



IACO 2006 : le foyer de Santa Rosa est le premier à arrêter le traitement

L'ouverture de la 16e Conférence annuelle interaméricaine sur l'Onchocercose (IACO) a été faite par la déclaration suivante : le foyer de Santa Rosa au Guatemala a arrêté la transmission de l'onchocercose (également connue sous le nom de cécité des rivières) et les traitements à base de Mectizan® pourront cesser en 2007. Il s'agit du premier des 13 foyers dans les Amériques qui enraye la maladie. L'annonce a été faite par le Docteur Victor Manuel Gutiérrez, Ministre de

la Santé du Guatemala, où s'est tenue la conférence au début de novembre 2006. Une période de surveillance post-traitement sera mise en place dans le foyer de Santa Rosa en 2007.

Les données notifiées lors de la conférence ont également révélé un autre jalon pour 2006—pour la première fois, le foyer du Sud du Venezuela a dépassé son but de couverture fixé à 85 pourcent. Ainsi, la première série de traitements en 2006 était la première au cours de laquelle tous les 13 foyers ont atteint la cible de 85 pourcent de couverture (voir Figure 1, page 2).

Ces jalons font partie de la stratégie globale du Programme d'Élimination de l'Onchocercose des Amériques (OEPA) visant à éliminer la cécité des rivières dans l'hémisphère de l'Ouest par le biais d'une stratégie intensive semi-annuelle



Docteur Victor Manuel Gutiérrez, Ministre de la Santé du Guatemala, annonce que le foyer de Santa Rosa a enrayé la transmission et que l'on peut arrêter la fourniture de traitements à base de Mectizan.

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

Dans ce numéro

- 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
- Évaluation 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

THE CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

L'enquête révèle le besoin de chirurgie des paupières dans l'état de Katsina, au Nigeria

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

L'onchocercose

IACO 2006

suite de la page 1

été fournis dans les 13 foyers jusqu'en octobre 2006, soit 71 pourcent du but de traitement 2006 [UTG(2)] de 916 968.

D'après les comptes rendus faits lors de IACO, huit des 13 foyers ont éliminé la nouvelle maladie oculaire due à l'onchocercose. Les régions qui n'ont pas atteint le but d'éradication sont les suivantes : zone d'endémicité centrale du Guatemala, Sud Chiapas (Mexique), Nord-Ouest du Venezuela et les deux foyers transfrontaliers du foyer Yanomami de l'Amazonie (Sud du Venezuela et Brésil).

Le thème de IACO 2006 était le suivant : « Eradication de la morbidité oculaire d'ici 2007 : sommes-nous prêts ? » Ce thème se rapporte au compte rendu de 2007 devant être fait à l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les progrès réalisés en vue de l'élimination de l'onchocercose.

Quatre-vingt-douze personnes étaient présentes lors de la réunion IACO de trois jours, dirigée par le Ministère de la Santé du Guatemala et l'OEPA. La délégation d'organisation du Guatemala



Personnel du Centre Carter, personnel du Programme d'Eradication de l'Onchocercose des Amériques (OEPA) et participants des Lions (de gauche à droite) : M. Craig Withers (Centre Carter – Atlanta), Dr Mauricio Sauerbrey (OEPA – Guatemala), Dr Frank Richards (Centre Carter – Atlanta), Dr Florencio Cabrera Coello (Lion – Mexique), Holly Becker (Lion – Etats-Unis), Dr Ricardo Gurgel (Lion – Brésil), Dr Moses Katarbwa (Lion, Centre Carter – Atlanta), Dr Libardo Bastidas Passos (Lion – Colombie), Dra. Lidia Morilla de Valencia (Lion – Venezuela), Ing. Ramiro Peña Constante (Lion – Equateur) et sa femme, Margarita Peña.

était composée de 35 représentants et agents de terrain des régions d'endémicité du Guatemala. Des représentants des cinq autres pays où la maladie est endémique au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Mexique et au Venezuela étaient également présents, ainsi que des représentants des Lions Clubs, de l'Organisation panaméricaine de la Santé, des CDC,

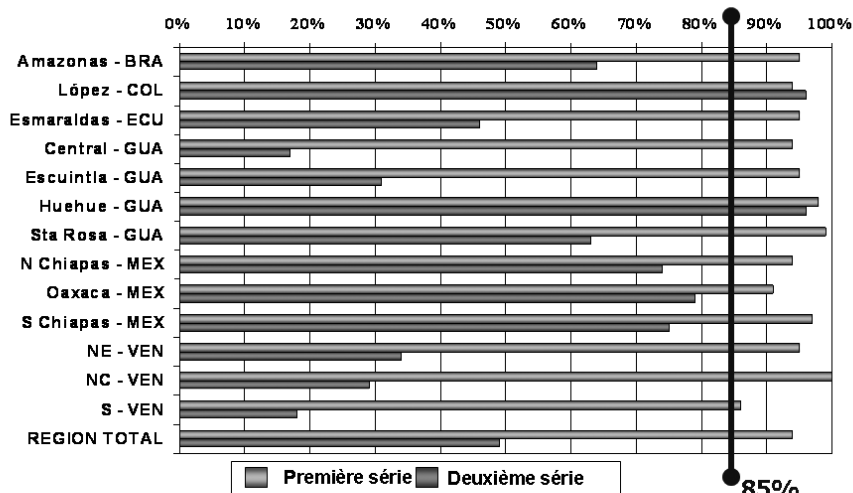
de Merck & Co. et du Programme de Don de Mectizan. Les Docteurs Dennis K.W. Lwamafa et Ambrose Onapa, du Ministère de la Santé ougandais, ainsi que le Docteur Kim Janda de Scripps Research Institute se trouvaient parmi les nombreux invités spéciaux.

IACO 2006 a fourni l'occasion de faire les adieux à plusieurs guerriers de l'onchocercose. Deux personnes qui contribuaient depuis longtemps au travail de l'OEPA, le Docteur BOL Duke (Royaume-Uni) et le Docteur Jose Rumbea (Equateur) sont décédés en 2006. Le Docteur Robert Klein, directeur du Programme de l'Amérique centrale des Centers for Disease Control and Prevention, et président du comité directeur de l'OEPA, a annoncé sa retraite des CDC, entrant en vigueur à la fin de 2006.

L'OEPA est financé par l'Initiative SightFirst des Lions-Centre Carter, la Fondation Bill & Melinda Gates, Merck & Co., les ministères de la santé des six pays et autres bailleurs de fonds.

Figure 1

L'onchocercose dans les Amériques : couverture d'UTG atteinte jusqu'en septembre 2006, par foyer



* Note importante : La couverture pour la deuxième série de traitements correspond au troisième trimestre de 2006 (septembre) et comprend les chiffres de traitement notifiés pendant IACO 2006 et le nombre de personnes présentant les conditions requises signalé à l'OEPA au début de 2006. Ces chiffres sont provisoires, en attente des comptes rendus annuels finals.

La Fondation Gates fait une promesse de don de 10 millions \$ aux Programmes du Centre du Nigeria

La Fondation Bill & Melinda Gates a fait une promesse de don de 5 millions \$ pour financer l'expansion des activités intégrées de prévention de la maladie du Centre Carter au Nigeria, activités qui ciblent actuellement quatre maladies tropicales négligées : la cécité des rivières, la filariose lymphatique, la schistosomiase et le trachome.

Le Centre, qui collabore avec le Ministère de la Santé du Nigeria, apportera son aide à l'expansion de la gamme d'activités afin d'ajouter la supplémentation en vitamine A pour les jeunes enfants et la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticides à longue durée (MTILD) pour prévenir la filariose lymphatique et le paludisme.

La fondation a également promis d'accorder 5 millions \$ en plus au Centre pour l'étude de la seule utilisation des MTILD afin d'éliminer la filariose lymphatique sans traitement de masse dans le Sud-Est du Nigeria, région géographique où l'infection par le parasite *Loa loa* limite les possibilités de traitement. Ces promesses de don aideront le Centre à continuer ses activités novatrices afin de prouver que de nombreuses maladies peuvent être traitées simultanément en utilisant une approche à base communautaire.

En 1988, le Centre a d'abord aidé à créer un système de prévention et de surveillance basé sur les villages lorsque la campagne visant à éradiquer la maladie du ver de Guinée a commencé au Nigeria. Se reposant sur cette infrastructure, le Centre a aidé, en 1996, à étendre les activités du programme pour inclure l'administration du traitement annuel de masse à base de Mectizan afin de prévenir la cécité des rivières, ajoutant, en 1999, la lutte contre la

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

du Plateau et de Nasarawa. De 2004 à octobre 2006, en utilisant la même infrastructure existante, les agents de soins de santé ont distribué plus de 90 000 moustiquaires imprégnées aux insecticides afin de prévenir la filariose lymphatique et le paludisme dans la région.

Au cours des quatre années qui ont suivi, le Centre prévoit de mesurer la viabilité, le coût-efficacité et l'impact de l'intégration du traitement. En prouvant que l'intégration revêt un caractère pratique et durable, ce projet vise à encourager l'expansion des activités intégrées de traitement au Nigeria et dans la région. Le Centre collaborera avec le Ministère de la Santé du Nigeria, Emory University et les Centers for Disease Control and Prevention.

Le Cameroun intègre la distribution de vitamine A et d'ivermectine

Les pouvoirs sanitaires dans les provinces du Nord et de l'Ouest du Cameroun, grâce à l'aide des Lions Clubs et du Centre Carter, ont distribué de la vitamine A aux enfants de moins de 5 ans dans le cadre d'un système de traitement à base de Mectizan dirigé par la communauté, mis en place pour la lutte contre la cécité des rivières. Un grand nombre d'enfants dans les pays en développement ont des carences en vitamine A, vitamine qui aide à lutter contre les maladies et qui joue un rôle important pour la vision, la croissance osseuse et les fonctions cellulaires.

Dans la province de l'Ouest, d'août à octobre 2006, 94,4 pourcent des enfants ciblés ont été traités (193 232 sur 204 761) avec de la vitamine A. Dans la province du Nord, 79,6 pourcent des enfants ciblés ont été traités (34 183 sur 42 952) au cours de la même période. Les volontaires, choisis par la communauté, connus sous le nom de distributeurs dirigés par la communauté, ont administré les comprimés de vitamine A en même temps que le Mectizan était fourni

aux personnes plus âgées pour la lutte contre l'onchocercose.

Traditionnellement, la vitamine A avait été administrée aux enfants dans ces régions au cours des journées nationales de vaccination parrainées par le programme d'élimination de la poliomyélite. Toutefois, alors que la polio est pratiquement éradiquée, les pouvoirs ont dû trouver un autre canal pratique et efficace de distribution de la vitamine A.

Toutes les 19 zones de la province de l'Ouest où la cécité des rivières est endémique étaient couvertes par la distribution de vitamine A à cette époque et seuls deux districts ont approuvé la politique d'intégration dans la province du Nord. Vu le niveau élevé de réussite démontré en 2006, les pouvoirs sanitaires de la province du Nord élargiront, dès janvier 2007, l'intégration de la distribution de vitamine A et de Mectizan aux six districts d'endémicité. Le défi consiste à fournir une supplémentation en vitamine A deux fois par an, tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé.



L'onchocercose

Le Soudan démarre la campagne d'éradication dans deux foyers du désert

Le 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.

Foyers d'Abu Hamed et de Sundus au Soudan



En mémoire du Docteur Enyinnaya Uchechukwu 'Uche' Enyinnaya

En 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

Nigeria

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



Cet homme, ainsi que 43 000 autres personnes, d'après les estimations, dans les zones enquêtées de Katsina, souffrent de trichiasis et ont besoin d'une chirurgie des paupières corrective immédiate afin d'éviter la cécité.

Tableau 1 Katsina State, Nigeria
Prévalence estimée de signes cliniques du trachome, chirurgies prévues et caractéristiques des ménages, par collectivité locale

| LGA | %TF Enfants de moins de 10 ans | %TT Adultes de plus de 14 ans | Chirurgies prévues Adultes de plus de 14 ans | % de ménages avec latrines | % de ménages avec accès à l'eau dans un rayon de 30 minutes** | Population totale estimée | Population enquêtée |
|------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------|---|---------------------------|---------------------|
| Baure | 24.1 | 8.0 | 7,984 | 35.4 | 100 | 153,728 | 2,215 |
| Mai'Adu'a | 18.7 | 3.1 | 4,862 | 49.3 | 92.5 | 203,099 | 2,160 |
| Kaita | 15.4 | 3.5 | 3,909 | 67.5 | 87.2 | 149,963 | 2,006 |
| Zango | 12.5 | 5.2 | 5,374 | 99.2 | 60.0 | 153,728 | 1,901 |
| Mashi | 11.3 | 4.1 | 4,299 | 58.9 | 84.3 | 144,291 | 2,128 |
| Batagarawa | 9.4 | 2.3 | 2,525 | 97.4 | 90.1 | 124,919 | 2,237 |
| Sandamu | 7.9 | 4.0 | 3,808 | 86.4 | 90.6 | 115,457 | 1,766 |
| Jibiya | 7.7 | 2.2 | 2,997 | 93.2 | 72.2 | 183,602 | 2,098 |
| Daura | 5.4 | 4.2 | 3,747 | 100 | 92.3 | 115,427 | 1,631 |
| Mani | 5.0 | 2.3 | 3,211 | 83.0 | 94.2 | 179,418 | 2,170 |

* résultat de la population estimée de plus de 14 ans dans chaque collectivité locale et limite supérieure de confiance de 95% de la prévalence de TT estimée
** le temps nécessaire pour chercher de l'eau était de moins de 30 minutes aller-retour

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'évaluation au Soudan indique un impact positif de la stratégie CHANCE

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

Série sur le visage humain du Programme de Lutte contre le Trachome Ghanéen << met la main à la pâte >> pour aider son village à construire des latrines

James Dumpert est un volontaire du Corps de la Paix qui travaille avec le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter dans la région de l'Upper West du Ghana. En poste dans le village de Kulkpong dans le district de Wa

East, il soutient la promotion de masse des latrines dans de nombreuses communautés. Il nous raconte ici l'histoire d'Abudulai Yakubu, l'un de ses collègues de Kulkpong, leader dans la construction de masse de latrines.

« Dans presque tous les villages dans lesquels j'ai travaillé, il y avait toujours un membre de la communauté qui semblait comprendre mieux que n'importe qui ce que signifiait le fait de posséder des latrines. Par définition, ces gens sont des entrepreneurs, des opportunistes et, par conséquent, les agents du changement de leurs villages. Ils envisagent l'occasion qui se présente et la saisissent, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour la communauté dans son ensemble. Ils sont les premiers à commencer à construire leurs propres latrines et passent la plupart de leur temps à se porter volontaires pour aider d'autres membres de la communauté à construire les leurs. A Kulkpong, Abudulai Yakubu est l'une de ces personnes. »

« Abudulai Yakubu, ou Abudi pour les intimes, a vécu toute sa vie à Kulkpong. En 35 ans, il a été le témoin de nombreux changements dans son village. Il était présent lorsque le pont en acier



Abudi et son ami Oldman tracent la démarcation de latrines familiales à Kulkpong.

armé a été construit au-dessus de la rivière Kulkpong, rivière qui rendait auparavant le village inaccessible durant la saison des pluies. Abudi n'a jamais été à l'école, mais il a aidé à la construction de

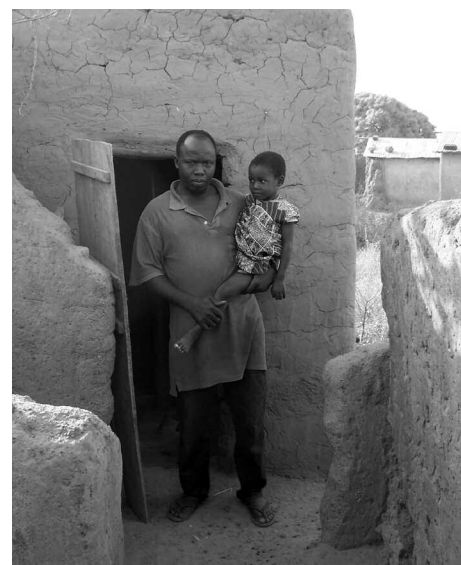
l'école primaire dans laquelle se sont rendu par la suite ses 12 enfants. Il a vu les changements importants qui se sont produits après l'installation de puits forés à Kulkpong : les gens tombaient moins souvent malades, il était plus rare de voir quelqu'un souffrir de la maladie du ver de Guinée et, au lieu de passer la majeure partie de la journée à aller chercher de l'eau, chacune de ses trois femmes pouvait passer plus de temps à aider aux travaux de la ferme et à fabriquer des produits à vendre sur le marché. »

« Lorsque le programme de promotion des latrines pour la lutte contre le trachome a été mis en place à Kulkpong, Abudi s'est rapidement manifesté et s'est porté volontaire pour répartir en équipes les jeunes afin de creuser les puits. Alors qu'un grand nombre de personnes se demandaient si le projet était légitime, Abudi avait déjà rassemblé suffisamment d'équipement pour construire trois latrines dans sa maison. 'Une pour moi et mes fils,' m'a-t-il dit, 'une pour mon père et une pour mes femmes et mes filles.' Après avoir constaté ses efforts, les voisins d'Abudi ont suivi son exemple, juste à temps pour l'arrivée des maçons. Chaque jour que travaillaient les maçons, Abudi était derrière eux, transportant et mélangeant le ciment. Avant que les maçons aient fini les latrines d'une

maison, Abudi était déjà passé à la suivante, vérifiant que tous les matériaux étaient bien là. Il existe à présent 125 latrines à Kulkpong (village d'environ 1 500 habitants) et Abudi a joué un rôle dans la construction de presque toutes d'entre elles. »

« Quelques jours après la fin de la construction des latrines à Kulkpong, je me promenais du côté de la maison d'Abudi et je me suis aperçu qu'il était en train d'apporter la touche finale au toit de ses latrines. Je lui ai dit, 'Joli travail, Abudi. T'es-tu déjà servi de tes latrines ?' 'Oui, bien sûr,' a-t-il répondu. 'Est-ce que tu les apprécies ?' 'Oui, bien sûr.' 'Pourquoi ?' ai-je demandé. 'Je n'ai plus besoin de sortir et d'aller derrière les buissons la nuit. C'est bien plus pratique.' 'Qu'est-ce que tes femmes pensent de leurs latrines ?' 'Certaines d'entre elles avaient peur de les utiliser au début. Elles pensaient qu'elles allaient tomber dedans, mais comme elles ont aussi peur des serpents dans les buissons, elles se sont mises à les utiliser.' 'Bon, je suis content que tu aies terminé et que vous puissiez utiliser vos latrines. Je voudrais bien que tout le monde à Kulkpong travaille aussi dur que toi.' 'Tout le monde ne comprend pas ce pour quoi ils travaillent,' a dit Abudi. 'Et c'est pour quoi ?' ai-je demandé.

« Pour leur santé, bien sûr. »



Abudi tient sa fille dans ses bras devant une des latrines de sa maison.

La couverture en latrines à Amhara, Ethiopie : une véritable réussite

En 2004, le programme de lutte contre le trachome dirigé par le Bureau sanitaire régional d'Amhara, en Ethiopie, indiquait la construction de plus de 89 000 latrines familiales. Il s'agissait d'une réussite sans précédent, presque neuf fois le chiffre original ciblé de 10 000. Un district à lui seul, Hulet Ejju Enesie, signalait la construction de 22 385 latrines, faisant grimper la possession de latrines par des ménages de 6,6 pourcent à 58 pourcent en un an.

Le Centre Carter, travaillant avec des consultants des Centers for Disease Control and Prévention et le Bureau sanitaire régional, a conçu une enquête destinée aux ménages de Hulet Ejju Enesie visant à vérifier les chiffres de la construction de latrines et à en apprendre davantage sur les caractéristiques des personnes qui avaient participé au programme. Les résultats ont été publiés dans le numéro de septembre 2006 de *Tropical Medicine and International Health*.

En réalisant l'enquête, l'équipe des entretiens s'est rendu dans les ménages pour vérifier par elle-même la présence de latrines et a demandé aux propriétaires quel était le coût des latrines et quelles étaient leurs attitudes concernant les latrines. L'équipe a également interviewé les voisins qui ne possédaient pas de latrines pour cerner

les différences entre les constructeurs de latrines et les non-constructeurs de latrines afin d'améliorer la prestation du programme à l'avenir.

Parmi les ménages qui signalaient être propriétaires de latrines en 2004, l'équipe a constaté que 78 pourcent d'entre eux possédaient et utilisaient des latrines, soit une couverture réelle de 45 pourcent du district, au lieu des 58 pourcent notifiés. La plupart des ménages qui figuraient, de manière incorrecte, sur la liste, comme ayant des latrines, étaient en train de les construire et soit ne les avaient pas encore terminées, soit avaient

arrêté la construction au moment de l'enquête. Presque 70 pourcent des nouveaux propriétaires de latrines avaient construit leurs latrines familiales sans dépenser d'argent pour la main-d'œuvre ou le matériel ; ceux qui avaient dépensé de l'argent avaient dépensé l'équivalent de 4\$ US seulement.

Les chefs des ménages qui avaient construit des latrines étaient deux fois plus susceptibles d'avoir fréquenté l'école que leurs voisins sans latrines et une fois et demie plus susceptibles d'avoir une plus grande famille, signe d'aisance financière dans les communautés agricoles.

Les familles étaient heureuses de leurs nouvelles latrines et indiquaient apprécier le côté pratique, la propreté et les avantages sanitaires qui leur sont liés. Les résultats de l'enquête démon-

trèrent que le programme a nettement augmenté l'accès à des latrines de très faible coût et que les comptes rendus du terrain étaient pour la plupart fiables.

Le fait que le programme n'ait pas atteint toutes les personnes ciblées et qu'il subsiste une inégalité entre celles recevant les bénéfices du programme reste préoccupant. Les programmes de lutte contre le trachome devraient atteindre tous les membres d'une communauté, pas simplement les plus riches d'entre les pauvres. Toutefois, les méthodes de mobilisation communautaire utilisées dans la région d'Amhara peuvent être reproduites dans des contextes analogues où il existe un bon accès à des matériaux de construction gratuits et pourraient être une manière efficace d'atteindre les cibles d'assainissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies.



Voici un exemple de latrines construites en Ethiopie.

Trachome

Premier atelier annuel de lutte contre le trachome pour le personnel de quatre pays

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.

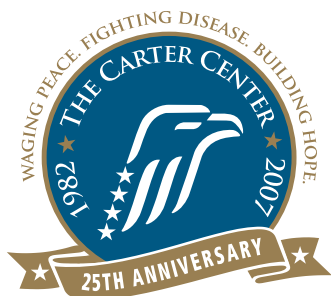
Au cours des trois jours de la formation, les participants ont revu la mission

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.

Ce numéro a été rendu possible en partie grâce au Fonds pour les Publications des Programmes de Santé de Michael G. DeGroot.



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.