



[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

ing Peace. Fighting Disease. Building

L'onchocercose

Centre apporte

suite de la page 1

Katarbarwa, Ouganda ; Docteur Emmanuel Miri, Nigeria, ainsi que les conseillers résidents techniques du Soudan, Monsieur Mark Pelletier à Khartoum et Madame Kelly Callahan à Nairobi. Le Docteur Mauricio Sauerbrey a présenté les progrès réalisés dans les six programmes des Amériques desservis par le Programme d'Élimination de l'Onchocercose pour les Amériques. Les autres participants étaient les suivants : Docteur Jeremiah Ngondi, Nairobi ; Docteur Abel Eigege, Nigeria et Docteur Assefa Worku, Ethiopie.

Au titre des invités spéciaux : Professeur Mamoun Homeida, président, Equipe spéciale nationale de l'Onchocercose, Soudan ; Madame Rebecca Teel Daou, Fondation des *Lions Clubs International* ; Docteur Magdi Ali, coordinateur national adjoint des Programmes d'Onchocercose et de Trachome, Khartoum ; Docteur Samson Paul Baba, Equipe spéciale de l'Onchocercose du Soudan du Sud, Soudan ; Docteur Steve Blount et Monsieur Ross Cox, Bureau de Santé mondiale, CDC ; Docteurs Bjorn Thylefors, Mary Alleman, Nana Twum-Danso et Tim Dondero,

Programme de Don du Mectizan ; Docteurs Jamie Maguire, Mark Eberhard, David Addiss, Ali Khan, Pat Lammie et Frank Richards, Division des Maladies parasitaires, CDC ; ainsi que d'autres éminents observateurs. La réunion était présidée par le Docteur Donald Hopkins, Directeur exécutif associé, Centre Carter.

Voici le récapitulatif des comptes rendus de traitement des différentes zones de programme :

■ Nigeria

Le Programme de Cécité des Rivières, en collaboration avec la Fondation des *Lions Clubs International* et le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, ont apporté une aide pour le traitement de 5 087 438 personnes avec du Mectizan en 2002. Cela représentait 102% de l'objectif de traitement annuel et une augmentation de 6% par rapport aux 4,8 millions de traitements en 2001. Les activités de traitement dans les états du Plateau et de Nasarawa continuent à montrer les avantages de l'intégration des programmes de traitement de l'onchocercose, de la filariose lymphatique et de la schistosomiase.

■ Ouganda

Le programme en Ouganda a traité 951 618 personnes avec du Mectizan en 2002, en collaboration avec la Fondation des

Lions Clubs International. Cela représentait 98% de leur but de traitement final, soit une augmentation de 2% par rapport aux traitements de 2001.

■ Cameroun

Un total de 1 134 712 personnes ont été traitées au Cameroun, en 2002, grâce à l'assistance du Programme de Cécité des Rivières/Fondation des *Lions Clubs International*. Cela représentait 92% de l'objectif de traitement annuel et une augmentation de 22% dans le nombre de traitements, comparé à 2001. Parmi les traitements de 2002, 78% (888 030) ont été réalisés en collaboration avec la Fondation des *Lions Clubs International* dans la province de l'Ouest, et les autres 246 682 faisant partie du projet de la province du Nord ont été soutenus par le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose.

■ Ethiopie

Pour sa deuxième année de distribution de masse de Mectizan, un total de 516 077 personnes ont été traitées avec l'assistance du Programme de Cécité des Rivières/LCIF en Ethiopie. Cela représente une augmentation de 121% par rapport à 2001. Le programme éthiopien continuera à s'étendre rapidement en 2003, avec un objectif de traitement annuel de 1 119 063. On

Tableau 1

Onchocercose : Chiffres de traitement avec Mectizan en 2002 pour les régions soutenues par le Programme de Cécité des Rivières de Global 2000 (GRBP) au Nigeria, au Cameroun, en Ouganda, en Ethiopie, en Amérique latine (OEPA) et au Soudan

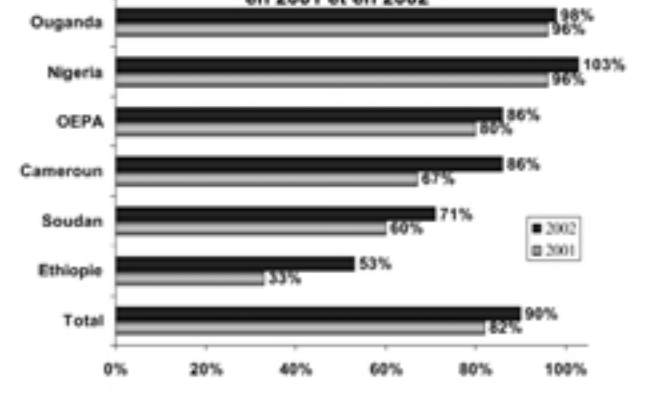
Pays/ Région	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL	% ATD	% DUS GRBP TX
NIGERIA	UTD= 5,088,000 ATD= 5,087,438														
Tikarji	80	59,224	151,343	457,000	650,790	1,005,142	753,460	1,008,111	501,450	183,020	285,588	45,740	5,087,438	102%	37%
Tikarji	0	0	243	0	390	1,437	400	351	400	351	354	30	7,000	100%	47%
OUGANDA	UTD= 974,900 ATD= 951,618														
Tikarji	0	166,070	170,290	56,450	34,750	40,220	172,540	88,000	42,040	9,130	36,150	108,820	951,618	98%	17%
Tikarji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,30%	12%
CAMEROUN	ATD= 1,134,712														
Tikarji	0	0	0	0	0	128,841	268,530	389,520	0	0	0	0	1,126,721	99%	10%
Tikarji	0	0	0	0	0	430	870	1,320	0	0	0	0	2,620	100%	10%
ETHIOPIE	ATD= 516,077														
Tikarji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
Tikarji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
SOUDAN	ATD= 649,949														
Tikarji	5,547	4,120	41,880	32,070	46,070	129,280	29,800	14,200	25,290	51,767	62,811	92,071	525,400	81%	8%
Tikarji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	11%
TOTAL	ATD= 8,262,082														
Tikarji	4,290	297,290	397,840	618,110	996,640	1,812,060	1,410,800	1,753,120	979,191	284,177	397,734	424,360	8,864,420	96%	100%
Tikarji	0	0	0	0	0	1,190	1,620	2,610	3,940	0	0	0	10,000	100%	100%
Totaux cumulatifs GRBP =	46,470,941														

ATD : objectif de traitement annuel, TX : nombre traité, esp. : population à risque éligible, av. : villages à risque (traitements de masse de Mectizan sont fournis)
 UTD : but de traitement final
 *Les chiffres de l'OEPA sont indiqués trimestriellement, UTD (2) est le but de traitement final pour deux puisque les TX de l'OEPA sont semi-annuels

L'onchocercose

Figure 1

Programmes soutenus par les Programmes de Cécité des Rivières de Global 2000 : pourcentage des buts de traitement finals atteint en 2001 et en 2002



est en train de modifier les propositions d'expansion à d'autres zones pour approbation par le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose. (Voir page 4.)

■ Soudan

Malgré la guerre en cours, le programme du Soudan a augmenté le nombre de ses traitements en 2002 (525 402) de 19% par rapport à 2001. L'objectif de traitement annuel pour 2003 est de 837 339. Vu que l'on espère la fin de la guerre civile dans un avenir proche, le programme commence à mettre en place une stratégie pour rendre la population à risques plus accessible.

■ Les Amériques

Dans l'OEPA, la stratégie vise à fournir deux séries de traitement de Mectizan par an dans toutes les communautés endémiques en vue d'interrompre la transmission de l'*Onchocerca volvulus*, ainsi que d'enrayer la morbidité due à la cécité des rivières. Dans les six pays endémiques de la cécité des rivières dans les Amériques, on a apporté une aide à la fourniture de 749 182 traitements en 2002, soit 85% de leur but de traitement final (2). (Voir le *Regard de l'Aigle*, juillet 2002.) En général, la couverture régionale a augmenté, passant de 86%, comparée à 80% en 2001. (Voir Figure 2.) Les programmes de la Colombie, du Brésil, de l'Equateur, du Guatemala et du

Mexique ont atteint 97%, 95%, 94%, 93% et 91%, respectivement, de la couverture du but de traitement final (2), dépassant le but de 85% pour la couverture bisannuelle dans la région. La couverture bisannuelle au Venezuela s'est améliorée, passant de 53% en 2001 à 65% en 2002. C'est la première fois que

cinq des six pays endémiques dépassent le but minimal de 85% de couverture.

■ Résultats de la réunion

En 2003, le Programme de Cécité des Rivières du Centre Carter recherche de manière plus active des preuves de viabilité dans certaines zones du projet au Cameroun, en Ethiopie, au Nigeria, au Nord du Soudan et en Ouganda. Toutefois, il reste évident que les programmes africains d'onchocercose et leurs alliés vont devoir continuer à rechercher des solutions novatrices et à renforcer leur plaidoyer pour obtenir un soutien supplémentaire continu de leurs propres gouvernements, organismes de développement et organisations de développement non gouvernementales. Renforcer les systèmes et l'infrastructure des soins de santé et/ou montrer que l'onchocercose peut être éradiquée en Afrique (et, partant, montrer que les programmes n'auraient pas à être maintenus indéfiniment) sont au titre des autres options

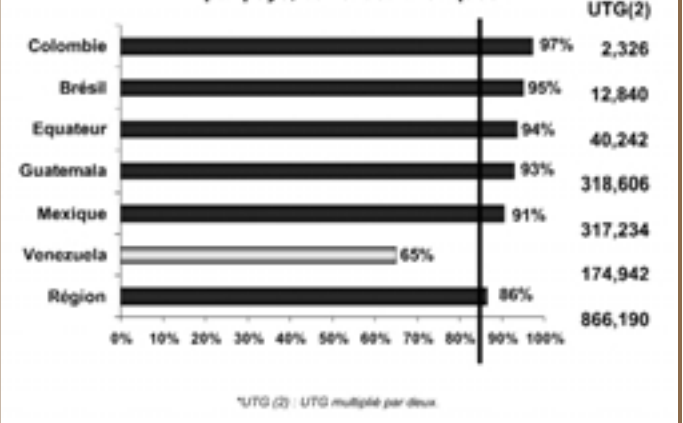
supplémentaires éventuelles.

On a recommandé que le Centre Carter, en coopération avec les partenaires des organisations de développement non gouvernementales et au niveau individuel, fassent un plaidoyer intensif pour un soutien à long terme des activités de lutte contre l'onchocercose dans les zones endémiques soutenues par les Programmes de Lutte contre l'Onchocercose après que ces programmes régionaux ont arrêté leurs opérations. On devrait soulever et attirer l'attention sur de tels efforts de plaidoyer lors des réunions de bailleurs de fonds, du leadership du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, du Forum d'Action conjointe, du Comité de Parrainage des Organismes, du Comité exécutif du Mectizan, de la Banque mondiale, des organisations de développement non gouvernementales et des gouvernements nationaux respectifs.

Tous les programmes de cécité des rivières soutenus par le Centre Carter en Afrique et dans les Amériques ont été instamment priés de saisir toutes les occasions de documenter l'impact des interventions actuelles contre l'onchocercose (éducation sanitaire et administration de masse annuelle ou bisannuelle du Mectizan) sur la transmission de l'onchocercose et sur les manifestations cliniques de la maladie. ★

Figure 2

Pourcentage du but de traitement final (2)* atteint en 2002, par pays, dans les Amériques



L'onchocercose

Le Programme de Cécité des Rivières de l'Éthiopie prévoit une croissance

Démarré en 2001 comme faisant partie d'un Plan d'Action national qui comprend de nombreux partenaires, le programme éthiopien est le plus récent des programmes de cécité des rivières soutenus par le Centre Carter. L'Éthiopie compte plus de 60 millions d'habitants répartis sur une superficie de 271 875 km². Une cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose a été réalisée en 2001, avec le soutien du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose. Les résultats indiquaient que, sur les six régions enquêtées, toutes les régions étaient endémiques pour l'onchocercose et que quatre des six régions comptaient des zones moyennement endémiques ou très endémiques. Actuellement, on estime que 7,3 millions d'Éthiopiens courent le risque de contracter l'onchocercose et que 1,4 million sont infectés.

Le Plan national a proposé d'échelonner la livraison des cachets de Mectizan et la diffusion d'éducation sanitaire dans les zones où l'onchocercose est endémique qui ont été identifiées en

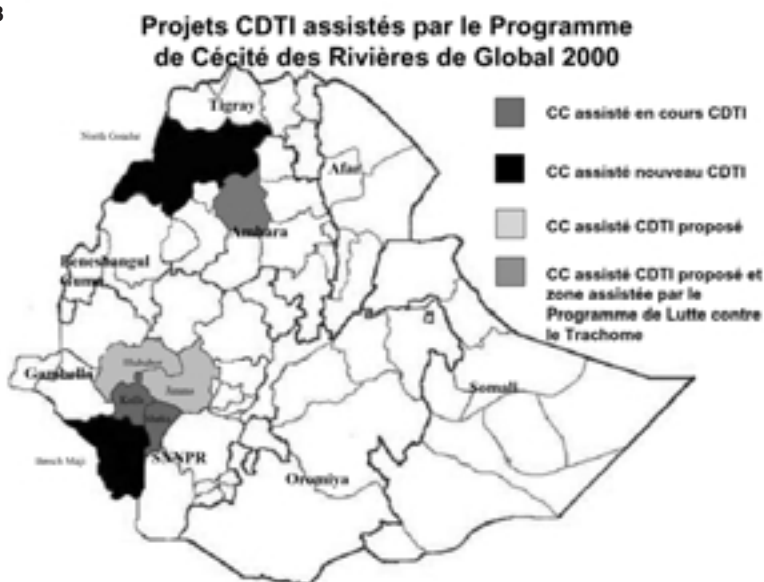
1997 au cours d'un exercice précédent de cartographie de l'onchocercose en Éthiopie. En décembre 1999, le Ministère de la Santé éthiopien a invité le Centre Carter à être son partenaire dans le cadre du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose pour le soutien des activités de traitement dans les zones de Kaffa-Sheka de la région des Peuples et Nationalités des Nations du Sud (SNNPR). La proposition, qui a été approuvée en 2000, ciblait 25% de la population à risques présentant les conditions requises dans la zone (209 512) pour 2001, avec une expansion vers le but de traitement final (773 604), d'ici l'an 2003. La mobilisation et la formation des distributeurs en vue de réaliser les activités de traitement en utilisant la stratégie de Traitement avec Ivermectine dirigée par la Communauté a commencé en 2000, et le traitement a débuté en 2001.

La mise en place de la stratégie en Éthiopie a tout d'abord démarré, en 2001, dans la zone de Kaffa-Sheka, du SNNPR, soutenue par le Centre Carter. Le pro-

gramme a fourni une éducation sanitaire et du Mectizan à 233 309 personnes, ce qui représentait 111% de son objectif de traitement annuel pour 2001. La zone de Kaffa-Sheka a été plus tard divisée en deux zones séparées, Kaffa et Sheka, qui comprennent, respectivement, deux et trois woredas (districts) sous traitement.

En 2002, les activités dans la zone de Kaffa se sont élargies pour inclure quatre woredas supplémentaires, soit un total de six, alors que la zone de Sheka réalisait des activités de traitement avec ivermectine dans les mêmes trois woredas pour la deuxième fois. En 2002, la zone de Kaffa a traité 358 996 personnes (95% de son objectif de traitement annuel) et la zone de Sheka a traité 157 081 personnes (92% de son objectif de traitement annuel). Ainsi, les zones soutenues par le programme ont traité un total de 516 077 personnes en 2002, soit 94% de l'objectif de traitement annuel et 67% du but de traitement final pour Kaffa-Sheka. Les activités du Programme de Cécité des Rivières seront élargies en 2003 à la zone de Bench Maji (adjacente aux zones de Kaffa et Sheka) dans le SNNPR et à la zone de Gondar du Nord, dans la région d'Amhara. On a soumis des propositions au Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose qui permettraient au programme de commencer à soutenir les activités de traitement avec ivermectine dans les zones d'Illubabor et de Jimma, qui sont également adjacentes aux zones de Kaffa et Sheka, mais qui sont partie, sur un plan administratif, de la région d'Oromiya. (Voir Figure 3.) L'objectif de traitement annuel pour 2002 en Éthiopie était de 548 437 mais, suite à l'expansion, l'objectif de traitement annuel pour 2003 est d'environ 1,1 million. Le Programme de Cécité des Rivières du Centre Carter reste la seule organisation de développement non gouvernementale qui soutient les efforts de lutte contre l'onchocercose en Éthiopie, mais Africare prévoit de commencer à soutenir les projets dans la région de Gambella en 2003. ★

Figure 3



Trachome

Les Lions étendent la lutte contre le trachome en Ethiopie

La zone de Gondar du Sud de l'Ethiopie compte une prévalence très élevée de cécité due au trachome. Des comptes rendus anecdotiques d'agents de soins de santé régionaux viennent soutenir ce fait dans les 10 districts de la zone. En 2000, le Bureau sanitaire régional d'Amhara et le Programme de Lutte contre le Trachome de la région de Gondar du Sud ont commencé à mettre en place la stratégie CHANCE dans quatre districts de Gondar du Sud, avec le soutien de l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter. (Voir Figure 3, page 4.) Grâce à un soutien supplémentaire des Lions Clubs locaux en 2002, des trousseaux chirurgicaux ont été achetés et des chirurgiens ont été formés en vue de réaliser une chirurgie corrective des paupières sur les personnes souffrant de trichiasis. (Voir le *Regard de l'Aigle*, janvier 2003). Cette initiative a fourni, en 2002, de manière réussie, une chirurgie qui a sauvé la vue de plus de 4 000 personnes. Cette année, entre le 1er janvier et le 1er mai, le programme a formé 15 nouveaux chirurgiens en matière de trichiasis et 1 901 patients ont reçu une chirurgie du trichiasis. A présent, le Programme de Lutte contre le Trachome de Gondar du Sud élargit ses efforts en vue d'inclure trois districts supplémentaires.

Le programme élargi a été démarré le 14 avril par une campagne d'une semaine dans le district de Libo Kemkem. Le

personnel du Programme de Lutte contre le Trachome de Gondar du Sud a dirigé le campement chirurgical, aidé par les Lions du Club cosmopolite d'Addis Ababa et par le personnel du Centre Carter/Ethiopie. Marco Vignano des Lions, président du Club cosmopolite d'Addis Ababa ; Francesco Giuseppina des Lions, directeur des activités du District 411 des *Lions Clubs* ; Pina Sieg des Lions ; et Teshome Gebre des Lions, représentant de pays du Centre Carter, étaient présents pour le démarrage. Le financement était fourni par les *Lions Clubs* éthiopiens et la Fondation des *Lions Clubs International*. Au cours de cette campagne initiale, on a réalisé plus de 700 chirurgies du trichiasis. Parallèlement, le programme éthiopien a réalisé des activités d'éducation sanitaire pour la lutte contre le trachome au



centre de santé d'Addis Ababa, atteignant plus de 3 000 personnes.

Sur les cinq *Lions Clubs* de l'Ethiopie, le Club cosmopolite d'Addis Ababa a relevé le défi de lutte et de prévention contre le trachome, y compris la réalisation de la vidéo documentaire « Empêchons le trachome », utilisée lors de la mobilisation communautaire et des séances de formation. Le président du Club, Marco Vignano des Lions, a félicité le programme élargi de la zone de Gondar du Sud, indiquant que « notre équipe de visiteurs, qui comprenait Pina Sieg des Lions, fondateur du Club cosmopolite, et le premier promoteur dévoué des opérations à large échelle contre le trachome en Ethiopie, s'est senti grandement soulagée de voir que quelque chose pouvait être entrepris et, de fait, était entrepris pour ces personnes dans le besoin par l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter. » ★



Monsieur Zelalem Abera, coordonnateur national pour le trachome, examine les yeux d'un homme local infecté par le trachome.

Trachome

Quatrième revue annuelle

suite de la page 1

Chaque présentateur a fait un compte rendu des progrès du programme, des défis en 2002 et des cibles pour 2003. Tel que par le passé, les présentations de pays étaient structurées autour de la stratégie CHANCE, avec, le premier jour, des présentations sur le Nettoyage des mains et du visage et un Changement Environnemental, ainsi que des présentations sur la Chirurgie et les Antibiotiques le deuxième jour. (Voir le Regard de l'Aigle, janvier 2003.) Les excellentes présentations sur N et CE ont montré clairement que des progrès impressionnants avaient été faits par chaque programme dans le but de promouvoir l'hygiène personnelle et l'amélioration de l'environnement l'année passée. Ces progrès ont été réalisés dans le but de

suivre le thème de la revue de programme qui, en date de 2002, était « Augmenter le nombre de visages propres, diminuer le nombre de mouches ! »

Des présentations spéciales soulignaient tous les jours les aspects importants de la lutte contre le trachome et permettaient au groupe de réaliser un brainstorm et de se soulever des défis les uns par rapport aux autres. Les présentations spéciales de cette année étaient effectuées par les personnes suivantes : Ecole des Programmes de Santé en Ethiopie, Madame Misrak Makonnen ; Promotion des Latrines au Niger, Monsieur Salissou Kane et Système de Collecte de Données au Ghana, Docteur Yayemain. En général, on notait des améliorations remarquables dans la qualité des données présentées pour 2002 et les cibles fixées pour les interventions en 2003. (Voir Tableau 2.)

D'intéressantes discussions sur les activités de programme et les questions scientifiques ont également eu lieu.

Madame Rebecca Daou, des *Lions International*, a fait un compte rendu sur l'évaluation à mi-parcours des Lions concernant leur don pour la lutte contre le trachome en Ethiopie. Le Docteur Frank Richards, des Centers for Disease Control and Prevention, a parlé de l'évolution des indices en vue de mesurer les activités de programme, y compris les buts d'intervention finals. Le Docteur Anthony Solomon, de LSHTM, a fait une mise à jour de l'étude concernant l'Initiative de Suivi et d'Evaluation du Trachome (TIME). L'avant-dernière discussion de la réunion s'est concentrée sur la reconnaissance, par les participants, du fait que la standardisation de la notification des données des Programmes de Lutte contre le Trachome serait un pas en avant

Tableau 2

Programmes de Lutte contre le Trachome soutenus par le Centre Carter
Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome (janvier-avril 2003)

	Ghana	Mali	Niger	Soudan	Ethiopie Gondar S. ^a	Nigeria ^b 2 états ^c
NCE						
Villages avec éducation en matière d'hygiène	383	0	70	220	155	0
Villages ciblés pour l'éducation en matière d'hygiène	391	581	976	2,413	155	180
Taux Couverture - éducation en matière d'hygiène	98%	0%	7%	9%	100%	0%
Nombre de latrines construites	350	-	253	-	949	0
Nombre de latrines ciblées	700	N/A	3,100	N/A	2,500	200
Taux Couverture - latrines construites	50%	-	8%	-	38%	0%
Nombre de points d'eau construits	10	0	0	91	-	-
Nombre de points d'eau ciblés	30	150	25	N/A	-	-
Taux Couverture - points d'eau	33%	0%	0%	-	-	-
Antibiotiques						
Azithromycine - intervention dans les villages:	-	670	800	108	18	N/A
Traitements (2002)	77,575	49,008	0	59,113	0	-
Population ciblée	140,000	1,200,000	784,000	600,000	100,000	N/A
Couverture (%)	55%	4%	0%	10%	0%	-
Tétracycline - Intervention dans les villages:	0	17 HC^d	0	102^e	0	0
Traitements (2002)	0	-	0	7,857	8,092	0
Population ciblée	14,000	-	N/A	N/A	N/A	240,000
Couverture (%)	0%	-	-	-	-	-
Chirurgie - Intervention dans les villages:						
Chirurgies (2002)	56	308	0	324	1,901	0
Population ciblée	1,100	5,000	7,500	9,350	11,280	400
Couverture (%)	5%	6%	0%	3%	17%	0%

- a. La zone de Gondar du Sud est l'une des trois zones démarant des interventions en Ethiopie
b. Les interventions n'ont pas encore commencé
c. Etats du Plateau et de Nasarawa
d. Activités basées sur le centre de santé offrant des services aux villages dans un rayon de 50 km.
e. Zones d'intervention pour population nomadique, non définies par «< village >>».

Trachome

important pour ce groupe et pour tous ceux de l'Alliance GET 2020. Chaque coordinateur des programmes nationaux à la réunion était d'accord pour essayer de standardiser la notification de ses données nationales et pour élaborer des buts d'intervention finals en 2003.

Certains points saillants des réalisations de 2002, par pays, sont notés ci-après :

Ghana

■ **Enquête de connaissances, attitudes et pratiques (CAP).** Cette enquête, réalisée avec le soutien du Centre Carter, dans cinq districts et 50 communautés, a montré que les programmes d'éducation sanitaire avaient fait des progrès importants dans les régions du Nord et de l'Upper West pour augmenter la connaissance et les attitudes concernant la lutte contre le trachome. L'étude indiquait les zones spécifiques devant être ciblées pendant l'évolution du programme.

■ **Évaluation de la campagne des mass media.** L'enquête CAP, réalisée avec le soutien de la *BBC World Service Trust*, a noté que 88% des villageois dans les zones ciblées avaient entendu parlé du trachome, et que la plupart d'entre eux avaient entendu des retournelles et des spots radiophoniques sur le trachome. En général, le Programme de Lutte contre le Trachome a conclu que la diffusion de messages sanitaires par le biais de la communication des mass media était efficace et acceptable.

■ **Enquête de l'Initiative de Suivi et d'Évaluation du Trachome.** L'équipe de LSHTM a évalué le Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana. Ses commentaires et recommandations seront utiles pour planifier la phase suivante du programme.

■ **Traitements de Zithromax®.** Plus de 104 000 personnes ont été traitées en 2002 avec du Zithromax donné par Pfizer.

Mali

■ **Évaluation des activités du Programme de Lutte contre le Trachome à Ségou.** Cette évaluation

s'est concentrée sur les activités d'amélioration de l'environnement et d'éducation sanitaire dans les villages et a montré le potentiel important pour la mise en place des activités N et CE dans un avenir proche.

■ **Enquête CAP.** Cette enquête des régions de Kayes et de Koulikoro a été réalisée par des chercheurs de l'Université Johns Hopkins en décembre 2002 pour se concentrer sur les aspects N et CE de CHANCE. Les résultats seront utilisés pour mettre au point des campagnes d'éducation sanitaire pour le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali.

■ **Traitements de Zithromax.** En 2002, 750 000 personnes ont été traitées. En 2003, le programme cible 1 200 000 personnes pour un traitement avec du Zithromax.

Niger

■ **Latrines.** Le programme du Niger a ouvert la voie vers l'amélioration de l'environnement avec la construction de 1 282 latrines dans la région de Zinder, avec l'assistance du Centre Carter et l'*International Trachoma Initiative*. Il a fixé une cible de 3 100 nouvelles latrines devant être construites en 2003.

■ **Distribution de Zithromax.** En 2002, le Niger a réalisé sa première distribution de masse de Zithromax donné par Pfizer. En 2003, il prévoit de traiter 784 000 personnes.

■ **Chirurgie.** 4 592 patients du trichiasis ont été opérés en 2002.

Soudan

■ **Élargissement des zones du programme.** Le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan a élargi les activités d'éducation en matière d'hygiène, passant de 905 à 1 552 villages.

■ **Distribution de Zithromax.** 189 223 personnes ont été traitées avec du Zithromax lors de campagnes de distribution de masse.

■ **Chirurgie.** Christoffel Blindenmission s'est joint au Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan en 2002 et

collaborera à de nombreuses activités, tout particulièrement celles concernant la formation chirurgicale et l'assistance aux chirurgies correctives pour les patients souffrant de trichiasis.

Ethiopie (zone de Gondar du Sud)

■ **Éducation en matière d'hygiène.** En 2002, le Programme de Lutte contre le Trachome de Gondar du Sud a formé des agents de santé dans plus de 89% de ses villages cibles en vue de réaliser une éducation en matière d'hygiène. Les activités sont en cours dans 138 villages, dont une notification mensuelle au programme.

■ **Santé dans les écoles.** Le programme basé sur les écoles du Programme de Lutte contre le Trachome a été démarré en 2002, avec des enquêtes fondamentales pour le suivi et l'évaluation.

■ **Chirurgie.** Avec le soutien du Centre Carter et des Lions Clubs locaux, 19 chirurgiens ont été formés en matière de trichiasis et des centres de santé ont été équipés. Plus de 4 000 patients souffrant de trichiasis ont reçu une chirurgie corrective en 2002. En 2003, le programme cible 11 280 personnes devant recevoir une chirurgie corrective.

Nigeria (états du Plateau et de Nasarawa)

■ **Enquête de prévalence.** En 2002, le Programme de Lutte contre le Trachome a réalisé des enquêtes de prévalence fondamentales dans les états du Plateau et de Nasarawa. On a examiné plus de 12 000 personnes et on a créé une carte de la distribution du trachome. Cette information a été utilisée pour choisir quatre zones des collectivités locales (districts) dans lesquelles les programmes des états démarreront des programmes pilotes en 2003, avec le soutien du Centre Carter.

■ **Enquête CAP.** Une enquête CAP a été réalisée dans les zones pilotes du programme en 2002 pour aider à créer des campagnes de mobilisation communautaire et d'éducation sanitaire dans les zones pilotes du programme. ★

Trachome

Evaluation des activités de lutte contre le trachome dans la région de Ségou, au Mali

En octobre 2002, le Programme national pour la Prévention de la Cécité du Mali et le Bureau sanitaire régional de Ségou ont réalisé une évaluation importante des activités de lutte contre le trachome dans la région de Ségou, avec un soutien financier et technique du Centre Carter. L'évaluation consistait à enquêter 381 villages et 34 centres de santé dans deux districts sanitaires. Dans chaque village, les équipes d'évaluation ont rencontré les dirigeants villageois et, quand c'était possible, les comités sanitaires ainsi que les agents de santé des villages. Une évaluation environnementale a été réalisée simultanément dans chaque village. Les équipes d'enquête se sont concentrées principalement sur la disponibilité de l'éducation ainsi que des ressources humaines en matière de santé et d'hygiène pour les activités de lutte contre le trachome. L'évaluation environnementale s'est concentrée sur l'accès de la communauté à un point d'eau potable et à l'assainissement. Le Docteur Doulaye Sacko, directeur du Programme national pour la Prévention de la Cécité, a présenté le rapport d'évaluation lors d'une réunion du Bureau sanitaire régional de Ségou, présidée par le Docteur Nouhoum Kone, directeur médical régional.

L'évaluation a stipulé que les activités de lutte contre le trachome devaient être accélérées dans chaque district et devaient identifier des ressources significatives et des occasions d'améliorer l'hygiène personnelle et environnementale, les aspects N et CE de la stratégie CHANCE. Les aspects CH et A de CHANCE restent à mettre en place entièrement dans les deux districts. La chirurgie en matière de trichiasis est uniquement disponible dans deux des centres de santé et la pommade

ophtalmique à base de tétracycline est actuellement en vente comme traitement contre le trachome actif dans seulement 9% des centres de santé. Pour évaluer les activités d'éducation sanitaire en matière de trachome, les équipes se sont rendus dans 34 centres de santé et ont interviewé les agents de santé. Même si 62% des agents de santé ont indiqué avoir reçu du matériel d'éducation sanitaire pour le trachome en 2001, aucun n'utilisait ce matériel de manière routinière.

Environ 25% des villages ont notifié qu'ils n'avaient pas de source d'eau qui fonctionnait toute l'année.

On a identifié les possibilités de mise en place d'une éducation en matière d'hygiène et de santé pour la lutte contre le trachome. Chaque village a un comité sanitaire local, qui est responsable du suivi des activités sanitaires en cours et qui agit comme un relais entre les villageois et le système de santé du gouvernement. Plus de la moitié (55%) des villages possèdent une école primaire, ce qui peut faciliter les programmes d'éducation sanitaire basés dans les écoles. Ceci est un facteur important car le trachome actif est une maladie des jeunes enfants, dont certains peuvent être ciblés de manière efficace dans les écoles en insistant sur le lavage des mains et du visage quotidien pour améliorer l'hygiène. Les équipes ont également noté que l'un des meilleurs canaux pour l'éducation sanitaire est la radio. Dans tous les villages, la radio est très populaire et les villageois ont accès aux diffusions nationales et locales. Quatre-vingt-dix-

neuf pour cent des villages ont accès au minimum à deux stations radiophoniques et 72% ont accès à trois stations ou plus. Les villageois, dans 98% des communautés enquêtées, ont indiqué avoir entendu des messages généraux d'éducation sanitaire au cours des 12 mois précédents. Ils avaient entendu des messages spécifiques sur le trachome dans 34% des villages pendant la même période.

L'utilisation des latrines et l'accès à l'eau sont des facteurs importants des aspects N et CE de CHANCE. Les équipes d'enquête ont indiqué que les communautés étaient très intéressées par les deux aspects. L'utilisation des latrines est chose courante dans cette partie du Mali et 95% des villages ont des latrines traditionnelles. Dans 85% des villages enquêtés, les dirigeants communautaires ont indiqué que chaque domicile possédait au moins une latrine. Les familles polygames possèdent souvent une latrine séparée pour chaque femme. Toutefois, la plupart des latrines étaient faites selon le style traditionnel, avec de la boue ou des murs de terre battue, qui sont plus susceptibles de s'écrouler sous des pluies battantes et sont plus difficiles à entretenir que les latrines modernes faites avec des murs en ciment. Toutefois, 232 (61%) des villages ont des maçons qui peuvent être formés pour construire des latrines modernes.

Les villages utilisent diverses sources d'eau. Presque tous (97%) ont des puits traditionnels et un grand nombre d'entre eux (60%) ont des puits forés et des puits modernes. Sept pour cent des villages ont indiqué utiliser les eaux de surface. Environ 25% des villages ont indiqué qu'ils n'avaient pas de source d'eau qui fonctionnait toute l'année. L'entretien des puits forés était également un problème. Dans un district, la plupart des

puits forés inspectés ne fonctionnaient pas. Les villageois ont indiqué que les nouveaux puits forés ne duraient qu'un ou deux ans avant de commencer à rencontrer des problèmes, surtout dus aux pannes des pompes. Les causes des pannes n'ont pas été évaluées.

En bref, l'étude du Programme national pour la Prévention de la Cécité a conclu qu'il existe une attente et un besoin pour des activités de lutte contre le trachome dans les villages ruraux de Ségou. Le Programme peut compter sur les comités de santé villageois et les autorités sanitaires aux niveaux district et régional pour aider à la mise en place et au suivi des activités. On a noté que les écoles et les stations radiophoniques étaient des canaux importants pour l'éducation sanitaire et la mobilisation communautaire. Il existe un besoin d'améliorer les latrines et l'approvisionnement en eau dans les villages. Les villageois et les maçons locaux seraient

Dans un district, la plupart des puits forés inspectés ne fonctionnaient pas. Les villageois ont indiqué que les nouveaux puits forés ne duraient qu'un ou deux ans avant de commencer à rencontrer des problèmes, surtout dus aux pannes des pompes.

capables d'aider à mettre en place ces deux changements environnementaux avec le soutien du Ministère de la Santé, du Centre Carter et d'autres organisations partenaires.

Dans un district, la plupart des puits forés inspectés ne fonctionnaient pas. Les villageois ont noté que les nouveaux puits forés ne duraient qu'un ou deux ans avant de commencer à rencontrer des problèmes. ★

Fabriquer du savon traditionnel pour lutter contre le trachome au Niger

En plus de l'eau, le savon joue un rôle capital dans l'amélioration de l'hygiène personnelle. Le Programme de Lutte contre le Trachome au Niger a insisté sur ce message lors des séances d'éducation en matière d'hygiène dans la région rurale de Zinder. Zinder est la région du Niger la plus endémique du trachome et les villages ruraux de cette région sont parmi les plus pauvres au monde. Une hygiène environnementale et personnelle inadéquate met la population à risque de contracter le trachome et la cécité qu'il entraîne, ainsi qu'un grand nombre d'autres maladies. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Niger a démarré, en 2002, un programme réussi pour les latrines et l'hygiène à Zinder, qui comprend une éducation en matière d'hygiène basée sur la communauté en vue d'encourager le lavage régulier du visage et des mains (avant chaque repas et après avoir été aux toilettes), ainsi que le lavage plus fréquent des vêtements et des serviettes. (Voir le *Regard de l'Aigle*, janvier 2003.) Par conséquent, la demande de savon a augmenté, mais les savons commerciaux à Zinder sont chers sur les marchés villageois, s'ils sont disponibles, et le fait de demander aux femmes d'acheter du savon n'était pas réaliste. La solution à ce problème était de faire revivre l'artisanat négligé de fabrication du savon traditionnel.

Au début de 2003, un premier groupe de 30 femmes de 10 villages dans la zone rurale de Zinder ont été formées à la production de savon traditionnel lors d'une séance de formation de deux jours. Les participantes ont appris que le savon pouvait être préparé à partir de matériel disponible localement : soda (fait en filtrant les cendres à travers l'eau), huile animale ou de plante et eau. On fait chauffer le mélange à feu doux, puis on

le met en forme et on le laisse refroidir. Le savon fabriqué de cette manière est abordable pour les villages les plus pauvres et peut même être utilisé pour générer des revenus.

La formation en matière de savon et d'hygiène a été réalisée par des responsables techniques de l'assainissement du Bureau de Santé régional de Zinder, dirigé par Monsieur Ali Amadou, du Centre Carter. Ali Amadou est le consultant technique du Centre Carter pour les activités de lutte contre le trachome

La solution était de faire revivre l'artisanat négligé de fabrication du savon traditionnel.

dans la région de Zinder. Avant de se joindre à l'équipe du Centre du Niger, il a enseigné l'hygiène et l'assainissement et a dirigé le Programme hautement réussi d'Eradication de la Dracunculose dans la région de Dosso, au Niger.

Le programme du Niger espère étendre la formation en matière d'hygiène en 2003 pour inclure au moins 90 femmes en plus dans 30 villages supplémentaires à Zinder. Les responsables techniques de l'assainissement feront un suivi avec les participantes tout au long de l'année pour suivre leurs progrès et améliorer leur projet en matière d'hygiène. Si ce projet pilote est réussi, le programme pourrait être étendu pour atteindre les femmes des zones rurales sur l'ensemble du Niger. De cette manière, le fait de se tourner vers le passé pour trouver des solutions traditionnelles aura peut-être apporté une meilleure hygiène durable et la fin du trachome et de la cécité qu'il entraîne à l'avenir. ★

Trachome

Passer de l'écoute à la compréhension : clubs d'écoute radiophonique sur le trachome au Ghana

Le but de l'éducation sanitaire se définit par l'action et non pas par les mots. Si le public connaît les ritournelles par cœur, mais n'adopte pas de meilleurs comportements, le programme doit évaluer la situation et trouver une manière de passer de l'écoute du message à sa compréhension. Comme ils disent sur le marché de la publicité, « vous devez pousser le public à agir » C'est le fondement même des activités du Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana pour mettre en place les aspects N et CE dans la région de l'Upper West. Ils sont en train de trouver des manières créatives d'atteindre les villageois à risques de contracter le trachome et la cécité qu'il entraîne pour passer des ritournelles aux actions qui permettront de lutter contre le trachome et la cécité.

N et CE se rapportent aux deux dernières composantes de la stratégie CHANCE : Nettoyage des mains et du visage et Changement Environnemental. Ce sont les changements durables dans l'hygiène personnelle et environnementale qui aident à prévenir le trachome et la cécité qu'il entraîne. La stratégie CHANCE a été la pierre angulaire du Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana depuis 1998.

Des activités d'amélioration de l'hygiène sont en cours dans 383 villages dans les régions du Nord et de l'Upper West du Ghana, y compris des discussions régulières dans la communauté, des durbars, des pièces de théâtre et des présentations de vidéo. Ces activités sont réalisées par les communautés locales avec le soutien des bureaux de santé régionaux et nationaux, des collectivités locales et des organisations non gouvernementales telles que le Centre Carter, avec le soutien de la

Fondation *Conrad N. Hilton* et l'*International Trachoma Initiative*.

Le *BBC-World Service Trust*, avec le soutien de l'*International Trachoma Initiative*, a apporté une assistance à la Société de Télédiffusion du Ghana et aux stations de radio locales en vue de produire et de diffuser des ritournelles et des messages d'éducation sanitaire. En 2002, une évaluation de la *BBC-WST* de la campagne de mass media du programme

Le rôle du facilitateur est de diriger le groupe pour passer de la chanson de ritournelles à la discussion concernant ce que les membres de la communauté peuvent faire pour lutter contre le trachome dans leur propre environnement.

du Ghana a indiqué que presque 80% des répondants avaient entendu des ritournelles concernant la lutte contre le trachome et que presque 70% des répondants avaient entendu des spots radiophoniques parrainés par le programme. Toutefois, les superviseurs du programme ont indiqué que, lors de leurs discussions communautaires, les personnes qui avaient souvent entendu les ritournelles et les spots radiophoniques n'avaient pas compris le contenu des messages. Ces observations ont mené à la création de clubs d'écoute

radiophonique sur le trachome.

Les premiers clubs d'écoute radiophonique sur le trachome ont été créés, en janvier 2003, dans 20 communautés très endémiques en matière de trachome de la région de l'Upper West, avec l'assistance technique et financière du Centre Carter. Une formation pour des agents de santé de premier plan, des producteurs radiophoniques et des volontaires sanitaires de la communauté a été réalisée en premier lieu. Ensuite, chaque communauté a formé un club d'écoute radiophonique avec une moyenne de 25 personnes.

Des volontaires de la communauté ont été formés pour faciliter les activités du club et le Centre Carter a donné une radio *Freeplay* à chaque communauté. Deux stations radiophoniques locales ont commencé à diffuser des programmes de 15 minutes deux fois par semaine en dagaare et en sissala, les langues les plus courantes de la région de l'Upper West.

Les membres du club se réunissent autour de la radio pour écouter chaque retransmission avec leur facilitateur. Après la diffusion, ils discutent des messages clés de la diffusion, aidés en cela par du matériel imprimé du Programme de Lutte contre le Trachome. Le rôle du facilitateur est de diriger le groupe pour passer de la chanson de ritournelles à la discussion concernant ce que les membres de la communauté peuvent faire pour lutter contre le trachome dans leur propre environnement. Cette activité est très importante car elle permettra aux membres de la communauté de traduire leur connaissance du trachome en changements communautaires durables.

Les comptes rendus initiaux du programme du Ghana montrent que les clubs d'écoute radiophonique ont été réussis dans tous les villages pilotes. Le programme prévoit d'évaluer les clubs d'écoute radiophonique pour aider à améliorer et à étendre le programme à d'autres communautés endémiques en matière de trachome dans un avenir proche. ★

Le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique s'élargit

En 1998, le Programme de Cécité des Rivières du Centre Carter au Nigeria a commencé à intégrer des mesures de lutte pour la filariose lymphatique et la schistosomiase dans les états du Plateau et de Nasarawa. En 2000, les états du Plateau et de Nasarawa ont été cartographiés pour la filariose lymphatique et on a déterminé que le traitement de masse et l'éducation sanitaire pour la filariose lymphatique étaient nécessaires dans toutes les villes et les villages de 30 zones de collectivités locales des deux états (nombre d'habitants estimé : 4 millions). Le but de ce programme préliminaire est double : démontrer la facilité avec laquelle les autres maladies peuvent être traitées de pair avec l'onchocercose et prouver que la transmission de la filariose lymphatique peut être interrompue sur une grande échelle en Afrique.

Avec le soutien financier fourni depuis 1998 par *GlaxoSmithKline*, le fabricant d'albendazole, le Programme de Cécité des Rivières au Nigeria travaille avec le Ministère de la Santé fédéral du Nigeria et avec les gouvernements des états du Plateau et de Nasarawa dans le but de fournir un traitement de masse annuel de la

combinaison Mectizan/albendazole pour la filariose lymphatique. L'éducation sanitaire fait partie intégrale de l'initiative. En 2001, le Centre Carter a également reçu des fonds de la Fondation *Bill et Melinda Gates* pour le soutien des activités concernant la filariose lymphatique.

Depuis que le programme a commencé, il s'est étendu chaque année pour inclure plus de zones de collectivités locales des états du Plateau et de Nasarawa : passant d'environ 160 000 traitements en 2000 à environ 675 000 en 2001, et à environ 2,17 millions en 2002 (60% de la couverture de la population présentant les conditions requises). Une couverture géographique complète des 30 zones de collectivités locales des états du Plateau et de Nasarawa — environ 3,6 millions de traitements — représente le but du programme pour 2003. Aucune stratégie de distribution n'a encore été décidée pour les zones urbaines endémiques, mais le Centre Carter a l'intention d'aider à évaluer ces zones dans les mois qui viennent.

En 2002, le programme a apporté les preuves que les traitements de masse doubles Mectizan/albendazole avaient un impact significatif sur les infections lymphatiques chez les moustiques et sur

les taux d'infection des moustiques, comparé aux niveaux de base. (Voir Figure 4.)

Dix-neuf villages sentinelles ont également été désignés pour un suivi spécial, dans le but de suivre plus étroitement l'impact des activités du traitement.

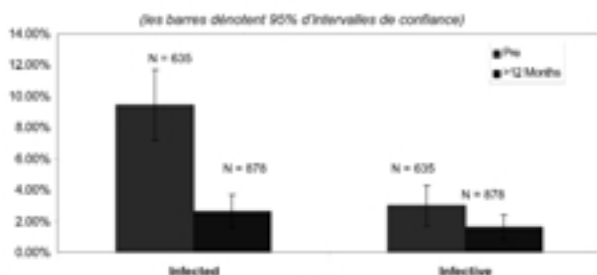
En 2002, le programme a distribué plus de 15 000 matériels d'éducation

sanitaire, a diffusé des messages radio-phoniques en hausa et en anglais, et a mis au point et a diffusé un documentaire télévisé, faisant partie de ses efforts en vue d'éduquer la population sur la maladie. Il a également mobilisé 1 695 villages endémiques et a formé 3 013 distributeurs à base communautaire en filariose lymphatique uniquement, zones n'appartenant par au Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose. (Ces activités étaient mises en place conjointement avec les activités d'onchocercose dans les zones soutenues par le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose.) Dans les zones à filariose lymphatique uniquement, les villageois ont fourni une moyenne de 6-7\$ US (équivalent) par série de traitement pour soutenir chacun de leur distributeur à base communautaire en 2002.

Plusieurs évaluations seront réalisées en 2003, incluant des enquêtes de couverture et des études CAP, en vue de déterminer l'efficacité du programme, une collecte continue de données entomologiques de villages sentinelles et l'analyse de sang. Ces activités aideront à juger l'impact du programme et, partant, contribueront à la longévité et à la croissance du Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique.

Les responsables du Centre Carter et du Ministère de la Santé fédéral doivent continuer à pousser les autorités internationales à aider dans l'achèvement d'une cartographie de l'ensemble du pays, d'une stratégie de traitement pour les zones qui sont coendémiques pour *Loa loa*, et à vérifier l'innocuité de l'administration simultanée du Mectizan, de l'albendazole et du praziquantel. Une fois ces réalisations atteintes, le programme pourra s'élargir. Le Centre Carter pense que les interventions contre la filariose lymphatique, la schistosomiase et l'onchocercose peuvent être combinées de manière efficace là où les zones d'endémicité se recoupent. Cela pourrait avoir de nombreux avantages sanitaires et améliorerait la viabilité des trois interventions. ★

Figure 4
Filariose lymphatique
 Infection par les moustiques et taux d'infection dans les états du Plateau et de Nasarawa, Nigeria : fondamentale et après 12 mois de AMM** avec un traitement d'ivermectine et d'albendazole



*Ce fraction de dissection sur le terrain de enquêtes répétées effectuées pendant la période 1999-2002. "Infecté" est pendant le stade larval III. "Infective" est uniquement la dissection du stade L3.
 ** Administration en masse des médicaments

Prix Nobel de la Paix 2002

« Le Centre Carter notifie également des progrès notables dans la lutte contre la cécité des rivières en Afrique et en Amérique latine. Plus de 15 millions de [traitements] ont été réalisées. Le but est d'éliminer la maladie sur les deux continents d'ici 2007... » énoncé de Gunnar Berge, président du Comité Nobel norvégien, lors de la présentation de l'ancien Président américain, Jimmy Carter, lauréat du Prix Nobel de la Paix pour 2002, à la cérémonie de récompense Nobel à Oslo, en Norvège, le 10 décembre 2002. ★



Jalons

Vendredi 25 avril 2003, le Docteur Jeremiah Ngondi, responsable du programme de lutte contre le trachome pour le Centre Carter/ Nairobi, s'est joint aux *Lions Club* au Kenya. Le Docteur Ngondi est à présent un membre des Lions Club de Nairobi Riverside, District 411. Il s'est joint aux Lions pour plusieurs raisons : vivre avec compassion et intégrité, travailler au Kenya sur des questions concernant la vue, et,

chose la plus importante, faire partie d'une organisation extraordinaire et partenaire fantastique.

Félicitations Docteur Ngondi des Lions ! ★



Photographiés (de gauche à droite) : Iqbal Allawala des Lions, président du club ; Jeremiah Ngondi des Lions et Amu Shah, PDG des Lions.

THE
CARTER CENTER



One Copenhill
453 Freedom Parkway
Atlanta, GA 30307