

Célébrations entourent les progrès faits contre l'onchocercose

ous le thème « 25 ans de don de Mectizan® : réaliser l'impossible rêve », les personnes présentes à la 22e Conférence annuelle interaméricaine sur l'onchocercose célèbrent un nouveau jalon dans la route menant à l'élimination de la maladie dans les six pays d'endémicité des Amériques.

La conférence qui s'est tenue dans la ville de Tuxtla, Gutiérrez, état de Chiapas au Mexique, du 24 au 26 octobre 2012, a attiré plus de 90 personnes dont des responsables de ministères de la santé, des agents de santé de première ligne et des partenaires internationaux.

La réunion dans l'état de Chiapas se tenait tout juste après l'interruption de la transmission de l'onchocercose. Le foyer dans le sud de Chiapas, dernier et le plus grand des trois foyers d'endémicité du Mexique, fait à présent l'objet d'une surveillance post-traitement de trois ans pour prouver que le pays a éliminé de bon cette maladie. Le foyer dans le sud de Chiapas avait été l'une des zones les plus sévèrement touchées.

L'Equateur signale qu'après trois ans de surveillance post-traitement, les évaluations épidémiologiques pour 2012 étaient négatives, aucune recrudescence

de la transmission de la maladie, démontrant ainsi que l'onchocercose avait été éliminée du pays. Le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA), aidé par le Comité de coordination du Centre Carter, a recommandé au Ministère de la Santé de l'Equateur de demander formellement une vérification de l'élimination de l'onchocercose auprès de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Si le ministère en convient, l'Equateur avec l'assistance de l'OEPA compilera

suite à la page 2

Dans cenuméro

Des patients du trichiasis au Niger décrivent la qualité de la vie

'est comme des épines qui me piquent les yeux. »

« J'ai passé longtemps

« Jamais je n'ai ressenti une telle douleur ...comme si mes yeux brûlaient.. »



Stephanie Palmer

La douleur causée par le trichiasis a été décrite avec ces mots par des femmes nigériennes interviewées, en août dernier par le programme national de

Dans la région de Zinder au Niger, une patiente du trichiasis, soutenue par une amie, décrit son expérience de cette maladie.

suite à la page 7

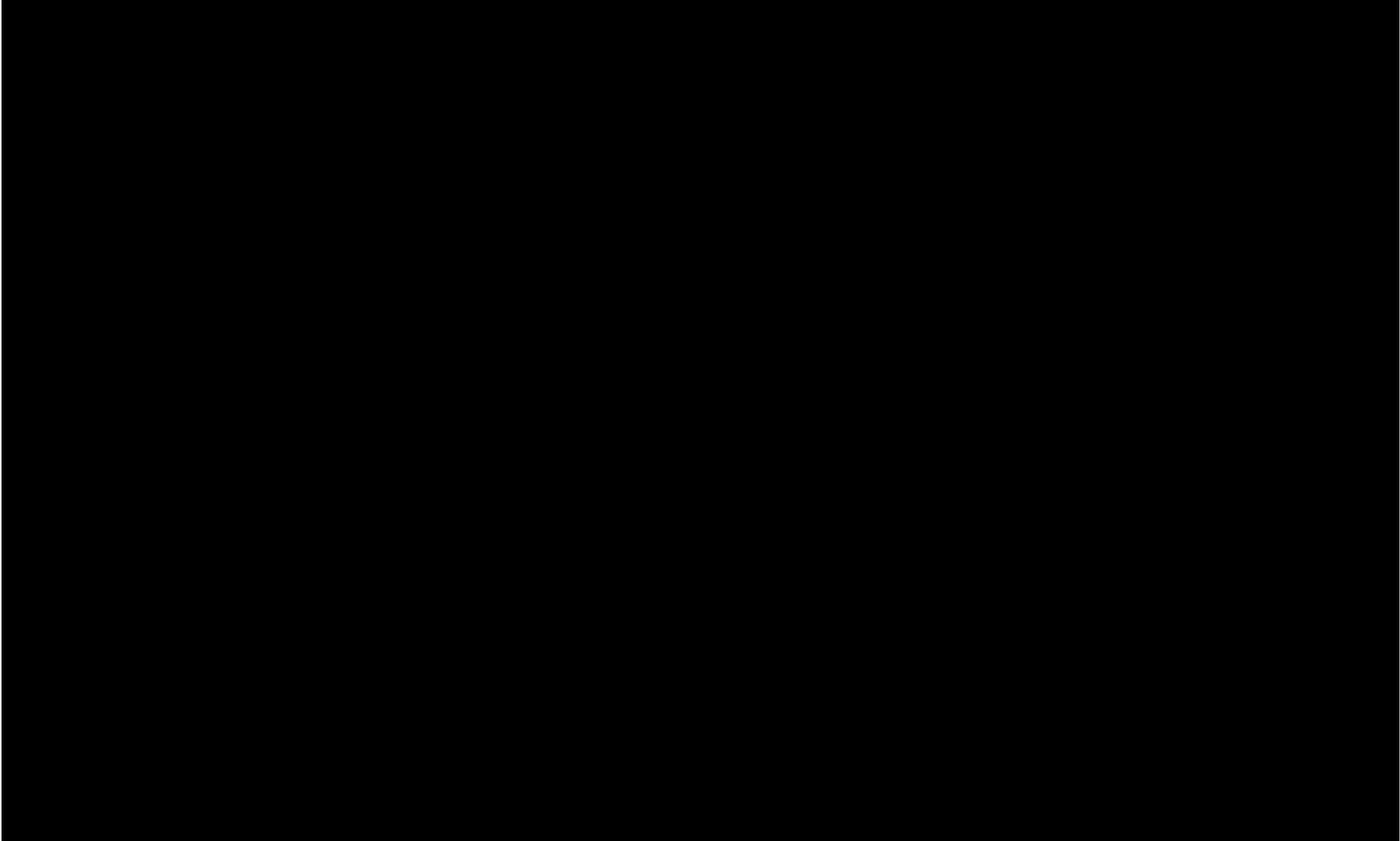
THE
CART R





la documentation détaillée nécessaire pour démarrer la certification, devenant ainsi le deuxième pays à faire une telle demande après la Colombie qui l'a fait en 2011 et dont le processus de vérification est en cours actuellement.

De plus, le Comité de coordination recommande que le foyer au nord-est du Venezuela soit reclassé, passant du statut de « transmission supprimée » à « transmission interrompue », a présent que le foyer répond aux critères épidémiologique nécessaires pour faire cette transition. Approuvé par le ministère de la santé du Venezuela en décembre 2012, ce changement signifie la fin de 218 000



e Dr Mauricio Sauerbrey, Directeur du programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA) a reçu le Prix Mectizan à Londres le 11 octobre 2012 la journée mondiale de la vue. Le prix lui a été décerné lors d'un événement célébrant le 25e anniversaire du Programme de don de Mectizan. Le Dr Sauerbrey a été cité pour l'impressionnant plaidoyer qu'il a réalisé, pour son leadership et sa diplomatie pour éradiquer l'onchocercose des Amériques.

Dans son discours d'acceptation, le Dr Sauerbrey a rétrocedé les compliments à tous ceux dont les efforts ardues poussent la maladie dans ses derniers retranchements : son équipe à l'OEPA, les gouvernements des six pays où l'onchocercose est endémique dans les Amériques et, avant tout, aux agents de santé qui s'assurent que les médicaments finissent dans la bouche de ceux qui en ont besoin.

Le Dr Sauerbrey dirige l'OEPA depuis 1998, assistant à des biens accomplissements depuis ce temps, notamment l'interruption de la transmission de la maladie dans quatre des six pays d'endémicité. Avant de venir se joindre au Centre Carter, il a travaillé pour des pro-

L'onchocercose

Le Comité recommande l'arrêt des traitements dans trois foyers en Ouganda en 2013

Lors de sa réunion en août 2012, un comité consultatif a fait trois recommandations au Ministère de la santé ougandais pour accélérer l'élimination de l'onchocercose dans ce pays. Si les recommandations sont acceptées, certains ougandais n'auront plus besoin alors de recevoir en 2013 un traitement avec administration massive de médicaments, pour combattre l'onchocercose. Par contre, d'autres ougandais recevront un traitement pour la première fois.

Faisant partie du Programme ougandais d'élimination de l'onchocercose, défini comme une approche systématique et scientifique pour interrompre la transmission en Afrique, le Comité consultatif des experts de l'élimination de l'onchocercose (UOEEAC) conseille le Ministère de la santé ougandais et son Comité national de certification. La principale responsabilité du comité est d'évaluer l'état actuel des 14 zones originales de transmission (les foyers) de l'onchocercose en Ouganda, à l'aune des directives nationales d'élimination et à l'aide de tests moléculaires en laboratoire, et, à la suite, de recommander des actions programmatiques.

L'UOEEAC a organisé sa cinquième réunion annuelle à Kampala, du 7 au 9 août 2012, sous la direction du Dr Thomas Unnasch, University of South Florida. Le comité a fait trois recommandations essentielles :

Premièrement, l'UOEEAC a recommandé que l'administration massive du médicament Mectizan soit arrêtée dans les foyers d'Imaramagambo et Mpamba-Nkusi où les données épidémiologiques indiquent que la transmission de l'onchocercose a été interrompue. Les deux foyers entrent dans une phase de surveillance de deux ans. Les données pour

le foyer de Maracha-Terego indiquent également une interruption de la transmission mais le traitement continuera à cause de l'endémicité de la filariose lymphatique. Le comité a noté que si le Comité de certification nationale accepte ces recommandations, on pourra arrêter l'administration massive de médicaments pour une autre tranche de 331 954 personnes en 2013.

En second lieu, l'UOEEAC a noté que, lors de sa prochaine réunion, le groupe envisagera d'arrêter le traitement dans les foyers de Kashoya-Kitomi et Wambabya-Rwamarongo en 2014, si des données supplémentaires sont collectées dans l'année à venir qui vont dans le même sens que les données disponibles actuellement. La population affectée dans ces trois foyers s'élève à 285 070 personnes.

L'UOEEAC pense que *S. damnosum* s.s. est le vecteur principal de l'onchocercose en Ouganda, à l'aune des directives nationales d'élimination et à l'aide de tests moléculaires en laboratoire, et, à la suite, de recommander des actions programmatiques. Dans le cadre de sa troisième recommandation, le comité a vivement recommandé de faire immédiatement des études entomologiques en vue de confirmer cette suspicion. Si cela est confirmé, la vaste gamme de *S. damnosum* s.s. signifie que les deux foyers dans le Nord (Mid North 1 et Mid North 2) ne sont pas séparés mais

forment une seule zone écologique de transmission qui peut s'étendre jusqu'au Soudan du Sud. Ce foyer composite du Nord serait le plus large en Ouganda. Le comité a vivement recommandé au Ministère de la Santé d'organiser immédiatement le traitement semi-annuel à base d'ivermectine sur l'ensemble de cette zone combinée. Cette recommandation a d'importantes implications au vu de la population ciblée par le traitement, soit 780 500 personnes qui auraient besoin, dans le cadre d'un programme deux fois par an, de la fourniture de plus de 1,56 millions de traitements par an.

Lors de sa réunion de 2011, l'UOEEAC a approuvé le statut de l'interruption de la transmission pour les trois foyers—Mount Elgon, Itwara et Wadalai.



La technicienne Monica Ngabirano effectue un dépistage des échantillons de sang dans le laboratoire du Ministère de la Santé, soutenu par le Centre Carter, à Kampala en Ouganda. Ce laboratoire analyse des milliers d'échantillons par an pour trouver trace de l'onchocercose et déterminer ainsi s'il existe une transmission active de la maladie dans un foyer. En 2012, un comité consultatif a recommandé que deux foyers en Ouganda ne reçoivent plus de traitement, ce qui veut dire que le laboratoire n'a pas trouvé de trace de transmission dans ces endroits.

savait si bien motiver positivement
ceux qui l'entouraient.

L'onchocercose était juste une des

lutte contre le trichiasis du Niger. Des discussions approfondies, organisées avec le soutien du Centre Carter, ont été tenues avec 23 femmes souffrant de trichiasis et une de leurs amies, dans les régions de Zinder et de Maradi, pour déterminer les effets du trichiasis sur la qualité de la vie des femmes. Certaines femmes avaient été opérées du trichiasis et d'autres non. Les questions des interviews portaient sur la qualité de la vie telle que définie par les femmes, la manière dont le trichiasis affecte leur vie, leurs opinions sur l'opération du trichiasis et comment elles prennent la décision de se faire opérer.

La plupart des femmes ont indiqué qu'elles étaient incapables de faire leur travail dans la maison. Elles se sentaient comme un poids pour les autres membres de la famille et vivaient isolées

La Fondation Hilton évalue les progrès au Mali

Leux représentants de la Fondation Conrad N. Hilton se sont rendus au Mali du 5 au 8 octobre pour observer les progrès faits en vue d'atteindre les buts nationaux de l'élimination que la Fondation soutient depuis quatre ans.

La visite a été accueillie par le Programme national de prévention de la cécité du Mali, le Centre Carter, et Helen Keller International. Le Dr Shaheen Kassim-Lakha, Directeur des programmes internationaux et Gregory Anderson, Responsable des programmes internationaux représentaient la Fondation Hilton.

La visite de trois jours comprenait des observations sur le terrain de l'application de la stratégie CHANCE (approche en quatre volets comprenant la chirurgie, les antibiotiques, le nettoyage du visage et le changement environnemental) dans plusieurs villages de deux districts—Selingue qui reçoit une assistance du Centre Carter, et Kolokani qui est aidé par Helen Keller International. La délégation a rencontré du personnel de santé au niveau district, des chirurgiens du trichiasis, et des agents de santé communautaire qui ont partagé maintes histoires sur la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. L'équipe a également observé plusieurs chirurgies du trichiasis et a parlé de l'expérience avec les patients.

De plus, des conversations avec des managers et présentateurs de deux stations radiophoniques ont servi à prendre connaissance des messages et du rôle important de la communication à la communauté des techniques de prévention du trachome et des dates des principaux événements comme les campagnes chirurgicales et de distribution des médicaments.

La délégation a également rencontré le nouveau ministre de la santé du Mali, le Dr Soumana Makadji, rencontre au cours de laquelle les représentants de la

Fondation Hilton ont affirmé leur engagement à aider le programme national à atteindre son but d'élimination du trachome cécitant d'ici 2015. Le Dr Makadji

a encouragé le soutien et le dévouement continus de tous les partenaires et bailleurs de fonds pour mettre fin au trachome cécitant au Mali.

La délégation a rencontré des agents de santé communautaire, des maçons et des groupements féminins pour discuter des défis et des réussites entourant l'éducation sanitaire et la promotion de latrines dans leurs communautés.



La transmission de la FL interrompue dans deux états nigériens

Les enquêtes de mai 2012, faites dans les états du Plateau et de Nasarawa au Nigeria, indiquent que la transmission de la filariose lymphatique (FL), infection transmise par les moustiques qui cause l'éléphantiasis a été interrompue, et que, par conséquent on pouvait arrêter l'administration massive du médicament.

Depuis 1999, le Centre Carter a travaillé en étroite relation avec le Ministère de la santé du Nigeria pour mettre fin à la transmission de la FL dans les états du Plateau et de Nasarawa au centre du Nigeria (voir Figure 2) en utilisant une stratégie d'administration annuelle et massive du médicament Mectizan®, donné par Merck et albendazole, donné par GlaxoSmithKline. Ces dernières années, la campagne a été complétée par la distribution de moustiquaires imprégnées aux insecticides, à longue durée d'action, dans les deux états dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme.

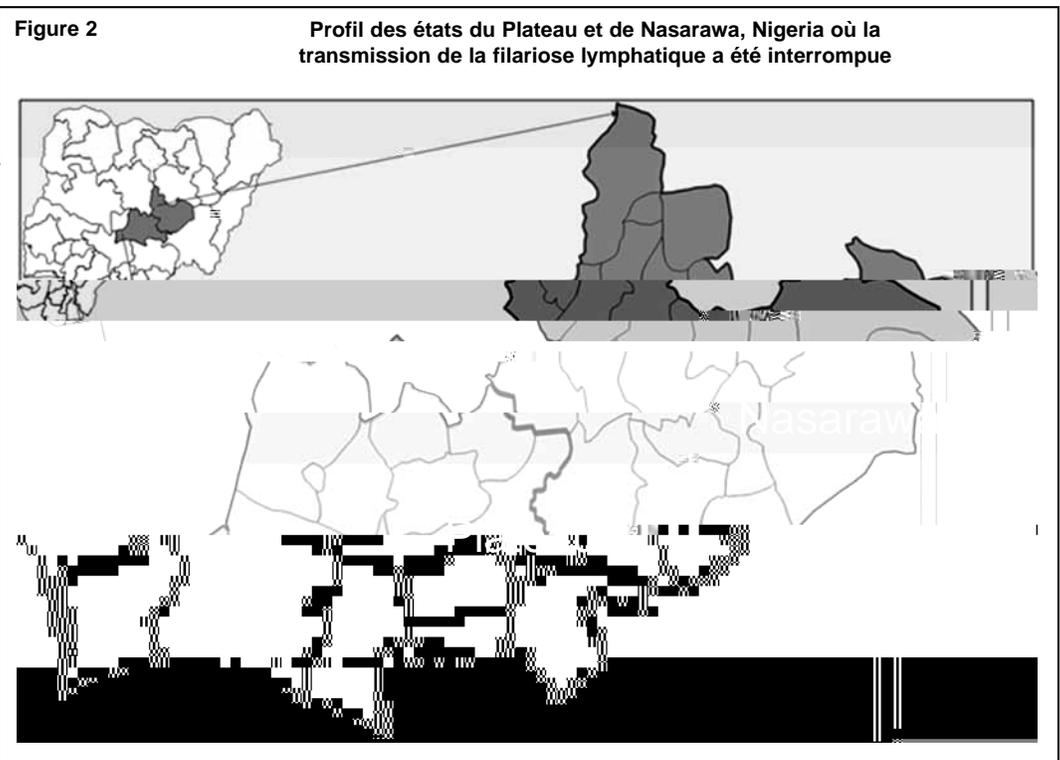
Le personnel du Centre Carter et du Ministère de la Santé du Nigeria a réalisé une enquête sur l'évaluation de la transmission dans chacune des quatre zones d'évaluation, établies dans la région des deux états. Plus de 7100 enfants ont passé un test de dépistage de la FL dans 173 écoles. Ces résultats permettront de juger si la transmission de la FL a été interrompue dans les deux états. Cette réussite est due aux efforts du Ministère de la Santé, du Centre Carter ainsi qu'au leadership communautaire. Le Ministère fédéral de la Santé a indiqué que la distribution massive de médicaments pour la FL dans les deux états du Plateau

et de Nasarawa pouvait être arrêtée et que la surveillance post-traitement serait démarrée.

Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour déterminer quand la transmission de la FL est interrompue et quand on peut arrêter sans risques l'administration massive de médicaments se basent sur le test sanguin des enfants de 6 et 7 ans. Ces examens de dépistage des antigènes filariens sont effectués dans les zones d'évaluation qui ont achevé au moins six ans d'administration massive des médicaments, avec une couverture de traitement supérieure ou égale à 65% et où la prévalence de

la microfilarémie a baissé en dessous du seuil de 1%. Si le niveau des antigènes filariens circulatoires chez les enfants est inférieur à la limite de 20 positifs par zone d'évaluation, on juge que la transmission a été interrompue et que l'administration massive des médicaments peut être arrêtée.

La FL afflige le Nigeria plus que tout autre pays de l'Afrique et le Nigeria est classé au troisième rang, après l'Inde et l'Indonésie, par l'Organisation mondiale de la Santé, des pays au nombre le plus élevé de personnes courant le risque de contracter la maladie. La longue histoire de l'assistance du Centre Carter au programme de lutte contre la FL du Nigeria a fait l'objet de nombreux documents (Hopkins et al., *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2002; 67:266–72; Richards et al., *PloSNTDS*. 2011; 5: e1346; King et al., *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012; 87:272–80).



Le Centre Carter soutient la distribution de moustiquaires au Nigeria

Depuis 2008, le programme national de lutte antipaludique au Nigeria ainsi que ses partenaires déploient la plus vaste distribution jamais faite par un pays à nos jours, de moustiquaires imprégnées aux insecticides, à longue durée d'action. La campagne prévoit de distribuer 63 millions de moustiquaires, nombre suffisant pour en fournir deux à chaque ménage dans les 36 états du Nigeria plus le territoire de la capitale fédérale. Avec l'achèvement, en septembre 2012, des campagnes dans tous les états, à l'exception de trois, sur l'ensemble du territoire, on peut enfin voir la fin de ce marathon de distribution dans le pays.

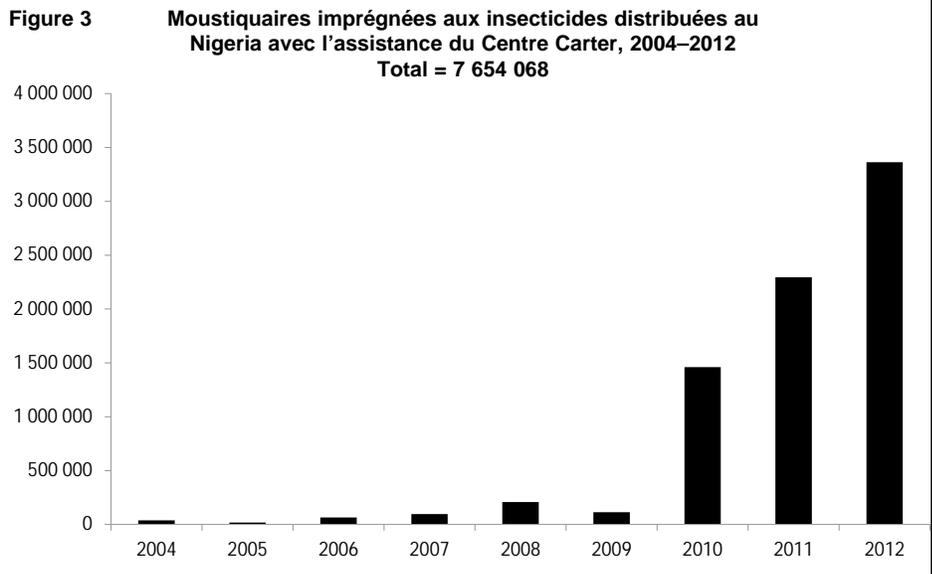
Le Centre Carter soutient depuis 2010 les campagnes de distribution dans l'état du Plateau et, depuis 2011, dans les états d'Ebonyi et d'Enugu où 4 millions de moustiquaires ont été distribuées. De juillet à septembre 2012, le Centre Carter a soutenu la distribution de 3,3 millions de moustiquaires supplémentaires dans trois états du Sud-Est du pays, Imo, Abia et Edo—portant ainsi le nombre total de moustiquaires distribuées au Nigeria, avec l'assistance du Centre Carter, à 7 654 068 depuis 2004 (voir Figure 3).

Les moustiquaires protègent les personnes des piqûres de moustiques qui transmettent non seulement le paludisme mais aussi la filariose lymphatique. C'est particulièrement important au Sud-Est du Nigeria car il n'est guère possible de procéder à une distribution massive de médicaments dans cette région à cause du risque de réactions indésirables imputables à Loa Loa, autre infection parasitaire pour laquelle le traitement à l'ivermectine est contre-indiqué.

La distribution à Imo, Abia et Edo a pris du retard pendant plusieurs années à cause des problèmes financiers et logistiques. Le Centre Carter a aidé ces états à surmonter ces problèmes en coordon-

nant une série de visites de plaidoyer de la part de l'ancien chef d'état nigérian, le Général Dr Yakubu Gowon, qui a rencontré des responsables aux niveaux de l'état et des collectivités locales, les convaincant de passer à l'action. Aussi, les états et les collectivités locales ont convenu de contribuer des ressources financières et en nature pour combler les lacunes du financement. Le personnel

du Centre Carter a travaillé en étroite collaboration avec le programme national de lutte contre le paludisme et l'initiative Faire Reculer le Paludisme tout le long des étapes de planification, formation, distribution et évaluation de la campagne, trouvant ensemble diverses manières de relever les défis et de pouvoir sortir les moustiquaires des dépôts et les apporter dans les foyers des millions de Nigerians.



Le 17 septembre 2012, le Dr Emmanuel Miri, représentant du Centre Carter au Nigeria depuis



Sunday G. Shaibu

1966 a été promu au rang d'Officier de l'Ordre de la République fédérale pour ses contributions à l'élimination de la

dracunculose au Nigeria et à la lutte contre d'autres maladies tropicales négligées. La médaille de l'Ordre de la République fédérale est au troisième rang de celles les plus prestigieuses que peut recevoir un civil et c'est le Président Goodluck Jonathan qui l'a remise au Dr Miri lors d'une cérémonie qui s'est tenue à Abuja.



Le Dr Emmanuel Miri (à droite) accepte un prix national du Président nigérian Goodluck Jonathan.

