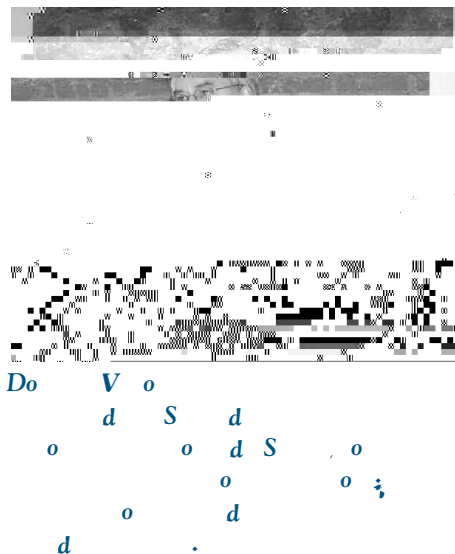


# L'ennemi en



à base de traitement de Mectizan atteignant au moins 85 pourcent de la population ciblée dans chacune des 13 régions géographiques dans les six pays où est présente la maladie. Les comptes rendus de traitements provisoires faits lors de la réunion ont indiqué qu'un total de 655 045 traitements de Mectizan ont

*suite à la page 2*

- Promesse de la Fondation Gates .....3
- Intégration de la vitamine A et de l'ivermectine .....3
- Campagne d'éradication du Soudan ... 4
- En mémoire du Dr Enyinnaya ..... 4
- Evaluation de la Stratégie CHANCE ... 5
- Construction de latrines dans un village du Ghana .....6
- Enquête auprès de propriétaires de latrines à Amhara .....7
- Atelier sur le trachome en Tanzanie ... 8



# L'ennemi en

Une enquête intersectionnelle, menée par le Ministère de la Santé de l'état de Katsina au Nigeria et le Centre Carter, montre que la composante chirurgie de la stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome est nécessaire dans 10 des zones enquêtées de l'état. L'enquête a été réalisée en décembre 2005 dans 10 collectivités locales. L'état de Katsina au Nord du Nigeria est situé dans la « ceinture du

trachome, » en dessous de la région à endémicité haute de Maradi, au Niger. Les résultats de l'enquête se trouvent sur le Tableau 1 (voir page 5).

Les signes de la maladie active (TF) chez les enfants vont de 5 pourcent à 24 pourcent. Le TF dans cinq des 10 collectivités locales a dépassé le seuil des 10 pourcent fixé par l'Organisation mondiale de la Santé, montrant le besoin

*suite à la page 5*



schistosomiase avec du praziquantel et l'élimination, en 2000, de la filariose lymphatique avec du Mectizan et de l'albendazole. Le Mectizan est fourni par Merck & Co., et l'albendazole est fourni par GlaxoSmithKline.

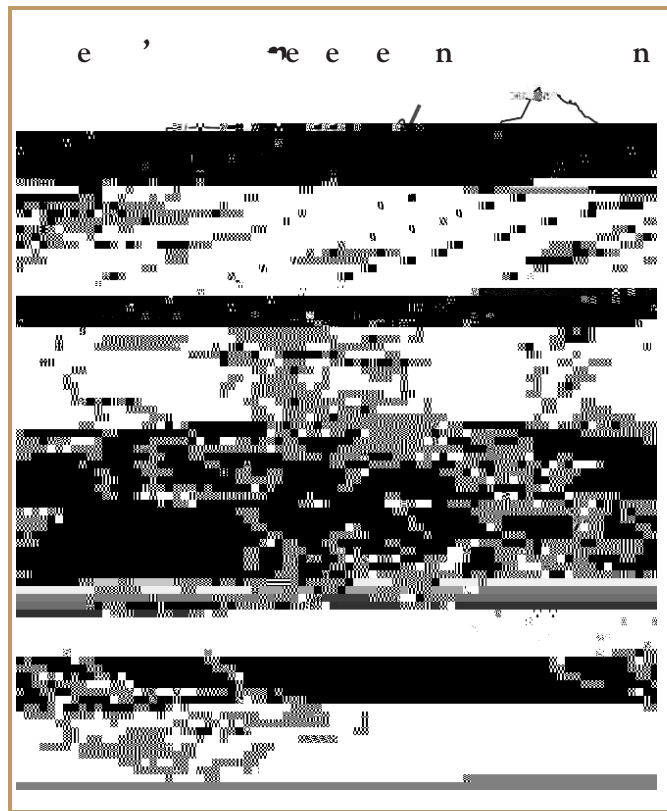
En 2000, grâce au soutien de la Fondation Conrad N. Hilton, le Centre Carter a commencé à travailler avec les autorités sanitaires aux niveaux local et de l'état pour créer des programmes de lutte contre le trachome dans les états

# L'onchocercose

Le n e  
ne n  
n e e e

**L**e Gouvernement du Soudan (secteur Nord) a adopté une politique d'éradication de l'onchocercose pour les foyers isolés d'Abu Hamed (85 000 personnes) et de Sundus (65 000 personnes), situés dans le désert dans les états du Nile et de Gadaref, respectivement. Les habitants de ces foyers recevront des cachets de Mectizan tous les six mois au lieu de recevoir un approvisionnement annuel. L'objectif de cette stratégie de traitement élargi et fréquent est d'enrayer la transmission de la maladie et de mettre fin à la cécité et à la maladie de peau. Le premier cycle de distribution de Mectizan dans le cadre de la nouvelle politique a été terminé fin 2006. Partout ailleurs au Soudan, le traitement continuera sur une base annuelle.

Le lancement officiel de la politique d'éradication a été annoncé par le vice-président du Soudan en décembre 2006. Ont assisté à la cérémonie, le ministre fédéral de la santé et les gouverneurs des états qui sont affectés par l'onchocercose. Cette politique est soutenue par le Centre Carter, les Lions Clubs, l'Initiative SightFirst des Lions, l'Organisation mondiale de la Santé et Merck & Co.



o d  
e n nn e  
e' n nn

**E**n octobre dernier, le Centre Carter a perdu un collègue et un ami. Le Docteur Enyinnaya Uchechukwu 'Uche' Enyinnaya, administrateur de projet dans les états d'Imo et d'Abia pour le Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières du Centre Carter au Nigeria, se trouvait à bord d'un avion qui s'est écrasé à environ un kilomètre après avoir quitté la piste d'envol de l'aéroport d'Abuja. Il faisait partie d'une équipe qui se rendait à Kebbi pour réaliser un projet d'évaluation pour le compte du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC). Le Docteur Enyinnaya, les autres membres de l'équipe d'APOC — Docteur Nakijwa Kanyiko et Docteur Moshi Ruhiso — et la plupart des autres personnes qui se

trouvaient à bord ont été tués. Le Docteur Enyinnaya avait 36 ans.

Le Docteur Enyinnaya était né au Nigeria mais avait été élevé à Ames, dans l'Iowa. Il était rentré au Nigeria pour ses études.

Il avait été médecin chef au Département de Santé publique au Ministère de la Santé de l'état d'Abia en 1998 et avait été nommé responsable du projet de l'état d'Abia en charge du Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières. Il travaillait avec le Centre Carter et l'APOC. De 1998 à 2002, le programme d'Abia qu'il dirigeait a fourni 1 896 420 traitements à base de Mectizan. En 2003, il avait été nommé administrateur de projet pour le projet des états d'Imo/Abia du Centre Carter.

Depuis cette époque et jusqu'à son décès, le Docteur Enyinnaya avait aidé à la distribution de 3 274 503 traitements à base de Mectizan supplémentaires dans les deux états. Des millions de personnes souffrent moins grâce à son travail.

Le Docteur Enyinnaya avait les fonctions de secrétaire du Comité de Prévention de la Cécité de l'état d'Abia. Il appréciait la compétition d'athlétisme et le tennis sur gazon.

Le Docteur Enyinnaya laisse derrière lui sa femme à laquelle il était marié depuis presque quatre ans, Barrister Chinwe Enyinnaya (née Onu) ; ses parents, Docteur et Madame Anosike Enyinnaya et quatre sœurs : Chinenye Onyeagba, Uzoma Okoronkwo, Oluchi Anagbo et Nkechi Enyinnaya. Il va manquer à tous ceux qui le connaissent.

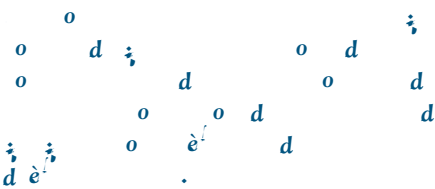
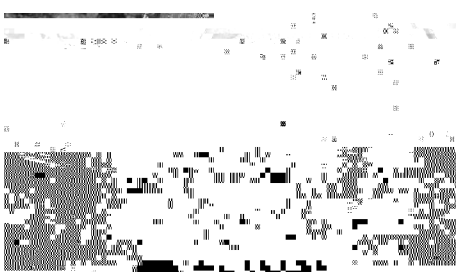
*Nous tenons à remercier le Docteur Emmanuel Emukah, directeur des programmes du Sud-Est, Nigeria, qui a fourni la plupart du contenu de cet article.*

# Trachome

e

suite de la page 1

des composantes A (antibiotiques), N (nettoyage du visage) et CE (changement environnemental) de la stratégie CHANCE. La prévalence du trichiasis (TT) chez les adultes âgés de plus de 14 ans va de 2,2 pourcent à 8 pourcent. Aussi, l'intervention CH (chirurgie) est également nécessaire dans toutes



**Tableau 1** Katsina State, Nigeria

Local Government Area (LGA)	%TT	Chirurgies prévues	avec accès à l'eau dans un rayon de 30 minutes	%TT	
Baure	153,728	2,215	24.1	8.0	
Kaita	67.5	87.2	149,963	2,006	15.4
Zargo	99.2	60.0	153,728	1,901	12.5
Sargamu	7.9	1.1	3,808	86.1	90.6
Daura	5.4	4.2	3,747	100	92.3
Mari	5.0	2.3	3,211	83.0	94.2

les 10 collectivités locales si l'on veut prévenir la cécité et atteindre l'objectif de moins de 0,1 pourcent de TT d'ici 2020.

Plus de 80 pourcent des ménages enquêtés dans huit des 10 collectivités locales ont indiqué pouvoir chercher de l'eau dans un rayon de 30 minutes. La proportion de ménages avec latrines

était supérieure à 80 pourcent pour six des 10 collectivités.

Baure, Mai'Adu'a et Kaita comptent les taux les plus élevés de maladie active chez les enfants et, partant, justifient la mise en œuvre de la stratégie complète de CHANCE et la mise en place prioritaire du programme national de lutte contre le trachome du Nigeria.

## L' n n e n n e e

Lorsque le Centre Carter a réalisé des enquêtes dans le Sud du Soudan en 1999 et en 2000, il a constaté des niveaux très élevés de trachome actif chez les enfants et un grave trachome cécitant chez les adultes, niveaux qui dépassaient grandement le seuil fixé par l'Organisation mondiale de la Santé pour nécessiter une intervention. On notait même la présence d'un grave trachome cécitant chez 1% des enfants. Le Centre Carter a aidé à démarrer un programme de lutte contre le trachome en 2001, en coopération avec les autorités sanitaires du Soudan et avec le soutien des Lions Clubs.

En juin 2005, le programme a réalisé

une évaluation afin de quantifier le niveau de réussite obtenu en cherchant à atteindre les habitants de quatre des zones d'intervention et afin de constater si l'utilisation de la stratégie CHANCE avait apporté un changement de comportement et une baisse de la maladie.

Les résultats étaient extrêmement encourageants et avaient été publiés, en août 2006, dans *The Lancet*.

L'évaluation constatait que, dans les lieux où le programme passait mal, on ne notait qu'un impact modéré sur la maladie mais que, dans les deux endroits où la couverture en éducation sanitaire dépassait les 90%, la couverture avec de l'azithromycine dépassait les 75% et que

là où il existait un accès satisfaisant à l'eau, on notait un impact important. Les taux de trachome actif chez les enfants avaient chuté de 92% et la prévalence des visages propres avait augmenté de 87%.

Ces données doivent être interprétées avec précaution car il s'agit d'une évaluation et non pas d'un essai clinique. Mais l'explication la plus simple des résultats consiste en la réussite de la stratégie CHANCE. Cette conclusion est d'importance capitale pour trois raisons : d'abord, c'est la première fois que de tels résultats d'un programme rigoureux ont été publiés ; ensuite, ce programme a été réalisé dans un endroit où il est très difficile de travailler ; et enfin, cette évaluation a observé l'effet général du programme intégré sur la maladie et le comportement et ne s'est pas contenté d'une seule composante de la stratégie CHANCE.



# Trachome

L e e en ne ” ,

# Trachome

e n e e e n n e e e n e e  
ne e e nne e e

Les membres du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter ont réalisé, du 3 au 6 octobre 2006, à Moshi, en Tanzanie, un atelier de formation pour le personnel de terrain au Centre Kilimandjaro pour l'Ophthalmologie communautaire (KCCO). Le personnel de programme de l'Éthiopie, du Ghana, du Soudan et du Nigeria a participé, de pair avec des représentants du KCCO. Cette réunion représentait le premier atelier de formation organisé par le programme du Centre Carter. La formation avait pour objectif de discuter de la mise en place de la

stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome, de partager les expériences au sein du personnel de terrain et d'évaluer les besoins du programme.

L'atelier a commencé par une visite de terrain dans un village du programme KCCO où les participants ont entendu parler de la promotion de la construction de latrines dans une communauté de Masai. Le groupe s'est également rendu dans une école locale pour observer les pratiques d'hygiène et d'assainissement chez les élèves de l'école primaire.

Au cours des trois jours de la formation, les participants ont revu la mission

du Centre Carter, ont partagé des expériences de terrain individuelles pour les interventions du programme et ont discuté des futures possibilités de collaboration. Les séances de formation ont renforcé le concept indiquant que le Centre Carter vise à concevoir et à mettre en place des programmes basés sur les besoins démontrés d'une population.

Outre les présentations, l'atelier a encouragé les participants à discuter des défis qui se présentent au programme et de ses réussites au cours d'un forum ouvert, qui a mené à feed-back positif et constructif. Ces séances ont également servi d'exercices de renforcement à la mise en place d'équipes, où les participants ont pu mieux se connaître.

Les pays francophones du Mali et du Niger participeront à une formation analogue au début de 2007.



One Copenhill  
453 Freedom Parkway  
Atlanta, GA 30307

Pour des informations à jour du Centre Carter,  
prière de visiter notre site Web : [www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org).