



Volume 10, Numéro 1

LE CENTRE CARTER

Janvier 2009

pour les Amériques (OEPA). «Il est vital d'encourager les pays d'endémicité à accorder la priorité au traitement et à la prévention de l'onchocercose. Grâce à la volonté politique affermie que suscite cette nouvelle résolution de l'OPS, et de pair avec tous les efforts et dévouements de ceux qui combattent la maladie, il sera

possible, dans les années à venir, pour toute une nouvelle génération, de grandir sans connaître les problèmes de vision, ou



# L'onchocercose

AC

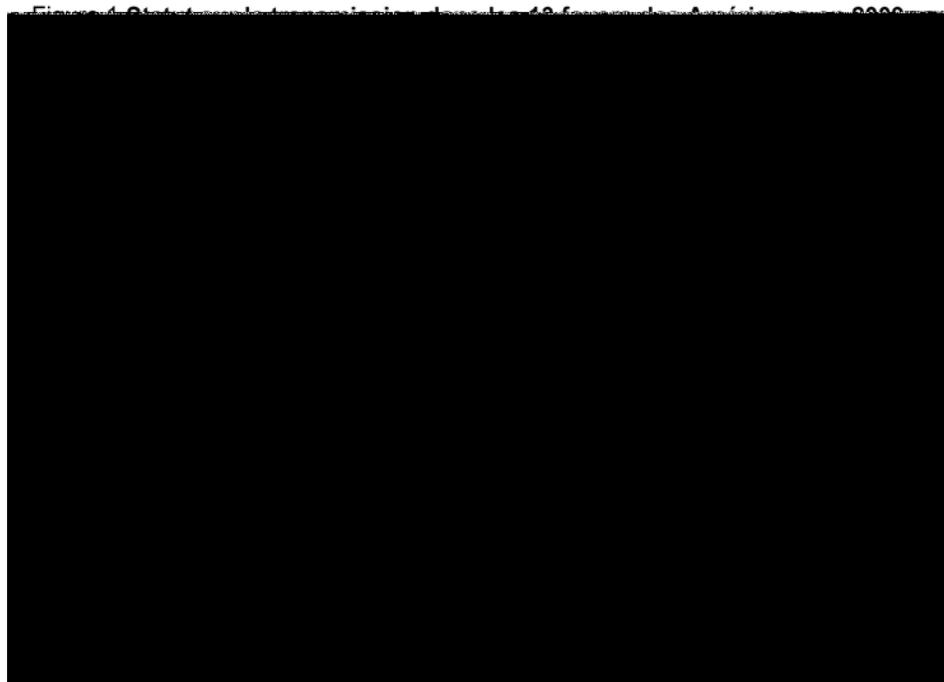
ie de la age 1

la cécité provenant de cette maladie, sans qu'il faille des traitements supplémentaires à base de Mectizan».

Les comptes rendus provisoires sur les traitements à base de Mectizan de 2008 (jusqu'en septembre 2008) présentés lors de la réunion, font état d'un total de 567 612 traitements à base de Mectizan. La couverture, lors de la première série de traitement est indiquée à hauteur de 92% de la population concernée (364 890) ; la seconde série de traitement pour 2008 n'était pas achevée avant la réunion.

Jusqu'à présent, le programme a cessé le traitement dans six des treize foyers, plus un sous foyer en Equateur (voir Figure 1).

Santa Rosa, Guatemala (Foyer 7) était la première région d'endémicité dans les Amériques, qui a mis fin à la transmission de l'onchocercose et a arrêté les traitements à base de Mectizan en 2007. En 2008, est venu s'y joindre Lopez de Micay, Colombie (Foyer 12, le seul dans ce pays), North Chiapas, Mexique (Foyer 2), Escuintla, Guatemala (Foyer 6) et le sous foyer de Rio Santiago à Esmeraldas, Equateur (Foyer 13). Lors de la conférence IACO 2008, les



# L'onchocercose

**L**e Ministère de la Santé de l'Ouganda a mis sur pied un comité consultatif technique au niveau international devant vérifier que les efforts récents faits par le gouvernement pour éliminer l'onchocercose sont exécutés rigoureusement et sont appuyés par de bonnes données scientifiques. L'Ouganda a adopté la politique d'élimination le 31 janvier 2007. Appelé le Comité Ougandais d'Élimination de l'Onchocercose (UOEC), le nouveau

# L'onchocercose

C'est avec une grande tristesse que le Centre Carter a appris le décès d'Abdulahi Oyabure Abu, responsable du projet de lutte contre l'onchocercose pour l'état d'Edo au Nigéria. Abu a servi l'état d'Edo et le Centre Carter en tant que membre de l'équipe de lutte contre l'onchocercose, de 1993 à 1996. Il est devenu ensuite le responsable au niveau état de ce projet et a contribué, de manière notable, à la réussite du Programme de Traitement à base d'Ivermectine dans l'état d'Edo (CDTI). Alors qu'il était responsable de ce programme, l'état d'Edo a accompli un total cumulatif de 6 527 876 traite-

ments à base de Mectizan. Les efforts

chCart-25 (p  
Centre appris

# L'onchocercose

L'épidémiologiste du Centre Carter, le Dr Moses Katarwa et ses collègues remettent en question la notion selon laquelle l'onchocercose est une cause d'épilepsie. En effet, la question a été débattue dans un bref compte rendu d'une étude Ougandaise qui a été publiée dans la revue of the American Journal Tropical Medicine and Hygiene, numéro d'octobre 2008 (AJTMH) (Katarwa et al., Est-ce que la neurocysticercose pourrait être la cause des convulsions épileptiques imputables à l'onchocercose ? 2008 ; 78 : 400-1)



En 2005, le programme de lutte contre la cécité des rivières, soutenu par le Centre Carter, a réalisé une enquête sur la prévalence dans quatre communautés sentinelles du district de Moyo dans le nord ouest de l'Ouganda, après douze années de traitement de masse à base d'ivermectine. Vingt et une nodules ont été excisées, sectionnées et colorées pour évaluer la présence et la vitalité des vers *O. volvulus*. Les auteurs ont été surpris de trouver que sept (33,3%) de ces nodules étaient de fait des kystes de *Taenia solium*. Une enquête analogue, dans le district de Kanungu, au sud ouest de l'Ouganda a révélé que quatre des six personnes avec des nodules, avaient une cysticercose sub-cutanée. Des cas de con-

vulsion épileptiques ont été signalés dans certains des villages sentinelles et dans d'autres communautés où l'onchocercose est endémique dans ces districts. Le rapport a suscité un échange animé dans le numéro suivant d'AJTMH, entre le Dr Katarwa et le Dr Cristoph Kaiser (2008 ; 79 : 643-5). Le Dr Kaiser part du principe que l'association entre l'onchocercose et l'épilepsie repose sur des corrélations associatives positives venant d'études répétées, faites ces 15 dernières années, et dont un grand nombre se base non pas sur les taux de nodules, mais sur la présence du microfilaire dans les biopsies de peau.

Dans sa réponse, le Dr Katarwa fait état d'un déplacement qu'il avait fait en août 2008 avec une équipe sanitaire

de l'Ouganda, dans un village à l'ouest de ce pays où 70 personnes indiquant qu'elles étaient épileptiques, sont venues dans un espoir désespéré, demander une assistance médicale pour leur état. Cette communauté recevait depuis plus

de dix ans un traitement de masse à base d'ivermectine pour l'onchocercose avec une couverture de traitement dépassant 65%. Par ailleurs, des données des communautés sentinelles montraient une très faible prévalence du microfilaire actuellement chez les enfants, suite au traitement annuel à base d'ivermectine (Katarwa et al, Trop Med Int Health 2008 ; 13 : 1-8). Et pourtant, dans le village qu'il avait visité, un grand nombre de ces personnes souffrant d'épilepsie étaient des enfants de moins de dix ans nés après le début du traitement de masse pour l'onchocercose.

«Si l'onchocercose était effectivement la cause d'épilepsie» écrit le Dr Katarwa dans sa réponse, «alors pourquoi le problème persiste-t-il dans des régions où la maladie est parfaitement endiguée»? Les résultats montrant que l'épilepsie persiste une fois éliminée l'onchocercose comme problème de

santé publique, mettent encore davantage en doute cette association. Tous les auteurs qui la contestent sont pourtant d'accord qu'il faut reconnaître la cysticercose *T. solium* comme un grave problème de santé publique qui doit être traité en Afrique. Des secours devraient être donnés aux communautés touchées pour cette maladie évitable.

*Note de la rédaction :*

*L'équipe Spéciale Internationale pour l'Eradication des Maladies, qui s'est rencontrée au Centre Carter en 1992, incluait la Taeniasis/cysticercose comme l'une des six affections pouvant être éradiquée dans ce monde.*

# L'onchocercose



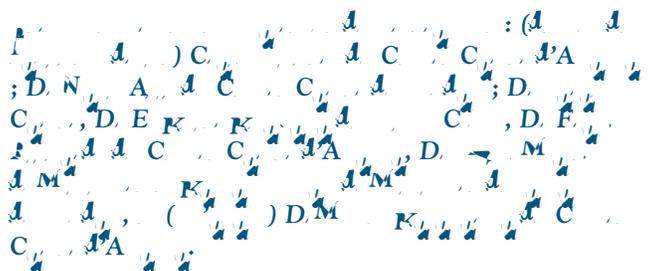
**L**a première revue du Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières du secteur nord au Soudan s'est tenue le 7 juillet 2008 à Khartoum. Trente neuf participants étaient présents, venant de tous les états où l'on sait que la maladie est endémique, ainsi que les partenaires du programme, plusieurs laboratoires de Khartoum et des universités internationales (notamment l'Université de l'Etat du Michigan et l'Université de la Floride du Sud). L'honorable Ministre de la Santé au niveau Fédéral, le Dr Tabita Shokai a ouvert la réunion en montrant sa reconnaissance pour le soutien fiable donné par le Centre Carter et les Lions Clubs au Ministère Fédéral de la Santé. Le Dr Sarah Carter, petite fille de l'ancien Président Américain et de Madame Jimmy Carter, était une invitée spéciale.

La réunion, soutenue par la Fondation Internationale des Lions Clubs/SightFirst (LCIF), était présidée par le Dr Kamal Hashim, directeur de la prévention de la cécité au sein du Ministère de la Santé. Divers thèmes

ont été débattus dont les traitements à base de Mectizan® et la couverture de traitement, l'éducation sanitaire et l'engagement communautaire dans le processus de distribution par le biais du système familial ainsi que la formation et l'équipement du personnel. Une grande partie de la discussion s'est concentrée sur l'effort d'élimination de l'onchocercose à Abu Hamad. En février 2006, le gouvernement Soudanais avait demandé au Centre Carter/LCIF de venir se joindre à un programme d'élimination de l'onchocercose basé sur les traitements semi annuels lorsque l'activité semblait faisable sous l'angle technique. Abu Hamad est la première cible de cette initiative. On a noté lors de la réunion que le foyer d'Abu Hamad avait fait des progrès impressionnants en ce qui concerne la diminution de la prévalence du microfilarie, si l'on compare aux données initiales publiées en 1984, montrant bien que l'on se dirige vers l'élimination de l'onchocercose dans

cette région (voir Figure2).

Un certain nombre de défis ont été relevés : renforcer les activités de terrain pour soutenir des traitements prodigués deux fois par an et pour apporter une formation portant sur les tests PCR et ELISA, afin de traiter les spécimens restant de mouches noires et de sérum. En effet, ces tests sont nécessaires pour évaluer les progrès faits en vue d'éliminer la maladie. La construction du barrage de Merowe fait peser une grave menace sur les activités d'Abu Hamad. Lorsque ce barrage sera achevé, les inondations et de déplacements de certaines communautés d'endémicité compliqueront les travaux de terrain. Ces populations font l'objet d'un suivi jusqu'à leur endroit de réinstallation, de sorte à pouvoir continuer les traitements. La réunion s'est terminée par des recommandations clés qui aideront le programme dans le nord du Soudan à progresser vers une lutte réussie contre l'onchocercose et, si possible vers l'élimination de cette maladie.



# Trachome



examen pour détecter les signes cliniques du trachome, pour un total de 74 225 personnes de 12 679 ménages. Selon les directives actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le trachome actif (mesuré comme étant la prévalence du trachome folliculaire, TF, chez les enfants de 1 à 9 ans) ne relève pas d'un problème de santé public lorsque TF est inférieur à 5%. Dans cette enquête, la prévalence totale de TF était tout juste de 0,84% (intervalle de confiance de 95% de 0,63 à 1,05%).

Le trachome actif a reculé dans tous les districts par rapport aux enquêtes initiales (voir Figure 3). La prévalence générale du trichiasis (TT) chez les adultes âgés de 15 ans et plus était de 0,31% (intervalle de confiance de 95% de 0,24 à 0,38%), inférieure donc au seuil de 1% indiquant que la couverture chirurgicale active dans la communauté n'est plus nécessaire. A partir de cette information, nous pouvons estimer que 4 950 personnes au Ghana ont un TT qui n'a pas été opéré. Intéressant de noter que la majorité des patients du TT sont des femmes (3 534) et les hommes âgés de plus de 60 ans (3 594 cas), voulant dire que le programme doit déterminer comment atteindre la population de femmes plus âgées pour les opérer. Le Ghana n'a pas encore atteint le but d'intervention final de moins d'un cas de TT chez 1 000 personnes et doit démontrer qu'il est capable de dépister et de prendre en charge des cas — incidents ou cas récidivants, par le biais des services routiniers de soins

oculaires, avant d'obtenir la certification de l'élimination.

Le Ghana a réalisé avec succès des activités visant à éliminer le trachome cécitant dans toutes les régions d'endémicité du pays et, c'est donc un exemple dans l'alliance globale de l'OMS pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'année 2020. Au vu du faible niveau actuel de trachome actif, il n'est plus nécessaire de distribuer des antibiotiques, conformément aux directives de l'OMS, et le Programme National de Lutte contre le Trachome a l'intention de concentrer ses efforts sur une éducation sanitaire et sur la chirurgie des cas de TT restants.

Il faudra réévaluer la prévalence du trachome au Ghana dans trois ans, bien qu'il faille commencer de suite le processus pour entrer dans la phase de pré certification pour l'élimination du trachome cécitant. Le Ministère de Santé du Ghana pourrait bien atteindre

sa date cible d'élimination d'ici l'année 2010, devenant ainsi le premier pays de l'Afrique Subsaharienne qui aura démontré que le trachome cécitant peut effectivement être éliminé dans le cadre d'un partenariat multisectoriel, soutenu par le gouvernement, les organisations non gouvernementales et les partenaires privés.

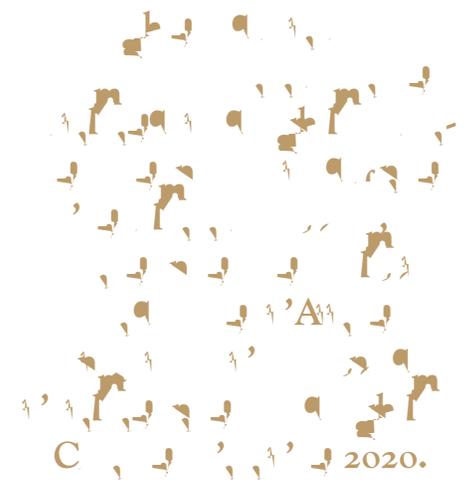
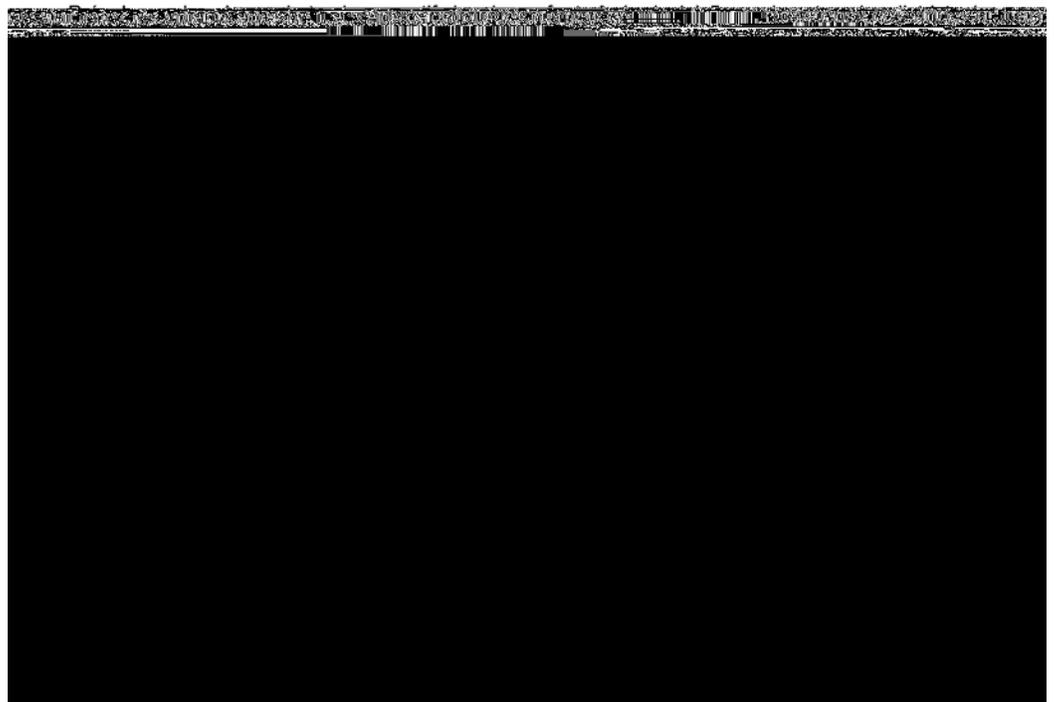


Figure 3



# Trachome



**L**e Président Ethiopeen Girma Wolde Giorgis a donné la première des cinq millions de doses prévues de l'antibiotique azithromycine pour la lutte contre le trachome, dans la région d'Abaye Piccolo, le lundi 17 novembre 2008, en présence du responsable du Bureau Sanitaire Régional, du président de l'état d'Amhara, et du personnel des Lions locaux, du Centre Carter et de l'Initiative Internationale du Trachome. Ce même matin, 13 000 agents de santé, volontaires, personnels du Centre Carter et Lions de l'Ethiopie, se sont attelés à la tâche, dans tout l'ouest d'Amhara, distribuant l'antibiotique à la population entière des 135 districts, à savoir environ cinq millions de personnes.

Le 17 novembre marquait le début de la semaine de «Maltra» signifiant — combinaison de paludisme et de trachome — dont le but est de fournir une éducation sanitaire sur la prévention du trachome et du paludisme, de traiter la

population concernée avec de l'azithromycine, de faire le test des cas de fièvre pour dépister le paludisme à l'aide de tests de diagnostic rapide, et ensuite de traiter ceux dont le test est positif. On ne dispose pas encore de données préliminaires sur la couverture, mais des observations des activités faites par le Lion Teshome Gebre, le représentant du Centre Carter dans le pays ; Paul Emerson, directeur du Programme de Lutte contre Trachome du Centre Carter ; le Lauréat Mondial Lion Tebebe Y. Berhan ; et d'autres Lions de l'Ethiopie, ont indiqué que les messages de sensibilisation passés à la radio, l'utilisation d'une camionnette avec des vidéos et des activités réalisées par l'intermédiaire du service de santé, avaient atteint presque l'entière population de la zone ciblée, et que les activités de la semaine de Maltra avaient été très demandées. «La réussite phénoménale de la semaine de Maltra, témoigne bien du pouvoir du partenariat entre les Lions et le Centre Carter et de tout

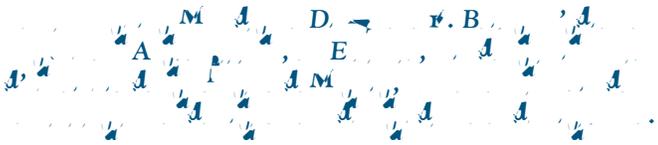
P. Emerson (all photos)



# Trachome

ce qui peut être accompli une fois qu'on travaille main dans la main», nous dit Tebebe.

Lors de l'année précédente, un temps considérable avait été consacré à la distribution d'antibiotiques et de moustiquaires, par le personnel du programme intégré de lutte contre le paludisme et le trachome dans l'état d'Amhara. La présente activité a cherché à passer moins de temps à la planification des cam-



# Trachome

**G**âce à un don généreux de la  
Fondation Conrad N. Hilton,  
le Centre Carter a commencé

---

---

# Trachome

**L**e soutien du Centre Carter au Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana se concentre sur la promotion de latrines et sur l'éducation sanitaire. Des responsables de terrain du Centre Carter au Ghana jouent un rôle important au niveau de la réalisation et du suivi de ses activités et renforcent les partenariats avec les communautés d'endémicité et avec le Service de Santé du Ghana. On les trouve le

Yussif et Joseph Maal-Ire Tang.

«Une journée typique pour moi commence sur ma moto, en route vers une communauté où j'aide à construire des latrines à fosse. J'aime arriver tôt le matin avant que les hommes et les femmes ne partent pour les champs où ils récoltent leurs moissons. Je rencontre le maçon de la latrine pour déterminer combien de ciment et autres fournitures ont été utilisés. Je rends également visite

latrines. Ensemble, nous faisons le tour des latrines nouvellement construites et nous prêtons une attention particulière aux ménages qui n'ont pas encore commencé la construction. Nous réunissons la communauté pour parler des solutions et pour voir comment chaque ménage peut arriver à posséder une latrine.

Parfois, je m'arrête à l'école primaire avec ma boîte à images pour l'éducation sanitaire. Nous avons formé les instituteurs en matière d'éducation sur le trachome mais parfois, les enfants font davantage attention lorsqu'un visiteur entre dans la salle de classe. Je parle aux enfants des nouvelles latrines familiales, leur demandant s'ils préfèrent utiliser ces latrines plutôt que d'aller dans la nature. Ce sont surtout les filles qui sont bien contentes d'avoir une latrine à fosse à domicile. Ainsi, elles se sentent en privé. Les enfants sont très fiers de parler

plus souvent sur le terrain, se déplaçant sur leurs motos et travaillant main dans la main avec les communautés où le trachome est endémique, vérifiant que les travaux sont achevés correctement et efficacement. Le récit suivant relate la routine de trois responsables de terrain du Centre Carter : Nazeed Fusheini, Yakubu

au chef du village lui demandant si les membres communautaires ont du mal avec les travaux physiques de construction de la superstructure. Avec le chef et les dirigeants communautaires, nous trouvons un moyen pour que les jeunes de la communauté aident les personnes âgées et les handicapés à construire leurs

*C'est le neuvième  
d'une série d'articles  
montrant le visage  
humain du  
Programme de Lutte  
contre le Trachome  
du Centre Carter.*