

Echos Santé

Avril 2008

Bulletin d'information du Ministère de la Santé Publique

Spécial Maladies Tropicales Négligées



Message du Ministre
de la Santé Publique,
M. ISSA LAMINE

Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées

Le Niger a élaboré, en novembre 2006, un plan national de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées. Les objectifs de ce plan sont : Réduire la morbidité due à la bilharziose et aux vers intestinaux ; éliminer la filariose lymphatique et le trachome et renforcer la surveillance épidémiologique de l'onchocercose en portant à l'échelle les activités de lutte.

Ce plan national a été lancé le 19 avril 2007 en même temps que la première campagne intégrée de distribution de masse des médicaments.

Cette première campagne de traitement organisée dans les régions de Tahoua, Tillabéri et Dosso a permis de traiter 5,2 millions de personnes contre le trachome, 2,2 millions contre la filariose lymphatique, 3,1 millions contre les vers intestinaux et 1,4 million contre la bilharziose. Cette intervention a eu un impact très important sur la santé des populations nigériennes.

Cela a été rendu possible grâce à l'engagement du gouvernement du Niger, au soutien financier de SCI, l'USAID, de l'UNICEF, et à l'appui en médicaments des compagnies pharmaceutiques qui ont fourni gracieusement à notre pays plus de 26 milliards de FCFA de médicaments, et à l'appui technique des partenaires comme l'OMS, GAELF, et RISEAL.

Comme le note le plan d'action, l'objectif est de porter à l'échelle les interventions de façon à couvrir tout le pays, surtout que ces maladies sont présentes dans toutes les régions du Niger. Ainsi, la région de Maradi a été insérée dans le plan 2008 pour bénéficier de la distribution de masse. Mais cela nécessite une augmentation des ressources nécessaires pour supporter les charges de la distribution. Malgré la disponibilité des compagnies pharmaceutiques à donner les quantités de médicaments nécessaires, il s'avère donc indispensable de rechercher des ressources additionnelles du moment que l'USAID, SCI et RISEAL principaux partenaires du Niger ne peuvent garantir une expansion à l'échelle des activités ; il y va de la santé de nos vaillantes populations.

Ce numéro spécial a été réalisé grâce au soutien financier de SCI (Schistosomiasis Control Initiative) et du Programme NTD/USAID (Neglected Tropical Disease).

Sommaire



La bilharziose P. 2-3



Le trachome P. 4-5



La Filariose P.6-7



Enquête (MTN) P. 8-9

Les bilharzioses et les géohelminthes

Réduire la morbidité

Près de 2 milliards de personnes sont touchées par les bilharzioses et les géohelminthes dans le monde, dont 300 millions sont gravement atteintes, parmi elles, 50% sont des enfants d'âge scolaire. Ils occasionnent aussi, 200 000 décès chaque année.

Au Niger, selon une étude de 1995, il a été constaté 69% de taux d'infestation, d'où la nécessité de créer en mars 2004 un Programme National de Lutte contre les bilharzioses et les géohelminthes.

Les bilharzioses et les géohelminthes constituent un problème de santé publique pour le Niger en tant que pays en voie de développement, car ils contribuent à maintenir le pays dans la pauvreté. L'objectif principal que vise le Programme National de Lutte contre les Bilharzioses et les Géohelminthes (PNLBG), est la réduction de la morbidité due aux Schistosomiasis et aux Géohelminthiases dans la tranche d'âge des jeunes et chez les adultes à risque par la chimiothérapie régulière au praziquantel et à l'albendazole. De 2004 à juillet 2007 le PNLBG a bénéficié de l'appui technique et financier de la Schistosomiasis Control Initiative (SCI). Grâce à ce soutien 4,5 millions de nigériens ont été traités contre la bilharziose entre 2004 et 2006 à travers les campagnes de traitement de masse gratuits dans les écoles et les communautés.

En 2007 ce sont plus de 600 000 personnes qui ont été traitées dans les régions de Zinder, Diffa, et Agadez, et 1 395 163 personnes dans le cadre du plan intégré dans les régions de Dosso, Tillabéri et Tahoua. Ce soutien de la SCI à la lutte verticale contre la schistosomiase est arrivé à son terme en juillet 2007. Heureusement, en 2007 le Niger s'est doté d'un plan d'action national 2007-2011 dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées. Le but de ce plan est d'intégrer la lutte contre la schistosomiase, les vers intestinaux, l'onchocercose, la filariose lymphatique, et le trachome afin, de contribuer rapidement et efficacement à moindre coût à l'amélioration de la santé globale des populations en portant à l'échelle les interventions



Photo: E. Bosque-Oliva

Urines hématuriques des élèves de l'école de Saja Manje (Aguié)

respectives.

Impact sur la morbidité

De novembre 2004 à mai 2007 3 enquêtes successives ont été menées par le CERMES dans 8 sites sentinelles. Un total de 1656 enfants de moins de 15 ans a été

inclus à l'enquête initiale. Ces enfants sont issus d'une école de Dosso, de 4 écoles de Tahoua, et 3 écoles de Tillabéri.

De ces 1656 enfants, seulement 1193 soit 72,04% ont été successivement suivis sur les 3 ans de l'enquête.

Réduction de la prévalence et de l'intensité de *Schistosoma haematobium*

La prévalence globale à l'enquête initiale était de 75,37%, 1 an plus tard la prévalence a significativement diminué de 37,38%, et la 2^{ème} année la prévalence était de 35,72%.

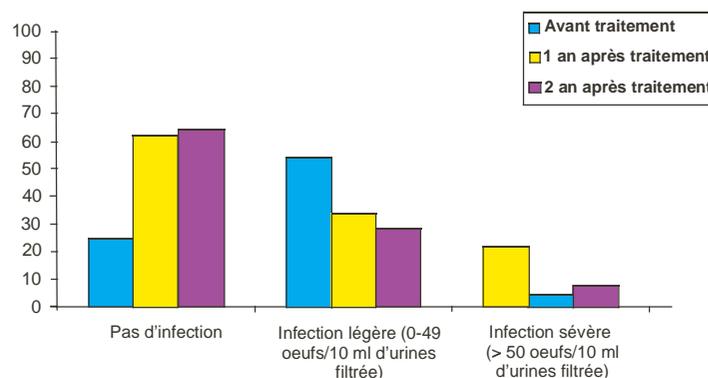
La moyenne arithmétique de l'intensité de l'infection pour tous les enfants qui ont des résultats positifs et négatifs pour l'enquête initiale et les années suivantes se trouve à la figure 2.

Il y a une diminution significative de l'intensité de l'infection entre l'enquête initiale et les enquêtes successives de la première année et de la deuxième année.

Il y a une augmentation significative dans la prévalence des enfants qui n'ont pas d'infection aux années successives 1 et 2 comparativement à l'enquête initiale.

De plus il y a une diminution significative dans la prévalence des infections légères et fortes aux années successives 1 et 2 comparativement à l'enquête initiale.

Pourcentage (%)



Evolution 2 ans après le traitement de l'intensité d'infection

Les bilharzioses et les géohelminthes



Photo: Abdoulaye Abou

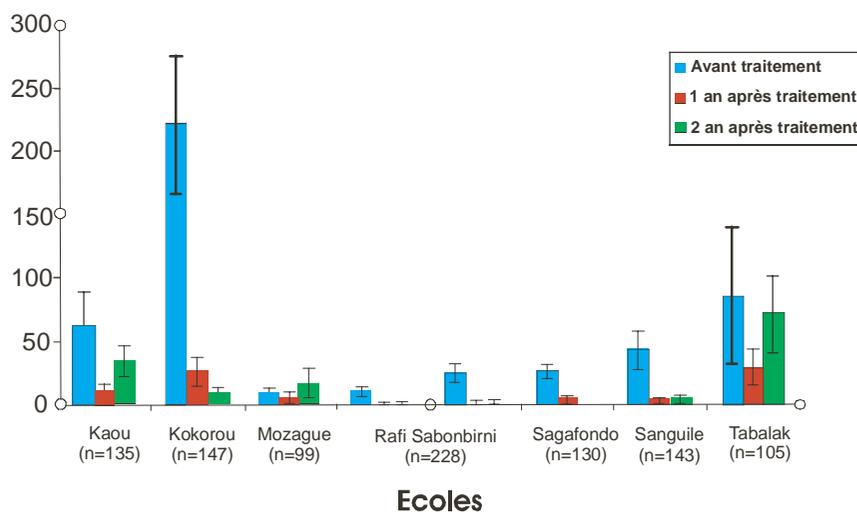
Distribution de médicaments dans une concession

Prévalence des vers intestinaux

La prévalence de l'infection à *S. mansoni* était estimée à 0,88% à l'enquête initiale et aux 2 années successives la prévalence était estimée à 0,26.

Les principales difficultés du PNLBG

Manque de financement pour le PNLBG en dehors de la zone d'intégration des activités de lutte contre les maladies négligées tropicales ;
Lenteur dans la récupération et l'envoi des résultats de la campagne ;
Exigence de perdiems par les enseignants ;
Programmation d'activités par



Evolution de l'oviurie moyenne après 2 traitements annuels consécutifs dans 8 écoles sentinelles



Photo: Dr. Garba

Evaluation de la morbidité de la bilharziose par échographie

d'autres programmes qui fait que le personnel clé des districts ne participe pas toujours aux ateliers de formation.

Le PNLBG est un programme très utile qui a traité à ce jour des millions de nigériens contre la bilharziose et les géohelminthes. Ce programme deviendra d'autant plus important dans les années avenir car il risque d'y avoir une flambée de bilharziose avec la construction du barrage de Kandadji et avec les mini barrages du programme spécial du président de la république..

Dr Boulama Maimouna

Le trachome

Une des principales causes de cécité

Le trachome est une maladie infectieuse de l'oeil provoquée par un micro-organisme (une bactérie), la *Chlamydia trachomatis*.

Il se transmet directement, par contact personnel avec les mains (doigts contaminés), les linges contaminés, ou indirectement par les mouches attirées par des sécrétions oculaires.

Ampleur du trachome dans le monde et au Niger

Le trachome sévit dans le monde entier avec prédominance sur le continent Africain et particulièrement dans la région du Sahel au sud du Sahara ; au Moyen Orient et en Asie. Il est l'une des causes principales de cécité dans de nombreux pays en voie de développement.

En général, le trachome sous sa forme la plus grave en tant que maladie cécitante affecte les populations des zones rurales mal desservies en eau potable notamment dans les régions arides des zones tropicales et subtropicales et les bidonvilles. Il



Photo: DR

Enquêtes de prévalence du trachome dans la région de Tahoua

Cette maladie constitue un lourd fardeau pour la collectivité, entraînant des répercussions dans l'enseignement/apprentissage et réduisant la capacité de travail.

frappe principalement les communautés défavorisées dont les conditions de vie sont précaires et qui n'ont guère d'espoir de connaître un développement socio-économique rapide.

Le manque d'hygiène, la promiscuité, les mauvaises conditions socio-économiques, les surinfections sont autant de facteurs de risque, le plus souvent responsables de la dissémination et de la gravité de la maladie dans les régions pauvres.

On reconnaît le trachome par une rougeur, des écoulements, des follicules et un gonflement de la membrane tapissant la face interne des paupières. A la suite d'infections répétées, les cils se retournent vers l'intérieur et fro-

tent sur la cornée entraînant ce qu'on appelle trichiasis qui sans traitement conduit à une perte de la transparence de la cornée et la cécité.

Les enfants âgés de 1 à 9 ans et les femmes représentent le principal réservoir de la *Chlamydia trachomatis* dans une communauté. Cette maladie constitue un lourd fardeau pour la collectivité, entraînant des répercussions dans l'enseignement/apprentissage et réduisant la capacité de travail. Les estimations les plus récentes portent à 600 millions le nombre de personnes touchées par le trachome à travers le monde dont la majorité vit dans les pays en développement, à six (6) millions le nombre de per-

sonnes ayant perdu la vue à cause du trachome et à 150 millions le nombre d'enfants qui présentent une forme active de la maladie.

Au Niger comme dans la majorité des pays sub-sahariens, la prévalence du trachome est très élevée. En effet la prévalence nationale est de 34,6 % chez les enfants de 1 à 9 ans avec des disparités régionales importantes : Zinder 62,7% de TF/TI (Trachome folliculaires et Trachome inflammatoire) chez les enfants de 1 à 9 ans, Diffa 54,8%, Maradi 45,7%, Tahoua 33%.

Le trichiasis qui est la forme cécitante de la maladie à la même cartographie que les formes actives TF/TI ; les régions de Zinder, Diffa, Maradi et Tahoua sont les plus atteintes.

Le trachome est la deuxième cause de cécité au Niger (25%) après la cataracte (45%).

Réalisations du Programme National de Lutte la Cécité

Eu égard à cette inquiétante situation, beaucoup d'efforts ont été faits et continuent d'être déployés actuellement par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et les Partenaires Techniques et Financiers travaillant dans le secteur tels International Trachoma Initiative (ITI), Helen Keller International (HKI), le Centre Carter, World Vision, Unicef, NTD, Lion's Club locaux à travers le Programme National de Lutte Contre la Cécité (PNLCC) afin d'aider à appliquer toutes les composantes de la stratégie efficace de lutte préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) appelée stratégie « CHANGE (CH = Chirurgie, A = Antibiothérapie, N = Nettoyage du visage, CE = Changement de l'Environnement) » de lutte contre cette maladie à Maradi,

Le trachome

De 1999 à 2005, avec l'appui de différents partenaires dont particulièrement ITI et HKI, la région de Zinder a été ciblée comme principale zone d'intervention en raison du nombre plus élevés des cas ...

Zinder, Tahoua, Tillabéri, Dosso et Diffa.

La mise en oeuvre de ces composantes est soutenue par d'importantes stratégies spécifiques telles que :

- La chirurgie du trichiasis ;
- Les formations des agents de santé (formation des OPT, des Communicateurs, des leaders d'opinion, des enseignants, des Infirmiers, des techniciens d'hygiène et assainissement, des marabouts, des femmes à la fabrication de savons, de maçons, des distributeurs) ;
- La distribution à base communautaire d'antibiotiques ;
- L'approvisionnement en eau potable (forages, charrettes bovines) ;
- La construction des latrines familiales et blocs de latrines ;
- Les actions de communication pour un changement de comportement (éducation sanitaire) ;
- Les enquêtes nationales et régionales ;

- Le plaidoyer ;
- Le suivi et, l'évaluation des activités etc.

De 1999 à 2005, avec l'appui de différents partenaires dont particulièrement ITI et HKI, la région de Zinder a été ciblée comme principale zone d'intervention en raison du nombre plus élevés des cas et de l'existence d'un projet mass media de la BBC World Services Trust permettant une grande sensibilisation et mobilisation sociale.

Ainsi, 14 691 personnes ont été opérées et leur vue préservée de la cécité.

Actuellement, 37 963 personnes attendent d'être opérées du trichiasis pour ne pas devenir aveugles.

Pour la pratique de la chirurgie de routine dans les CSI, une politique de formation des infirmiers a été initiée afin de rendre la chirurgie proche des malades. Ces opérateurs doivent à la fin de leur

formation recevoir un kit de trichiasis pour la pratique au CSI. Pour que ces opérateurs donnent un meilleur rendement, une dotation en médicaments et consommables sera nécessaire.

Dans le cadre du programme intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées, la distribution d'antibiotiques a couvert les régions de Tillabéri, Dosso, Tahoua en 2007 et Maradi en 2008. La région de Zinder a déjà subi un cycle de trois années de distribution, il reste donc la région de Diffa ou deux (2) districts sont à couvrir N'Nguigmi et Mainé pour une année afin de boucler les trois ans de traitement de masse.

Dans le cadre de la distribution verticale environ 15 000 000 F seront nécessaires.

De même, il est à prévoir une enquête d'impact après 3 ans dans ces 2 districts, pour un coût 6 millions de francs cfa environ.

Nettoyage du Visage

Les activités IEC ou de communication pour le changement de comportement sont à promouvoir.

Différents canaux seront utilisés :
- La sensibilisation par les agents communautaires, les enseignants

et les leaders d'opinion, les agents de la santé.

- La sensibilisation à travers les radios communautaires, les radios privées et la radio nationale.

- Un budget pour la formation des acteurs cités ci haut est nécessaire ainsi que des contrats de diffusion de différents messages de promotion de nettoyage du visage.

Changement de l'Environnement

Les acteurs intervenants dans le domaine de l'eau sont approchés pour améliorer la desserte en eau dont en priorité le Ministère de l'Hydraulique.

Contraintes du PNLCC

Les ONG partenaires ne financent pas ou financent peu des parties N-CE (Nettoyage du visage et Changement de l'environnement) de la stratégie CHANCE. Il ya une insuffisance de la sensibilisation et de la mobilisation de la population sur l'antibiothérapie et la chirurgie du trichiasis.

Difficultés de mobilisation de matériels aratoires pour les comités villageois de lutte contre le trachome demeurent. Il y a aussi un manque de matériels audio visuel (poste-radio, télévision, vidéo, jeux trachome, film) de lutte contre la cécité.

Recommandations

- Engagement politique face à la prévention de la cécité au vu des multiples priorités sanitaires.

- Renforcement du financement des activités de sensibilisation N-CE, car il serait difficile d'arriver à un changement de comportement sans IEC.

- Allocation de ressources dans la réduction de la prévalence de la cécité et l'amélioration de la qualité des soins ophtalmiques au Niger.

- Renforcement de la collaboration multisectorielle dans la lutte contre la cécité.

**Dr Amza Abdou/
Dr Kadri Aboubacar**



Vue du stock de Zithromax à l'aéroport

Photo: Dr Garba

La filariose lymphatique

Près de 500 millions d'Africains sont à risque

La filariose lymphatique affecte plus d'un milliard de personnes dans le monde. Un tiers des personnes ayant contracté la Filariose lymphatique vivent en Afrique et près de 500 millions d'Africains sont à risque. Au Niger, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ne permet guère d'estimer l'ampleur de la maladie, car elle n'apparaît pas dans les supports de collecte de données de routine du SNIS.

Maladie souvent liée à la pauvreté, la Filariose lymphatique est une affection grave, qui a des conséquences physiques, psychologiques et socio-économiques. C'est une maladie connue depuis plusieurs siècles mais, son association au vecteur moustique n'a été décrite qu'à la fin du 19^{ème} siècle.

Les filarioses lymphatiques sont des affections parasitaires dues à la présence des helminthes dans le système lymphatique (chaînes ganglionnaires et vaisseaux lymphatiques), dont l'obstruction plus ou moins complète entraîne des conséquences esthétiques et fonctionnelles parfois graves.

Cette maladie entraîne des déformations et les infections qui l'accompagnent sont tellement disgracieuses que les personnes touchées ont honte de se montrer en public et ont donc tendance à s'isoler de la société. Les personnes touchées par la filariose lymphatique ont du mal à trouver du travail et sont souvent renvoyées à cause des déformations ou des incapacités qu'elles présentent. Bien souvent elles ne se marient pas et, dans les couples où l'un des partenaires a contracté cette maladie, le taux de séparation est élevé. Les filarioses lymphatiques sont la deuxième cause d'incapacité à long terme ou permanente après les troubles mentaux.

Une maladie éliminable

Selon l'OMS la Filariose Lymphatique est une des 6 maladies potentiellement "éliminables". En effet, l'avènement d'une nouvelle approche thérapeutique et de nouveaux outils de diagnostic permettent d'espérer l'élimination de cette affection.

En 1997, la 50^{ème} session de l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la résolution N° WHA 50-29 pour l'élimination de la Filariose lymphatique en tant que problème de Santé Publique d'ici 2020 (certification de l'élimination de la Filariose Lymphatique).

La filariose lymphatique est un facteur important d'incapacité. Le poids économique de cette maladie représente un

Photo: Dr Garba



Ce viel homme est atteint de la filariose lymphatique (hydrocèle)

obstacle majeur au développement. Il est difficile de calculer exactement ce poids économique et les charges financières qui en découlent, mais ils sont faramineux. On estime qu'à elle seule l'Inde dépense plus de \$ 1,5 milliard par an pour la prise en charge des patients. Le coût de la prise en charge des manifestations aiguës et chroniques

de la filariose lymphatique représente une perte considérable de ressources.

De plus, la filariose lymphatique est peu dépistée au niveau des structures sanitaires car les agents de santé n'ont rien à proposer aux patients. D'autre part, les patients ne se présentent pas aux structures de santé, ne sachant pas qu'une prise en charge est possible.

L'enquête de prévalence des anti-

gènes filariens circulants (CFA) par cartes ICT réalisée en décembre 2002 et janvier 2003 selon la méthodologie préconisée par l'OMS a révélé que la filariose est endémique dans la grande majorité des UE du pays. En 2007, 6 autres districts ont été enquêtés. Les tests se sont révélés positifs dans la majorité des districts sanitaires du pays; cela veut dire que la transmission est présente dans le pays.

La filariose lymphatique



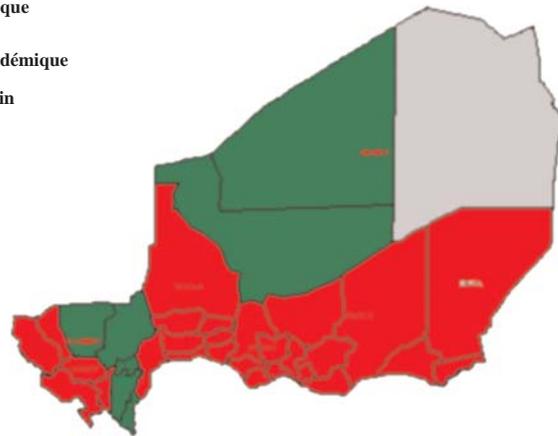
Photo: Dr Garba

Enquête nocturne de la Filariose lymphatique

La filariose lymphatique constitue un problème réel de santé publique au Niger d'où la nécessité de trouver les ressources nécessaires pour le démarrage effectif du programme afin que le Niger soit au rendez-vous de 2020.

**Ibrahim Komblo/
Mme Haboubacar Aminata**
Point focal PNEFL

Endémique
Non endémique
Incertain



Cartographie de la Filariose Lymphatique au Niger



Photo: DR

Eléphantiasis des membres inférieurs

Prise en charge des incapacités dans la filariose lymphatique

La filariose lymphatique est une cause importante d'incapacité et de dévalorisation sociale ; elle diminue les possibilités qui s'offrent dans le domaine psychosocial et grève considérablement les ressources sanitaires et hospitalières, surtout du fait des coûts des interventions chirurgicales. De nouvelles techniques efficaces et simples pour soulager les souffrances causées par les manifestations aiguës et chroniques de cette maladie ont été élaborées: les crises inflammatoires aiguës, le lymphoedème, l'hydrocèle, l'éléphantiasis des membres ou des organes génitaux, les infections secondaires associées à des lésions des vaisseaux lymphatiques, peuvent désormais être prévenus ou traités efficacement. Ces techniques permettent de prévenir de façon tout à fait spectaculaire les épisodes douloureux, débilitants et dommageables de la lymphangite et permettent même de réparer une bonne partie des lésions déjà installées.

Elles reposent sur des mesures simples : laver les lésions régulièrement à l'eau et au savon, faire travailler régulièrement les membres et faire d'autres exercices faciles à effectuer à domicile.

Il va falloir faire connaître ces mesures aux patients et mettre en œuvre des programmes d'éducation communautaire. Ceux-ci mettront en avant les avantages que présentent les mesures d'hygiène locales, simples et efficaces. Le traitement de l'hydrocèle quant à lui est la cure chirurgicale.

Ibrahim Komblo

Enquête

Enquête de couverture de la distribution des médicaments et de satisfaction des populations suite à la campagne de lutte contre les maladies tropicales négligées au Niger en 2007

Pendant cette campagne qui a duré un mois et demi (mai à mi juin 2007), des paquets de médicaments (produits médicamenteux administrés tous ensemble lors d'un contact) contre le trachome, la filariose lymphatique, les vers intestinaux et la bilharziose ont été distribués par les distributeurs communautaires et les enseignants.

Selon la distribution des maladies dans les districts, plusieurs paquets de médicaments ont été successivement administrés. Toutes les tranches d'âge de la population ont bénéficié de cette intervention. Les bébés et les jeunes enfants ont reçu de la pommade tétracycline et du sirop de Zithromax contre le trachome. Les enfants âgés de plus de 5 ans et les adultes ont successivement reçu à une semaine d'intervalle, du Zithromax comprimé contre le trachome, ensuite du Praziquantel contre la bilharziose et enfin de l'Ivermectine et de l'Albendazole contre la filariose lymphatique et les vers intestinaux. Le Niger est devenu ainsi le premier pays d'Afrique à mettre en œuvre la stratégie intégrée de chimiothérapie préventive recommandée par l'OMS pour la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Suite à cette campagne de distribution, nous avons conduit une enquête avec comme objectifs la validation des taux de couverture rapportés, la détermination des taux de couvertures spécifiques par âge et sexe, la détermination des raisons de non traitement, le recueil de l'avis des bénéficiaires sur leur état de santé après le traitement ainsi que le recueil de l'avis des distributeurs communautaires sur l'organisation de la campagne.

Cette enquête transversale descriptive de couverture d'une distribution de masse de médicaments s'est déroulée du 20 août au 2 septembre dans les districts de Kollo et Tillabéri (région de Tillabéri), les districts de Illéla et Madaoua (région de Tahoua), et Loga (région de Dosso).

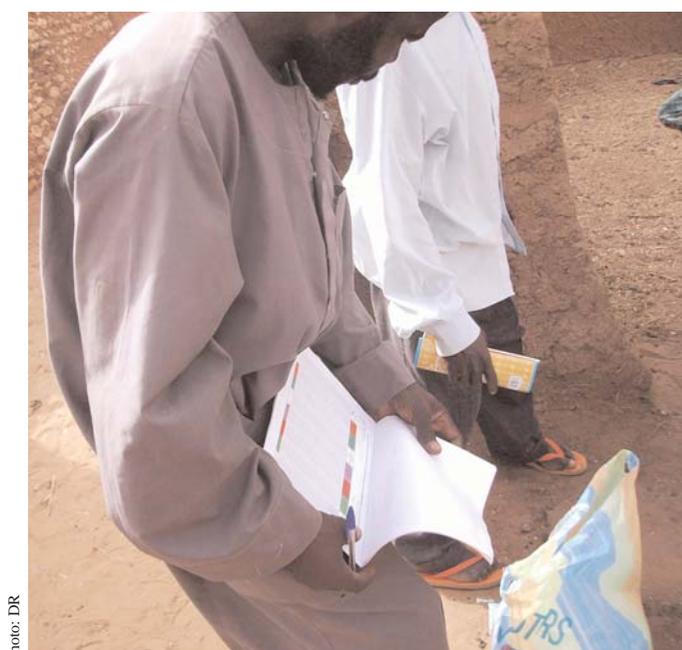


Photo: DR

Remplissage du registre de traitement par un distributeur

La population d'étude était constituée par les habitants de tous les villages des régions de Tillabéri, Dosso, et Tahoua où s'est déroulée la campagne de distribution des médicaments en 2007 et les distributeurs communautaires (DC) de ces régions.

La taille de l'échantillon par district a été calculée pour une couverture attendue de 50%, avec une précision de 5%, un effet de grappe de 3, un intervalle de confiance de 95% et 10% de non répondants.

Nous avons procédé à un choix raisonné d'un district par paquet de médicaments administré selon que la couverture rapportée ait été insuffisante, trop élevée ou selon l'existence de problème lors de la distribution. Les villages ont été tirés au sort par probabilité proportionnelle à la taille

de la population à partir de la liste des tous les villages et hameaux. Les ménages à enquêter ont été tirés au sort, et tous les individus présents au moment du passage des enquêteurs ont été interrogés.

Les données ont été recueillies sur des fiches sur le terrain, puis saisies et analysées avec le logiciel EpiInfo.

Au total, plus de 5000 personnes ont été enquêtées dans les cinq districts. Le taux de couverture global du Praziquantel était de 60,5%. Celui du paquet Praziquantel + Albendazole était de 79%. Le paquet Zithromax/Tétracycline avait une couverture globale de 76,6% qui variait selon le district 70,1% à Kollo à 82,1% à Illéla. Le taux de couverture global du paquet Mec-tizan/Albendazole était de 67,4%

variant de 61,4% à Kollo à 73,1% à Illéla.

Quel que soit le paquet considéré, la tranche d'âge scolaire (6 à 15 ans) avait un taux de couverture significativement plus élevé que les autres.

Il n'y avait pas de différence significative des taux de couverture globaux en fonction du sexe, quel que soit le paquet considéré. L'absence du domicile lors du passage du DC était la principale raison des non traitement (46,1%), suivie par la non venue du DC (19,6%) et la rupture de stock (10,5%).

Le traitement a été apprécié par les populations avec 85% des enquêtés ayant déclaré que le traitement a amélioré leur état de santé.

Au total, 43 distributeurs communautaires (DC) ont été interrogés. Il ressort que la plupart des DC (88,4%) était satisfaits de l'organisation de la campagne de traitement.

En conclusion, la première campagne de traitement pour la lutte intégrée des maladies tropicales négligées s'est bien passée, avec des taux de couverture satisfaisants pour la plupart des paquets de traitement. Néanmoins, il est évident qu'il y a encore des efforts à fournir pour améliorer les prochaines campagnes, tels l'augmentation du nombre de DC ou encore l'amélioration de la méthode de distribution pour atteindre toute la population cible des différents traitements. Les autorités coutumières devraient être mises à contribution pour améliorer l'adhésion des DC et des communautés

Dr Amadou Garba et Dr Tohon Zilahatou

Classe d'âge (n)	Paquet de traitement											
	Zithromax/Tétracycline			Mectizan/Albendazole			Praziquantel/Albendazole			Praziquantel		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
0-5 mois	36	25	12,1 – 42,2	13	7,7	0,2 – 36,0	1	0	0,0 – 97,5	0	-	-
6 mois- 5 ans	1072	75,6	75,9 – 78,1	298	40,9	35,3 – 46,8	172	70,3	62,9 – 77,1	61	37,7	25,6 – 51,0
6-15 ans	1615	83,7	81,8 – 85,5	785	78,1	75,0 – 80,9	825	85,8	83,2 – 88,1	422	64,9	60,2 – 69,5
16-19 ans	265	71,3	65,5 – 76,7	124	71	62,1 – 78,7	179	68,2	60,8 – 74,9	73	64,4	52,3 – 75,3
?20 ans	2147	73,6	71,7 – 75,4	1025	67,6	64,6 – 70,5	1269	77,3	74,9 – 79,6	579	59,8	55,6 – 63,8
Non déterminé	25	60	38,7 – 78,9	13	46,2	19,2 – 72,9	6	83,3	35,9 – 99,6	7	14,3	0,4 – 57,9
Total	5160	76,6	75,5 – 77,8	2258	67,4	65,5 – 69,4	2452	79	77,3 – 80,6	1142	60,5	57,6 – 63,6

		Dosso	Tillabéri	Tahoua	Total
Trachome	Pop. cible	1 329 397	2 093 902	2 235 301	5 658 600
	Pop. traitée	1 142 043	1 979 324	2 053 878	5 175 245
	Couverture	85,9%	94,5%	91,9%	91,5%
Filariose lymphatique	Pop. cible	-	1 027 731	1 399 310	2 427 041
	Pop. traitée	-	886 598	1 337 305	2 223 903
	Couverture	-	86,3%	95,6%	91,6%
Bilharziose	Pop. cible	560 912	995 306	-	1 556 218
	Pop. traitée	520 553	874 610	-	1 395 163
	Couverture	92,8%	87,9%	-	89,7%
Vers intestinaux	Pop. cible	560 917	1 420 837	1 416 360	3 398 114
	Pop. traitée	520 553	1 306 156	1 337 305	3 164 014
	Couverture	92,8%	91,9%	94,4%	93,1%

↑
Taux de couverture globaux en fonction du paquet de traitement et de l'âge pour tous les districts sanitaires enquêtés

← Tableau récapitulatif des résultats de la campagne 2007 par maladie et par région

Impact d'une dose unique de praziquantel sur l'anémie chez les enfants d'âge scolaire

Dans le cadre du suivi - évaluation du Programme National de Lutte contre la Bilharziose et les Géohelminthes, un suivi longitudinal a été conduit par le CERMES dans huit écoles sentinelles (Kaou, Rouafi et Mozagué dans la région de Tahoua, Sabon Birni dans la région de Dosso, Kokorou, Saga Fondo et Sanguilé dans la région de Tillabéri). Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'évolution de l'infection à *Schistosoma haematobium* et l'anémie chez les écoliers après l'administration d'une dose unique de praziquantel (PZQ) et d'albendazole.

Une collecte de données de base avant traitement et un suivi un an après traitement ont eu lieu chez 1642 écoliers des deux sexes âgés de 7, 8 et 11 ans entre 2005 et 2006. Chaque enfant a été interrogé sur les signes cliniques de la bilharziose urinaire et a subi un examen d'urine, un examen de selles, une mesure de l'hémoglobine sanguine et une échographie de l'arbre urinaire.

Avant traitement, la prévalence globale de l'infection à *S. heama-*



Photo: Dr Garba
Dosage de l'hémoglobine avec un appareil hemocue au cours de l'enquête

tobium était de 75,4%. Au total, 21,8% des enfants présentaient des fortes infections (oviurie ? 50 œufs / 10 ml d'urine). La prévalence et l'intensité de l'infection augmentaient avec l'âge. A l'examen parasitologique des selles, la prévalence de l'ankylostomiase était de 0,7% et celle de *S. mansoni* de 0,1% (observé dans le seul village de Sabon Birni). L'échographie a montré que 41,6% des enfants présentaient

des anomalies de la paroi vésicale et que cette fréquence augmentait avec l'âge.

L'anémie (taux d'hémoglobine < 11,5 g/dl) était présente chez 61,6% des élèves, diminuant significativement avec l'âge grandissant. L'hémoglobinémie moyenne était de 11g/dl. L'anémie était significativement plus fréquente chez les enfants infectés par *S. heamatobium* quoiqu'elle ne soit pas corrélée à l'intensité de l'in-

fection. L'anémie était également associée à l'hématurie microscopique et à la dilatation rénale.

Dix à douze mois après administration d'une dose unique de PZQ (40mg/kg de poids) concomitante à l'Albendazole (400 mg en dose unique) contre les vers intestinaux, la prévalence de la bilharziose urinaire était descendue à 38% tandis que la prévalence des lésions vésicales regressait à 14,7%. La prévalence de l'anémie quant à elle, tombait à 50,4%. L'hémoglobinémie moyenne a significativement augmenté de 0,39 g/dl pour atteindre 11,4 g/dl.

En conclusion, la prévalence élevée de l'anémie chez les écoliers nigériens semble être la résultante de plusieurs facteurs et n'est certainement pas le fait de la seule bilharziose. Cependant, le traitement contre la schistosomiase a été suivi d'une réduction partielle mais significative de la prévalence de l'anémie, non explicable par une autre intervention.

Dr Tohon Zilahatou
CERMES (Centre de Recherche Médicale et Sanitaire)

Onchocercose

L'Onchocercose, une maladie en voie d'éradication

L'Onchocercose ou « cécité des rivières » qui a été longtemps responsable de plusieurs milliers de cas de cécité au Niger, ne constitue plus de nos jours un problème de santé publique, grâce aux actions menées par le programme national de lutte contre l'onchocercose.

L'Onchocercose est une maladie transmise par une mouche noire « *la simulie* » qui abonde très souvent autour de certains cours d'eau affluent du fleuve Niger (le Diamangou, la Sirba, la Mékrou, la Tapoa, et le Goroubi). Elle provoque de graves lésions oculaires et cutanées ; des éruptions accompagnées de violentes démangeaisons ; des dépigmentations et des atteintes du système sympathique, hypertrophie des ganglions inguinaux et un éléphantiasis des organes génitaux.

L'impact économique de cette maladie est énorme, étant donné que c'est une maladie hydrique, les zones où elle sévit sont généralement fertiles et favorables à l'agriculture (région du fleuve Niger). La piqûre du vecteur de cette maladie est désagréable, car elle entraîne l'abandon des travaux champêtres par les personnes infestées.

Les efforts fournis par la communauté internationale dans la lutte anti-vectorielle ont permis de réduire très significativement la nuisance de cette maladie. Les terres jadis abandonnées retrouvent alors leur vitalité et sont alors reconquises.

Au début des activités des programmes de lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) en 1974, le Niger était l'un des pays les plus touchés par l'Onchocercose dans la sous-région (prévalence de 60 à 70 % dont 5 % de cécité).

Cependant, des risques de recrudescence existent et dans le cadre du transfert des activités OCP aux pays. Un Programme National de dévolution de l'Onchocercose (PNDO) a été créé en 1992. Suite à ce succès, la lutte anti-vectorielle, a connu un frein ces dernières années (depuis 1986 au Niger). Ceci

s'accompagne d'une augmentation de la densité simuliennne et par conséquent le retour de la nuisance due à cette petite mouche, ce qui gêne encore une fois les activités agricoles.

A ce titre, plusieurs stratégies sont développées par le Programme National de dévolution de l'Onchocercose au Niger (PNDO) pour sauvegarder les acquis et assurer la pérennisation des actions résiduelles.

La surveillance épidémiologique :

Elle permet de détecter toute recrudescence précoce de l'Onchocercose au Niger.

La surveillance entomologique

Permet de détecter la reprise de la transmission interrompue il y a plus de deux décennies par capture des femelles piquantes (dissection et l'envoi des simulies capturées à Ouaga pour le test d'ADN).

L'Information Education et Communication (IEC)

Les sorties actives sur le terrain sont organisées pour des séances de sensibilisations par les équipes du district, les enseignants et les agents communautaires.

La formation et le recyclage

Des séries de formation sont réalisées dans le cadre du PNDO, aux agents de santé, aux enseignants, aux agents communautaires, aux brigadiers, et aux villageois.

L'équipement

Le PNDO a fait de l'équipement une stratégie importante parmi tout autre. C'est ainsi que des districts ou villages ont été dotés de matériels de travail, et de moyen de transport au début du PNDO.



Photo: Mme Wilfrid

Le Ministre de la santé lors de la réunion d'évaluation

Mais le parc auto est vieillissant, et le matériel de travail en mauvais état d'où la nécessité de les changer.

La lutte contre la nuisance

La mise en place de la surveillance entomologique n'est pas seulement d'abaisser le taux de piqûres et les potentiels de transmission, mais, aussi et surtout, c'est pour combattre la nuisance des simulies en vue de favoriser un bon épanouissement de la population vivant à proximité des gîtes larvaires. Cette nuisance constitue aujourd'hui un obstacle majeur au déroulement normal de l'élevage et l'agriculture dans la zone considérée. La lutte se fait par épandage d'insecticide (Abate à 20 %) sur les cours d'eau tels que la Tapoa, le Diamangou, et le Goroubi.

cas et le traitement de masse

Le Niger ne répondant pas aux critères nécessaires pour la mise en œuvre du traitement de masse, l'ivermectine n'est utilisée que pour les cas diagnostiqués au cours des sorties actives et passives.

Le suivi et l'évaluation

L'évaluation des activités de dévolution de l'onchocercose se fait par les superviseurs du niveau central en collaboration avec les communautés des districts vers les districts ou les Centres de Santé intégrés et les infirmiers chefs vers les agents santé communautaire. Elle se déroule dans les départements de Say, Kollo et Téra dans la région de Tillabéri et les départements de Boboye et Gaya dans la région de Dosso.

Mr. El Hadj Ousmane
Coordonateur PNDO

La prise en charge des

Pourquoi qualifie-t-on de « négligées » certaines maladies tropicales ?

Ces maladies touchent principalement les populations les plus pauvres, qui vivent dans des régions rurales reculées, dans des bidonvilles ou dans des zones de conflit. Les maladies tropicales négligées, entretenues par la pauvreté, touchent presque exclusivement les populations démunies des pays en développement. Les personnes qui souffrent de maladies tropicales négligées, parce qu'elles n'ont pas un pouvoir politique important, ne constituent pas une priorité pour la santé publique. En outre, faute de statistiques fiables en raison de noms compliqués, il est difficile de faire mieux connaître ces maladies au grand public. Les maladies tropicales négligées sont : le choléra/les maladies diarrhéiques endémiques, la dengue/la dengue hémorragique, la dracunculose (maladie du ver de Guinée), la filariose lymphatique, les géohelminthiases (nématodose, ankylostomiase et trichurose), la leishmaniose, la lèpre, la maladie de Chagas, l'onchocercose, la schistosomiase, le trachome, tréponématoses endémiques (pian, caraté, syphilis endémique), la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) et l'ulcère de Buruli. Les maladies tropicales négligées touchent environ un milliard de gens, principalement des populations pauvres qui vivent dans des

régions au climat tropical ou subtropical. Les cas sont souvent regroupés géographiquement et il est fréquent qu'une même personne contracte plusieurs infections ou soit touchée par plusieurs parasites. Plus de 70 % des pays et territoires qui notifient la présence de maladies tropicales négligées ont des revenus faibles ou intermédiaires.

Ces infections sont favorisées par l'absence d'eau

salubre, les mauvaises conditions de logement et le manque de moyens d'assainissement. Les enfants sont les plus vulnérables face à ces maladies qui, chaque année, tuent, handicapent ou rendent irrémédiablement invalides des millions de gens, qui souvent souffrent et sont socialement exclus pour le restant de leurs jours.

Il est toutefois permis de rester optimiste. En améliorant l'accès à des outils

sûrs et d'un bon rapport coût/efficacité, on peut prévenir, éliminer voire éradiquer de nombreuses maladies tropicales négligées. La lutte repose sur des interventions simples qui peuvent être mises en oeuvre par des non spécialistes - par exemple, des enseignants, des chefs de village et des bénévoles locaux - dans le cadre de la prévention communautaire.

Source : Organisation Mondiale de la Santé

Campagne 2008 de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN): Extension de la distribution à la région de Maradi

District sanitaire	Filariose lymphatique	Schistosomiase et vers intestinaux	Trachome
Aguie	+	+	-
Dakoro	+	+	+
Guidan Roungi	+	+	+
Tessaoua	+	+	-
Mahayi	+	+	+
Madaroumfa	+	+	+
Maradi commune	-	+	-

Maladies cibles par district pour la campagne 2008 de distribution des médicaments contre les MTN dans la région de Maradi

L'atelier de planification des activités du Plan National de lutte contre les maladies tropicales négligées tenu à Dosso en aout 2007 a décidé d'étendre la distribution à la région de Maradi conformément à son objectif d'extension à l'échelle pour couvrir tout le territoire. Ainsi outre les 3 régions cibles 2007 (Tillabéri, Dosso, et Tahoua) les populations de la région de Maradi bénéficieront de cette importante intervention de santé. Cela portera la population cible totale 2008 à 8,4 millions de personnes.

Echos Santé

Bulletin d'information du Ministère de la Santé Publique

BP : 623

TEL : 227 20 20 35 67

Email:

minsant@intnet.ne

Directeur de publication :

Illo Mahamidou
Coordination de la rédaction :

Mme Wilfrid Rabiba
Mise en page :
Habibou Souleymane

Impression :
Doulla PUB

Tirage :

10 000 exemplaires



République du Niger
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



2^{ème} Campagne Intégrée de Traitement de masse contre les maladies tropicales négligées

(Bilharziose et Vers intestinaux, Filariose lymphatique, Onchocercose et Trachome)

du 05 mai au 15 juin 2008

dans les régions de Dosso, Tillabéri, Tahoua et Maradi



Ces complications peuvent être évitées en prenant ces médicaments qui vous seront distribués gratuitement



Vers intestinaux



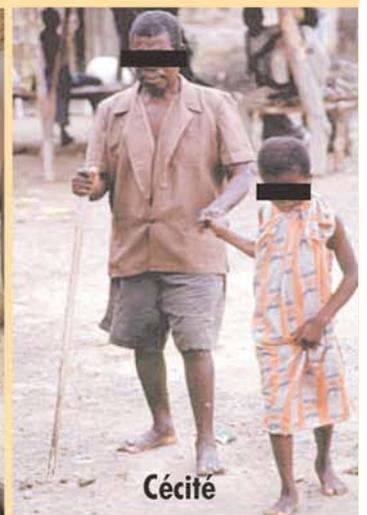
Bilharziose



Eléphantiasis



Hydrocèle



Cécité



Neglected Tropical Disease Control Program



unicef

