



**SOIGNER POUR AVANCER**



# **LE MANUEL DES MALADIES**

# SOMMAIRE

■ Fiche <b>Cécité des rivières</b> .....	3
■ Fiche <b>fièvre hémorragique Ebola</b> .....	4
■ Fiche <b>Hépatite B</b> .....	5
■ Fiche <b>Hépatite C</b> .....	6
■ Fiche <b>Lèpre</b> .....	7
■ Fiche <b>Maladies diarrhéïques</b> .....	8
■ Fiche <b>Maladie du sommeil</b> .....	9
■ Fiche <b>Méningite</b> .....	10
■ Fiche <b>Paludisme</b> .....	11
■ Fiche <b>Schistosomiase</b> .....	12
■ Fiche <b>Sida</b> .....	13
■ Fiche <b>Tétanos</b> .....	14
■ Fiche <b>Trachome</b> .....	15
■ Fiche <b>Tuberculose</b> .....	16
■ Fiche <b>fièvre Typhoïde</b> .....	17
■ Fiche <b>maladie du Ver de Guinée</b> .....	18

Ce manuel des maladies a été vérifié par deux médecins.

## **Remerciements :**

Le S.E.L. tient à remercier le médecin du travail qui n'a pas souhaité que son nom apparaisse et le docteur Jean WOLGA pour leur précieuse collaboration et le temps qu'ils ont consacré à la correction du manuel.

Le docteur Jean WOLGA exerce actuellement à Grenoble. Il est Ancien interne de la Région Sanitaire de Lyon, Diplômé de Médecine Tropicale, Ancien attaché du C.H.U. de Grenoble, Médecin Assermenté, Attesté de Pédiatrie, Expert auprès de la Cour d'Appel.

Nos remerciements vont également à Madame Julie PORTE (DESS en dynamisation du développement), qui, lors de son stage au S.E.L., a regroupé les informations sur les différentes maladies en vue de pouvoir produire ce manuel.

# FICHE “CECITE DES RIVIERES” (Onchocercose)

## ■ L'onchocercose est la deuxième cause infectieuse de cécité au monde.

### Mode de transmission :

L'onchocercose est due à un ver parasitaire (*Onchocerca volvulus*) qui se développe dans le corps humain. Les micro filaires (larves microscopiques) produites par le ver chez une personne infectée sont transmises à une autre personne par les mouches noires (qui appartiennent en Afrique de l'Ouest à l'espèce *Simulium damnosum*) de la façon suivante : après l'accouplement, la femelle cherche à se nourrir de sang (nécessaire à la maturation de ses oeufs), et peut alors ingérer des micro-filaires si elle se nourrit du sang d'une personne infectée. Certaines de ces micro filaires se transforment en larves infectieuses à l'intérieur de la mouche noire, puis sont réinjectées à la personne chez qui la mouche prélève du sang la fois suivante. Les larves se développent ensuite en parasites adultes, ce qui complète le cycle de vie du parasite.

### NB :

Ces mouches vivent près des rivières (d'où le nom de la maladie), où elles pondent leurs oeufs. Les mouches adultes vivent jusqu'à 4 semaines, pendant lesquelles elles peuvent couvrir des centaines de kilomètres en vol, répandant éventuellement la maladie.

### Localisation géographique :

L'onchocercose touche surtout l'Afrique de l'Ouest et centrale : elle est présente dans 30 pays africains, au Yémen, et dans 6 pays d'Amérique latine (Mexique, Guatemala, Venezuela, Colombie, Equateur et Brésil).

### Symptômes :

Le ver parasitaire adulte femelle, *Onchocerca volvulus*, mesurant de 30 à 80 cm, vit environ 12 ans dans le corps humain. Pendant cette période, il produit des millions de

larves microscopiques appelées micro filaires. Ces micro filaires se déplacent dans le corps et sont à l'origine de divers symptômes : grave affaiblissement de la vue pouvant aller jusqu'à la cécité, lésions, démangeaisons intenses, dépigmentation de la peau, lymphadénite provoquant une déformation des organes génitaux, et débilitation. Ces manifestations de l'onchocercose commencent à apparaître 1 à 3 ans après l'infection.

### Chiffres :

- L'onchocercose menace 120 millions de personnes dans le monde dont 96 % en Afrique.
- Au total, 18 millions de personnes sont infectées par la maladie dont 99% sont en Afrique.
- Parmi les personnes infectées, plus de 6,5 millions souffrent de sévères démangeaisons ou de dermatite et 270 000 sont aveugles.

### Vaccin / traitement :

Il existe un médicament, l'ivermectine (DCI), qui tue dans le corps humain les larves causant la cécité et les autres manifestations de l'onchocercose. Il permet aussi de réduire la transmission de la maladie. L'essai clinique d'un nouveau médicament « la moxidectine » qui pourrait permettre d'éliminer l'onchocercose, ou cécité des rivières, l'une des principales causes infectieuses de cécité en Afrique, débute actuellement dans trois pays africains. (OMS juillet 2009) L'essai va se dérouler sur deux ans et demi. Actuellement, on emploie l'ivermectine pour lutter contre la maladie et le laboratoire pharmaceutique Merck & Co., Inc. fait don de ce médicament depuis plus de vingt ans aux pays d'endémie de l'onchocercose.

### NB :

un programme international d'éradication a été mis en place à partir de 1976 (et jusqu'en 2002)

dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest, par l'OMS et divers autres partenaires (Banque Mondiale, PNUD, FAO...). L'objectif était de rompre le cycle de transmission de la maladie en éliminant les mouches noires. Les larves de mouches noires ont été détruites par spray aérien d'insecticide dans les sites des rivières où les mouches noires pondent. Lorsque la maladie n'est plus transmise pendant 14 ans, le réservoir de vers parasites adultes dans la population humaine meurt, et la source de la maladie est ainsi éliminée.

Ce programme a eu de bons résultats : selon les estimations, 300 000 cas de cécité auraient ainsi été évités et des millions d'hectares de terres fertiles abandonnées par peur de la maladie ont pu être repeuplées et cultivées.

Un programme en Amérique Latine a également été lancé en 1992, et un programme dans 19 autres pays d'Afrique a débuté en 1995, basé essentiellement sur le traitement direct des communautés par l'ivermectine. Les traitements à l'ivermectine ont permis de faire progresser sensiblement la lutte et plus de 60 millions d'Africains en bénéficient chaque année. Toutefois, l'ivermectine tue les larves mais pas les vers adultes, aussi des traitements annuels sur une longue durée (au moins 11 à 14 ans) sont-ils nécessaires pour parvenir à maîtriser la maladie. Si la moxidectine non seulement tue les larves mais stérilise ou tue également les vers adultes, elle offrira la possibilité d'interrompre le cycle de transmission de la maladie en environ six cycles annuels de traitement. Le médicament pourrait être distribué dans le cadre de mécanismes sous directives communautaires mis en place en collaboration entre l'APOC, les programmes de lutte africains et les ONG chargées de la distribution de l'ivermectine.

Source: OMS

# FICHE FIEVRE HEMORRAGIQUE EBOLA

## ■ La fièvre hémorragique Ebola est l'une des maladies virales les plus virulentes affectant l'espèce humaine.

### **Mode de transmission :**

Le virus Ebola (qui peut avoir plusieurs formes) est transmis par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou le sperme d'une personne infectée.

Le réservoir naturel du virus semble être dans les forêts tropicales asiatiques et africaines, mais n'est pas précisément identifié. Il pourrait s'agir de rongeurs ou de chauves-souris . Bien que la transmission du virus Ebola ait eu lieu par contact avec des chimpanzés infectés malades ou morts (en Côte d'Ivoire et au Gabon), les chercheurs pensent que les chimpanzés ne sont pas le réservoir du virus.

### **Localisation géographique :**

La maladie a ses origines dans les forêts tropicales d'Afrique et d'Asie selon les chercheurs, mais les épidémies d' Ebola ont toutes eu lieu en Afrique : Zaïre, Soudan, Gabon, Ouganda, Côte d'Ivoire...

### **Symptômes :**

Période d'incubation : de 2 à 21 jours. Ebola est caractérisé par une soudaine montée de fièvre, allié à une faiblesse générale, des douleurs musculaires, des maux de tête et de gorge. Ces symptômes sont suivis par des vomissements, diarrhées,

une limitation des fonctions des reins et du foie, et par des saignements internes et externes.

Dans 50 à 90 % des cas de maladies cliniques, le virus Ebola entraîne la mort.

### **Chiffres :**

Le virus Ebola a été identifié pour la première fois en 1976 dans une province équatoriale de l'ouest du Soudan après des épidémies importantes dans le nord de la R.D.C. et dans le sud du Soudan.

- Entre juin et novembre 1976, le virus Ebola a infecté 284 personnes au Soudan, causant 117 morts, et 318 personnes en R.D.C., provoquant 280 morts en 2 mois.
- En 1995, une grande épidémie a eu lieu en R.D.C. avec 315 personnes infectées et 244 morts.
- Des épidémies ont eu lieu au Gabon en février et juillet 1996, et dans le nord de l'Ouganda en automne 2000.
- Sans compter l'épidémie de 2000, environ 1500 cas et un peu plus de 1000 morts ont été recensés depuis la découverte du virus.
- Plusieurs élevages de porcs des Philippines ont été infectés en septembre 2007 dans la province de Pangasinan et en mai et juin 2008 dans la province de Bulacan.

### **Vaccin / traitement :**

- Il n'existe aucun vaccin ni traitement spécifique pour la fièvre hémorragique Ebola.
- Les cas graves nécessitent des soins intensifs, car les patients sont fréquemment déshydratés et ont besoin de fluides intraveineux.

### **NB :**

les cas suspects doivent être isolés des autres patients, et les précautions à prendre pour les soins médicaux sont très strictes.

Source : OMS

# FICHE HEPATITE B

■ **L'hépatite est une inflammation du foie, qui peut être due au moins à 5 virus différents : A, B, C, D, E. Tous ces virus peuvent causer des maladies aiguës, mais l'hépatite B est le type d'hépatites virales la plus grave.**

## **Mode de transmission :**

Le virus de l'hépatite B est transmis par contact avec le sang ou les fluides corporels d'une personne infectée (de la même façon que la transmission du VIH-sida). Les principaux moyens d'infection sont les suivants :

- périnatale (de la mère à l'enfant à la naissance)
- transmission d'enfant à enfant
- injections et transfusions sanguines
- rapports sexuels
- transmission indirecte à l'occasion d'une plaie mise en contact d'objets contaminés

## **Populations les plus touchées :**

Les jeunes enfants qui sont infectés par le virus de l'hépatite B sont ceux qui ont le plus de risques de développer une infection chronique : environ 90 % des enfants infectés pendant leur première année de vie, et 30 à 50 % des enfants infectés entre 1 et 4 ans souffrent d'infections chroniques. Le risque de mort par cirrhose ou de cancer du foie (liés à l'hépatite B) est d'environ 25 % pour les personnes qui ont été infectées de façon chronique pendant l'enfance.

NB : Dans de nombreux PED, presque tous les enfants «attrapent» le virus.

## **Localisation géographique :**

- Elle est endémique en Chine et dans d'autres régions d'Asie où les porteurs chroniques représentent 8 à 10% de la population adulte.
- Dans de nombreux pays en développement : Afrique subsaharienne, Asie et Pacifique, la plupart des personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B pendant l'en-

fance, et 8 à 10 % de la population souffre d'infection chronique.

- On trouve également de forts taux d'infection chronique d'hépatite B en Amazonie et dans les zones du sud de l'Europe Centrale et Orientale.
- Au Moyen-Orient et dans le sous-continent Indien, environ 2 à 5 % de la population est chroniquement infectée.
- Il y a beaucoup moins d'infections chroniques en Europe Occidentale et en Amérique du Nord (moins de 1 % de la population).

## **Symptômes :**

Les symptômes, qui durent plusieurs semaines, sont les suivants : jaunisse inconstante de la peau et des yeux, urine foncée, fatigue extrême, nausées, vomissements et douleurs abdominales. Le virus de l'hépatite B peut causer des infections chroniques dans le contexte desquelles le patient ne se débarrasse jamais du virus et plusieurs années plus tard développe une cirrhose ou un cancer du foie.

## **Chiffres :**

Sur les 2 milliards de personnes qui ont été infectées par l'hépatite B, plus de 350 millions ont des infections chroniques (à vie). Ces personnes courent un risque élevé de mourir de cirrhose du foie ou de cancer du foie : maladies qui tuent environ 600 000 personnes chaque année.

## **Vaccin / traitement :**

- Un traitement existe pour l'hépatite B chronique (médicaments : interféron (DCI) et lamivudine (DCI), mais coûte extrêmement cher et est donc inaccessible pour la plupart des patients des pays en développement. Il est donc préférable de

chercher à éviter la maladie que de la guérir.

- Il existe un vaccin contre l'hépatite B, disponible depuis 1982, et efficace à 95 % pour empêcher le développement d'infections chroniques chez des personnes n'ayant pas encore été infectées. Le vaccin est constitué d'une série de 3 doses intramusculaires. Depuis 1982, plus de 1 milliard de doses de ce vaccin ont été administrées dans le monde.

116 pays ont ajouté ce vaccin à leur programme d'immunisation habituel, mais de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, du sous-continent indien et de l'ex-Union Soviétique n'ont pas accès au vaccin à cause de son prix.

## **NB :**

Le fonds mondial pour les vaccins des enfants (sous l'égide de l'OMS) va aider 74 pays à bas revenus à renforcer leur programme national de vaccination et à y introduire le vaccin contre l'hépatite B.

Source : OMS

## ■ L'hépatite est une inflammation du foie, qui peut être causée par au moins 5 virus différents d'hépatites : A, B, C, D, E.

### **Mode de transmission :**

L'hépatite C est due à un virus : (découvert et isolé en 1989).

Le virus de l'hépatite C se transmet surtout par le sang humain. Les principales causes d'infection sont donc :

- la transfusion de sang non filtré/ dépisté
- l'utilisation (et la réutilisation) de seringues et d'aiguilles non stérilisées (lors de pratiques médicales ou d'injection de drogue)

La transmission sexuelle ou périnatale est possible, mais est moins fréquente (1%).

### **NB :**

Dans les pays en développement, on estime que 90 % des personnes souffrant d'hépatite C chronique sont d'anciens ou actuels utilisateurs de drogues injectables et ceux qui ont subi des transfusions de sang non dépisté.

### **Localisation géographique :**

La prévalence de l'hépatite C en Afrique, Asie du Sud-Est, Pacifique Occidental et dans l'Est Méditerranéen est très haute comparée à la prévalence en Europe et en Amérique du Nord.

### **Symptômes :**

La période d'incubation peut durer de 15 à 150 jours.

Dans les infections aiguës, les symptômes les plus courants sont la fatigue et la jaunisse inconstante. Mais la plupart des cas (de 60 à 70 %), même parmi ceux qui développent des infections chroniques, ne laissent apparaître aucun symptôme. Environ 80 % des patients nouvellement infectés développent des infections chroniques :

- la cirrhose se développe dans 10 à 20 % des cas d'infections chroniques
- le cancer du foie se développe dans 1 à 5 % des cas d'infection chronique sur une période de 20 à 30 ans.

### **Chiffres :**

L'OMS estime à 180 millions le nombre de personnes qui souffrent d'une infection chronique d'hépatite C, et à 3 à 4 millions le nombre de personnes nouvellement infectées chaque année.

### **Vaccin / traitement :**

- Il n'existe pour l'instant pas de vaccin contre l'hépatite C, et la forte mutabilité du génome du virus complique les recherches.

- Le traitement pour des hépatites C chroniques existe : le traitement avec le médicament interféron (DCI) seul est efficace dans 10 à 20 % des cas; la combinaison de 2 médicaments (interféron et ribavirine (DCI)) est efficace dans 40 à 80 % des cas selon le génotype. Mais ce traitement est très cher et donc inabordable pour la plupart des personnes vivant dans les pays en développement.

- Il faut focaliser les efforts sur la prévention et la réduction du risque de transmission du virus par le dépistage des donneurs de sang et d'organes, la stérilisation du matériel médical et dentaire et la promotion de pratiques sans risques pour l'injection de drogues et les rapports sexuels.

Source : OMS

# FICHE LEPRE

■ **La lèpre est une maladie qui existait déjà dans les civilisations anciennes d’Egypte, de Chine et d’Inde... A travers l’Histoire, les malades ont souvent souffert d’ostracisme car ils ont été rejetés par leurs familles et leurs communautés.**

## **Mode de transmission :**

La lèpre (maladie de Hansen) est une maladie chronique due au bacille *Mycobacterium leprae*. Elle est transmise par des gouttelettes de la bouche ou du nez, lors de contacts rapprochés et fréquents avec des personnes infectées et non traitées.

## **Localisation géographique :**

- La lèpre est encore considérée comme un réel problème de santé publique dans 24 pays d’Afrique, d’Amérique Latine et d’Asie.  
- 90 % des malades de la lèpre vivaient dans les 10 pays suivants au début 2000 : Brésil, Guinée, Indonésie, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Népal, RDC, Tanzanie et enfin Inde, qui compte à elle seule 70 % des malades du monde.

## **Symptômes :**

Le bacille responsable de la lèpre se multiplie très lentement et la période d’incubation de la maladie dure environ 5 ans. Il peut s’écouler jusqu’à 20 ans avant l’apparition des premiers symptômes.

La lèpre affecte surtout la peau et les nerfs.

Sans traitement, il y a des dommages progressifs et permanents au niveau de la peau, des nerfs, des membres et des yeux.

Il y a 2 types de lèpre :

- la lèpre paucibacillaire (PB) qui touche de 1 à 5 territoires cutanés ou nerveux.
- la lèpre multibacillaire (MB) qui touche plus de 5 territoires cutanés ou nerveux.

## **Chiffres :**

- En janvier 2000, le taux de prévalence de la lèpre au niveau mondial était de 1,25 cas pour 10 000 personnes.
- Au début 2000, 750 000 cas étaient enregistrés et étaient sous traitement.
- En 2007, 254 525 nouveaux cas ont été dépistés (-4% par rapport à 2006), dont 95% dans 17 pays. Chacun de ces pays rapporte encore plus de 1 000 nouveaux cas annuels.

## **Vaccin / traitement :**

- Il existe un traitement, qui, s’il est administré assez tôt, empêche les handicaps.
- La thérapie est composée de 3 médicaments : dapsonne (DCI), rifampicine (DCI) et clofazimine (DCI). Cette combinaison permet de tuer l’agent pathogène et de guérir le patient. Cette thérapie est sûre, efficace et facile à administrer : les malades PB traités par cette thérapie sont guéris en 6 mois, les malades MB en 12 mois. Les patients ne sont plus contagieux après la première dose, et une fois le traitement achevé, il n’y a pas de récurrence de la maladie. L’OMS estime que la détection précoce et le traitement ont empêché à environ 3 à 4 millions de personnes de devenir handicapées. Durant les 15 dernières années, environ 11 millions de malades de la lèpre ont été guéris, le taux de prévalence de la maladie a baissé de 85 % et la lèpre a été éliminée de 98 pays.

## **NB :**

Novartis et la fondation Novartis

pour le développement durable mettent cette thérapie gratuitement à la disposition des malades de la lèpre dans le monde. Par l’intermédiaire de l’OMS, les médicaments sont fournis aux pays dans des proportions suffisantes pour traiter tous les malades diagnostiqués.

- Mais l’essentiel du problème réside dans le dépistage et le diagnostic de la maladie : bien qu’avec une formation minimale, la lèpre puisse être facilement diagnostiquée sur des signes cliniques uniquement, le stigmate millénaire associé à la lèpre constitue un obstacle pour que les patients viennent consulter, se faire diagnostiquer et puissent bénéficier d’un traitement suffisamment tôt.
- L’image de la lèpre doit être changée au niveau global, national et local.

Source : OMS

# FICHE MALADIES DIARRHEIQUES

## Mode de transmission :

- Bactéries, virus et parasites véhiculés par l'eau peuvent provoquer des diarrhées.
- **Le choléra** est une maladie diarrhéique aiguë due à une bactérie (*Vibrio cholerae*) transmise par l'eau et les aliments contaminés, et qui se propage sur le mode épidémique.
- **La dysenterie** (définie comme des diarrhées contenant du sang) peut également être épidémique et est transmise par les contacts de personne à personne, par l'eau ou la nourriture contaminée. La dysenterie épidémique est due au bacille de Shiga (ou *Shigella dysenteriae* de type 1).

## Populations les plus touchées :

- Ce sont les enfants les premiers concernés.
- La forte mortalité infantile s'explique par la déshydratation suite aux diarrhées.
- Les 1,3 milliard d'êtres humains manquant d'eau potable et les 2,4 milliards dépourvus d'infrastructures sanitaires convenables sont particulièrement exposés aux diarrhées.
- (**NB** : il faut rappeler que 40 % de la population mondiale ne bénéficie pas de système d'assainissement adéquat; et en Asie, c'est le cas de 52 % de la population).

## Localisation géographique :

- Les maladies diarrhéiques sont un grave problème dans la majorité des pays en développement surtout en Afrique et en Asie.
- Zones où les cas sont les plus nombreux :
- Chine et Inde
  - Afrique des Grands Lacs, Afrique du Sud, Afrique de l'Ouest et Madagascar
- Dans une moindre mesure : Brésil, Pérou.

## Symptômes :

- Les diarrhées peuvent entraîner la déshydratation et la mort.
- Dysenterie : En plus des diarrhées mêlées de glaires et de sang, cette maladie est accompagnée de crampes abdominales, de fièvre et de douleurs rectales.
- Environ 5 à 15 % de cas de dysenterie épidémique sont fatals.
- Choléra : Période d'incubation courte (de moins d'1 jour jusqu'à 5 jours). Puis diarrhées non douloureuses, mais contenant de l'eau, et souvent accompagnées de vomissements, qui mènent rapidement à la déshydratation et à la mort en l'absence de traitement.

Lorsque le choléra apparaît dans une communauté non préparée, le taux de mortalité des personnes contaminées peut atteindre 50 % (parce qu'il n'y a pas de traitement ou qu'il est donné trop tard). Mais si la communauté est organisée et a un programme bien établi de contrôle des maladies diarrhéiques, ce taux peut être limité à moins de 1 %.

## Chiffres :

### Les diarrhées en général :

- 6000 enfants meurent chaque jour à cause de diarrhées, c'est à dire 1 enfant toutes les 15 secondes.
- Le nombre d'enfants morts des suites de diarrhées durant les 10 dernières années est supérieur au nombre de victimes de tous les conflits armés depuis la seconde guerre mondiale.
- Un enfant africain âgé de moins de 5 ans a 5 accès de diarrhées par an en moyenne et a une probabilité de 14 % de mourir d'un accès aigu de diarrhée.
- Malgré l'existence de traitements peu coûteux et efficaces, la diarrhée tue plus d'enfants que le sida, le paludisme et la rougeole réunis, selon un rapport publié en octobre 2009 par l'UNICEF et l'Organisation mondiale pour la santé (OMS).
- Près d'un décès infantile sur cinq est dû à la diarrhée, et chaque année, environ 1,5 million d'enfants meurent rien que de maladies diarrhéiques. Ensemble, la pneumonie et la diarrhée provoquent environ 40% des décès infantiles annuels dans le monde. Chaque année, quelque 2,5 milliards de cas de diarrhée sont recensés chez les enfants de moins de cinq ans, dont la moitié en Afrique et en Asie du sud. 15 pays recensent près de trois quarts des décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans : (classés par ordre descendant de nombre de décès) : Inde, Nigéria, RDC, Afghanistan, Éthiopie, Pakistan, Bangladesh, Chine, Ouganda, Kenya, Niger, Burkina Faso. Dans les pays en développement, seulement 39 % des enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée reçoivent les traitements recommandés (thérapie par réhydratation orale (TRO) avec alimentation continue) pour prévenir la déshydratation et une aggravation de leur statut nutritionnel. L'Afrique a la couverture la plus basse en matière de traitements (35 %), suivie par l'Asie du Sud (37 %)

### Le choléra :

- Le choléra cause plus de 5000 décès chaque année.
- En 2008, le nombre de cas de choléra déclarés à l'OMS a été de 190 130 avec 5 143 décès. Le chiffre est en augmentation par rapport à 2007.

### La dysenterie épidémique :

- La dysenterie épidémique a sévi partout dans le monde. Elle a causé en particulier une épidémie de 4 ans en Amérique centrale qui a commencé en 1968 et a causé 20 000 morts sur 500 000 cas.
- Le nombre de décès est en diminution, mais chaque année dans le monde entier 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans meurent encore de dysenterie (2007).

### Vaccin / traitement :

#### Mesures curatives :

- Médicaments : antibiotiques
- NB** : le bacille de Shiga, responsable de la dysenterie épidémique, est résistant à de nombreux médicaments. (Dans un pays d'Afrique centrale lors d'une épidémie, le bacille était résistant à tous les antibiotiques oraux disponibles sur place). De plus il développe rapidement une résistance : les antibiotiques sont souvent efficaces seulement pendant un ou deux ans après leur introduction. Pour le choléra, on utilise généralement l'antibiotique tétracycline (DCI), mais la résistance à ce médicament de la bactérie responsable du choléra augmente.
- La déshydratation doit être traitée par des sels de réhydratation oraux, et dans les cas les plus graves, par des fluides intraveineux.

#### Mesures préventives :

- Des stocks limités de 2 vaccins oraux contre le choléra garantissant une bonne protection sont depuis peu disponibles dans quelques pays. Ils n'ont pas encore été utilisés à grande échelle pour des objectifs de santé publique. L'OMS déconseille l'utilisation de ces vaccins pour prévenir ou contrôler des épidémies de choléra, car ils peuvent donner un faux sentiment de sécurité aux personnes vaccinées et aux autorités de la santé, qui peuvent alors négliger des mesures plus efficaces.
- La clé est **l'amélioration de l'hygiène** personnelle et domestique, ce qui inclut : le lavage des mains avec du savon après défécation et avant les repas; utilisation d'eau potable; pratiques sûres pour le stockage et la préparation des aliments; dispositifs de dépôt des excréments. Il est donc nécessaire d'améliorer les dispositifs d'assainissement dans les pays en développement.

Source : National Geographic, février 2002; Rapport de Tearfund et Wateraid, «The Human Waste», mars 2002; OMS

# FICHE «MALADIE DU SOMMEIL» (Trypanosomiase)

## Mode de transmission :

La maladie du sommeil est due à un parasite (le Trypanosome) dont le vecteur est la mouche tsé-tsé (Glossine). **NB** : Il peut y avoir infection de la mère à l'enfant (le trypanosome traverse le placenta), ce qui cause l'avortement ou la mort prénatale.

## Localisation géographique :

La maladie du sommeil frappe seulement en Afrique subsaharienne, dans les régions où vivent les mouches tsé-tsé : végétation avoisinant des rivières ou des lacs, forêts tropicales et savanes. (**NB** : Pour des raisons inconnues, il y a de nombreuses régions où on trouve des mouches tsé-tsé, mais où on ne trouve pas la maladie du sommeil).

## Populations les plus touchées :

Les populations de régions rurales et reculées sont les plus exposées. De plus, c'est dans ces régions que les systèmes de santé sont les moins efficaces, voire inexistants.

## Symptômes :

La maladie du sommeil prend 2 formes, selon le parasite :

- La trypanosomiase brucei gambiense, que l'on trouve en Afrique centrale et de l'Ouest. Elle cause une infection chronique.

Une personne peut rester infectée pendant des mois voire des années sans symptômes évidents de la maladie. Quand les symptômes apparaissent, la maladie est déjà à un stade avancé.

- La trypanosomiase brucei rhodesiense, que l'on trouve en Afrique du Sud et de l'Est. Elle cause une infection aiguë qui apparaît après quelques semaines. Elle est plus virulente que la première forme et se développe plus rapidement, elle peut donc être détectée plus vite. Dans les 2 cas, le déroulement de la maladie est le suivant :

- Après la transmission par la piqûre de mouche tsé-tsé, les trypanosomes se multiplient dans le sang (ce qui est plus ou moins long selon la forme comme vu ci-dessus).

- La première phase entraîne des poussées de fièvre, des maux de tête, des douleurs articulaires, des démangeaisons et des atteintes ganglionnaires.

- La seconde phase, «phase neurologique», commence quand le parasite traverse la barrière sanguine du cerveau et infeste le système nerveux central. Les signes caractéristiques de la maladie apparaissent alors : confusion, troubles mentaux et sensoriels, perte de coordination et surtout

trouble du cycle de sommeil et somnolence.

- Sans traitement, la maladie est fatale.

Si le malade ne reçoit pas de traitement avant le début de la seconde phase, les dommages neurologiques sont irréversibles, même après traitement.

**NB** : La plupart des gens touchés par la maladie meurent avant d'être diagnostiqués, à cause d'un manque de moyens (centres de santé équipés, personnel qualifié) permettant le dépistage puis le traitement de la maladie.

## Chiffres :

### Les épidémies majeures :

Il y a eu trois épidémies sévères en Afrique au cours du siècle dernier :

- une entre 1896 et 1906 principalement en Ouganda et dans la région du Congo

- une en 1920 dans plusieurs pays africains

- une qui a commencé en 1970 et progresse encore.

(**NB** : la maladie avait presque disparu entre 1960 et 1965, grâce à la mobilisation d'équipes mobiles de surveillance et de dépistage, mais quand il y a eu un relâchement de la mobilisation, la maladie a réapparu sous des formes endémiques.) La maladie du sommeil menace 60 millions de personnes dans 36 pays d'Afrique subsaharienne.

- Dans certains villages de provinces d'Angola, de République Démocratique du Congo et du Sud Soudan, la prévalence est entre 20 et 50 % et la maladie du sommeil est la 1<sup>re</sup> ou la 2<sup>e</sup> cause de mortalité, devant le sida (2001).

## Vaccin / traitement :

Le dépistage de la maladie doit être fait le plus tôt possible, afin d'éviter des dommages neurologiques irréversibles. Si la maladie est diagnostiquée assez tôt, les chances de guérison sont élevées. Mais le dépistage est difficile et nécessite des moyens humains, techniques et matériels très importants, qui manquent cruellement en zones rurales où sévit la maladie.

Il existe 2 types de traitements correspondant aux 2 phases de la maladie :

- Le traitement de la phase initiale (2 médicaments différents adaptés à la forme de la maladie : suramine (DCI) et pentamidine (DCI)) qui ont quelques effets secondaires indésirables, en particulier au niveau digestif.

- Le traitement de la seconde phase : le melarsoprol (DCI) (découvert en 1949) est le seul médicament disponible sur le marché qui permet de traiter la seconde phase. C'est le dernier dérivé de l'arsenic existant, et il a des

effets indésirables : entre autre encéphalopathie (complication neurologique de nature allergique) qui est fatale dans 3 à 10 % des cas. De plus, les parasites ont développé une résistance considérable contre ce médicament (30% dans certaines parties d'Afrique Centrale).

**NB** : Il existe une molécule découverte en 1990, alternative au traitement de melarsoprol : l'eflornithine (qui n'est efficace que contre la forme gambiense). Mais la production a cessé en 1999 (pour cause de manque de rentabilité avant d'être reprise). Une équipe de chercheurs du CNRS vient d'identifier une nouvelle protéine au sein de ce parasite, dont l'absence empêche celui-ci de s'alimenter. Privé de nutriments, le parasite meurt. D'une importance considérable, ces travaux permettent d'envisager des stratégies thérapeutiques prometteuses contre ce fléau (revue PLoS Biology 6 mai 2008).

Sanofi-aventis et la fondation Drugs for Neglected Diseases initiative ont annoncé également la signature d'un accord pour la fabrication et la distribution d'un nouveau médicament contre la trypanosomiase humaine africaine ou maladie du sommeil. Ce nouveau médicament "Fexinidazole" doit entrer dans sa phase de développement clinique en juin 2009. Il est pour l'instant « le seul candidat pour la maladie du sommeil en développement clinique ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 300 000 personnes sont touchées par la maladie du sommeil en Afrique, avec près de cinq millions de personnes sous surveillance et, approximativement 15 000 nouveaux cas par an, soit 40 à 50 000 personnes touchées.

## Les actions urgentes à mener sont :

- Développer les systèmes de surveillance de la maladie pour permettre des diagnostics rapides.

- Développer les recherches pour trouver de nouveaux traitements (à cause de la résistance, des effets secondaires...).

**NB** : - Une autre forme de trypanosomiase humaine existe en Amérique et est connue sous le nom de «maladie de Chagas».

- Il existe des sous-espèces du parasite que l'on trouve en Afrique, qui causent la trypanosomiase animale.

Source : OMS

# FICHE MENINGITE

■ **Il existe différentes sortes de méningites (inflammation aiguë ou chronique des méninges c'est-à-dire des membranes entourant le cerveau et la moelle épinière). La méningite à méningocoque est la seule forme de méningite qui cause des épidémies. Les méningites à méningocoques relèvent de différents groupes : A, B, C, Y, W135. Celles du groupe A et C sont les causes principales des épidémies de méningites en Afrique.**

## **Mode de transmission :**

La méningite à méningocoque est due à une bactérie : la *Neisseria meningitidis*. La transmission se fait par contact direct, ce qui inclut les gouttelettes respiratoires du nez et de la gorge des personnes infectées. La plupart des infections sont dénuées de signes cliniques : de nombreuses personnes infectées deviennent des porteurs de la maladie sans pour autant en avoir les symptômes.

La surpopulation et les conditions climatiques telles que la saison sèche, des sécheresses prolongées ou des tempêtes de sable favorisent les épidémies.

## **Populations les plus touchées :**

Le taux de prévalence le plus élevé se trouve parmi les jeunes enfants, mais lors des épidémies, les enfants plus âgés, les adolescents et les jeunes adultes sont aussi affectés.

## **Localisation géographique :**

La méningite à méningocoque existe partout, néanmoins elle sévit particulièrement en Afrique subsaharienne.

- La maladie existe dans les climats tempérés, causant un nombre stable de cas sporadiques ou de petits groupes de cas avec une hausse saisonnière en hiver et au printemps.

- Une tendance différente a été observée en Afrique subsaharienne, avec des flambées épidémiques pendant 2 ou 3 années consécutives. Cette zone a vécu des cycles épidémiques tous les 8 à 12 ans dans le passé, et les intervalles entre les épidémies majeures sont devenus de plus en plus courts et irrégulier

depuis le début des années 1980.

- Récemment, en dehors de l'Afrique, seule la Mongolie a connu de nombreux cas de méningite à méningocoque épidémique de groupe A.

- Quelques cas de méningite à méningocoque de groupe C ont eu lieu au Canada et aux USA (1992-93), en Espagne (1995-97) et aussi en France et en Angleterre (2001-2002). Plus récemment des maladies du groupe B ont été détectées en Nouvelle-Zélande.

- Les épidémies les plus importantes de méningite à méningocoque ont lieu dans les pays d'Afrique subsaharienne, dans ce que l'on appelle « la ceinture de la méningite » (meningitis belt) qui s'étend du Sénégal à l'Ethiopie autour du 15e parallèle de latitude Nord. (Les épidémies ont lieu pendant la saison sèche dans cette zone.)

## **Symptômes :**

La période d'incubation dure de 2 à 10 jours, souvent 3 ou 4 jours.

La méningite à méningocoque est caractérisée par une soudaine montée de fièvre, des maux de tête intenses, des nausées, des vomissements, de la photophobie, la raideur de la nuque et des torticolis.

Les signes neurologiques incluent la léthargie, le délire, le coma et/ou des convulsions.

Même lorsque la maladie est diagnostiquée tôt et qu'une thérapie adéquate est mise en place, le taux de mortalité est entre 5 et 10 %, et peut dépasser les 50 % en l'absence de traitement.

De 15 à 20 % de ceux qui survivent souffrent de séquelles neurologiques (surdité, retard mental).

## **Chiffres :**

- La pandémie la plus récente de méningite à méningocoque, qui a commencé en 1996, a causé entre 1996 et 1998 environ 300 000 cas (nombre reporté à l'OMS). Les pays les plus affectés ont été le Nigeria, le Burkina Faso, le Mali et le Niger. En 1998, l'épidémie a touché le Tchad et le Cameroun, et 30% des cas recensés cette année là étaient dans ces 2 pays.

- Environ 300 000 cas par an et 30 000 morts.

## **Vaccin / traitement :**

- La personne malade doit être hospitalisée.

Une thérapie antibiotique doit être mise en place dès que possible. Différents médicaments peuvent être utilisés.

- Des vaccins existent pour les méningites à méningocoques de groupe A, C, Y, W135.

Une campagne d'immunisation de masse qui atteint au moins 80 % d'une population avec des vaccins pour le groupe A et C peut stopper une épidémie de ces 2 groupes. (Le vaccin est efficace chez les adultes et les enfants âgés de plus de deux ans).

Source : OMS

# FICHE PALUDISME (Malaria)

## Mode de transmission :

Le paludisme est provoqué par un parasite des globules rouges du sang dénommé hématozoaire. Ce parasite est transmis du sujet malade au sujet sain par l'intermédiaire de moustiques du genre anophèle.

## Populations les plus touchées :

- Les victimes sont pour la plupart des enfants de moins de 5 ans qui ne peuvent bénéficier des mesures de prévention les plus simples : moustiquaires, moyens de diagnostic, médicaments.  
- Les femmes sont aussi particulièrement exposées au cours de la grossesse.

**NB :** les mouvements de population (travailleurs saisonniers et réfugiés) dans des régions endémiques favorisent la transmission et le développement de la maladie.

## Localisation géographique :

Régions basses au climat chaud et humide (il y a plus de cas de paludisme à la saison des pluies et en début de saison sèche) :

- Afrique subsaharienne sauf Afrique du Sud (à l'exception du Parc Kruger)  
- Asie du Sud-Est et Inde  
- Amérique Latine : Brésil, Guyane, Colombie, Equateur, Pérou (surtout Amazonie)

**NB :** Le réchauffement planétaire offre de nouveaux terrains d'action aux moustiques vecteurs du paludisme. De plus, sous un climat plus chaud, ils se reproduisent plus vite et piquent plus souvent.

## Symptômes :

Le paludisme se traduit essentiellement par des crises : accès de fièvre violents et de courte durée se succédant en général selon un rythme régulier, s'accompagnant d'une hausse du volume de la rate

(splénomégalie) et d'une destruction intense des globules rouges (anémie). Les crises de paludisme peuvent conduire à la mort, surtout chez les enfants qui n'ont pas encore d'anticorps. (Un enfant peut mourir en 24 h en l'absence de traitement).

## Chiffres :

Le paludisme menace plus de 2,4 milliards de personnes. Il touche plus de 100 pays. 300 à 500 millions de personnes sont infectées chaque année. Plus de 1 million de morts chaque année (plus de 3000 personnes meurent chaque jour) : 9 cas sur 10 de mortalités dues au paludisme se produisent en Afrique. 1 enfant décède toutes les 30 secondes. Plus de 700 000 enfants de moins de 5 ans vont mourir du paludisme cette année.

## Vaccin / traitement :

Un traitement rapide et efficace d'une fièvre palustre peut réduire de manière significative le taux de mortalité du paludisme. Mais il y a le problème de la résistance aux antipaludéens : certains médicaments (comme la chloroquine (DCI) : le médicament anti-paludéen le moins cher) ont considérablement perdu de leur efficacité, conduisant à l'utilisation d'autres molécules beaucoup plus chères et qui, pour certaines d'entre elles, ont également perdu une partie de leur efficacité.

Médicaments qui peuvent être utilisés pour le traitement du paludisme (plus ou moins résistant selon les zones) : quinine (DCI), lariam (DCI : méfloquine), halfan (DCI : halofantrine), amodiaquine (DCI), doxycycline (DCI), malarone (DCI : atovaquone+proguanil), artémisine (ce dernier est issu de la médecine traditionnelle chinoise, c'est un médica-

ment efficace qui agit très vite, et qui doit être enchaîné avec un autre médicament.

**NB :** ce médicament doit être réservé aux cas graves, et ne doit surtout pas être pris en préventif, sinon, il y aura développement de la résistance).

Un groupe d'organismes gouvernementaux et non-gouvernementaux (l'Institut Pasteur, la Fondation Osvaldo Cruz au Brésil, l'Indian Council for Medical Research, le Ministère de la Santé de Malaisie, le Kenya Medical Research Institute, l'OMS) se sont associés à l'initiative de MSF en 2003 pour créer la DNDi - Drugs for Neglected Diseases Initiative. Il s'agit d'une fondation sans but lucratif. La DNDi a pour objectif de développer des médicaments pour des maladies négligées comme le paludisme, la leishmaniose, la maladie de Chagas, la maladie du sommeil et la tuberculose. De la collaboration de la DNDi et de Sanofi-Aventis est né l'ASAQ, premier produit de la fondation mis sur le marché en mars 2007. Ce nouveau médicament contre le paludisme, simple d'utilisation (médicament à dose fixe à prendre en une seule prise), peu cher (mis sur le marché sans profit et sans perte pour les populations démunies, son prix se situe en dessous des 1 dollar US pour les adultes et de 0,5 dollar pour les enfants) et non protégé par un brevet, associé en un seul comprimé l'artésunate et l'amodiaquine. La DNDi gère chaque année un porte-feuille d'une vingtaine de projets de médicaments négligés.

## Prévention :

Un usage plus répandu de moustiquaires imprégnées d'insecticide peut réduire les épisodes de maladie de plus de 50 % dans les zones de haute transmission.

Source : Fraternelle n° 87, OMS

# FICHE SCHISTOSOMIASE ( Bilharziose)

■ **La schistosomiase existait déjà en Egypte à l'époque des pharaons. Les parasites responsables de la maladie ont été découverts en 1851 par un pathologiste allemand, Théodore Bilharz, c'est pourquoi la schistosomiase est aussi appelée bilharziose. Parmi les maladies parasitaires humaines, la schistosomiase est la plus grave après le paludisme dans les régions tropicales et subtropicales, à cause de ses graves conséquences socio-économiques. NB : Il y a 2 types de schistosomiase : intestinale et urinaire, causées par 5 espèces de vers différentes selon les régions.**

## **Mode de transmission :**

Les vers parasitaires causant la maladie sont appelés schistosomes. Les jeunes parasites pénètrent dans le corps humain lorsque les gens sont en contact avec de l'eau contaminée (en se baignant, se lavant, buvant...) : ils traversent la peau en quelques minutes. Ils atteignent le sang de la victime, où ils se développent. En une période de 30 à 45 jours, un parasite devient un long ver, mâle ou femelle. La femelle pond de 200 à 2000 oeufs par jour pendant 5 ans en moyenne. Les vers vivent soit dans les vaisseaux sanguins autour de l'intestin (schistosomiase intestinale), soit dans les vaisseaux sanguins de la vessie (schistosomiase urinaire). La moitié des oeufs pondus sont emprisonnés dans les tissus corporels, endommageant des organes vitaux par réactions inflammatoires (ainsi, ce sont les oeufs, et non le ver lui-même, qui abîment les organes). L'autre moitié des oeufs est évacuée par les selles (schistosomiase intestinale) ou l'urine (schistosomiase urinaire). Ainsi, les personnes infectées, par manque d'information ou d'hygiène, contaminent leur environnement. Les oeufs des schistosomes se trouvant dans les excréments d'une personne infectée éclosent au contact de l'eau et libèrent des larves. Pour survivre, une larve trouve un escargot aquatique à l'intérieur duquel elle se divise pendant plusieurs cycles, afin de produire des milliers de nouveaux parasites. Ceux-ci sont rejetés par les excréments de l'escargot dans l'eau alentour et pénètrent dans le corps d'autres individus.

## **Populations les plus touchées :**

La schistosomiase touche davantage les enfants entre 10 et 19 ans. Elle sévit particulièrement en zone rurale, chez les adultes travaillant dans l'agriculture, la riziculture ou la pêche en eau douce. Néanmoins, l'exode rural a introduit la maladie dans des zones périurbaines au Nord-Est du Brésil et en Afrique, et les mouvements de réfugiés permettent son expansion en Somalie et au Cambodge.

## **Localisation géographique :**

Cette maladie est endémique dans 74 pays en développement en Afrique, au Proche Orient, dans les Caraïbes, en Amérique du Sud et en Asie. Néanmoins, 80 % des cas sont concentrés en Afrique, et c'est là que l'on trouve également les malades les plus gravement atteints. (NB : La schistosomiase intestinale existe dans toutes les zones précitées ; la schistosomiase urinaire est endémique dans 54 pays d'Afrique et du Proche Orient.)

## **Symptômes :**

- Schistosomiase urinaire : symptômes initiaux : sang dans les urines, puis la maladie peut conduire au cancer de la vessie et à des problèmes au niveau des reins.  
- Schistosomiase intestinale : symptômes initiaux : diarrhées contenant du sang, puis la maladie peut provoquer de graves complications au foie et à la rate. La mortalité directe due à la schistosomiase est relativement basse, mais cette maladie conduit à un mauvais état de santé chronique (grave affaiblissement...) et à des handicaps. Les enfants malades souffrent d'anémie, de problèmes de développement physique

et mental, de difficultés scolaires...

**NB :** La maladie est souvent diagnostiquée tardivement (ses symptômes initiaux n'étant pas très spécifiques donc pas pris assez au sérieux), par conséquent elle laisse des séquelles irréversibles.

## **Chiffres :**

- Plus de 200 millions de personnes infectées dans le monde, dont 120 millions ont les symptômes de la maladie et 20 millions sont gravement atteints.  
- La maladie menace 650 millions de personnes dans le monde.

## **Vaccin / traitement :**

- Traitement : 3 médicaments sûrs et efficaces (inclus dans liste de l'OMS des médicaments essentiels) : praziquantel (DCI ; contre les 2 formes de schistosomiase), oxamniquine (DCI : contre la schistosomiase intestinale) et metrifonate (DCI : contre la schistosomiase urinaire). Le traitement diminue, voire annule le risque que les organes soient endommagés par la maladie.

Le défi est de rendre le praziquantel accessible à tous et à un prix peu élevé, ainsi que de renforcer la surveillance de la maladie, pour que le diagnostic puisse être effectué de manière précoce.

- Prévention : éducation à l'hygiène : amélioration de l'assainissement et approvisionnement en eau potable.

**NB :** Dans certains pays où des programmes nationaux de contrôle ont été mis en place et bien appliqués (Brésil, Chine, Egypte, Philippines), le taux de mortalité due à la schistosomiase a beaucoup baissé (au Brésil baisse de 56 % entre 1979 et 1997).

Source : OMS

# FICHE SIDA : SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE

## ■ «une catastrophe planétaire aux proportions colossales et sans précédent»

### Mode de transmission :

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) se transmet par les fluides corporels.

Modes de transmission du VIH dans le monde (source : ONUSIDA/ OMS) :

- 10 % de la mère à son fœtus
  - 5 % par contact avec des seringues et instruments souillés
  - 5 % par injections de produits sanguins et transfusion de sang
  - 5 % par des relations homosexuelles
  - 75 % par des relations hétérosexuelles
- Dans les pays en développement, la propagation du sida se fait principalement par les rapports hétérosexuels et la transmission de la mère à son fœtus.

### Symptômes :

Le VIH s'attaque au système immunitaire et prive le corps de ses défenses face aux infections qui se déclarent. La personne atteinte du sida s'affaiblit après une période plus ou moins longue durant laquelle elle est séropositive mais ne présente aucun symptôme de la maladie, puis meurt des suites de différentes maladies opportunistes (parfois bénignes) : rhume, tuberculose, etc.

### Chiffres :

Le sida est l'épidémie la plus mortelle de l'Histoire de l'humanité.

- On compte aujourd'hui 33 millions de porteurs du virus dont 22 millions vivent en Afrique subsaharienne.
- 2,5 millions de personnes nouvellement infectées en 2007, 420 000 enfants de moins de 15 ans, 2,1 millions de morts (UNAIDS).
- 1/3 ont entre 15 et 24 ans; Les jeunes représentent environ

50% des nouveaux cas : la moitié des personnes contaminées le sont avant 25 ans et meurent avant 35 ans.

- 95 % des individus contaminés sont dans les pays en développement, 70 % sont en Afrique subsaharienne
- On estime aujourd'hui le nombre d'orphelins du sida à 14 millions, dont 10 millions en Afrique.
- 25 millions de morts depuis le début de l'épidémie (1981), dont environ 4 millions d'enfants.
- Presque 1 nouveau cas dans le monde toutes les 5 secondes
- Plus de 16 000 personnes le contractent chaque jour

### Vaccin / traitement :

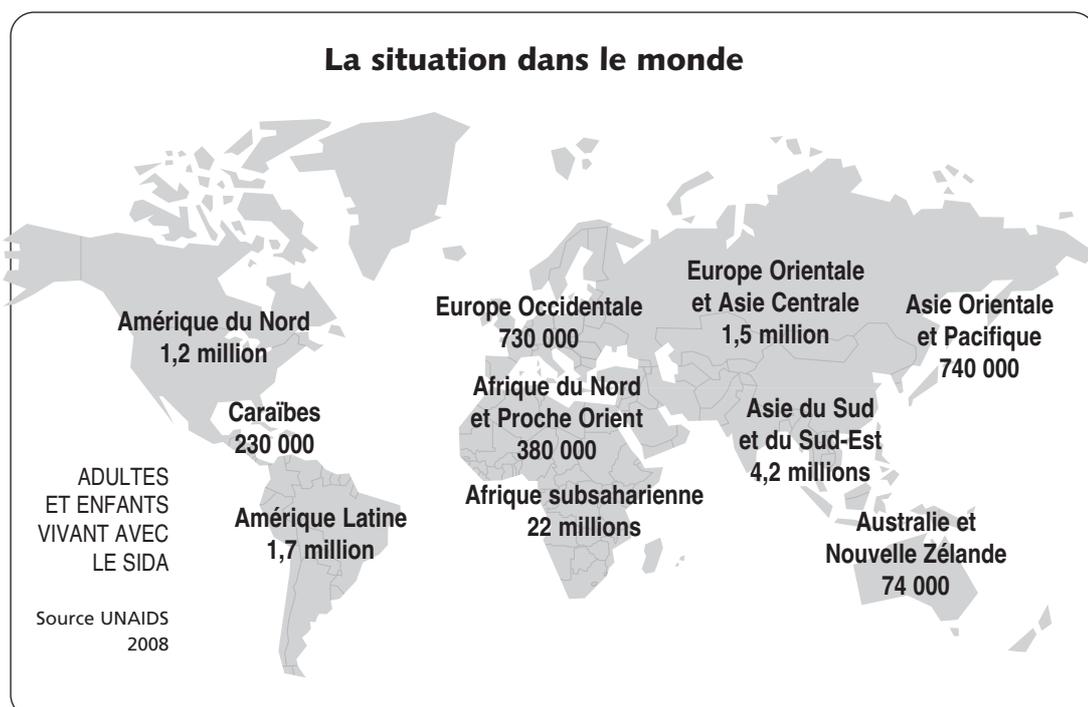
- Il n'existe pas de vaccin contre le sida.
- Un traitement existe : la trithérapie (combinaison de trois médicaments antirétroviraux), qui bloque la multiplication du virus. Elle ne soigne pas, mais ralentit l'évolution des personnes séropositives vers le stade sida. Mais la trithérapie est extrêmement

chère, et donc inaccessible pour la majorité des malades vivant dans les pays en développement.

### Différentes approches pour les projets d'aide :

- éducation/ prévention
  - promotion du dépistage + accès au traitement
- NB :** beaucoup ignorent leur statut sérologique, et le dépistage est « motivant » seulement s'il y a des perspectives de traitement.
- NB :** en matière de traitement, il est nécessaire de faciliter l'accès non seulement à la trithérapie (par la baisse des prix de vente et la fabrication de génériques), mais également aux médicaments indispensables pour traiter les infections dites « opportunistes », associées à l'infection par le VIH.
- prise en charge des orphelins

Source : UNAIDS 2008



# FICHE TETANOS

■ **On s'intéressera particulièrement ici au tétanos néonatal c'est-à-dire qui frappe le nouveau-né entre le 3<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour après la naissance ; et au tétanos maternel, qui frappe les femmes pendant la grossesse ou dans les 6 semaines qui suivent la fin de la grossesse.**

## **Mode de transmission :**

De manière générale, on attrape le tétanos par l'exposition environnementale (en se piquant, etc.) aux spores du *Clostridium tetani* qui sont universellement présents dans la terre.

Dans les pays en développement on rencontre un tétanos néonatal qui est le résultat de pratiques peu hygiéniques pendant l'accouchement : le plus souvent les spores du tétanos contaminent le cordon ombilical lorsqu'on le ligature ou qu'on le panse après l'accouchement. On trouve aussi un tétanos maternel qui est dû à une contamination par les spores du tétanos des blessures par perforation liées aux avortements et aux accouchements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène.

## **Localisation géographique :**

27 pays regroupent 90 % des cas de tétanos néonatal :

- 18 pays en Afrique : Angola, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, RDC, Sénégal, Somalie, Soudan, Tchad
- en Asie : Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Népal, Pakistan
- le Yémen (Moyen-Orient)

La répartition géographique du tétanos maternel est similaire à celle du tétanos néonatal.

Populations les plus touchées : Le tétanos néonatal frappe surtout les pays très pauvres et ceux dont l'infrastructure sanitaire est la moins développée. Dans ces pays,

il touche fréquemment les populations qui ont un accès limité, voire inexistant, aux services de santé ou à l'éducation.

## **Symptômes :**

- Les symptômes du tétanos néonatal se manifestent généralement le 3<sup>e</sup> jour qui suit la naissance : un nourrisson apparemment en bonne santé cessera de téter, deviendra de plus en plus rigide, puis le tronc se courbera et l'enfant sera victime de contractures douloureuses. Cette maladie est meurtrière chez les nouveau-nés, avec un taux de décès compris entre 70 et 100 %.

- Les symptômes du tétanos maternel, qui se manifestent entre 2 et 21 jours après la blessure (le plus souvent au bout de 14 jours) sont proches de ceux du tétanos néonatal : contracture de la mâchoire, raideur de la nuque et des muscles du corps, problèmes de déglutition et convulsions.

## **Chiffres :**

- Le tétanos néonatal se situe au deuxième rang mondial des principales causes de décès chez l'enfant dû aux maladies évitables par la vaccination. Environ 14 % de tous les décès d'enfants de moins de 1 mois sont imputables au tétanos néonatal. L'OMS estime à 215 000 le nombre de cas de tétanos néonatal en 2007. Mais ce nombre est probablement sous-estimé car la majorité de ces décès interviennent à domicile avant que le bébé n'atteigne l'âge de 2 semaines, ainsi ni les naissances ni les décès ne sont déclarés. C'est pourquoi le tétanos néonatal est souvent surnommé «le tueur silencieux».

Toutes les quatre minutes, un bébé meurt de cette maladie pourtant facile à éviter.

- Le tétanos maternel est responsable d'au moins 5 % des décès maternels, soit de 30 000 décès par an environ. Mais pour les mêmes raisons que le tétanos néonatal, il est difficile d'évaluer précisément l'envergure du problème.

## **Vaccin / traitement :**

Il n'existe pas de médicament, mais un très bon vaccin, qui garantit une protection à 100 %.

- Le tétanos néonatal peut être évité par la vaccination de la mère (car la protection des nouveau-nés est déterminée par le statut immunitaire de leur mère) avant l'accouchement et par des pratiques d'accouchement hygiéniques.

- La prévention du tétanos dans toutes les classes d'âge est également une priorité et la vaccination systématique à l'école peut être une bonne stratégie dans les zones où la fréquentation scolaire est importante.

Dans ses objectifs pour 2006-2010, l'OMS souhaite augmenter le nombre de personnes vaccinées à 90 %. Le tétanos maternel et néonatal devrait alors être bientôt éliminés dans 14 des 57 pays à haut risque.

Source : OMS

## ■ Le trachome est l'une des plus anciennes maladies infectieuses de l'humanité, qui date de plusieurs milliers d'années.

### **Mode de transmission :**

Le trachome est dû à un micro-organisme, le *Chlamydia trachomatis*, intermédiaire entre la bactérie et le virus. Il se propage par contact avec les sécrétions oculaires de la personne infectée (sur les doigts, serviettes...) ou bien est transmis par des mouches ophtalmothropes.

### **Populations les plus touchées :**

La maladie touche les populations les plus pauvres, puisqu'elle est associée à des mauvaises conditions socio-économiques en général : surpopulation, hygiène personnelle et de l'environnement insuffisante; et en particulier : accès très limité à l'eau et à l'assainissement.

### **Localisation géographique :**

On trouve la maladie surtout dans des zones rurales pauvres : certaines parties de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud, la plupart des pays africains, et certains pays de l'Est Méditerranéen. Le trachome est encore endémique également dans plusieurs pays asiatiques, mais les données actualisées manquent pour la Chine et l'Inde.

### **Symptômes :**

Le micro-organisme trachomatis provoque une réaction inflammatoire de l'oeil, avec formation de follicules sur la conjonctive. Après des années d'infections répétées, l'intérieur des paupières est tellement envahi par le tissu cicatriciel qu'il se produit une rétroversion du rebord de la paupière et que les cils frottent contre le globe oculaire.

En l'absence de traitement, cette infection provoque la cécité.

### **Chiffres :**

Le trachome est actuellement responsable d'au moins 15 % de la cécité mondiale.

Dans le monde, il y a environ 6 millions de personnes irréversiblement aveugles à cause du trachome, et on estime à plus de 150 millions le nombre de cas de maladies actives qui ont besoin d'un traitement.

### **Vaccin / traitement :**

- Les infections de trachome peuvent être soignées avec des antibiotiques :

La tetracycline (DCI) est utilisée, mais a certains inconvénients tels qu'elle n'est pas toujours très bien acceptée dans les programmes de santé communautaire. Un nouvel antibiotique, l'azithromycine (DCI), vient d'être mis au point et semble prometteur : une dose par an éliminerait la propension du trachome à rendre aveugle.

- Les cas de trichiasis (paupière retournée à l'intérieur) nécessitent une opération, qui n'est pas toujours possible.

- La **prévention** est une priorité, qui doit inclure l'amélioration de l'environnement, de l'hygiène et de la propreté du visage.

Source : OMS

# FICHE TUBERCULOSE

■ **L'épidémie mondiale de TB (tuberculose pulmonaire) s'amplifie et devient de plus en plus dangereuse. En effet, des médicaments mis au point dans les années 1940 avaient fait reculer cette maladie, mais ses bacilles ont récemment renforcé leur résistance et la TB opère un retour en force. De plus, elle se développe très souvent parallèlement au virus du sida.**

## **Mode de transmission :**

La TB est une maladie contagieuse, qui se transmet par l'air. Quand une personne malade tousse, éternue, parle ou crache, elle propulse dans l'air les bacilles de la tuberculose (bacilles de Koch). Une personne qui respire même un petit nombre de ces bacilles est infectée.

**NB :** - Seules les personnes qui sont malades de la TB sont contagieuses (pas celles qui sont atteintes de tuberculose non-pulmonaire).

- En l'absence de traitement, chaque personne malade de TB infecte en moyenne 10 à 15 personnes par an.

**NB :** Les mouvements de population (voyages et surtout populations réfugiées et déplacées) favorisent l'expansion de la maladie. Par conséquent, environ 50 % des réfugiés dans le monde sont infectés par la TB.

## **Localisation géographique :**

80 % des malades sont en Afrique et en Asie.

- Plus d'1,5 million de cas de TB par an en Afrique subsaharienne

- Presque 3 millions de cas par an en Asie du Sud-Est

- Plus de 500 000 cas par an en Europe de l'Est (fait nouveau après 40 ans de déclin de la TB dans cette zone).

## **Symptômes :**

- Les personnes infectées par la TB ne tombent pas nécessairement malades. Leur système immunitaire «isole» en quelque sorte le bacille de la TB, qui peut rester endormi pendant des années.

- Les personnes infectées tombent malades quand les bacilles se multiplient dans leurs poumons et leur gorge.

**NB :** 5 à 10 % des personnes infectées tombent malades à un moment de leur vie.

## **Lien entre TB et sida :**

Le VIH et la TB forment une combinaison mortelle, chacun accélérant les progrès de l'autre. Comme le VIH affaiblit le système immunitaire, une personne séropositive et infectée par la TB a beaucoup plus de risques de tomber malade de la TB qu'une personne infectée par la TB mais séronégative.

La TB est une des causes majeures de mortalité des personnes atteintes du VIH. Elle intervient dans 15% des décès dus au sida dans le monde.

## **Chiffres :**

- Chaque seconde, une personne dans le monde est nouvellement infectée par la TB.

- Presque 1 % de la population mondiale est nouvellement infectée chaque année.

- 1/3 de la population mondiale est actuellement porteuse du bacille.

- Il y a environ 9,27 millions de personnes qui développent la maladie chaque année et au moins 1,3 million de morts (2007).

- L'OMS estime qu'entre 2000 et 2020, près de 1 milliard de personnes seront infectées, 200 millions seront malades et 35 millions mourront de la TB si le contrôle de cette maladie n'est pas renforcé.

## **Vaccin / traitement :**

- Il existe un vaccin (le BCG) mais l'immunité n'est pas toujours garantie : il subsiste 20 % de risque d'attraper la TB tout en étant vacciné.

- Il existe un traitement, très contraignant, qui dure de 6 mois à 1 an. De plus, les bacilles de la TB ont développé une résistance aux médicaments (à cause de traitements inadaptés ou pris irrégulièrement ou partiellement) : certains bacilles sont résistants aux 2 médicaments anti-TB les plus puissants (isoniazide (DCI) et rifampicine (DCI)) et sont donc particulièrement dangereux.

**NB :** du point de vue de la santé publique, un traitement mal supervisé ou incomplet est pire que pas de traitement du tout, puisqu'il permet aux bacilles de développer leur résistance aux médicaments.

- Il est possible de traiter les cas de TB résistants aux médicaments, par un traitement long (jusqu'à 2 ans), d'un prix prohibitif, et plus toxique pour les patients.

**NB :** Comme il n'y a pas d'hôte non humain de la maladie, il suffirait de dépister et traiter tous les cas de TB en phase active, mais il y a un manque de fonds (poids de la dette) et de volonté politique (liée à la corruption, à l'instabilité politique...).

Sources : National Geographic, février 2002; OMS

# FICHE FIEVRE TYPHOÏDE

## Mode de transmission :

- La fièvre typhoïde est transmise par des aliments ou de l'eau contaminés par les selles ou l'urine de personnes infectées par la bactérie *Salmonella typhi* (il existe 107 souches différentes de cette bactérie). L'eau polluée est la source de contamination la plus courante. (Les fruits de mer dont le lit a été contaminé par les égouts, le lait et les produits laitiers contaminés se sont avérés être aussi une source d'infection).

- Les individus peuvent transmettre la maladie aussi longtemps que la bactérie reste dans leur organisme : la plupart sont contagieux avant et pendant la première semaine de convalescence. Environ 10 % des patients non traités transmettent la maladie pendant environ 3 mois; et 2 à 5% des patients non traités transmettent la maladie à vie.

## Localisation géographique :

- Le nombre de cas sporadiques de fièvre typhoïde reste relativement constant dans le monde industrialisé, et il est faible. (NB : la plupart des cas dans les pays développés sont importés de PED où la maladie est endémique).

- La fièvre typhoïde est un important problème de santé publique dans beaucoup de PED.

## Symptômes :

La fièvre typhoïde est caractérisée par l'apparition soudaine d'une fièvre soutenue, de forts maux de têtes, de nausées et d'une perte importante d'appétit. Elle s'accompagne parfois d'une toux rauque et de constipation ou de diarrhées. Le taux de mortalité des personnes malades est d'environ 10 %, mais peut être réduit à moins de 1 % avec un traitement antibiotique approprié.

**NB :** La fièvre paratyphoïde présente des symptômes similaires, mais est généralement moins grave et le taux de mortalité est beaucoup plus bas.

## Chiffres :

- environ 17 millions de cas par an  
- environ 600 000 morts

**NB :** il est difficile d'estimer l'impact réel de la maladie car les signes cliniques peuvent être confondus avec d'autres infections fébriles.

## Vaccin / traitement :

Il existe des **antibiotiques** contre la fièvre typhoïde, mais certaines souches de *S. typhi* sont résistantes à un ou plusieurs antibiotiques (en Asie, au Moyen-Orient et en Amérique Latine, on trouve surtout depuis 1990 des souches résistantes à la plupart des antibiotiques).

Il existe un **vaccin** contre la fièvre typhoïde : il serait bon de vacciner certains groupes tels que les écoliers, les prisonniers, le personnel hospitalier ou municipal (pour l'instant, le vaccin n'est pas utilisé à grande échelle).

Des **mesures préventives** sont nécessaires :

- amélioration de l'assainissement (latrines, etc.) et de l'approvisionnement en eau propre  
- méthodes hygiéniques de préparation des aliments et éducation du public sur l'importance de se laver les mains fréquemment.

Source : OMS

# FICHE « MALADIE DU VER DE GUINEE » (Dracunculose)

■ **La maladie du ver de Guinée est la seule maladie parasitaire qui devrait être éradiquée dans un futur proche.**

## **Mode de transmission :**

La dracunculose est causée par un parasite 'Dracunculus medinensis', appelée couramment «ver de Guinée», qui est le plus gros parasite affectant les tissus humains.

La maladie est contractée en buvant de l'eau contaminée par les hôtes intermédiaires du parasite, appelés «cyclops».

## **Localisation géographique :**

On trouve cette maladie dans 6 pays d'Afrique : Ethiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigeria, Soudan.

## **Symptômes :**

Le ver ayant atteint sa taille normale commence à migrer à travers le corps de la personne infectée dans une période d'un an après l'ingestion.

Il émerge finalement du corps, par les membres inférieurs dans 90% des cas, en causant un oedème extrêmement douloureux, une cloque, puis un ulcère.

La perforation de la peau est accompagnée de fièvre, de nausées et de vomissements.

Les personnes infectées restent souvent malades pendant plusieurs mois.

## **Chiffres :**

- dans le monde : en 1989 : 1 million de cas; en 1997 : moins de 80 000 cas.

- au Nigeria : en 1988 : 653 000 cas; en 1997 : moins de 12 000 cas.

- au Ghana : en 1989 : presque 180 000 cas; en 1998 : moins de 8000 cas.

- En 2008, 501 contaminations recensées.

## **Vaccin / traitement :**

Il n'existe aucun médicament permettant de soigner cette maladie. Mais elle devrait être éradiquée grâce aux mesures suivantes :

- approvisionnement en eau salubre/ traitement chimique de l'eau pour éliminer les vecteurs
- filtration de l'eau de boisson (la filtrer à travers un tissu suffit).
- éducation à la santé et à l'hygiène.

Source : OMS