dr Dieudonné Sankara, directeur technique de RTI pour les maladies tropicales négligées et Jonathan King, épidémiologiste de la lutte contre le trachome du Centre Carter ont dispensé la formation. Parmi les participants maliens, on comptait 10 examinateurs du trachome, 14 enregistreurs (deux paramédicaux et 12 étudiants en médecine), le coordinateur des maladies tropicales négligées pour Helen Keller International et les responsables du programme national de la prévention de la cécité. Outre les participants maliens, RTI a soutenu la participation de cinq personnes du Burkina Faso. La formation a été enrichie par le partage d'expériences révélatrices de chaque programme national, sous la direction de Sanoussi Bamani, coordinateur national de la prévention de la cécité du Mali et du Dr Bernadette Yoda, coordinatrice nationale de la prévention de la cécité du Burkina Faso.

La formation représente une collaboration entre le Centre Carter, RTI, et HKI pour aider à combattre le trachome en Afrique de l'Ouest.

Les participants ont pris à des discussions en salle de classe et exercices de groupe pendant deux jours portant sur les méthodes d'échantillonnage recommandées, les entretiens avec les ménages, les instructions pour remplir les formulaires d'enquête et, chose la plus importante, l'utilisation du système de classification simplifiée du trachome de l'OMS servant à identifier les signes cliniques du trachome. Les exercices en salle de classe ont été suivis par deux jours de formation pratique sur le terrain. Quatre villages ont été choisis pour les exercices appliqués en matière d'échantillonnage, interview, remplissage des formulaires et examens des yeux. Des examens théoriques et pratiques ont permis de juger de la capacité des participants à utiliser le système de classification simplifiée du trachome de l'OMS. Les participants qui étaient en accord avec l'ophtalmologiste de référence à raison de plus de 80% pour le classement du trachome folliculaire (norme de l'OMS) ont été recommandés pour être des examinateurs lors des enquêtes futures.

suite de la page 4

ont participé aux trois dernières revues des programmes de lutte contre le trachome et ont prêté leur concours à de nombreuses collaborations avec le Centre Carter dans la lutte contre le trachome, l'onchocercose et la filariose lymphatique. Actuellement, le Centre Carter participe à la distribution de Zithromax® donné par Pfizer en Ethiopie, au Niger et au Soudan. En 2008, le Centre Carter a aidé à apporter un traitement à 13,3 millions de personnes, pour un total de 37% de tous les traitements de Zithromax distribués cette année, faisant du Centre

le partenaire le plus important de l'ITI.

Lors des réunions de planification participative pour cette adhésion au Task Force, les responsables supérieurs de Pfizer ont réaffirmé au Centre le profond engagement de leur société face à l'objectif partagé de l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici l'année 2020. Les expéditions d'azithromycine donné par Pfizer, prévues pour 2009, sont garanties et des prévisions conjointes sont faites pour garantir un approvisionnement ininterrompu et prévisible d'azithromycine jusqu'en 2014 et au-delà. Le Centre Carter est heureux d'être en

mesure d'aider l'équipe spéciale à faire ces prévisions et à mettre en place les mécanismes opérationnels pour la gestion du médicament et l'administration de ce don précieux.

Les programmes de santé du Centre Carter se réjouissent de cette collaboration continue avec le Task Force for Global Health permettant d'apporter un appui de premier plan aux ministères de la santé dans leurs efforts de lutte et d'élimination du trachome et leur mission consistant à forger des partenariats en vue de libérer le monde de ces maladies.

L'onchocercose

La revue des programmes de lutte contre l'onchocercose fait le point des progrès dans 11 pays

Le programme de lutte contre la cécité des rivières a tenu sa 13^e revue annuelle du 16 au 18 février au Siège du Centre Carter à Atlanta. La réunion s'est penchée sur les accomplissements, les défis qui doivent encore être relevés et les résultats de la recherche faites des programmes de lutte et d'élimination de l'onchocercose aidés par le Centre Carter dans cinq pays africains (Cameroun, Ethiopie, Nigeria, Soudan, Ouganda) et six pays de l'Amérique latine (Brésil, Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique, Venezuela). La revue a également traité d'autres maladies et initiatives de santé publique qui sont intégrées à la lutte déployée par le Centre Carter contre la cécité des rivières : filariose lymphatique, paludisme, schistosomiase, trachome et supplémentation en vitamine A. L'intégration des programmes et des services est une formule qui est devenue de plus en plus attirante pour cumuler les ressources et apporter les services nécessaires aux communautés.

Etaient également présents, outre personnel du Centre Carter, des représentants des ministères de la santé du Cameroun, de l'Ethiopie, du Nigeria, du Soudan et de l'Ouganda ; du Programme de Merck et de don de Mectizan® ; de la Fondation Bill & Melinda Gates ; de la Fondation Lions Clubs International ; des Lions Clubs de l'Ethiopie ; GlaxoSmithKline ; Emory University ; Centers for Disease Control and Prevention ; le Programme africain de lutte contre l'onchocercose ; les organisations partenaires non gouvernementales ; University of South Florida ; Universidad del Valle de Guatemala ; Institut de médecine tropicale de Bernhard Nocht ; Clarke Mosquito Control ; Vestergaard Frandsen ; Izumi Foundation et

l'Organisation mondiale de la Santé. Le Dr Frank Richards qui est le directeur des programmes de lutte contre le paludisme, l'onchocercose, la filariose lymphatique et la schistosomiase du Centre Carter a présidé la réunion.

L'intégration des programmes et services est devenue de plus en plus attirante.

En 2008, le Centre Carter a apporté une assistance à la fourniture de 13 499 414 traitements à base d'ivermectine (Mectizan, donné par Merck & Co., Inc.) dans 11 pays, couvrant 98% de la population éligible : tel est le but final de traitement (UTG). Cela représentait une augmentation de 4% par rapport aux traitements de 2007 et le plus grand nombre atteint jusqu'à présent par le programme du Centre (voir Figure 5). Dans les régions où le but réside dans le contrôle de l'onchocercose (tel que caractérisé par des traitements annuels à base de Mectizan pour prévenir les maladies oculaires), environ 11,3 millions de traitement ont été dispensés en 2008. Dans les régions où c'est l'élimination complète de la maladie qui représente le but (traitement deux fois par an pour interrompre la transmission), 2,2 millions de traitements ont été dispensés. C'est le but de l'élimination qui est visé actuellement dans le foyer d'Abu Hamad dans le Soudan du Nord, dans six foyers de l'Ouganda et dans tous les six pays des Amériques où la maladie reste endémique. Plus de 198 000 distributeurs d'ivermectine, intervenant au niveau communautaire, à la base, ont reçu une formation pendant sur la manière de dis-

penser les 13,5 millions de traitements.

Les statistiques nationales signalées lors de la réunion sont les suivantes :

Nigeria

En 2008, plus de 5,2 millions de traitements de Mectizan pour la cécité des rivières ont été dispensés grâce à l'aide du Programme de lutte contre la cécité des rivières du Nigeria (100% d'UTG). Dans les états du Plateau et de Nasarawa, le Programme de lutte contre la cécité des rivières est intégré au Programme d'élimination de la filariose lymphatique (FL), bénéficiant d'un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates et de GlaxoSmithKline. Les traitements à base de Mectizan pour la cécité des rivières étaient combinés à l'albendazole pour interrompre la transmission de la FL. Au total, 3,7 millions de traitements combinés ont bénéficié d'une assistance du programme. Les deux états nigériens ont également augmenté les traitements à base de schistosomiase de plus de cinq fois comparés aux traitements de 2007, grâce à un don généreux de praziquantel fait à l'Organisation mondiale de la Santé par Merck KGaA (E.Merck), Allemagne (voir page 11). De plus, 207 187 moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) ont été distribuées dans les régions recevant une assistance du Centre Carter. La vaste majorité de ces moustiquaires (200 000) ont été achetées avec le soutien de la Fondation Gates et distribuées avec l'assistance d'une équipe lutte antipaludique du Centre dans des zones limitées des états d'Imo et d'Ebonyi. Enfin, 95 440 suppléments de vitamine A ont été distribués à des jeunes enfants dans les états du Plateau et de Nasarawa (voir page 10). Le Nigeria a formé (ou recyclé) 59 788 distributeurs d'ivermectine.

Ethiopie

Le partenariat Lions-Centre Carter est actif dans huit des 10 zones d'endémicité en Ethiopie. Ce programme a aidé à traiter 2 983 055 personnes, représentant

L'onchocercose

95% d'UTG de 2008, soit une augmentation de 3% par rapport à 2007. Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter qui avait fourni les MIILD en 2007 partout dans les régions recevant une assistance du Programme de cécité des rivières a continué les activités intégrées d'éducation et de suivi sanitaires avec le Programme de cécité des rivières en 2008. Une formation a été apportée aux distributeurs communautaires de l'ivermectine pour s'assurer que les MIILD distribuées en 2007 étaient utilisées et entretenues correctement. En 2008, 31 589 distributeurs ont été formés. En 2009, grâce à un nouveau financement de GlaxoSmithKline, l'Éthiopie a l'intention de distribuer de l'albendazole à plus de 75 000 personnes de pair avec le Mectizan, aux fins d'éliminer la FL dans certaines parties de la région de Gambella.

Cameroun

Au total, 1 639 710 personnes dans les provinces North et West ont reçu des traitements de masse à base de Mectizan en 2008, grâce à l'assistance de Lions-Centre Carter : cela représente 92% d'UTG. Le Programme de lutte contre la cécité des rivières a également aidé à fournir un demi-million de traitements de vitamine A dans les deux provinces, intégrés au système de traitement à base communautaire reposant sur l'ivermectine. Au Cameroun, 35 242 distributeurs ont été formés.

Ouganda

Le Programme de lutte contre la cécité des rivières en Ouganda a dépassé la barre des 2 millions de traitement pendant une année pour la première fois en 2008, fournissant 835 687 traitements à base de Mectizan dans les zones de contrôle et 1 286 940 traitements dans les zones d'élimination. Le programme ougandais a atteint 96% de ses objectifs de traitement. La distribution de la vitamine A, intégrée au traitement de Mectizan, a permis de fournir 59 259 suppléments aux

jeunes enfants. En 2008, le programme ougandais a formé 70 357 distributeurs communautaires. L'Ouganda a également mis en place son Comité d'élimination de l'onchocercose (UOEC) qui s'est réuni en août 2008 et deux des membres, le Professeur Rolf Garms de l'Institut de médecine tropicale Bernhard Nocht et le Dr Tom Unnasch de l'University of South Florida ont fait des présentations lors de la revue. L'Ouganda a été reconnu pour son rôle de leader dans l'élimination de l'onchocercose (voir APOC page 8).

Soudan

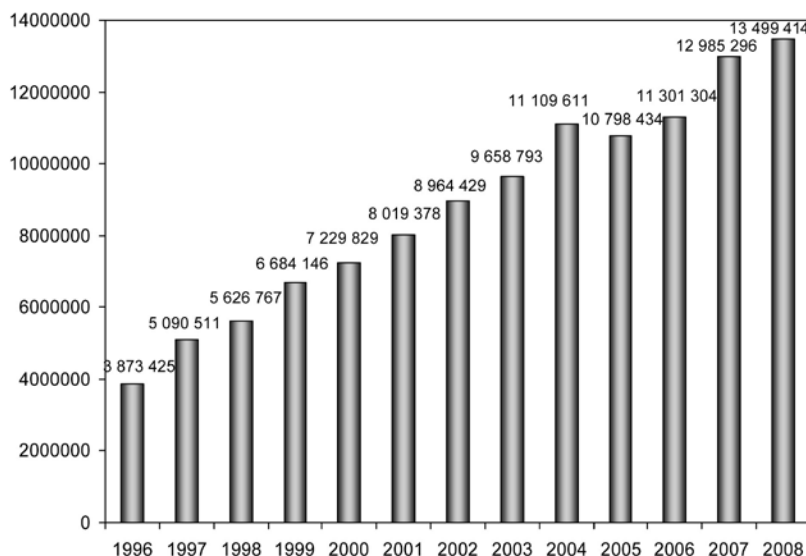
En 2008, le programme Lions-Carter Center basé à Khartoum a notifié 78 637 traitements dans les zones de contrôle et 163 738 traitements dans le foyer d'élimination d'Abu Hamad, atteignant ainsi 93% de ses traitements ciblés. Le Soudan a formé 1 447 distributeurs communautaires. Ce pays a également organisé sa première revue du programme national sur l'onchocercose en 2008.

Les Amériques

Le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques apporte une assistance à tous les six pays de l'Amérique latine où la maladie

est endémique dans le but d'éliminer la cécité des rivières du continent américain. Neuf foyers d'endémicité ont reçu 736 983 traitements, soit 93% du but. Les buts de traitement et les traitements effectifs ont diminué en 2008 au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de foyers ont arrêté la distribution de Mectizan, une fois que la transmission semblait s'être interrompue. Le foyer de Santé Rosa du Guatemala était le premier à cesser le traitement à base de Mectizan, suivi par Lopez de Micay en 2008 (Colombie), Escuintla (Guatemala), Northern Chiapas (Mexique) et le sous-foyer de Rio Santiago (Equateur). En 2009, Huehuetenango (Guatemala) et Oaxaca (Mexique) suivront leur exemple. Une résolution nouvellement acceptée (CD48R12) par l'Organisation panaméricaine de la Santé se donne pour but de mettre fin à la transmission (et donc de cesser le traitement) dans tous les foyers d'ici 2012. La tâche est loin d'être achevée pourtant. Une période de trois ans suit la fin du traitement dans chaque foyer avant de pouvoir déclarer que la maladie a été éliminée et qu'une demande de certification puisse être faite auprès de l'Organisation mondiale de la Santé.

Figure 5
Programmes soutenus par le Centre Carter
Traitements annuels à base de Mectizan, 1996–2008



L'onchocercose

D'après l'APOC, l'élimination de l'onchocercose est possible en Afrique

L'organe directeur du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) a affirmé que les activités devaient être réorientées dans de nombreuses parties de l'Afrique pour soutenir l'élimination de la cécité des rivières plutôt que de simplement contrôler la maladie. Le groupe, Joint Action Forum (JAF), s'est réuni du 8 au 11 décembre 2008 à Kampala en Ouganda.

Le président de l'Ouganda, Yoweri Museveni, a ouvert la réunion, mettant en avant la réussite ougandaise sur le plan de la santé publique, et notamment l'élimination de la dracunculose et le rôle que le Centre Carter a joué dans la campagne. Alors que l'Ouganda intensifie ses efforts pour éliminer la cécité des rivières, le Président Museveni a noté que le pays

disposait tant de la volonté politique que de l'expertise technique nécessaire pour atteindre son but non seulement en ce qui concerne la cécité des rivières mais aussi l'élimination de la filariose lymphatique et d'autres maladies tropicales négligées. Il a également remercié Merck&Co., Inc. pour ses dons de Mectizan®.

Le Dr Stephen Mallinga, président de la réunion JAF et ministre ougandais de la santé a remarqué que l'Ouganda ouvrait le chemin qui passe du contrôle de l'onchocercose (par voie de traitement annuel à base d'ivermectine) à son élimination (par voie de traitement semiannuel à l'ivermectine, en plus de l'application du larvicide pour le vecteur). L'Ouganda a maintenu depuis plus de 10 ans une couverture annuelle de traitement se

situant à plus de 70% de la population totale, seuil supérieur à la cible de l'Organisation mondiale de la Santé de 65%, sans éliminer la maladie et risque donc une recrudescence si on cesse la distribution annuelle de l'ivermectine.

D'autres pays pourraient également bénéficier du but de l'élimination, selon le Dr Uche Amazigo, directrice de l'APOC. Elle a indiqué qu'à présent, les preuves scientifiques du Mali et du Sénégal montraient que le traitement de masse uniquement avec le Mectizan était susceptible d'éliminer la transmission de la cécité des rivières et exhortaient donc les gouvernements africains à augmenter leurs contributions financières à leurs programmes nationaux pour atteindre un nouvel objectif d'élimination.

suite à la page 9

Le Don Noor Dubai vient d'appuyer l'Ethiopie et l'Ouganda

La Fondation internationale des Lions Clubs (LCIF) a reçu récemment un don important de Noor Dubai, une nouvelle initiative charitable, venant soutenir la distribution de Mectizan® dans plusieurs pays. Le Centre Carter qui est un partenaire de longue date de l'LCIF et les Lions locaux dans le cadre des programmes de contrôle et d'élimination de la cécité des rivières obtiendra un don secondaire de LCIF et de Noor Dubai pour renforcer les programmes du ministère de la santé en Ethiopie et en Ouganda en 2009.

Fondé en septembre 2008 par le Cheik Mohammed bin Rashid Al Maktoum, vice président et premier ministre des Emirats arabes unis, Noor Dubai se consacre à la prévention et au traitement de la cécité et à la faible vision.

Les programmes de lutte contre la cécité des rivières en Ethiopie et en Ouganda prévoient de fournir 5,1 mil-

lion de traitement d'ici la fin de l'année, nouveau soutien qui viendra renforcer et promouvoir les Lions Clubs en Ethiopie et en Ouganda.

Depuis 1996, LCIF collabore avec le Centre Carter pour combattre la cécité des rivières (onchocercose) et donner de l'espoir à ceux exposés au risque de contracter la maladie. La fondation est la branche charitable des Lions Clubs

International, organisation de clubs la plus grande au monde, comptant 1,3 million de membres et des clubs dans 205 pays. Le partenariat avec le Centre Carter s'aligne sur la mission de la fondation : préserver la vue par le biais de la chirurgie, des services de soins oculaires, de la formation en soins de santé et du plaidoyer.

M. Katabarwa



Philip Albano de la Fondation internationale des Lions Clubs (au fond à droite) rencontre les Lions de l'Ouganda pour discuter du nouveau financement de Noor Dubai.



L'onchocercose

suite de la page 8

JAF a noté que pour APOC, le fait de passer du but du contrôle au but de l'élimination demandait une définition plus claire de l'élimination. Aussi, l'APOC soutenu par le Programme de don de Mectizan et de la Fondation Bill & Melinda Gates, a organisé une consultation informelle en février pour définir les buts de l'élimination en Afrique, consultation à laquelle a participé le Dr Frank Richards, directeur du Programme de la cécité des rivières du Centre Carter. Les personnes présentes à la réunion JAF ont indiqué que les recommandations finales de la consultation soient utilisées par les équipes spéciales nationales de lutte contre l'onchocercose dans les pays africains où la maladie est endémique les aidant ainsi à formuler des stratégies d'élimination individuelles, suivant ainsi l'exemple de l'Ouganda et du Soudan du

Nord qui compte une politique d'élimination pour le foyer d'Abu Hamad.

JAF est l'organe directeur principal de l'APOC, déterminant sa politique et stratégie générales et approuvant son budget et plan d'action annuels. Les représentants de JAF sont les gouvernements des pays où l'onchocercose est endémique, les bailleurs de fonds, Merck&Co., Inc., le Programme de don de Mectizan, des organisations non gouvernementales de développement comme le Centre Carter et le comité consultatif technique de l'APOC. JAF se rencontre chaque année en décembre et cette année, la réunion se déroulera



S. Bush/SightSavers International

Présents au Joint Action Forum en décembre 2008 à Kampala en Ouganda : le Président ougandais Yoweri Museveni (au centre), le Ministre de la santé fédéral du Soudan le Dr Tabita Shakoi (à droite du Président Museveni), la Directrice de l'APOC le Dr Uche Amazigo (à gauche du Président Museveni), des ministres de la santé, des représentants d'organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds.

le 14 décembre. Le Dr Moses Katarwa représentait le Centre Carter.

Le Mectizan est efficace contre certains vers au Nigeria : résultat d'une étude

Médicament préféré pour traiter l'onchocercose, le Mectizan® (ivermectine) a un effet positif qui s'étend bien au-delà de la maladie. Le Dr Julie Gutman, consultante de

Emory University, a réalisé une étude sur l'effet de l'administration annuelle et massive de l'ivermectine sur trois vers intestinaux : *Ascaris lumbricoides*, ankylostome et *Trichuris*. L'étude a

comparé la prévalence des vers dans les collectivités locales comptant un programme d'administration en masse de l'ivermectine à la prévalence dans ceux ne comptant pas de programme dans l'état d'Imo au Nigeria.

Les infections helminthiques imputables aux vers intestinaux (transmises par le sol) sont responsables d'une lourde

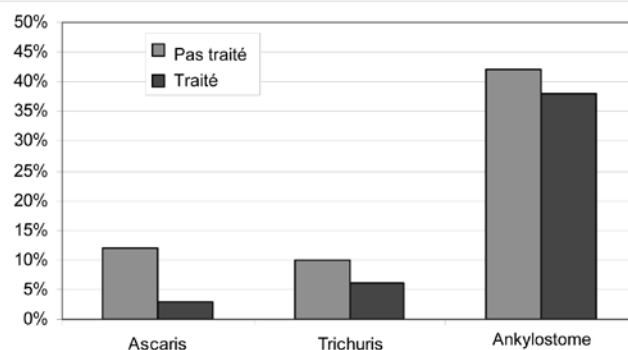
suite à la page 10



Des enfants qui ont participé à l'étude sur les vers intestinaux reçoivent des tasses pour donner les échantillons.

Figure 6

Prévalence des infections helminthiques transmises par le sol parmi les enfants d'âge scolaire, Etat d'Imo au Nigeria



suite de la page 9

charge de morbidité chez les enfants vivant dans ces contextes aux ressources limitées. Elles sont présentes partout dans l'état d'Imo, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des zones d'administration en masse du médicament. Même si l'administration annuelle du médicament en masse pour l'onchocercose existe dans 18 collectivités locales depuis 1995, la maladie n'est pas endémique dans certaines régions de l'état et par conséquent elles n'entrent

pas dans le programme de distribution de l'ivermectine.

Dans l'étude du Dr Gutman, un total de 1031 enfants d'âge scolaire ont été examinés par un test des selles Kato Katz : 537 de collectivités locales sans traitement et 494 de collectivités locales avec traitement (voir Figure 6). L'ankylostome était le plus courant des trois infections étudiées et il n'y avait pas de différence dans sa prévalence entre les régions qui avaient reçu un traitement d'ivermectine continu et celles qui

n'avaient pas reçu de traitement.

Par contre, la prévalence de l'ascaris et du trichuris était plus faible parmi les enfants des collectivités traitées ($p < 0,05$). L'étude a conclu que l'administration massive du médicament contre l'onchocercose avait l'avantage supplémentaire de réduire la prévalence de l'ascaris et du trichuris mais non pas celle de l'ankylostome. On a recommandé l'utilisation d'un médicament plus efficace pour combattre l'ankylostome comme l'albendazole ou le mebendazole.

De multiples systèmes viennent compliquer la distribution de la vitamine A

Les suppléments de vitamine A pour les jeunes enfants ont été appelés par certains le remède miracle à cause des énormes avantages qu'ils fournissent pour un très faible coût. Par ailleurs, des systèmes compliqués d'approvisionnement et de fourniture compliquent la tâche des organisations qui cherchent à distribuer la vitamine.

Dans le cadre de son programme de lutte contre la cécité des rivières, le Centre Carter a concouru à la distribution de vitamine A une fois par an, de pair avec la distribution du Mectizan. Par

ailleurs, vu que les systèmes de distribution de la vitamine A se recoupent et se chevauchent entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales, la distribution de multiples suppléments au même enfant dans un bref intervalle de temps est sujet de préoccupations. L'Organisation mondiale de la Santé recommande d'espacer les suppléments de vitamine A de 30 jours au moins lorsqu'il existe d'autres mécanismes de distribution de vitamine A qui sont actifs dans la même région.

Depuis plus de 20 ans, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF recommande les suppléments de vitamine A tous les six mois. Dans la plupart des pays, des gélules de vitamine A sont fournies par le biais de l'UNICEF aux ministères de la santé qui les distribuent ensuite dans le cadre des programmes de vaccination, ou par des systèmes de distribution autonomes avec ou sans l'assistance d'organisations comme le Centre Carter.

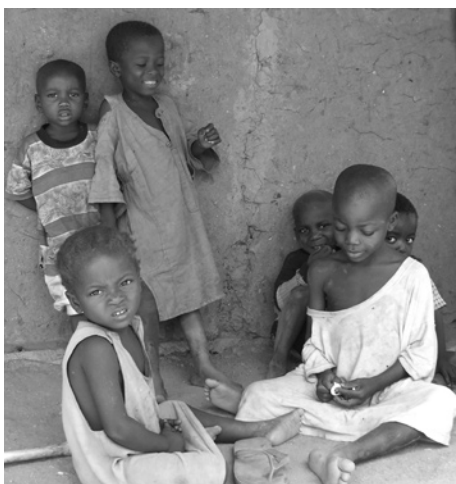
La distribution de vitamine A dans les programmes aidés par le Centre Carter a diminué en 2008 passant à 674 725 alors qu'elle était de 842 857 en 2007 à cause de l'existence d'autres stratégies et la fourniture inadéquate et mal

espacée de vitamine A que cela risque d'entraîner. Au Nigeria, un nouveau système de distribution verticale a été mis en place en 2008 et par conséquent, le Centre Carter a apporté une assistance pour des petites opérations de « ratis-sage » cherchant à vérifier que tous les enfants qui n'avaient pas été couverts par le système principal de distribution de vitamine A soient traités.

En Ouganda, la vitamine A est donnée dans le cadre des campagnes de vaccination de mars à mai et de septembre à novembre. L'approche au Cameroun varie suivant les politiques des gouvernements provinciaux.

Aux fins de trouver les meilleures pratiques de fourniture de vitamine A, les programmes dans les pays recevant une assistance du Centre cherchent à améliorer la coordination avec les ministères de la santé et l'UNICEF afin de prêter main forte quand c'est possible. C'est la distribution du Mectizan qui est le but principal du Centre Carter. Le Centre aidera à distribuer les suppléments de vitamine A si cela peut se faire simultanément avec l'administration du Mectizan et sans risques, en coordonnant avec d'autres mécanismes de distribution des suppléments de vitamine A.

E. Staub



De très jeunes enfants comme ces enfants du Nigeria bénéficient de la supplémentation en vitamine A.

Les traitements de schistosomiase grimpent en flèche avec le don récent de praziquantel

Grâce au don généreux et sans précédent du médicament praziquantel, le nombre d'enfants traités par un programme soutenu par le Centre Carter pour la schistosomiase parasitaire a quintuplé de 2007 à 2008. Merck KGaA (E.Merck) a fait le don à l'Organisation mondiale de la Santé, fournissant 1,5 million de comprimés de praziquantel par an, pour plusieurs années à venir, aux états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria où intervient depuis 1998 le Programme de lutte contre la schistosomiase du Centre Carter.

La distribution en masse de praziquantel peut réduire nettement la morbidité liée à la schistosomiase. Contrairement aux médicaments utilisés pour traiter la cécité des rivières et la filariose lymphatique (Mectizan®, donné par Merck & Co., Inc. et albendazole, donné par GlaxoSmithKline), le praziquantel n'a pas été donné aussi largement et les coûts s'élèvent à 0,20 \$US par traitement. Le coût du praziquantel a nettement freiné le traitement de masse contre la schistosomiase.

Grâce à ce don, le programme du Centre Carter a pu fournir 1 137 735 traitements dans les états du Delta, du Plateau et de Nasarawa en 2008, autant en une année que le programme avait pu dispenser en tout pendant les

neuf années précédentes (1 146 981, voir Figure 7). Ainsi, des traitements ont pu être donnés à tous les enfants d'âge scolaire vivant dans les états du Plateau et de Nasarawa, la première fois qu'une telle couverture s'est avérée possible.

Dans l'état du Delta, les activités de lutte contre la schistosomiase ne sont pas appuyées par le don E.Merck/OMS et les traitements étaient de l'ordre de 146 655. Les activités dans cet état sont financées essentiellement par la Fondation Izumi et Chevron ainsi que par de nombreux bailleurs de fonds individuels. Les principaux facteurs qui limitent le programme de cet état sont les dépenses pour dresser la carte de la distribution de la schistosomiase et le coût du praziquantel.

En Afrique, la schistosomiase est généralement causée par *Schistosoma mansoni* ou *S.haematobium*. Les enfants d'âge scolaire sont généralement les plus infectés et la présence de sang dans les urines est le symptôme le plus évident de *S.haematobium*.

Une étude constate que les moustiquaires sont endommagées après l'emploi

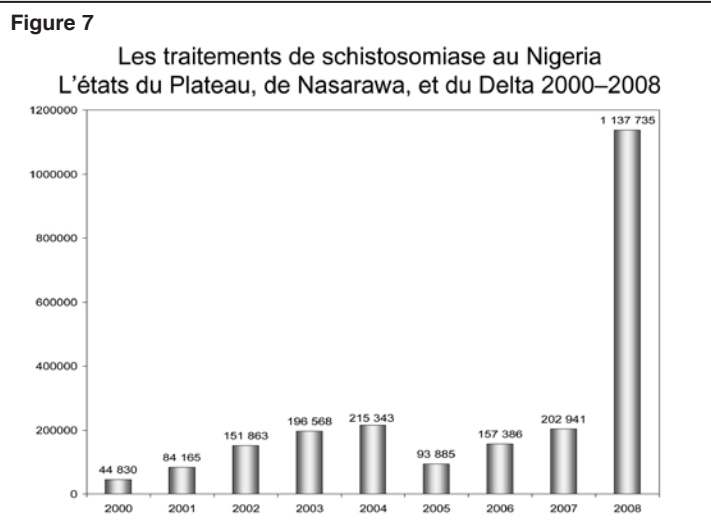
Avec lavages limités, la nouvelle génération de moustiquaires devrait durer entre trois et cinq ans environ. Pour déterminer si de fait les moustiquaires durent aussi longtemps que prévu, le Centre Carter est en train de faire un test de la durabilité des moustiquaires utilisées comme dans les conditions réelles.

En 2007, le Centre Carter a fourni et distribué 3 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIILD) dans les régions d'Amhara (1,26 million), d'Oromia (990 000) et Southern Nations, Nationalities et Peoples (750 000) en Ethiopie. « de longue durée » signifie que l'insecticide sur les moustiquaires persiste pendant au moins 20 lavages et, par conséquent, si elles ne sont pas lavées trop souvent, les MIILD ne devraient pas avoir besoin d'être traitées à nouveau aux insecticides pendant leur durée de vie contrairement aux générations précédentes de moustiquaires qui devaient être traitées à nouveau tous les six mois.

Par ailleurs, même si durée d'une MIILD est estimée entre trois à cinq ans selon le test fait en laboratoire, on n'en connaît pas pourtant la durabilité dans la réalité. En effets, les moustiquaires utilisées véritablement sont exposées à la fumée, aux braises et la chaleur de la cuisson à l'intérieur, aux animaux (chats, souris et rats), aux jeunes enfants et aux déchirures causés par le bois ou fer du lit. Si le tissu se détériore rapidement et part en lambeaux, cela ne fera plus aucune différence si l'insecticide est toujours actif ou non.

Pour réaliser le test de durabilité, le

suite à la page 12



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

Bed Nets

suite de la page 11

Centre Carter a rassemblé (et remplacé) certaines des MIILD distribuées à divers moments pour en évaluer divers aspects :

1) la capacité de tuer les moustiques et
2) l'ampleur des dégâts physiques. Lors de la première phase du test, réalisé en

collaboration avec le Dr Stephen Smith des Centers for Disease Control and Prevention, 200 MIILD ont été rassemblées trois à six mois après la distribution. Le test a montré que toutes les moustiquaires dépassaient le seuil fixé par l'Organisation mondiale de la Santé — tuer plus de 80% des moustiques exposés

pendant trois minutes à la moustiquaire — mais par contre seules 43% des moustiquaires étaient encore intactes. Le nombre moyen de trous par moustiquaire était de 4,2 et, même à ce stade précoce, 7% des moustiquaires avaient de larges trous (plus de 10 cm).

Dans le cadre de la deuxième phase de l'étude, 220 mousti-

quaires ont été rassemblées de 11 sites après 18 mois d'utilisation, et les évaluations sont en train d'être faites. De plus, les moustiquaires de deux phases sont évaluées pour déterminer la concentration effective d'insecticide sur le tissu. Les résultats aideront le Centre et d'autres organisations à décider si les moustiquaires doivent être remplacées.

Référence

Ngozi A, Njebuome, Donald R. Hopkins, Frank O. Richards Jr., Ifeoma N. Anagbogu, Patricia Ogbu Pearce, Mustafpha Muhammed Jibril, Chukwu Okoronkwo, Olayemi T. Sofola, P. Craig Withers Jr., Ernesto Ruiz-Tiben, Emmanuel S. Miri, Abel Eigege, Emmanuel C. Emukah, Ben C. Nwobi et Jonathan Y. Jiya. Nigeria's War on Terror : Fighting Dracunculiasis, Onchocerciasis, Lymphatic Filariasis et Schistosomiasis at the Grassroots. *Am J Trop Med Hyg.* 2009 ; 80 :6911-698



L. Gubb

Une famille éthiopienne accroche la moustiquaire dans leur maison.