



est en
La fin ~~de la~~ vue.

2020 INSight

ICTC International Coalition
for Trachoma Control

« Si nous avons le moindre espoir d'atteindre l'objectif de 2020, il nous faut un plan mondial et c'est le moment de le mettre en place. »

– un expert mondial en santé publique

« Le moment est venu de renouveler notre subvention à la lutte contre le trachome et je vais devoir expliquer à ma direction pourquoi il est important d'investir dans la lutte contre le trachome plutôt que dans d'autres domaines tout aussi prioritaires. Il me serait très utile de disposer d'un document qui explique où nous en sommes, quelles seront les prochaines étapes et comment nous comptons atteindre l'objectif de 2020. Nous savons tous à quel point il est important d'investir dans la lutte contre le trachome mais nous devons le justifier. »

- un directeur d'un programme international de donateurs

« Nous pensons au monde en termes de maladies tropicales négligées et nous participons activement à d'autres programmes de développement comme ceux qui portent sur l'eau et l'assainissement. Et pourtant, la stratégie CHANCE est si complexe et unique qu'il sera très utile de disposer d'un document expliquant comment appliquer spécifiquement cette stratégie au trachome. »

- un représentant d'un ministère de la santé

« La communauté a fait un travail formidable pour faire progresser la lutte contre le trachome, mais souvent de façon fragmentée. Il importe de mettre en place davantage de coordination et un plan mondial, et ce pourrait être une excellente introduction à ce débat. »

- un représentant d'un pays

« Nous avons à cœur d'intensifier nos campagnes de sensibilisation mais pour ce faire, nous avons besoin de données factuelles sur la situation des populations et d'un plan crédible qui permettra aux donateurs de savoir où va leur argent. »

- un expert des maladies tropicales négligées

« Je suis très heureux que tant de conversations aient abouti à ce plan. Il est très important que la communauté toute entière puisse y adhérer et s'en servir pour parler d'une seule voix. »

- un partenaire chargé d'opérations

Juillet 2011

©2011 by
Coalition internationale
pour la lutte contre le trachome

ISBN : 978-0-615-50582-4

Table des matières

Résumé d'orientation.....	3
Remerciements	7
Introduction.....	9
1. Où en sommes-nous?.....	13
<i>Il est possible de prévenir le trachome en déployant une stratégie adoptée par l'OMS.....</i>	<i>13</i>
<i>Près de 320 millions de personnes risquent d'être infectées et au moins</i>	
<i>110 millions ont besoin d'un traitement</i>	<i>14</i>
<i>La charge de la maladie n'est comprise que partiellement</i>	<i>14</i>
<i>Des progrès notables ont été réalisés mais des actions d'envergure doivent</i>	
<i>être menées dès maintenant.....</i>	<i>15</i>
<i>Il faut intervenir d'urgence dans les 14 pays où la plupart des problèmes sont concentrés.....</i>	<i>18</i>
2. Où voulons-nous aller?.....	20
<i>Il est essentiel de déployer les interventions à plus grande échelle mais pour ce faire,</i>	
<i>il faut impérativement éliminer les principaux obstacles</i>	<i>20</i>
<i>Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour renforcer la volonté politique</i>	
<i>et augmenter le financement de la stratégie CHANCE.....</i>	<i>23</i>
<i>Selon le contexte, différents chemins peuvent aboutir à l'élimination du trachome</i>	<i>23</i>
3. Comment y arriver?	25
<i>Cinq principes directeurs sont à la base de la démarche.....</i>	<i>25</i>
<i>Il faut à chaque district au moins quatre à six ans, souvent davantage,</i>	
<i>entre le lancement des activités et leur aboutissement par l'élimination du trachome</i>	<i>26</i>
<i>Cinq facteurs stratégiques permettent de définir la feuille de route jusqu'en 2020</i>	<i>28</i>
<i>Des jalons spécifiques jusqu'en 2020 et au-delà.....</i>	<i>30</i>
<i>Plan pour la période post-élimination.....</i>	<i>30</i>
4. Que va coûter l'élimination du trachome?.....	32
<i>Le coût total est estimé à environ 430 millions de dollars pour ce qui concerne</i>	
<i>la charge confirmée du trachome.....</i>	<i>32</i>
<i>Cette estimation sera portée à 748 millions de dollars si l'endémicité du trachome</i>	
<i>est confirmée dans 50 % des districts où elle était suspectée.....</i>	<i>33</i>
<i>De nouveaux investissements sont nécessaires, qui peuvent avoir un impact significatif</i>	<i>33</i>
Références.....	36
<i>Lectures recommandées aux partenaires.....</i>	<i>37</i>
Annexe 1 — Aperçu de la situation épidémiologique	38
Annexe 2 — Hypothèses d'estimations de coûts	39



Résumé d'orientation

Le trachome est une infection oculaire connue depuis plusieurs milliers d'années qui entraîne la cécité chez de nombreuses personnes sur tous les continents du globe. Grâce à des interventions ciblées de développement, on peut estimer que le trachome est désormais circonscrit à 59 pays, mais il touche encore les populations les plus pauvres du monde. À l'heure actuelle, plus de 2 millions de personnes sont aveugles ou souffrent d'une incapacité très douloureuse à cause du trachome.

Où en sommes-nous?

L'Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020 (GET 2020) coordonnée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été créée en 1998 pour éliminer ce problème et la même année, la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a prié ses États Membres de collaborer avec l'Alliance pour éliminer l'impact du trachome sur la santé publique à l'horizon 2020. Au même moment, Pfizer Inc. s'engageait pour sa part à faire don de Zithromax® en faveur du programme d'antibioprévention destiné à interrompre la transmission de la maladie. Ces initiatives ont eu un effet catalyseur sur de nombreuses autres organisations qui se sont déclarées désireuses de relever ce défi et c'est ainsi qu'une large communauté de partenaires s'est mise en place et lutte aujourd'hui contre le trachome.

De nombreuses avancées positives ont été réalisées depuis lors. L'intérêt de la stratégie CHANCE adoptée par l'OMS (CHirurgie des paupières, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changements Environnementaux) a été reconnu sans ambiguïté et des améliorations sont apportées continuellement au fil d'innovations judicieuses. Les premiers pays ont atteint, ou sont en voie d'atteindre, leurs objectifs d'interventions. La charge globale de la maladie diminue et les différents acteurs commencent à se préparer à la dernière manche dans l'optique de l'objectif de 2020. Si les progrès réalisés sont encourageants, il reste encore un long chemin à parcourir pour que ces ambitions deviennent réalité en 2020.

Ce plan stratégique mondial a été rédigé au printemps 2011 à partir d'informations transmises par les différents partenaires, dans le but d'accélérer la progression ; il vise trois objectifs spécifiques : (a) dresser un tableau de la situation concernant le trachome et identifier ce qui reste à faire, (b) décrire les jalons nécessaires pour réussir à éliminer le trachome cécitant dans le monde à l'horizon 2020 et (c) convaincre les donateurs et les partenaires qu'un dollar dépensé pour l'élimination du trachome est un dollar bien dépensé.

À ce jour, les meilleures estimations laissent penser que près de 110 millions de personnes vivent dans des régions où l'endémicité du trachome est confirmée et où il est donc nécessaire d'appliquer pleinement la stratégie CHANCE. À cela viennent s'ajouter 210 millions de personnes qui vivent dans des districts où l'on suspecte la prévalence du trachome, sans toutefois disposer de données pour orienter les interventions. Dans les districts où l'endémicité du trachome est confirmée, on estime que pour 4,6 millions de personnes, la maladie a atteint les derniers stades et il est impératif de les opérer pour éviter qu'elles ne deviennent aveugles. Il faut noter par ailleurs que plus de 80 % de la charge du trachome évolutif est concentrée dans 14 pays dans lesquels il faut agir immédiatement.

Nous considérons que personne ne doit souffrir inutilement des effets insupportables du trachome.



Où allons-nous?

Pour atteindre l'objectif de l'Alliance GET 2020, nous devons de toute urgence recueillir les données pour combler les lacunes dans ce domaine et cartographier le trachome pour constater l'ampleur du problème. Par ailleurs, il est important de déployer à plus grande échelle toutes les interventions dans chacun des volets de la stratégie CHANCE. Bien sûr, cela doit être fait en étroite coordination avec les programmes plus larges de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) (en particulier pour le volet A) et avec l'appui d'autres activités de développement (en particulier pour les volets N et CE). Ce plan stratégique mondial énumère les jalons qui nous permettront de rester sur la bonne voie vers l'objectif de 2020, nous encouragerons à poursuivre en mettant en évidence les progrès accomplis et nous permettront de programmer les prochaines étapes. Réussir à atteindre chacun des jalons dépendra de la capacité des pays à diriger les interventions, de la coordination internationale, de l'aide apportée dans la planification et la logistique et enfin du volume de financement.

Cela en vaut-il la peine?

Nous pouvons estimer entre 430 et 748 millions de dollars (USD) le coût total de mise en oeuvre de la

stratégie CHANCE dans tous les pays dont on sait que l'endémie persiste. La capacité à rassembler les fonds nécessaires combinée à des dons importants de médicaments (un peu plus de un milliard de dollars environ pour la seule année 2010) pourrait avoir une incidence considérable. Quatre dollars dépensés par personne pour éliminer le trachome pourraient permettre la pleine application de la stratégie CHANCE dans les zones d'endémie. Par ailleurs, nous pourrions mettre un terme à une maladie qui, toutes les quatre minutes, fait perdre brutalement son acuité visuelle à une personne et toutes les heures, rend quatre personnes aveugles.

L'élimination du trachome cécitant dans le seul continent africain entraînerait une hausse du PIB d'environ 20 à 30 points de pourcentage dans ces pays, si l'on s'en tient aux estimations prudentes de la perte de productivité annuelle. Nous savons que pour 20 dollars investis dans l'élimination du trachome, c'est une année supplémentaire assurée sans perte brutale d'acuité visuelle ou sans cécité. Si tous se coordonnent pour passer les jalons et intensifier les activités, alors nous pouvons considérer que l'élimination du trachome cécitant prévue pour 2020 est bien en vue.

Ce plan stratégique mondial et les plans nationaux qui l'accompagnent peuvent contribuer à mobiliser les partenaires et les ressources pour intensifier nos actions tout au long de notre feuille de route commune et nous permettre d'atteindre l'objectif ambitieux mais réalisable énoncé par l'Assemblée mondiale de la Santé : l'élimination du trachome cécitant dans le monde à l'horizon 2020.



Remerciements

De nombreux pays d'endémie et des partenaires internationaux (énumérés ci-dessous) ont contribué à la préparation de ce document en apportant leur expertise et leurs points de vue dans leurs domaines respectifs. La Coalition internationale pour la lutte contre le trachome (ICTC) leur est reconnaissante du travail considérable qu'ils ont accompli et des idées qui les ont inspirés. Nous tenons aussi à remercier la Société de conseil en gestion McKinsey & Company. L'analyse indépendante et les entretiens dirigés par McKinsey & Company ont fourni une base factuelle déterminante pour l'élaboration du présent rapport et nous les remercions pour le temps qu'ils nous ont consacré et pour leur dévouement. Le présent document est financé et coordonné par l'International Trachoma Initiative (ITI) par le biais d'une généreuse subvention de Pfizer Inc.

- > Agatha Aboe, Sightsavers
- > Peter Ackland, Agence internationale pour la prévention de la cécité
- > Phillip Albano, Fondation du Lions Clubs International
- > Menbere Alemu, International Trachoma Initiative, Éthiopie
- > Gregory Anderson, Fondation Conrad N. Hilton
- > Sanoussi Bamani, Ministère de la Santé du Mali
- > Kadri Boubacar, Ministère de la Santé du Niger
- > Matthew Burton, London School of Hygiene & Tropical Medicine
- > Simon Bush, Sightsavers
- > Rekha Chalasani, Pfizer Inc.
- > Benjamin Chukwuemaka Nwobi, Ministère fédéral de la Santé du Nigéria
- > Paul Courtright, Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology
- > Oscar Debrah, Service de santé du Ghana
- > Paul Emerson, The Carter Center
- > Dirk Engels, Organisation mondiale de la Santé
- > Hannah Faal, Sightsavers
- > Andrew Fisher, The Lavelle Fund for the Blind
- > Kevin Frick, Université Johns Hopkins
- > Asrat Genet, Bureau régional de la santé, Amhara, Éthiopie
- > John Gibb, Département pour le Développement international (DFID) Royaume-Uni
- > Michael Gichangi, Ministère de la Santé du Kenya
- > Tizita Hailu, Ministère fédéral de la Santé d'Éthiopie
- > Danny Haddad, International Trachoma Initiative
- > Jaouad Hammou, Ministère de la Santé du Maroc
- > Awad Hassan, Ministère de la Santé du Soudan
- > Anne Heggen, International Trachoma Initiative
- > Donald Hopkins, The Carter Center
- > Julie Jacobson, Fondation Bill & Melinda Gates
- > Khumbo Kalua, Ministère de la Santé du Malawi
- > Yaya Kamissoko, The Carter Center, Mali
- > Salissou Kane, The Carter Center, Niger
- > Shaheen Kassim-Lakha, Fondation Conrad N. Hilton
- > Geoffrey Knox, Geoffrey Knox & Associates
- > Martin Kollmann, CBM
- > Lucia Kur, Ministère de la Santé du Sud-Soudan
- > Elizabeth Kurylo, International Trachoma Initiative
- > Tom Lietman, Université de Californie, San Francisco
- > Chad MacArthur, Helen Keller International
- > Peter Magok, The Carter Center, Sud-Soudan
- > Rebecca Mann, International Trachoma Initiative
- > Silvio Mariotti, Organisation mondiale de la Santé
- > Richard le Mesurier, Fondation Fred Hollows
- > Emmanuel Miri, The Carter Center, Nigéria
- > Bernadetha Shilio Mpoki, Ministère de la Santé et de la protection sociale de Tanzanie
- > Jeremiah Ngondi, Université de Cambridge
- > Adiele Onyeze, Organisation mondiale de la Santé
- > Serge Resnikoff, Organisation pour la Prévention de la Cécité
- > Mark Rosenberg, The Task Force for Global Health
- > Lisa Rotondo, International Trachoma Initiative
- > Boubacar Sarr, Ministère de la Santé du Sénégal
- > Anthony Solomon, London School of Hygiene & Tropical Medicine
- > Zerihun Tadesse, The Carter Center, Éthiopie
- > Hugh Taylor, Université de Melbourne
- > Chantal Veira, International Trachoma Initiative
- > Angela Weaver, USAID
- > Sheila West, Université Johns Hopkins
- > Georges Yaya, Ministère de la Santé de la République centrafricaine



Introduction

Le trachome est la maladie infectieuse cécitante la plus répandue dans le monde et occupe le huitième rang mondial parmi les maladies cécitantes les plus courantes. Le trachome touche surtout les personnes qui vivent dans les régions les plus pauvres. Au moins 110 millions de personnes vivent dans des régions où l'endémicité de la maladie est confirmée et pour environ 4,6 millions d'entre eux, la maladie a atteint un stade avancé (trichiasis) et son évolution progressive vers la cécité est très douloureuse. Par ailleurs, 210 millions de personnes vivent dans des régions pour lesquelles les données disponibles à ce jour sont insuffisantes, mais où de nombreux indices tendent à confirmer la prévalence du trachome.^{1,2,3} Dans ces régions, on peut estimer devoir prendre en compte 3,6 millions de cas de trichiasis supplémentaires.⁴

Le trachome cécitant commence par une infection bénigne de l'œil provoquée par *Chlamydia trachomatis*. Chez les jeunes enfants, la maladie se présente sous la forme d'une inflammation chronique de la paupière : Inflammation trachomateuse - Folliculaire (TF) et Intense (TI). Des réinfections répétées peuvent entraîner un cercle vicieux : la cicatrisation de la paupière conduit à un entropion et un trichiasis ; la paupière renversée vers l'intérieur entraîne un frottement douloureux des cils sur le globe oculaire (Trichiasis Trachomateux ou TT) et une érosion de la cornée. Le traumatisme répété de la cornée combiné à des infections secondaires peut causer de violentes douleurs et aboutit finalement à une opacité cornéenne (CO) puis à la cécité.

Le plus souvent, les enfants sont infectés dès leur plus jeune âge et développent progressivement une perte d'acuité visuelle qui aboutit dans la plupart des cas à

la cécité aux environs de 45 à 60 ans. Les femmes ont presque deux fois plus de risques que les hommes de développer un TT.⁵ Si le développement économique a permis de le faire disparaître d'une grande partie du globe, le trachome continue de toucher certaines des populations les plus vulnérables.

Même si les estimations varient, on peut supposer qu'au moins un million de personnes dans le monde souffrent d'une déficience visuelle et que 750 000 autres sont rendues aveugles par le trachome.⁶ Cela signifie que toutes les quatre minutes, au moins une personne de plus se trouve confrontée à une perte d'acuité visuelle grave et que pratiquement toutes les 15 minutes, une personne de plus est rendue aveugle par cette maladie dévastatrice.⁷

En 1998, l'Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici à 2020 (GET 2020) a été

1 Les estimations épidémiologiques sont issues du « Trachoma Atlas » (www.trachomaatlas.org) mis à jour par la London School of Hygiene & Tropical Medicine, International Trachoma Initiative et The Carter Center, et de diverses bases de données. Une population pour laquelle l'endémicité du trachome est confirmée est le nombre total de personnes qui vivent dans des districts où des enquêtes réalisées à l'échelle des districts ont permis de constater que la prévalence du TT chez les enfants âgés de 1 à 9 ans était supérieure à 9,99 %. Une population pour laquelle l'endémicité du trachome est suspectée, vit dans des districts (a) où la prévalence du TF est supérieure à 9,99 % selon une évaluation rapide du trachome ou une enquête de niveau régional ou (b) qui sont classés par des experts locaux comme districts suspectés d'endémie.

2 Le Brésil, la Chine et l'Inde ne sont pris en compte dans aucune des analyses mentionnées dans le présent document en raison du degré élevé d'incertitude des données. Certains estiment que dans ces pays, 750 millions de personnes vivent dans des zones où le trachome pourrait être endémique et les cas de TT pourraient représenter environ 2,8 millions de personnes. (Mariotti et al., 2009).

3 Les estimations de TT reposent sur les meilleures données disponibles. Nous avons utilisé 3 sources, par ordre de préférence : nombre de cas en attente d'une opération, notifié par les pays à la réunion de GET 2020, en 2010, Mariotti et al., 2009, et estimations fondées sur les chiffres de prévalence du TT communiqués à ITI en 2010 (voir l'annexe 1 pour plus de détails).

4 3,6 millions de cas est l'écart entre le calcul du nombre de cas de trichiasis dans les régions confirmées d'endémie et le total estimé dans le rapport de Mariotti et al., 2009.

5 « Women and Trachoma », The Carter Center & Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, 2009.

6 Les participants à la 2^{de} réunion scientifique sur le trachome, en 2003, ont estimé que 1,8 millions et 1,3 millions de personnes ont, respectivement, perdu leur acuité visuelle et sont devenus aveugles (Rapport de la 2^{de} réunion scientifique GET 2020 sur le trachome. Genève, 25-27 août 2003 et Burton et al., 2009). Environ 1,05 millions et 750 000 d'entre elles, respectivement, peuvent être considérées comme des cas confirmés alors que les autres cas ne sont actuellement que suspectés.

7 L'incidence annuelle du trichiasis peut être estimée à 8 % (Ngondi et al., 2006) et environ 10 % et 35 % respectivement sont aveugles ou souffrent d'une déficience visuelle (Ngondi et al., 2007). Ces estimations concordent avec les observations sur le terrain de Munoz et al., 1999 et avec la simulation mathématique de Gambhir et al., 2009.

L'alliance GET 2020 définit son objectif d'élimination du trachome à l'horizon 2020 en s'appuyant sur les critères de l'OMS :

- (a) réduction de la prévalence du TF à moins de 5 % chez les enfants âgés de 1 à 9 ans,*
- (b) charge maximale du trichiasis de 1 cas pour 1000 habitants (total de la population) et*
- (c) activités intensives sur les volets N et CE.*

Ces trois conditions doivent être remplies dans chaque district d'endémie.

créée pour piloter le déploiement systématique de la stratégie CHANCE. Cette stratégie a montré qu'à partir d'un concept clair et ambitieux, elle pouvait aboutir à l'élimination du trachome (voir la figure 1).

La même année, la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a demandé aux États Membres « de mettre en œuvre ... la stratégie CHANCE afin d'éliminer le trachome cécitant » et « de participer à l'alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome et à son réseau de parties intéressées en vue d'une coordination mondiale de l'action et des mesures d'appui spécifiques. »⁸

Le trachome est l'une des cinq maladies prioritaires identifiées par l'initiative mondiale VISION 2020 « le droit à la vue » lancée en 1999 par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Agence internationale pour la prévention de la cécité et qui vise à éliminer la cécité évitable.⁹ Son élimination reste une composante importante de la campagne qui cherche à éliminer la cécité évitable à l'horizon 2020. L'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé l'importance de la lutte contre le trachome dans sa résolution WHA62.1 adoptée en 2009. L'année suivante, l'OMS a proposé l'adoption

d'un plan d'action dans lequel il est demandé aux partenaires internationaux de « continuer à fournir un appui aux partenariats existants pour la lutte contre l'onchocercose et le trachome jusqu'à ce que ces maladies soient éliminées en tant que problèmes de santé publique. »¹⁰

En octobre 2010, l'OMS a publié son tout premier rapport sur les maladies tropicales négligées (MTN) et le trachome est cité parmi les sept MTN qui peuvent être évitées par l'administration de masse de médicaments (AMM). À l'occasion du lancement de ce rapport, le Directeur général de l'OMS a fait remarquer que si l'on considère les MTN collectivement, les opérations de lutte sont plus efficaces ; par ailleurs, elle a indiqué que les dons de médicaments avaient permis un tournant décisif dans les perspectives d'élimination de ces maladies.

L'élimination du trachome cécitant peut avoir une incidence particulièrement déterminante

Les interventions contre le trachome sont bien décrites et s'accompagnent de nombreux documents. Leur incidence sur la vie des gens est considérable. Si l'on estime que 750 000 personnes sont aveugles et qu'un million d'autres souffrent de déficience visuelle, il en est bien d'autres encore qui sont touchées indirectement, notamment les enfants et les petits-enfants, privés d'éducation et d'autres chances de développement personnel parce qu'ils sont chargés de prodiguer les soins pour aider leurs parents à domicile. Et il importe de souligner que les populations touchées sont pauvres et vivent souvent dans des conditions difficiles. Le problème supplémentaire engendré par une perte d'acuité visuelle ou, pire encore, par la cécité, est souvent très dur à accepter et peut entraîner la perte du statut social, le rejet et l'isolement social.

Le fardeau économique du trachome est très lourd

Ces dernières années, plusieurs estimations ont été réalisées sur le fardeau que le trachome fait peser sur l'économie.¹¹ Par extrapolation des estimations les plus

prudentes du fardeau de 2010, nous pouvons déduire que la perte totale de productivité pour les personnes déficientes visuelles ou aveugles et leurs aidants se situe entre 3 et 6 milliards de dollars (USD) chaque année.¹² Au fur et à mesure que le développement économique entraîne une augmentation du PIB par habitant, ce fardeau ne fait que s'alourdir.

Nous avons amorcé un virage dans la première moitié du programme d'élimination du trachome cécitant et les progrès obtenus sont significatifs. On comprend bien mieux cette maladie, on sait comment la combattre et l'approche multiforme adoptée a permis de l'éliminer dans quelques pays seulement mais leur nombre ne fait qu'augmenter. L'ampleur des difficultés reste considérable et il sera très important de coordonner les actions et d'intensifier les interventions dans un proche avenir pour atteindre l'objectif de 2020.

Le but de ce plan stratégique mondial

En 2010, lors de la 14^{ème} réunion de GET 2020, ITI a été chargée par l'alliance mondiale « d'élaborer un modèle de plan d'action contre le trachome qui sera diffusé aux partenaires de l'alliance. » Ce modèle de plan d'action a été conçu pour délimiter les actions et les étapes spécifiques axées sur l'objectif 2020 d'élimination du trachome à l'échelle de chaque nation. L'élaboration du plan d'action contre le trachome propre à chaque pays a servi de catalyseur à la création de ce plan stratégique mondial appelé « 2020 INSight, » qui trace la voie à suivre jusqu'à l'élimination mondiale du trachome cécitant en 2020 et constitue un outil de pilotage des actions collectives, de leur coordination et

des domaines d'activités. Par ailleurs, « 2020 INSight » peut être utilisé pour souligner les progrès accomplis et servir de document de plaidoyer pour sensibiliser davantage, renforcer la volonté politique et obtenir des fonds supplémentaires.

Les calculs présentés dans ce document s'appuient sur les meilleurs données disponibles à l'été 2011 – nous savons que plusieurs opérations en cours dans le domaine des coûts et de l'épidémiologie permettront d'améliorer les données existantes. Ce document résulte également de discussions avec de nombreux représentants de pays, des partenaires nationaux et internationaux et des donateurs.

Le présent document cherche à répondre à quatre questions importantes:

1. *Où en sommes-nous?* – point sur la situation actuelle au regard de l'élimination du trachome
2. *Où voulons-nous aller?* – présentation globale de nos aspirations, analyse des interventions nécessaires et exemples de voies à suivre pour réussir
3. *Comment y arriver?* – présentation des jalons fixés jusqu'à l'objectif de 2020 sur la base des principes fondamentaux et démarche détaillée pour chaque district
4. *Que va coûter l'élimination du trachome cécitant?* – examen de l'ensemble des coûts des activités d'élimination du trachome cécitant et incidence des investissements

8 Résolution WHA51.11, 1998.

9 WHO/PBL97.61 Rev.2, page 13.

10 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, 2009-2013 ; OMS 2010, page 17, paragraphe 87.

11 Frick et al., 2003 (1), Frick et al., 2003 (2) et Burton et al. (2009).

12 Ces estimations découlent des études de Frick et al., 2003 (1) et de Frick et al., 2003 (2) selon lesquelles les pertes de productivité annuelles représentent 5 à 8 milliards de dollars pour 5,8 millions d'habitants déficients visuels et 3,8 millions de personnes aveugles. Les nombres indiqués ici sont tirés d'estimations de la charge plus basses (1,05 million et 750 000 respectivement) mais sont ajustés pour tenir compte de l'inflation (21 % entre 2003 et 2020) et de la croissance économique (moyenne pondérée de 34 % pour les pays comptant des cas de TT en attente d'une intervention chirurgicale entre 1998 et 2010).



1. Où en sommes-nous?

Il est possible de prévenir le trachome en déployant une stratégie adoptée par l'OMS

Une recherche approfondie a montré que les quatre volets de la stratégie CHANCE adoptée par l'OMS (illustrés à la figure 1) peuvent permettre d'éliminer le trachome au sein des populations vulnérables : la **CHirurgie** est nécessaire pour empêcher que les cils ne frottent sur la cornée et pour interrompre le cycle des traumatismes et de l'infection secondaire qui entraîne la cécité. L'**Antibiothérapie** est indispensable pour traiter l'infection et réduire la prévalence de la maladie et sa transmission dans les régions d'endémie. Le **Nettoyage** du visage contribue à diminuer la transmission de la maladie par les doigts, les

mouches et les contages et enfin les **Changements Environnementaux** (comme l'accès à l'eau et les réseaux d'assainissement) réduit les expositions et les réinfections. Les interventions qui portent sur les volets N et CE doivent être mises en place lorsque la prévalence du TF est supérieure à 5 % chez les enfants âgés de 1 à 9 ans¹³ et lorsque la prévalence du TF est supérieure à 10 % dans un district, ces interventions doivent s'accompagner d'une distribution d'antibiotiques dans l'ensemble de ce district. De plus, des interventions chirurgicales doivent être envisagées dès lors que la prévalence du TT dans un district est supérieure à 0,1 %.

FIGURE 1 - Illustration de chacun des volets de la stratégie CHANCE



CHirurgie



Antibiothérapie



Nettoyage



Changements
Environnementaux

¹³ Il n'est pas nécessaire de prévoir l'administration d'antibiotiques au niveau du district lorsque la prévalence du TF se situe entre 5 et 10 %, mais des interventions ciblées peuvent être nécessaires dans des communautés ou des sous-districts.

Près de 320 millions de personnes risquent d'être infectées et au moins 110 millions ont besoin d'un traitement

On estime qu'au total, près de 320 millions de personnes vivent dans des régions où elles risquent d'être exposées au trachome, à l'exception du Brésil, de la Chine et de l'Inde. ¹⁴ Près de 110 millions d'entre elles, dont les deux tiers résident en Éthiopie, au Niger, au Nigéria, en Ouganda et en Tanzanie, vivent dans des régions où les enquêtes ont confirmé que l'application des quatre volets de la stratégie CHANCE était garantie. Par ailleurs, 210 millions de personnes supplémentaires vivent dans des zones où les pays eux-mêmes pensent que le trachome est endémique mais où les données spécifiques qui permettraient de conclure à la nécessité de la stratégie CHANCE font actuellement défaut. ¹⁵ Plusieurs pays comptent un nombre particulièrement élevé de personnes qui vivent dans des zones où l'endémicité du trachome est suspectée mais non confirmée ; c'est le cas du Pakistan

et du Mozambique, qui comptent respectivement plus de 30 millions et plus de 10 millions de personnes dans cette situation (voir la figure 2).

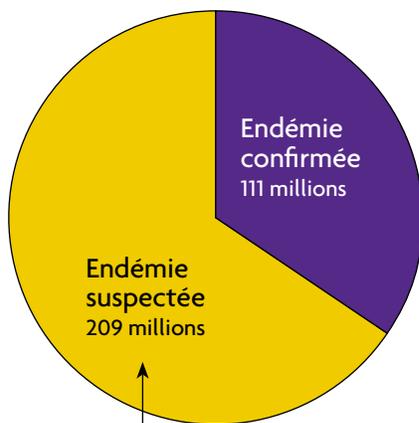
La charge de la maladie n'est comprise que partiellement

L'OMS recommande de cartographier la charge du trachome au niveau du district. ¹⁶ Ce niveau correspond souvent aux délimitations des systèmes de santé et le district est également l'unité de planification des interventions de la stratégie CHANCE. À fin 2010, les enquêtes menées à l'échelle du district ont permis de cartographier la charge du trachome dans seulement 1115 districts dont 559 sont actuellement confirmés districts d'endémie. Il est important de recueillir des données dans au moins 1293 districts supplémentaires pour que le tableau de la situation soit complet. ¹⁷ Cela représente une tâche titanesque si l'on considère qu'il a fallu 12 ans pour enquêter dans les 1000 premiers districts. ¹⁸

FIGURE 2 - Répartition entre les zones où l'endémicité du trachome est confirmée et celles où elle est suspectée

Répartition de la population entre les zones où l'endémie est confirmée et celles où elle est suspectée, par type d'enquête ¹

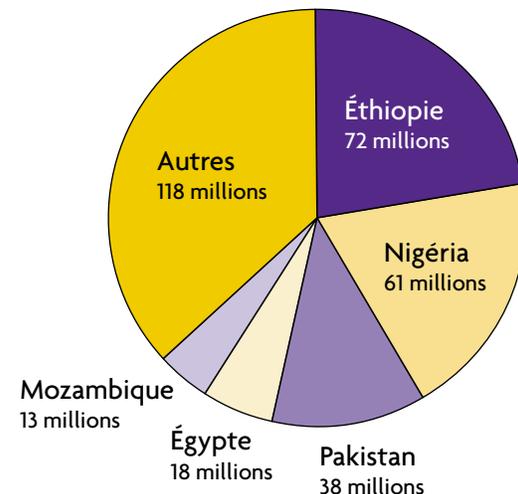
Millions



Deux tiers des personnes vivent dans des districts suspectés d'endémie. Il faudra réaliser des enquêtes dans 1 293 districts pour confirmer la prévalence du trachome.

Répartition de la population entre les zones où l'endémicité du trachome est confirmée et celles où elle est suspectée, par pays ¹

Millions



Sur la totalité des personnes qui vivent dans des zones où l'endémicité du trachome est suspectée ou confirmée, 63 % sont réparties dans 5 pays. Il est possible que sur ce diagramme, l'ampleur de la situation de certains pays soit en-deçà de la réalité lorsque les données disponibles sont insuffisantes.

L'élimination de la cécité due au trachome en Afrique subsaharienne est possible si l'on mène des campagnes de plaidoyer et si les pays adhèrent pleinement au projet et déploient à grande échelle tous les volets de la stratégie CHANCE :

Le Ghana est très proche de son objectif d'élimination du trachome en tant que problème de santé publique. Le programme national ghanéen de lutte contre le trachome mis en place par le service de santé du Ministère ghanéen de la Santé a été lancé en 2000 et doit prendre en charge 2,8 millions de personnes que l'on estime exposées au risque d'infection par le trachome, avec 11 600 cas de cécité due au trachome et près de 13 000 personnes souffrant de trichiasis – le stade potentiellement cécitant de la maladie. Le programme qui consiste à appliquer la stratégie CHANCE fonctionne depuis près de 10 ans : des partenaires nationaux et internationaux ont permis à des personnes souffrant de trichiasis de bénéficier d'une intervention chirurgicale, ont distribué environ 3,5 millions de doses

de Zithromax® à près d'un million de personnes, ont mené des campagnes d'éducation sanitaire sur le nettoyage du visage et ont installé des latrines et des sources d'eau saine pour les ménages. Entre 2000 et 2010, le programme ghanéen de lutte contre le trachome a réduit la prévalence du trachome évolutif de 9,7 - 16,1 % à moins de 3,0 % dans les districts d'endémie. Les cas de trichiasis qui subsistent ont été réduits à environ 1500. Ce programme a réussi également à étendre le réseau d'adduction d'eau à plus de 90 % et l'installation de latrines pour 30,8 % des ménages contre à peine 1 % auparavant. Le Ghana est en bonne voie d'éliminer le trachome cécitant grâce à l'application intégrale de la stratégie CHANCE. Le service de santé du Ghana est à la fois le maître d'œuvre,

le chargé d'exécution et le coordinateur de ce programme. Mais il a bénéficié d'un partenariat actif qui a contribué à cette réussite. La collaboration étroite entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement dans le groupe spécial de lutte contre le trachome a montré comment réussir à éliminer une maladie de la pauvreté. Et enfin, le système de santé avec l'appui de partenaires a entrepris de développer sa capacité à identifier les 1500 cas restants de trichiasis et les nouveaux cas, et à les opérer. Pour préserver les progrès accomplis par le Ghana, des plans ont été élaborés pour assurer une surveillance constante et poursuivre les campagnes de sensibilisation sur l'eau et l'assainissement auprès des gouvernements, des agences et des organisations.¹⁹

Il est important également de s'attaquer aux problèmes qui se posent localement, comme la présence de populations nomades ou de personnes vivant dans les zones transfrontalières qui risquent de se trouver dans les failles d'un système de cartographie par district. Il faut tenir compte aussi des changements survenus dans les délimitations et la définition des districts ; ainsi, la modification récente du tracé des délimitations géographiques des districts au Kenya a eu pour conséquence la multiplication du nombre de ces districts.

Des progrès notables ont été réalisés mais des actions d'envergure doivent être menées dès maintenant

Les progrès réalisés ces dix dernières années sont remarquables à tous points de vue.

Un certain nombre de pays ont signalé récemment qu'ils avaient atteint les objectifs d'élimination du trachome fixés par l'OMS. Cette réussite montre bien que l'élimination du trachome est possible et est un signe d'encouragement pour continuer la lutte.

14 Le Brésil, la Chine et l'Inde ne sont pris en compte dans aucune des analyses mentionnées dans le présent document en raison du degré élevé d'incertitude des données.

15 192 millions de personnes vivent dans les zones « suspectées d'endémie » dans lesquelles une évaluation rapide du trachome ou une enquête régionale a constaté une prévalence du trachome supérieure à 10 % ou sur lesquelles on dispose de données fortement probantes attestant de la présence de cas de trachome.

16 Un district est défini comme une unité administrative pour la gestion des soins de santé et à des fins de clarification, et consiste en une unité de population comprise entre 100 000 et 250 000 personnes.

17 Estimations par district tirées de la base de données du « Trachoma Atlas » et conformes à d'autres estimations publiées.

18 Base de données du « Trachoma Atlas » et données historiques.

19 Étude du cas du Ghana à partir de la documentation disponible, de l'examen des données et des discussions d'experts avec le Dr Agatha Aboe et le Dr Oscar Debrah.

La communauté de lutte contre le trachome est liée par un partenariat très fort qui est la preuve vivante qu'un partenariat international public-privé peut obtenir des résultats remarquables. La réussite de la campagne antitrachomateuse est le résultat d'une collaboration efficace et durable entre les ministères de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement dans les pays d'endémie, les organisations internationales comme l'OMS, une longue liste de donateurs (par exemple le DFID, la Fondation Conrad N. Hilton, Lavelle Fund for the blind, la Fondation du Lions Clubs International, USAID) ; d'ONG internationales (notamment The Carter Center, CBM, la Fondation Fred Hollows, Helen Keller International, l'International Trachoma Initiative, Light for the World, Operation Eyesight Universal, ORBIS, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité, Sightsavers International, la Fondation Ulls del Món, World Vision) ; un grand nombre d'institutions universitaires (par exemple l'Université Emory, l'Université Johns Hopkins, le Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, la London School of Hygiene & Tropical Medicine, l'Université de Californie à San Francisco, l'Université de Melbourne) et une Société de parrainage, Pfizer Inc., qui fait don de Zithromax®, l'antibiotique utilisé dans de nombreux pays d'endémie pour traiter le trachome et qui apporte une certaine aide financière à ITI et à l'Alliance GET 2020.

La force de la communauté de lutte contre le trachome est mise en évidence par l'explosion du nombre des interventions chirurgicales effectuées chaque année, puisque de 40 000 en 2005, leur nombre est passé à environ 160 000 et a été confirmé à la réunion de 2010 de GET 2020.²⁰ La distribution d'antibiotiques s'est rapidement intensifiée : près d'un million de doses en 1998 à près de 37 millions en 2010²¹ et des interventions déterminantes ont été réalisées dans les volets N et CE, souvent en collaboration avec d'autres programmes. Globalement, plus de 30 pays ont mis en place des programmes d'élimination du trachome.

Pourtant, toute cette énergie et les progrès obtenus

risquent de n'être pas suffisants pour atteindre l'objectif de 2020. Aux niveaux actuels de prévalence et d'interventions, il faudra attendre 2032 avant que l'on puisse rattraper le retard dans les interventions chirurgicales, en dépit des 160 000 actes chirurgicaux effectués chaque année.²² Et si nous n'accélérons pas l'extension du programme de distribution d'antibiotiques, tous les districts dont les besoins de traitement sont confirmés ne pourront pas voir ces besoins satisfaits avant 2028. Et que dire des districts dont les besoins de traitement ne sont pas encore confirmés : il faudra beaucoup plus d'années encore pour les atteindre - et aucune activité notable n'est actuellement en cours ni même programmée.

Alors que la communauté de lutte contre le trachome travaille en étroite collaboration avec d'autres partenaires pour intervenir sur les volets N et CE de la stratégie CHANCE, il reste à résoudre un certain nombre de problèmes :

- > **Activités sur le volet N** : alors que dans certains pays, les équipes nationales disposent de certains outils (par exemple, campagnes promotionnelles sur les radios locales), la collaboration avec d'autres partenaires est très importante (par exemple collaboration avec le ministère de l'éducation pour intégrer des séances de nettoyage du visage et des mains dans les programmes scolaires). À ce jour, ces méthodes sont appliquées et expérimentées dans le monde entier mais elles ne sont pas toujours bien coordonnées.
- > **Activités sur le volet CE** : l'accès à une eau non contaminée dans les zones d'endémie est une condition préalable si l'on veut réussir à promouvoir d'autres volets de la stratégie CHANCE. Actuellement, des organisations comme l'UNICEF, CARE, WaterAid et d'autres encore ont des programmes spécifiques d'accès à l'eau mais ne parviennent que très rarement à s'aligner sur des plans de lutte contre le trachome ou sur des plans plus larges qui portent sur d'autres maladies tropicales négligées.

FIGURE 3 – Segmentation des pays en fonction de leur situation actuelle

	Ont déclaré avoir atteint leurs OUI*	Pays à forte charge de trachome	Autres pays	
Pays	Algérie Gambie Ghana Iran Libye Mexique Maroc Oman Viet Nam	Burkina Faso Éthiopie Guinée Kenya Mozambique Niger Nigéria Pakistan Sénégal Soudan Sud-Soudan Tanzanie Ouganda Zambie	Afghanistan Australie Bénin Botswana Burundi Cambodge Cameroun Côte d'Ivoire Djibouti Égypte Érythrée Guatemala Guinée-Bissau Îles Fidji Îles Salomon Iraq Kiribati	Malawi Mali Mauritanie Myanmar Namibie Nauru Népal Papouasie-Nouvelle-Guinée République centrafricaine RDP lao Somalie Tchad Togo Vanuatu Yémen Zimbabwe
Nombre de pays	9	14	33	
% d'hab. en zones d'endémie	0%	83%	17%	
% de charge de TT	6%	71%	23%	

* Objectifs Ultimes d'Interventions

Nota : Le Ghana et le Viet Nam ont déclaré avoir atteint leurs OUI uniquement pour le trachome évolutif, et pas encore pour la chirurgie. La Gambie attend les résultats définitifs des enquêtes ; toutefois, les données préliminaires indiquent qu'elle a atteint son OUI.

20 Cette estimation s'appuie sur les rapports transmis par les pays à GET 2020 en vue de la réunion de 2010.

21 OMS, GET 2020.

22 Projections fondées sur des simulations de séries dans le temps, utilisant les données d'incidence et de survie présentées dans les publications existantes.

Il faut intervenir d'urgence dans les 14 pays où la plupart des problèmes sont concentrés

Au début des années 2000, on pensait que le trachome était présent dans 57 pays du monde et la charge totale de la maladie était au moins le double de ce qu'elle est aujourd'hui. ²³ L'annexe 1 présente en détail la situation de chaque pays mais deux segments ressortent plus particulièrement (voir la figure 3) :

> 9 pays ont déclaré avoir atteint leurs objectifs

d'élimination – Environ 15 % des pays où le trachome était initialement présent ont déclaré avoir atteint leurs objectifs ultimes d'intervention (OUI) ²⁴ et réalisent actuellement les interventions chirurgicales sur les derniers cas de trichiasis en attente d'opération.

> **14 pays supportent la totalité de la charge de la maladie** ²⁵ – 14 pays représentent plus de 80 % de la population des régions confirmées ou suspectées d'endémie, et près de 80 % du total des cas qui restent en attente d'une intervention chirurgicale. Même si, bien sûr, il importe de continuer à faire progresser tous les autres pays vers l'objectif de 2020, ces 14 pays supportant une lourde charge du trachome sont ceux où les difficultés sont si considérables qu'il est urgent d'intervenir pour respecter le délai (ainsi, dans ces seuls pays, près de 170 millions de personnes vivent dans des districts qui n'ont toujours pas été cartographiés). À l'exception du Pakistan et du Mozambique, ces 14 pays ont mis en place un programme de distribution d'antibiotiques dans certains districts.

²³ Mariotti et al., 2003. Depuis la publication de ce document, le Sud-Soudan est devenu un nouveau pays et l'on a constaté que le trachome était endémique au Burundi également.

²⁴ GET 2020 ; ces pays ont déclaré avoir atteint leurs OUI mais ils sont en attente de la certification par l'OMS.

²⁵ Les pays confrontés à une charge élevée de trachome sont définis comme des pays où : soit plus d'un million d'habitants vivent dans des zones où l'endémicité du trachome est confirmée, soit plus de 5 millions de personnes se répartissent dans des zones où l'endémicité du trachome est confirmée et dans des zones où elle est suspectée. L'Égypte et le Yémen ne sont pas pris en compte ici en raison de l'incertitude des données sur la population vivant dans les districts d'endémie suspectée ou confirmée. Le Népal est exclu également en raison des résultats préliminaires d'enquêtes d'impacts. Voir l'annexe 1.



2. Où voulons-nous aller?

« Une fois le trachome cécitant éliminé, des millions de personnes seront épargnées par l'évolution douloureuse et incapacitante du trachome vers la cécité. De plus, en aidant les individus à conserver leur acuité visuelle dans leur vie d'adultes, ils pourront être plus productifs et auront quelques chances de briser le cercle vicieux de la pauvreté. Grâce à un travail ardu et à une volonté indéfectible, le monde pourra se libérer de ce fardeau qu'est le trachome cécitant. »

– K. Schlosser, *History of Trachoma*

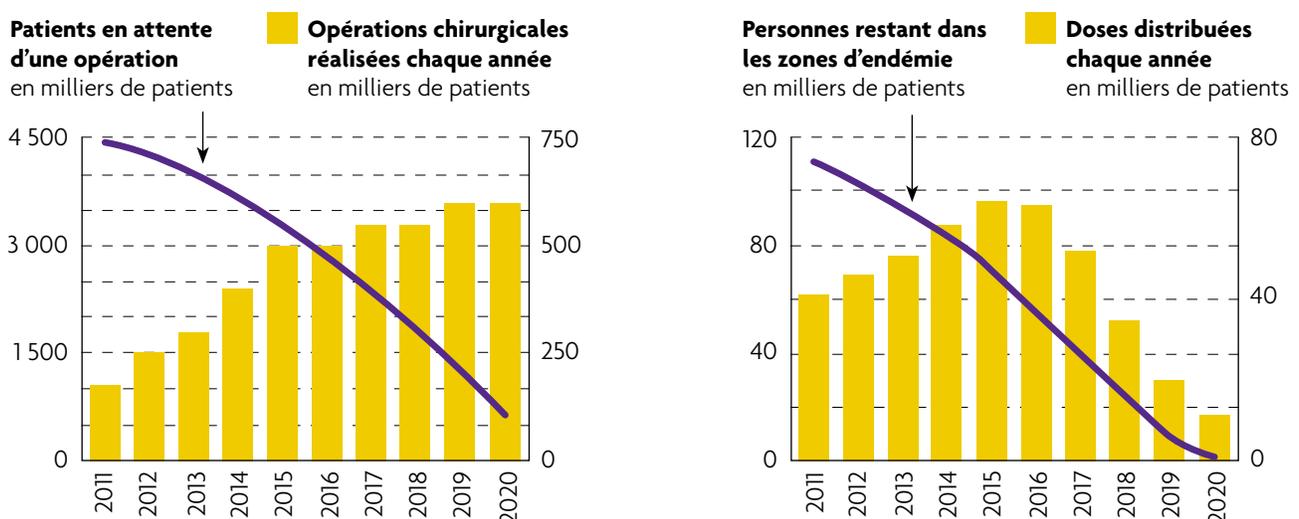
Il est essentiel de déployer les interventions à plus grande échelle mais pour ce faire, il faut impérativement éliminer les principaux obstacles

L'objectif d'élimination fixé pour 2020 peut être accessible si l'on déploie chaque intervention à plus grande échelle, comme le montrent les deux scénarios présentés à la figure 4 pour les volets CHirurgie et Antibiothérapie. Un plan d'intensification bien ciblé doit être préparé pour chacun des quatre volets de la stratégie CHANCE.

Outre les impératifs liés à chaque intervention et

les obstacles abordés plus avant, l'élimination du trachome implique que l'on procède à des évaluations épidémiologiques dans les 1293 districts où l'on suspecte actuellement le trachome d'être endémique. S'il est possible que la couverture géographique optimale de l'enquête et les méthodes appliquées soient variables, ce qui reste à faire est aussi important que ce qui a été réalisé par le passé (environ 1115 districts couverts par les enquêtes de ces 12 dernières années). Il est important également de déterminer si l'on peut combiner les initiatives de lutte contre le trachome et les enquêtes portant sur d'autres maladies, pour économiser du temps et de l'argent.

FIGURE 4 – a) scénario d'intensification des interventions chirurgicales et b) scénario d'intensification de la distribution d'antibiotiques, avec leur incidence sur les cas restant en attente d'intervention chirurgicale et sur le nombre de personnes restant dans les zones où l'endémicité du trachome est confirmée ²⁶





> **Intensification : Traiter les quelques 4,6 millions de personnes qui sont toujours en attente d'une intervention chirurgicale** – On estime à 4,6 millions le nombre de personnes qui ont besoin d'une intervention chirurgicale dans les districts où l'endémicité du trachome est confirmée. La figure 4A présente l'un des scénarios qui permettraient de rattraper ce retard. Cela implique que la communauté accélère les interventions chirurgicales pour passer de 160 000 à plus de 500 000 actes chirurgicaux par an.²⁷ Les plans de VISION 2020 sur des soins oculaires complets devront se poursuivre pour traiter tous les cas de trichiasis restants, une fois que les objectifs ultimes d'intervention auront été atteints.²⁸

> **Principaux obstacles : La formation de ceux qui opèrent le trichiasis n'est qu'une première étape** – On compte au moins six autres difficultés de taille, indépendamment de la formation de ceux qui opèrent (qui, bien souvent, ne sont pas des médecins mais des agents de santé qualifiés qui ont suivi une formation spéciale) : (a) taux élevés de départs volontaires des chirurgiens, (b) faible productivité faute de matériel et de supervision, (c) recours à la chirurgie limité par les barrières culturelles, (d) difficulté à évaluer la charge du trichiasis parmi les populations qui vivent dans des zones reculées, rurales et/ou dangereuses, (e) problèmes de réglementation soulevés par le recours à des professionnels non-médecins dans les programmes de chirurgie.

> **Intensification : Déployer davantage de programmes d'administration de masse de médicaments (AMM)** – Plus de 200 millions de doses ont été distribuées depuis le lancement du programme de dons de Zithromax® en 1998. En plus des dons de Pfizer Inc., certains pays achètent de l'azithromycine pour une distribution de masse ponctuelle. Pour les seules populations vivant dans des zones où l'endémicité du trachome est confirmée, il faudra environ 380 millions de traitements antibiotiques supplémentaires pour atteindre les cibles de 2020. Outre l'obtention des médicaments, les pays devront s'engager à soutenir les AMM dans le contexte de la stratégie CHANCE et ils devront développer les moyens de distribution et de suivi dans les districts confirmés d'endémie.²⁹ Les pays peuvent s'adresser au Comité d'experts du trachome de l'International Trachoma Initiative (ITI) pour obtenir des dons mais il est indispensable qu'ils manifestent une forte volonté politique et élaborent un plan viable de distribution d'antibiotiques ainsi que des plans d'action pour les volets CH, N et CE de la stratégie CHANCE. La figure 4B présente l'un des scénarios pour assurer l'extension des AMM nécessaires.

> **Principaux obstacles : Distribuer les médicaments aux populations cibles** – La distribution de médicaments dans les pays d'endémie est une tâche titanesque compte tenu des difficultés liées aux conditions géographiques. L'absence de circuits de distribution et de financement des programmes de distribution, les restrictions d'importation et le contrôle et la gestion des stocks sont d'autres obstacles majeurs à la réussite. S'associer à d'autres programmes de distribution de médicaments pour diffuser les traitements contre le trachome, en particulier dans le cadre du programme plus global de lutte contre les maladies tropicales négligées, peut contribuer à atténuer certaines de ces difficultés.

²⁶ Les scénarios présentés dans la figure 4 ne sont que des moyens possibles d'intensifier les activités de chirurgie et de distribution d'antibiotiques jusqu'en 2020. Le rythme spécifique d'accélération et l'évolution année après année dépendent des choix de chaque pays et de chaque partenaire.

²⁷ Les besoins d'interventions chirurgicales sont calculés sur la base de séries dans le temps en partant de l'hypothèse que les nouveaux cas équivalent la perte de patients pour d'autres raisons. Si 50 % de la charge de morbidité non confirmée se révèlent positifs, alors l'intensification des actes chirurgicaux devra atteindre plus d'un million d'opérations par an jusqu'en 2019.

²⁸ L'objectif ultime d'intervention pour le trichiasis est de moins d'un cas pour mille habitants.

²⁹ Ces estimations concernent uniquement les personnes qui vivent dans des districts d'endémie confirmée. Le nombre total de doses requises est d'environ 700 millions si 50 % des zones suspectées d'endémie sont confirmées et nécessitent une AMM.



- > **Intensification : Des initiatives doivent être mises en place dans tous les districts pour faire changer les comportements, notamment dans 500 nouveaux districts** – Des initiatives très diverses doivent être combinées pour obtenir une plus forte proportion de personnes au visage propre, les inciter à avoir recours aux services de chirurgie et encourager les gens à utiliser davantage les latrines pour limiter le risque de transmission. Ces changements de comportements sont indispensables si l'on veut préserver durablement l'impact des AMM. Parmi les mesures possibles : l'utilisation des agents communautaires et la formation des enseignants et des responsables des collectivités locales. Chaque district où le trachome est endémique doit adopter une démarche globale pour faire en sorte que le public soit informé des avantages à avoir le visage propre. Cela implique l'intensification des activités en cours dans les districts et le lancement d'activités dans des districts supplémentaires.³⁰
- > **Principaux obstacles : Il n'est pas facile d'obtenir un changement des comportements** – Les programmes éducatifs et les campagnes ciblées peuvent contribuer à imprégner profondément certains groupes cibles, mais un changement de comportement reste une intervention de santé publique délicate à mettre en place durablement et difficile à mesurer. Une coordination avec des campagnes de plus grande envergure et d'autres programmes de lutte contre d'autres maladies tropicales négligées peut être un élément de solution (par exemple, intégrer le nettoyage du visage dans les campagnes nationales sur le lavage des mains).



- > **Intensification : Il importe d'améliorer notablement l'accès à une eau propre et à des latrines** – Le trachome étant concentré dans les zones de grande pauvreté, l'accès à une eau propre et à des latrines est souvent très limité. La communauté de lutte contre le trachome ne peut pas, à elle seule, traiter ces deux aspects dans chaque communauté, aussi est-il important de plaider auprès des partenaires et de collaborer avec eux pour améliorer la situation et atteindre la cible 7c des objectifs du Millénaire pour le développement³¹ dans les zones où le trachome est endémique : « Réduire de moitié d'ici à 2015 le taux de la population qui n'a pas accès à l'eau potable ni à des services d'assainissement de base. » Les actions menées dans ce domaine doivent être déployées plus largement, non seulement dans les districts où des activités d'élimination du trachome sont déjà en cours mais aussi dans les nouveaux districts.
- > **Principaux obstacles : La coordination et les coûts** – Dans certains pays, moins de 25 % de la population a accès à une eau propre. Pour ce dernier volet de la stratégie CHANCE, il serait impératif dans ce contexte de développer les infrastructures dans le cadre d'un programme plus large de développement. La communauté de lutte contre le trachome peut faire pression pour obtenir une coordination plus étroite et un meilleur échange d'informations entre les ministères et les partenaires qui œuvrent dans le domaine de l'eau et de l'assainissement sans appartenir pour autant au secteur des maladies tropicales négligées.

Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour renforcer la volonté politique et augmenter le financement de la stratégie CHANCE

Pour surmonter les obstacles qui empêchent l'extension des interventions de la stratégie CHANCE, il est indispensable de mener des actions de plaidoyer pour renforcer la volonté politique et les financements tant au niveau mondial qu'à l'échelon des pays. Les partenaires internationaux doivent faire davantage pour coordonner leurs activités au niveau mondial et dans les pays. Une augmentation du financement mondial de la lutte contre le trachome et le renforcement de l'appui multilatéral et bilatéral peuvent contribuer à générer un budget en faveur des pays qui ne disposent pas du budget de santé nécessaire pour financer leur programme de lutte contre le trachome. Pourtant, il est très important que les gouvernements nationaux soient les maîtres d'œuvre de leurs propres programmes de lutte contre le trachome et prennent la tête des opérations de financement, de promotion et de gestion. C'est la raison pour laquelle il sera important d'élaborer et de déployer un programme de plaidoyer bien coordonné pour sensibiliser davantage tous les partenaires, à tous les niveaux.

Selon le contexte, différents chemins peuvent aboutir à l'élimination du trachome

De nombreux chemins ont conduit à l'élimination du trachome dans un grand nombre de pays où il était endémique. Les principaux facteurs qui ont permis d'éliminer la maladie aux États-Unis et dans une grande partie de l'Europe sont l'amélioration de la situation économique et le renforcement des systèmes de santé, avant même l'arrivée des antibiotiques. En l'absence de ces deux facteurs, chacun des volets de la stratégie CHANCE contribue à réduire la charge de la maladie (volet CH) et à interrompre sa transmission (volets ANCE). Chaque pays peut apprendre des autres mais on a constaté jusqu'à présent que la

plupart des initiatives réussies ont bénéficié de l'application équilibrée de la stratégie CHANCE, de l'engagement des pays, de la collaboration des partenaires, de l'implication d'une communauté plus large, de financement, d'une campagne de sensibilisation méthodique et d'interventions bien planifiées. En voici quelques exemples:

› **Le recueil de données à un niveau plus large que le district peut permettre d'obtenir des données utiles rapidement, efficacement et au meilleur coût** - L'Éthiopie est l'un des pays confrontés à la plus lourde charge de trachome au monde et jusqu'à récemment, on ne disposait d'aucune donnée sur la région d'Amhara. Une enquête nationale réalisée en 2005 a permis de déterminer que la Région-État d'Amhara présentait la plus forte prévalence du trachome. Normalement, l'étape suivante aurait dû consister à mener des enquêtes dans chacun des 140 districts. Au lieu de cela, une démarche d'échantillonnage innovante a été décidée. Un échantillonnage de la prévalence du trachome et du paludisme a été réalisé dans dix zones administratives et dans chacune de ces zones, 16 groupes de 125 personnes ont été sélectionnés. Cette méthode a permis de combler à moindre coût une énorme lacune dans les données sur le trachome et les résultats ont été suffisamment probants pour que les directeurs du programme en concluent qu'il fallait appliquer la stratégie CHANCE dans l'ensemble de la région. De plus, les enquêtes ont montré dans quels districts les cas en attente d'une opération étaient les plus nombreux. Ces enquêtes ont permis à l'équipe de commencer à planifier et à intervenir auprès des quelques 20 millions d'habitants d'Amhara plutôt que d'attendre les résultats des enquêtes menées dans les 140 districts, ce qui risquait de prendre des années. On pourra obtenir davantage de détails en affinant les données au fil du temps.³²

30 D'après des discussions avec de nombreux spécialistes du trachome, et d'après Emerson et al., 2008.

31 Objectifs du Millénaire pour le développement du Programme des Nations Unies pour le développement, <http://www.undp.org/mdg/goal7.shtml>

32 D'après des discussions avec de nombreux spécialistes du trachome, et d'après Emerson et al., 2008.

> **Alignement et planification des activités entre le plus grand nombre de partenaires sont déterminants** – Le Maroc a atteint récemment son objectif d'élimination du trachome et a entrepris les démarches pour obtenir la certification de l'OMS. La réussite de son programme tient pour une grande part à l'alignement exemplaire des activités des organismes gouvernementaux et de celles des partenaires – l'équipe de planification des activités de lutte contre le trachome au Ministère de la Santé, un grand nombre d'autres départements d'État (assainissement, eau et environnement, éducation, affaires nationales, jeunesse et sports, agriculture, communications, etc.) et différents niveaux de décision (national, provinces, local). De plus, le Ministère a pris en charge la coordination des activités des nombreux partenaires, ce qui a permis de réduire les chevauchements et d'assurer l'impact de la démarche. Cette gestion stratégique des partenaires a contribué notablement à la réussite de ce programme.³³

> **Un programme global à assise communautaire peut donner des résultats** – L'enquête effectuée en 1986 en Gambie a révélé que le trachome, responsable de 17 % des cas, était la deuxième cause de cécité dans le pays. Ce constat a abouti à la création d'un programme national de soins oculaires et des interventions ont été menées aussi bien dans les plus petites communautés que dans un établissement de soins tertiaires. Dans ce cadre, des opérations chirurgicales ont été organisées et des campagnes ont eu lieu dans les communautés pour les sensibiliser à l'importance du nettoyage du visage. Grâce à ce programme, les

cas de cécité dus au trachome ont chuté de 17 % à 5 % selon une enquête réalisée en 1996. À cette époque, un programme spécifiquement axé sur le trachome a été mis en place ; il se composait de cinq volets : 1) constitution d'une base de données pour mieux comprendre la charge du trachome et la répartition géographique des cas et pour identifier les priorités dans la participation aux divers projets de recherche sur le trachome, 2) activités communautaires centrées sur une meilleure communication pour changer les comportements et rassurer des gens sur la chirurgie du trichiasis, 3) organisation des interventions sur les volets N et CE pour inciter les communautés à s'approprier les projets tels que les constructions de latrines et l'installation de points d'eau, 4) associer les membres influents des communautés comme les femmes âgées et les comités de développement des villages aux actions de sensibilisation et aux interventions sur tous les volets de la stratégie CHANCE et enfin 5) création par la direction du système de santé local d'un groupe de travail sur le trachome regroupant tous les principaux intervenants.

En 2010, tous les cas de TT en attente d'une intervention chirurgicale en Gambie ont été opérés et la prévalence du trachome évolutif se limitait alors aux zones où des déplacements transfrontaliers généraient de nouvelles sources d'infection (comme les rassemblements religieux internationaux par exemple). L'équipe gambienne aide maintenant son grand voisin, le Sénégal, à adopter la même démarche globale qui s'appuie sur les communautés et a donné de bons résultats.³⁴

Même si ces exemples de réussite sont peu nombreux, il est clair qu'il faut innover sans cesse et que le partage des meilleures pratiques rendra les programmes de lutte contre le trachome plus efficaces au fur et à mesure que l'on approchera de 2020.

³³ L'étude du cas du Maroc est fondée sur des entretiens avec le Dr Hammou et sur le document qui décrit le système de surveillance et qui a été publié en 2006 par le Programme national marocain pour la prévention de la cécité.

³⁴ L'étude du cas de la Gambie a été élaborée conjointement avec le Dr Hannah Faal.

3. Comment y arriver?

Dans un district, il faut au moins quatre à six ans – voire plus, entre le début de l'enquête et l'élimination du trachome, pour mettre en place les interventions de la stratégie CHANCE. De plus, les activités sur les volets CH, N et CE doivent être intensifiées parallèlement à celles du volet A et elles doivent se poursuivre après que les premières cibles sont atteintes. Ce délai représente pour la communauté internationale une difficulté logistique majeure car chaque district d'endémie a besoin de suffisamment de temps et d'une concentration des efforts pour suivre tout le processus d'élimination jusqu'en 2020. La coordination et l'ordre de déroulement des interventions dans chaque district et entre les districts seront des facteurs essentiels de réussite pour atteindre l'objectif de 2020.

Ce plan stratégique présente cinq principes directeurs qui constituent un cadre d'action jusqu'à l'élimination du trachome. Combinés à la séquence des activités dans chaque district, ils deviennent cinq facteurs stratégiques spécifiques qui permettent de déterminer les activités à mettre en place jusqu'en 2020 et l'ordre de leur déroulement. Enfin, ce plan illustre ces principes par un ensemble de jalons spécifiques qui présenteront les progrès annuels nécessaires et ce faisant, l'objectif de 2020 deviendra réalité.

Cinq principes directeurs sont à la base de la démarche

Ces principes directeurs décrivent la façon dont la communauté de lutte contre le trachome compte procéder pour aboutir à l'élimination de la maladie. Ils sont le concept sous-jacent du plan stratégique.

- 1. Urgence** – Il est urgent d'agir pour éviter des souffrances supplémentaires et une cécité évitable à des centaines de milliers de personnes. Dans la plupart des pays où le trachome est hyperendémique, il faut intensifier rapidement et immédiatement les activités pour atteindre l'objectif d'élimination de 2020.
- 2. Appropriation responsable** – Les pays doivent prendre la tête des activités d'élimination du trachome et ce, tout au long du processus d'élimination (y compris dans la planification, l'application et l'intégration de la stratégie dans les services de santé nationaux). Ils peuvent solliciter

et coordonner l'intervention des donateurs et des partenaires avec lesquels ils collaborent pour atteindre les objectifs de 2020 mais finalement, ils sont responsables vis-à-vis de leurs populations de la réussite de leur programme d'élimination du trachome en tant que maladie cécitante.

- 3. Intégration** – Les mesures centrées sur l'élimination du trachome prises par les communautés mondiales et locales doivent être alignées sur d'autres plans et activités, notamment sur (a) les activités et plans plus larges de lutte contre les MTN, (b) l'initiative VISION 2020, les modèles de soins oculaires intégrés et complets qui permettent d'assurer durablement les opérations chirurgicales dans le cadre du volet CH de la stratégie CHANCE, (c) les stratégies nationales de santé et de développement, et (d) les initiatives centrées sur les volets N et CE de la stratégie CHANCE comme celles conduites par les ministères et les partenaires dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'éducation.
- 4. Partenariats efficaces et coordonnés** – Il est essentiel de coordonner les activités de tous les partenaires et parties prenantes si l'on veut intensifier les interventions et en élargir la couverture, surtout depuis que les actions sont étendues à de nouveaux pays. Les partenaires doivent coordonner leurs activités pour que les contributions de chacun puissent avoir un impact maximal.

5. Interventions adaptées – Il faut adapter les interventions aux besoins locaux en s'appuyant sur les meilleures données et sur les connaissances disponibles. Lorsqu'elles ne sont pas déjà disponibles, il faudra générer le plus rapidement possible des informations sur l'ampleur du trachome. La recherche est toujours nécessaire pour que l'on puisse influencer sur l'adoption des programmes et des politiques les plus appropriés et qui doivent souvent être adaptés au contexte local.

Il faut à chaque district au moins quatre à six ans, souvent davantage, entre le lancement des activités et leur aboutissement par l'élimination du trachome

Pour chaque district, le calendrier définit la coordination et la durée nécessaires pour éliminer le trachome cécitant et sert de référence lorsqu'il s'agit de programmer les activités.

Il y a toute une série d'étapes dans la durée totale nécessaire à un district pour atteindre les objectifs d'élimination (voir la figure 5). En règle générale, la voie la plus rapide possible prend environ quatre ans dans les zones où la prévalence de référence du TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans se situe entre 10 et 30 % (il faut trois ans pour mettre en oeuvre la stratégie CHANCE).³⁵ Cette durée minimale passe à six ans ou plus si la prévalence est supérieure.

Lorsque les pays ont atteint leurs objectifs d'élimination, ils doivent maintenir les seuils d'intervention fixés par l'OMS pendant trois ans avant de pouvoir prétendre à la certification.

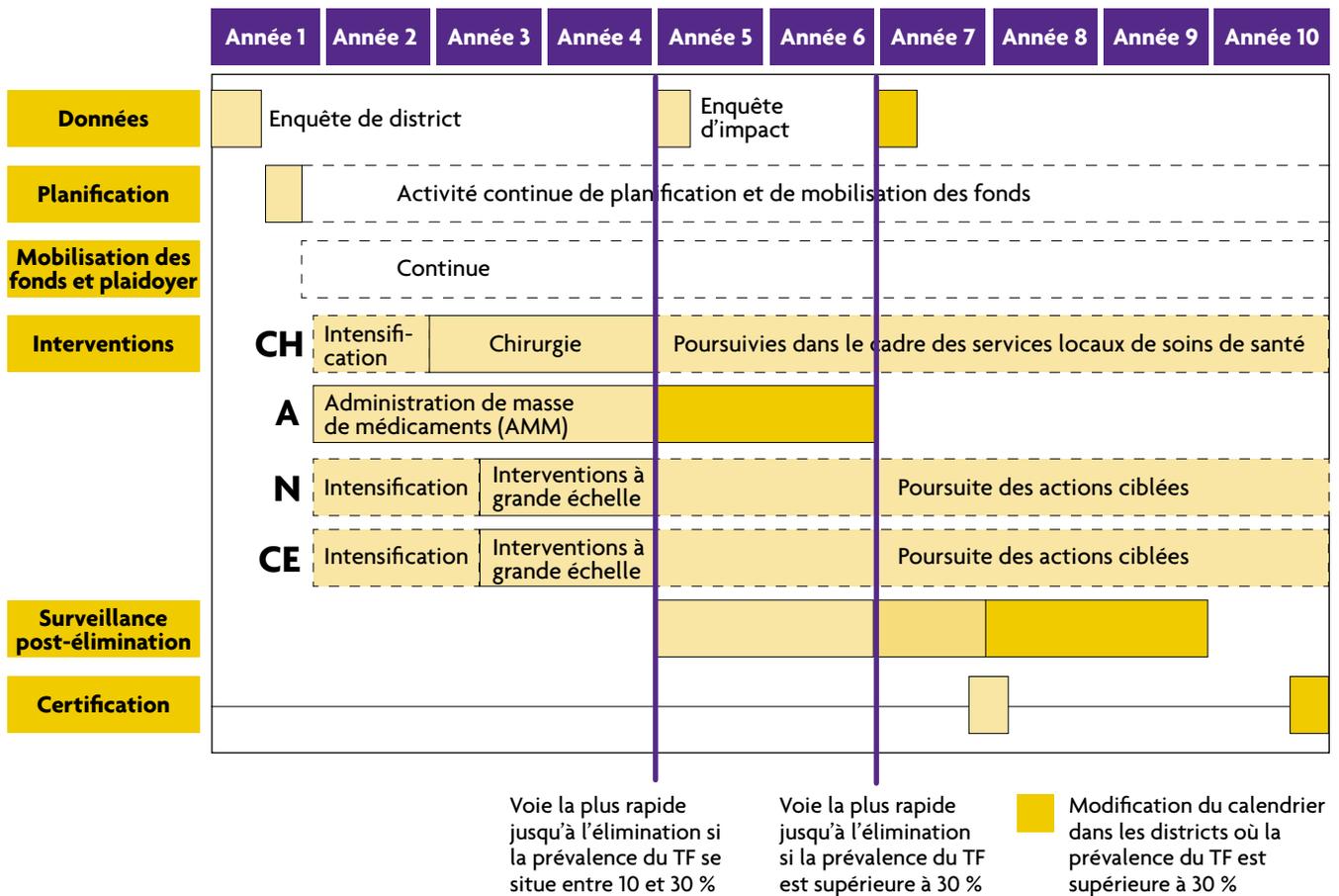
Si ces calendriers sont possibles, ils sont souvent plus longs dans la réalité parce que la collecte des données peut être retardée, il faut peut-être consacrer beaucoup de temps à la planification des interventions et à la mobilisation des fonds et, enfin, l'intensification de chacun des volets de la stratégie CHANCE peut prendre plus de temps que prévu et le calendrier peut s'en trouver allongé d'autant.

› **Données** (environ 6 mois) – Une enquête épidémiologique détaillée doit être réalisée dans toutes les régions où l'on suspecte la présence de

trachome. La méthode employée et la démarche sont bien identifiées mais elles peuvent être adaptées (ainsi, des enquêtes régionales ont permis d'accélérer l'impact en Éthiopie alors que des enquêtes menées au Kenya dans des sous-districts ont permis de réduire la zone nécessitant des interventions). Les enquêtes d'impact sont nécessaires pour déterminer si les cas de trachome évolutif restent en-deçà des seuils, et la surveillance post-élimination est importante pour confirmer que le programme a maintenu les seuils pendant trois ans et les maintiendra probablement ultérieurement.

- › **Planification** (environ 6 mois et au-delà) – Lorsque les données d'enquête sont disponibles, chacun des volets de la stratégie CHANCE doit être planifié, les partenariats sont constitués et les fonds sont obtenus. Si les délais varient considérablement d'un district à l'autre, les interventions peuvent être mises en place dans les six mois qui suivent la transmission des résultats de l'enquête. La programmation de l'intensification des interventions a un fort impact sur l'ensemble du calendrier. Si, par exemple, une demande de dons de médicaments n'est pas terminée ou soumise à temps, cela peut prolonger le calendrier de six mois à un an.
- › **Mobilisation des fonds et plaidoyer** (continu) – Pour sensibiliser davantage et disposer d'un volume de financement plus important, il faut déployer des efforts considérables pour mobiliser des fonds et mener des campagnes de plaidoyer tant au niveau national qu'à l'échelon international. Il est important d'évaluer les options et de concevoir une stratégie de plaidoyer dès le début de la planification, mais aussi de réviser et de mettre à jour la stratégie au fur et à mesure que les besoins et les circonstances évoluent.
- › **Intensification et mise en œuvre des volets de la stratégie CHANCE** (3 à 5 ans) – Une fois les volets de la stratégie CHANCE mis en place, les interventions sur les volets A, N et CE peuvent commencer immédiatement mais il faut prévoir 3 à 5 ans de campagnes régulières annuelles d'AMM pour satisfaire aux critères d'élimination. Le calendrier est principalement déterminé par

FIGURE 5 – Aperçu du calendrier des interventions dans un district particulier jusqu'à l'élimination du trachome



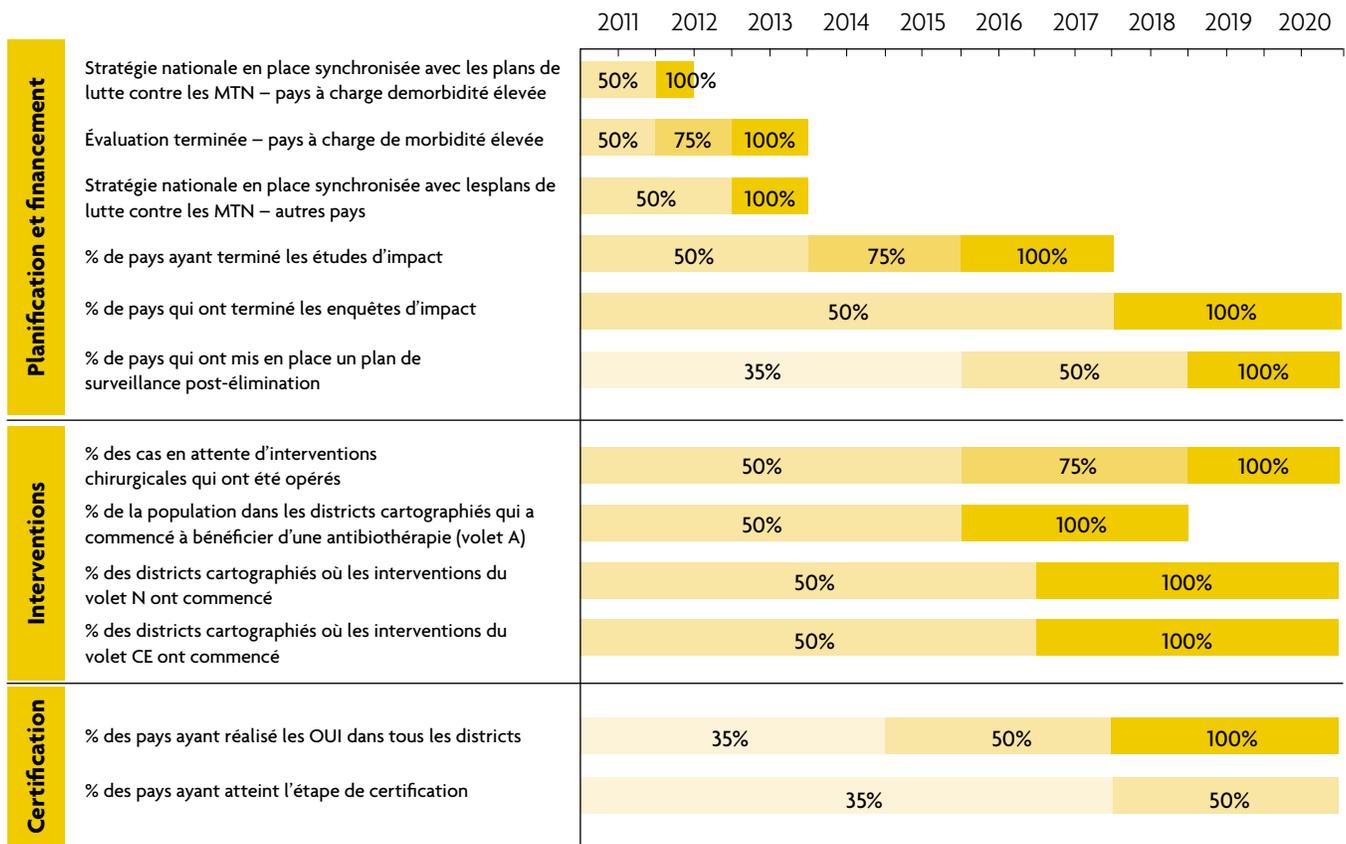
la durée des opérations d'intensification et des interventions et par la durée des AMM. Toutefois, il faut du temps pour mettre en œuvre, dans les écoles et les communautés, les programmes portant sur le changement des comportements et ceux portant sur l'installation de latrines et d'approvisionnement en eau. De plus, certains districts réussissent à mettre en place chacune des interventions de la stratégie CHANCE en une année alors que d'autres consacrent beaucoup plus de temps à la phase d'intensification. Les AMM doivent être réalisées pendant au moins trois ans dans les zones où la prévalence du TF se situe entre 10 et 30 % et pendant au moins cinq ans lorsqu'elle est supérieure à 30 %. Le temps nécessaire pour satisfaire aux critères

d'élimination du TT dépend largement de la charge du trachome, des capacités chirurgicales et du rythme des opérations.

- > **Délai avant certification (3 ans)** – Un district doit préserver les niveaux acquis pendant trois années de surveillance post-élimination avant de pouvoir obtenir de l'OMS la certification de l'élimination du trachome. Il est important de noter que la surveillance, les programmes portant sur les changements de comportements et les programmes de chirurgie doivent se poursuivre pendant cette période et au-delà de la certification, dans le cadre des fonctions essentielles des systèmes de soins de santé locaux.

35 Délai dérivé des directives thérapeutiques de l'OMS et de divers entretiens.

FIGURE 6 – Aperçu des principaux jalons à atteindre jusqu'à l'objectif d'élimination du trachome en 2020



Cinq facteurs stratégiques permettent de définir la feuille de route jusqu'en 2020

Ces facteurs stratégiques permettent d'identifier les activités qui seront menées tout au long de la feuille de route jusqu'en 2020 sur la base des principes directeurs et du calendrier de chaque district. Ils expliquent la raison d'être de la feuille de route jusqu'en 2020 et constituent la base des principaux jalons.

- 1. Il faut recueillir des données supplémentaires mais sans retarder la phase d'extension des interventions** – Les pays doivent évaluer leur charge de trachome avant 2013 pour espérer atteindre l'objectif d'élimination en 2020.

Actuellement, on compte au moins 17 pays pour lesquels l'absence de données fait obstacle aux travaux de planification. On estime que 210 millions de personnes vivent dans les 1293 districts où l'on suspecte une prévalence du trachome mais où il

faudrait disposer d'informations plus détaillées pour pouvoir concevoir une série d'interventions pertinentes. Il est donc primordial d'évaluer l'ampleur du problème dans les zones actuellement inexplorées. On pourrait envisager des méthodes pour recueillir les données nécessaires sur plusieurs districts si cela pouvait aider à accélérer le processus.³⁶

- 2. Viser le calendrier le plus court possible dans chaque district** – Le calendrier qui s'étend sur 4 à 6 ans est audacieux et exige une transition en douceur entre les différentes phases, l'exécution des différentes activités parallèlement à la planification (cartographie et planification par exemple) et l'extension rapide des interventions. Il est difficile de respecter les échéances d'un tel calendrier, toutefois il permettra d'accélérer la progression globale vers l'objectif d'élimination.

Exemple 1 : Programmer à l'avance les opérations

chirurgicales et la distribution d'antibiotiques avant que toutes les données épidémiologiques ne soient disponibles pour éviter tout retard dans le lancement, une fois que la décision de lancer une intervention est prise (3 à 9 mois).

Exemple 2 : Éviter de créer de nouveaux programmes pour le volet N mais tirer parti des mesures existantes qui sont centrées plus largement sur un changement des comportements (comme les campagnes plus générales sur le lavage des mains, y compris dans les programmes scolaires, etc.).

Exemple 3 : Tirer parti d'interventions et d'activités de plaidoyer portant sur les MTN et sur d'autres maladies (par exemple les enquêtes conjointes paludisme-trachome comme celles menées à titre expérimental en Éthiopie).³⁷

Exemple 4 : Continuer à innover et à partager rapidement les meilleures pratiques avec d'autres pays et d'autres partenaires pour réviser les principes de bon sens ou renforcer la prestation des services.

3. Commencer par s'occuper des pays confrontés à une lourde charge de trachome – Compte tenu du fait que l'élimination du trachome dans les districts et les pays confrontés à une lourde charge peut prendre six années ou plus, la communauté mondiale doit s'assurer que ces pays et les situations les plus complexes bénéficient de toute l'attention nécessaire dès le début du calendrier.

Le cycle de 4 à 6 ans pour un district est le scénario rêvé – de nombreux pays ont besoin de plus de temps. L'objectif de 2020 ne peut être atteint que si les partenaires veillent à ce que les activités soient lancées partout, tout en accordant la priorité aux zones les plus en difficultés. De la sorte, tous les pays auront une chance d'atteindre l'objectif de 2020. Une action rapide et une coordination réfléchie sont nécessaires dans les pays supportant

une lourde charge de trachome et une attention particulière doit être accordée aux communautés frontalières ou aux populations nomades.

4. Adapter les démarches en anticipant sur les progrès accomplis – Les interventions doivent être programmées conformément aux recommandations de l'OMS et du comité d'experts du trachome de l'ITI mais il faut les adapter à chaque contexte.³⁸ Des enquêtes d'impact périodiques permettent d'évaluer l'impact obtenu et d'ajuster les interventions en conséquence, ce qui représente une économie de temps et d'argent. Ainsi, la prévalence du trachome à Baw (un district du Soudan) et dans certaines régions de la Gambie approchait les 10 % au début des activités d'AMM. Après une ou deux années d'intervention, le TF a pratiquement disparu.

5. Préparer la période post-élimination – Si la priorité absolue est d'aider les pays à atteindre leur objectif d'élimination du trachome, il est important qu'ils se préparent à la période post-élimination relativement tôt, lorsque les activités des programmes seront probablement réduites sans être totalement interrompues.

Le premier facteur de réussite est l'intégration des initiatives de surveillance du trachome au sein des systèmes locaux de santé et de soins oculaires. Plusieurs initiatives peuvent aider à passer en douceur la période de transition, d'une approche des programmes centrée sur l'objectif avant de réussir à éliminer le trachome jusqu'à l'intégration dans le système local de soins de santé une fois le trachome éliminé. Il s'agit notamment de la planification anticipée de la transition des interventions, de la formation des directeurs et professionnels de la santé qui travaillent à l'échelon local, de la préparation des enquêtes de surveillance, et de l'investissement dans les capacités de gestion des données.

³⁶ La décision d'enquêter par district ou sur plusieurs districts doit être prise au cas par cas. Si la charge du trachome est élevée et le calendrier serré, les enquêtes régionales feront toute la différence. Si une enquête réalisée au niveau d'un district peut permettre d'identifier les sous-districts dans lesquels des traitements sont ou ne sont pas nécessaires, elle peut être utile pour cibler les interventions et les ressources nécessaires.

³⁷ Emerson et al., 2008.

³⁸ Consulter la liste des ressources recommandées à l'intention des partenaires à la page 37.

Des jalons spécifiques jusqu'en 2020 et au-delà

« Ce qui peut être mesuré peut être fait »

L'objectif de 2020 est ambitieux et la réussite dépend largement de l'intensification rapide des interventions dans les pays et les districts. La figure 6 présente les principaux jalons qui doivent être atteints dans les 10 prochaines années. Ces jalons sont les marqueurs des victoires obtenues sur la maladie jusqu'à son élimination mais ils ne sont pas un objectif final. Ils servent d'indicateurs de ce qui reste à faire pour rester sur la voie de la réussite.

Ils ne sont pas seulement utiles pour la planification ; ce sont aussi d'excellents outils permettant de suivre la progression globale de la communauté mondiale de lutte contre le trachome au regard de ses objectifs et de célébrer ses réussites. Outre ces jalons, la communauté mondiale de lutte contre le trachome doit suivre d'autres indicateurs tels que le total des dépenses annuelles engagées pour lutter contre le trachome, le pourcentage des pays qui progressent, et le nombre de personnes frappées de cécité chaque année à cause du trachome.

Plan pour la période post-élimination

Comme le montrent les indicateurs stratégiques, la planification des activités post-élimination est une phase très importante. L'aide financière spécifique allouée à des activités particulières va probablement diminuer lorsque les seuils seront atteints, mais il faudra poursuivre certaines activités pour faire en sorte que le trachome reste sous contrôle.

> Surveillance post-élimination et certification

- Dès que les objectifs ultimes d'intervention seront atteints, il faudra assurer une surveillance régulière en vue de détecter suffisamment tôt une résurgence éventuelle du trachome pour prendre les mesures nécessaires. De plus, la surveillance

post-élimination deviendra probablement l'un des critères essentiels de certification que l'OMS est en train de définir.

- > **Poursuite des activités des volets N et CE** - Les changements de comportements qui résultent des activités des volets N et CE peuvent faire obstacle à la réémergence du trachome. Il est donc important de continuer à préconiser la propreté du visage, l'utilisation de latrines et l'amélioration des infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement. L'intégration du nettoyage du visage dans les programmes éducatifs et dans d'autres campagnes de sensibilisation à la propreté, tout comme la coordination avec d'autres programmes ayant trait à l'eau, sont indispensables si l'on veut empêcher la réémergence du trachome.
- > **Préservation des capacités chirurgicales dans l'éventualité de nouveaux cas** - Il est important d'opérer tous les cas de trichiasis qui restent en attente d'une intervention chirurgicale avant d'atteindre les objectifs d'élimination, mais une fois le trachome éliminé, de nouveaux cas de trichiasis continueront d'apparaître. Pour les personnes qui ont grandi dans des régions d'endémie et ont été exposées au trachome évolutif jusqu'à la cicatrisation de la paupière, la maladie va continuer d'évoluer jusqu'au trichiasis. Il est donc primordial que l'on préserve une capacité chirurgicale suffisante pour assurer les services nécessaires de chirurgie et préserver ces personnes de la cécité.³⁹
- > **Intégration des moyens de lutte contre le trachome dans les systèmes de santé** - Il est important de bien réfléchir et de programmer le transfert des responsabilités et des moyens mis en place dans les initiatives centrées sur le trachome au profit des systèmes de santé locaux, pour que ces moyens et ces responsabilités soient préservés une fois le trachome éliminé.

³⁹ L'incidence de l'évolution de la maladie jusqu'au trichiasis en absence d'exposition continue n'est pas claire. Les études de Munoz et al., 1999 et Gambhir et al., 2009 peuvent faire l'objet de lectures complémentaires.



4. Que va coûter l'élimination du trachome?

On peut parler de coût humain du trachome lorsque la perte d'acuité visuelle ou pire, la cécité, conduit à la perte du statut social, à la stigmatisation et à l'isolement social. Le fardeau économique du trachome sur la vie des individus, des familles et des communautés est extrêmement lourd. Même les estimations les plus prudentes laissent penser que la perte de productivité annuelle due au trachome se situe entre 3 et 6 milliards de dollars (USD). Il est évident que l'élimination du trachome cécitant sera bénéfique sur le plan humain comme sur le plan économique. A quel prix va-t-on atteindre l'objectif d'élimination du trachome?

Le coût total est estimé à environ 430 millions de dollars pour ce qui concerne la charge confirmée du trachome ⁴⁰

(Se reporter à l'annexe 2 pour obtenir des détails sur les calculs)

À partir des meilleures données actuellement disponibles, le coût total de l'ensemble des interventions contre la charge confirmée de la maladie devrait normalement s'élever à 430 millions de dollars environ. Ce montant ne tient pas compte du coût des médicaments, dont une grande partie est donnée dans le cadre du programme de dons de Pfizer. Il couvre uniquement le coût minimal de la construction de latrines et du forage de puits, qui font souvent partie d'un programme plus large de santé et de développement. Il faudra affiner cette estimation au fur et à mesure que les pays mettront la dernière main à leurs propres calculs des coûts (dans le contexte du processus de planification des MTN et du trachome) et que les outils normalisés de calcul des coûts seront disponibles.

› **Collecte des données : 14 millions de dollars** – La cartographie des districts, les enquêtes d'impact des interventions, les activités de surveillance post-élimination, chacun de ces éléments représente environ un tiers du coût total des données. Cette estimation peut se trouver modifiée si les enquêtes ont couvert plusieurs districts et si des changements ont été apportés au fil du temps dans la méthode de surveillance et dans la mesure de l'impact.

› **Chirurgie : 182 millions de dollars** – Le coût total des interventions chirurgicales dépend largement du coût estimé de chaque intervention, qui varie fortement selon le pays. S'il est possible d'opérer dans certains pays pour 27 dollars ou moins, ⁴¹ la difficulté du terrain et la nécessité de détection de nouveaux cas à grande échelle peut porter le prix à plus de 50 dollars dans d'autres pays. Pour estimer ce coût, on part d'un coût moyen global de 40 dollars. ⁴²

› **Distribution d'antibiotiques : 94 millions de dollars** – Dans de nombreux pays, le coût de la distribution d'antibiotiques ⁴³ à ceux qui en ont besoin ne représente qu'une petite proportion du coût total du volet A compte tenu des dons de Zithromax[®]. Ce coût varie considérablement selon les régions et couvre la fourniture de véhicules, de carburant, la location de chauffeurs, le personnel chargé de la distribution et sa formation. On s'accorde à estimer à 0,25 dollar le coût de distribution d'un traitement. Il est important de souligner que ce coût peut être réduit davantage si l'on intègre la distribution d'azithromycine dans le traitement d'autres MTN, une pratique fortement recommandée dans les pays où plusieurs de ces maladies sont co-endémiques. Même si cet investissement de 94 millions de dollars dans la distribution d'antibiotiques est important, il est nécessaire pour optimiser l'impact des 10 milliards de dollars représentant la valeur estimée des dons de Zithromax[®] par Pfizer. ⁴⁴

► **Incitation au nettoyage du visage : \$28 millions de dollars** – Le coût du volet N varie considérablement selon les districts et dépend de la bonne intégration de ce volet dans d'autres activités portant sur le changement des comportements. Cette estimation tient compte d'un besoin de 5 000 dollars par district et par an. Les campagnes spécifiques sont variables mais le budget sera probablement alloué à la formation des éducateurs et à la mise en place d'interventions ciblées destinées à faire évoluer les comportements des populations touchées par le trachome (par exemple, campagnes promotionnelles directes utilisant la radio locale, ou axées spécifiquement sur les femmes).

► **Contribution aux mesures portant sur l'environnement (volet CE) : 112 millions de dollars** – De même, la communauté de lutte contre le trachome peut avoir à partager une partie du coût de la construction de latrines et du forage de puits, supporté souvent par des partenaires engagés plus largement dans le développement d'infrastructures pour l'eau et l'assainissement. Cette estimation montre qu'il faut 20 000 dollars par district et par an pour construire des latrines ou contribuer à un approvisionnement en eau propre dans certains cas.

Cette estimation sera portée à 748 millions de dollars si l'endémicité du trachome est confirmée dans 50 % des districts où elle était suspectée

Il faut garder à l'esprit que les estimations ci-dessus ne concernent que les districts où l'endémicité du trachome est confirmée ; elles évolueront probablement à la hausse au fur et à mesure que

l'on obtiendra des données complémentaires de la part des régions où l'endémicité du trachome est actuellement suspectée mais pas encore confirmée. Si l'endémicité du trachome est confirmée dans 50 % des districts où elle n'est que suspectée (ce qui correspond à la proportion d'enquêtes menées dans des districts à ce jour), il faudra 320 millions de dollars supplémentaires pour atteindre l'objectif de 2020. Cette hausse résulte pour une grande part de l'augmentation du coût de la distribution des antibiotiques (environ 85 millions de dollars) et des contributions aux activités du volet CE (environ 130 millions de dollars).⁴⁵

De nouveaux investissements sont nécessaires, qui peuvent avoir un impact significatif

Peu importe la façon dont cet impact est évalué, l'argent dépensé pour l'élimination du trachome cécitant est de l'argent bien dépensé :

► **Une réduction notable de la charge humaine de la maladie** – Pour 20 dollars (USD) investis dans l'élimination du trachome, une personne supplémentaire peut vivre une année de plus sans risquer une perte brutale d'acuité visuelle ou la cécité.⁴⁶

► **Un impact économique évident** – Selon des estimations prudentes de la perte de productivité annuelle, l'élimination du trachome dans le seul continent africain pourrait entraîner une hausse du PIB dans ces pays d'environ 20 à 30 points de pourcentage. Et l'impact sur chacun d'eux serait encore plus significatif.⁴⁷

40 Compte tenu de la forte concentration des personnes qui vivent dans les districts d'endémie (83 %) et de la charge du trichiasis (77 %) dans les 14 pays supportant la plus lourde charge de trachome, l'élimination de la charge confirmée du trachome cécitant dans ces pays coûterait 355 millions de dollars (USD).

41 D'après des entretiens avec des partenaires.

42 Coût moyen par acte chirurgical fondé sur un consensus d'experts, ce coût global recouvre la formation, la supervision, le matériel, les soins post-opératoires, la planification à la fois pour la détection des cas et pour les opérations chirurgicales proprement dites.

43 En plus de l'azithromycine, il faut aussi distribuer de la pommade oculaire à la tétracycline pour les enfants âgés de moins de 6 mois.

44 Toutes les analyses de l'usage et du coût des antibiotiques dans ce document reposent uniquement sur les données concernant le Zithromax®.

45 Voir l'annexe 2 pour plus de détails.

46 Au cours des 10 prochaines années, la nouvelle charge du trichiasis peut être estimée à au moins 2,4 millions de nouveaux cas, selon une estimation de l'incidence de 9 %. Cela se traduit par environ 19,7 millions d'années vécues avec une cécité ou une perte d'acuité visuelle, selon des données sur l'espérance de vie en bonne santé tirées de l'étude de Ngondi et al., 2007 (corrigées pour inclure 1,5 année supplémentaire d'espérance de vie dans tous les pays d'endémie, en moyenne, comparé au Soudan). Le coût total des interventions pour empêcher que cela ne se produise représente 420 millions soit environ 20 dollars par année de morbidité évitée.

47 Le PIB total de l'Afrique en 2008 était estimé à 1 520 milliards de dollars. En évitant une perte annuelle due au trachome (estimée entre 3 et 6 milliards, comme expliqué dans l'introduction) il en résulterait une croissance entre 0,19 et 0,38 %.

> **Des effets collatéraux majeurs, indépendamment du trachome** – L'élimination du trachome cécitant aura un impact direct sur la prévalence d'autres maladies et sur les taux de morbidité correspondants. En effet, les activités des volets N et CE contribueront également à prévenir la transmission d'autres maladies. En outre, l'intégration des activités d'élimination du trachome dans d'autres programmes de lutte contre des MTN (administration et enquêtes communes par exemple) contribuera aussi à favoriser ces programmes. Enfin, l'élimination du trachome allègera le fardeau financier qui pèse sur les familles qui, bien souvent, font déjà partie des défavorisés.

> **Un énorme effet multiplicateur sur les dons de médicaments** – Le programme de dons massifs de médicaments de Pfizer fait du trachome l'une des maladies où le moindre dollar dépensé peut avoir un énorme effet multiplicateur. Si un pays est engagé dans la lutte contre le trachome cécitant et applique sans restriction la stratégie CHANCE,⁴⁸ il peut alors être potentiellement bénéficiaire de dons d'antibiotiques par l'intermédiaire d'ITI. C'est pourquoi dans les pays bénéficiaires, chaque dollar dépensé pour la stratégie CHANCE peut générer environ 35 à 40 dollars de dons de médicaments.

Le trachome est une maladie incapacitante qui rend des millions de personnes aveugles alors qu'elle peut être évitée. Elle touche toujours certaines des communautés les plus pauvres du monde et représente encore une lourde charge pour la santé publique. La communauté des partenaires nationaux et internationaux a réalisé des progrès remarquables depuis le lancement de l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome à l'horizon 2020 mais elle est encore loin de son objectif. Il est urgent d'intensifier rapidement la collecte des données et d'appliquer la stratégie CHANCE dans toutes les régions d'endémie. Le coût total des interventions est relativement faible au regard de l'impact considérable qu'elles peuvent avoir.

⁴⁸ La réception des dons de Zithromax® de Pfizer ne peut se faire sans l'autorisation du Comité d'experts de trachome de l'International Trachoma Initiative à qui l'on doit soumettre la demande.



Références

- > Burton et al., *The global burden of trachoma : a review*, PLoS Neglected Tropical Disease, 2009
- > Cromwell E, Emerson P, Courtright P, *Women and Trachoma : Achieving gender equity in the implementation of SAFE*, The Carter Center, Atlanta, 2009
- > Chidambaram et al, *Trachoma decline and widespread use of antimicrobial drugs*, Emerging Infectious Diseases, Vol. 10, No 11, 2004
- > Emerson et al., *Integrating an NTD with one of « the big three » ; combined malaria and trachoma survey in Amhara region of Ethiopia*, PLoS Neglected Tropical Diseases, 2008
- > Frick et al., *Estimating the burden and economic impact of trachomatous visual loss*, Ophthalmic Epidemiology, 2003 (1)
- > Frick et al, *Global burden of trachoma and economics of the disease*, The American Journal of Tropical Medicine & Hygiene, 2003 (2)
- > Gambhir et al., *The development of an age-structured model for trachoma transmission dynamics, pathogenesis and control*, PLoS Neglected Tropical Disease, 2009
- > Hu et al, *Epidemiology and control of trachoma : a systematic review*, Tropical Medicine and International Health, 2010
- > Jha et al, *Disappearance of trachoma from Western Nepal*, Clinical Infectious Disease, 2002
- > Mariotti et al, *Trachoma : global magnitude of a preventable cause of blindness*, The British Journal of Ophthalmology, 2009
- > Ministère de la Santé du Maroc. Exposé présenté à la réunion de l'alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici 2020, Genève, Suisse ; 10 avril 2006
- > Munoz et al, *Incidence of trichiasis in a cohort of women with and without scarring*, International Journal of Epidemiology, 1999
- > Ngondi et al, *The epidemiology of low vision and blindness associated with trichiasis in Southern Sudan*, British Medical Council of Ophthalmology, 2007
- > Ngondi et al, *What will happen if we do nothing to control trachoma : health expectancies for blinding trachoma in Southern Sudan*, PLoS Neglected Tropical Diseases, 2009
- > OMS, 51ème Assemblée mondiale de la Santé, *résolution WHA51.11, Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé*, 10ème réunion plénière, 16 mai 1998
- > OMS, Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici 2020. *Rapport de la seconde réunion scientifique mondiale sur le trachome*. Genève, 25-27 août 2003. Genève : OMS 2003 (WHOD/PBD/GET.03.1)
- > OMS, Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici 2020, *Rapport de la 12ème réunion*, Genève, 28-30 avril 2008 ; Genève, OMS 2008 (WHO/PBD/GET/01.08)
- > OMS : Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, *Premier rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées : agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées (en français, résumé seulement)* Genève, OMS, 2010 (WHO/HTM/NTD/2010.1)
- > OMS : Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, *Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015*, Genève, OMS, 2007 (WHO/CDS/NTD/2007.3)
- > OMS, Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : WHO/PBL97.61 rév.2, 2000

- > OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 11 février 2011, vol. 86, Réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies, octobre 2010
- > Programme des Nations Unies pour le développement : Objectifs du Millénaire pour le développement. <http://www.undp.org/mdg/index.shtml>
- > Resnikoff et al., *Global data on visual impairment in the year 2002*. En français, résumé seulement : Données mondiales sur les déficiences visuelles pour l'année 2002, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2004
- > Schlosser E., *History of Trachoma*, International Trachoma Initiative
- > Sightsavers, *Ten year strategic plan for Fast Tracking Elimination of Blinding Trachoma in 20 countries*, Simon Bush, communication personnelle
- > Taylor H, *Trachoma. A blinding scourge from the bronze age to the twenty-first century*. Centre for Eye Research, East Melbourne, Australia, 2008
- > WHO Department of Control of Neglected Tropical Diseases, *Progress report 2000-2009 and strategic plan 2010-2020 of the global programme to eliminate lymphatic filariasis (en anglais seulement)*, Geneva, WHO, 2010 (WHO/HTM/NTD/PCT/2010.6)

Lectures recommandées aux partenaires

- > Guide d'assainissement et d'hygiène : La stratégie CHANCE WHO/PBD/GET/00.7/Rev.1, WHO, 2000
- > http://www.cartercenter.org/health/trachoma_education/mtResources.html
- > Implementing the SAFE Strategy for Trachoma Control, a Toolbox of Interventions for Promoting Facial Cleanliness and Environmental Improvement, Emerson P and Frost L, The Carter Center and the International Trachoma Initiative, 2006
- > Le Zithromax® dans l'élimination du trachome cécitant : un guide pour les coordinateurs de programme, ITI, 2010 (<http://www.trachoma.org/guides-and-manuals>)
- > Lutte contre le trachome : guide pour les gestionnaires de programme, OMS, 2006
- > OMS, Codification du trachome (www.who.int/blindness/causes/priority/fr/index.html)
- > Protocole d'enquête épidémiologique du trachome, WHO/PBL/93.33, OMS, 1993
- > Trachoma Action Plan ; modèle soumis à GET 2020 pendant la réunion d'avril 2011
- > Trachoma Atlas, London School of Hygiene & Tropical Medicine/ ITI/Carter Center (www.trachomaatlas.org)
- > WHO protocol for sampling populations (www.who.int/blindness/prevalence_protocol_English.pdf)
- > Women and trachoma manual : voir Cromwell et al., sous le titre Références

Annexe 1 – Aperçu de la situation épidémiologique

Pays	Population totale du pays	POPULATION À RISQUE			NOMBRE DE DISTRICTS			TRICHIASIS	
		Endémie confirmée ¹	Endémie suspectée ²	Total endémie suspectée et confirmée	Total	Endémie confirmée	Endémie suspectée ²	Meilleures données disponibles	Source ³
Afghanistan	29 100 000	183 417	392 910	576 327	368		58	83 100	b
Algérie	36 000 000	2 012		2 012	1 544	1	51	86 700	b
Australie ⁴	22 400 000	160 900		160 900				1 100	b
Bénin	9 800 000		188 037	188 037	77			7 600	b
Botswana	1 800 000		192 303	192 303	25			32 900	b
Burkina Faso	16 200 000	7 205 383		7 205 383	63	30		23 000	a
Burundi	8 500 000	887 063		887 063	45	4		746	a
Cambodge	15 100 000		909 336	909 336	183		74	7 559	a
Cameroun	20 000 000	1 744 698	2 450 813	4 195 511	178	13	23	47 200	b
Côte d'Ivoire	22 000 000			0	58			-	N/A
Djibouti	880 000			0	6			50-100	a
Égypte	80 400 000	7 787 893	10 500 937	18 288 830	26	2	3	35 400	b
Érythrée	5 200 000	694 543	539 148	1 233 691	58	8	11	15 238	a
Éthiopie	85 000 000	25 538 950	46 329 091	71 868 041	649	209	434	1 100 000	a
îles Fidji	850 000		840 000	840 000				800	b
Gambie	1 800 000	120 695		120 695	41	7		-	N/A
Ghana	24 000 000			0	137			4 000	a
Guatemala	14 400 000			0				25 100	b
Guinée	10 800 000	3 745 300		3 745 300	38	15		25 528	a
Guinée-Bissau	1 700 000	191 338	1 339 170	1 530 508	N/A	20	38	7 361	c
Îles Salomon	550 000		530 000	530 000				500	b
Iran	75 100 000			0				43 900	b
Iraq	31 500 000			0	102			43 900	b
Kenya	40 100 000	2 239 677	3 229 515	5 469 192	80	5	10	67 253	a
Kiribati	100 000		100 000	100 000				900	b
RDP lao	6 400 000			0				13 200	b
Libye	6 600 000			0				33 400	b
Malawi	15 500 000	1 311 420	1 861 174	3 172 594	27	2	5	33 400	b
Mali	15 200 000	1 179 501		1 179 501	61	10		37 943	a
Maroc	31 900 000			0	46			-	b
Mauritanie	3 400 000	23 336		23 336	53	3		1 017	a
Mexique	110 700 000			0	2 422			-	N/A
Mozambique	23 400 000	151 788	13 103 767	13 255 555	131	3	72	60 500	b
Myanmar	53 400 000	175 789		175 789	65	1		65 800	b
Namibie	2 200 000			0	107			6 100	b
Nauru	10 000		10 175	10 175				-	N/A
Népal	28 000 000	3 343 912	5 355 326	8 699 238	75	10	15	42 886	a
Niger	15 900 000	9 274 849	9 274 849	9 274 849	42	23		58 870	a
Nigéria	158 300 000	18 091 360	43 383 782	61 475 142	774	79	209	1 291 001	a
Oman	3 100 000			0	61			600	b
Ouganda	33 800 000	8 283 225	1 966 671	10 249 896	80	22	6	167 538	a
Pakistan	184 800 000		38 003 995	38 003 995	133		31	71 700	b
Papouasie-NG	6 800 000			0				-	N/A
République centrafricaine	4 900 000		238 998	238 998	51		21	1 000	b
Sénégal	12 500 000	2 589 103	7 412 734	10 001 837	34	13	12	91 500	a
Somalie	9 400 000			0	74			10 300	b
Soudan	30 894 000	546 240	10 458 198	11 004 438	133	3	37	67 799	c
Sud-Soudan	8 260 490	2 933 718	2 560 867	5 494 585	80	26	28	91 245	c
Tanzanie	45 000 000	9 906 874		9 906 874	121	43		130 000	a
Tchad	11 500 000		4 914 030	4 914 030	14		8	34 300	b
Togo	6 800 000			0	30			2 900	b
Vanuatu	250 000		248 935	248 935				210 000	b
Viêt Nam	88 900 000			0	659			100 000	a
Yémen	23 600 000	2 162 140	6 152 568	8 314 708	333	2	111	270 800	b
Zambie	13 300 000	625 984	5 320 720	5 946 704	72	5	36	8 500	b
Zimbabwe	12 600 000			0	59			-	b
Sous-total	1 520 594 490	111 101 108	208 533 200	319 634 308	9 415	559	1 293	4 562 158	N/A
Brésil	193 300 000	1 316 656		1 316 656	5 564	38		58 000	b
Chine	1 338 100 000		455 201 200	455 201 200	256			2 330 600	b
Inde	1 188 800 000	12 565 900	412 626 832	425 192 732	565	2	198	443 000	b
Sous-total	2 720 200 000	13 882 556	867 828 032	881 710 588	6 385	40	198	2 831 600	N/A
Total	4 240 794 490	124 983 664	1 076 361 232	1 201 344 895	15 800	599	1 491	7 393 758	N/A

1 Prévalence du TF >10 % d'après enquêtes de prévalence au niveau des districts.

2 Prévalence du TF >10 % d'après évaluations rapides du trachome ou autres types d'enquêtes au niveau des districts, prévalence du TF >10 % d'après enquêtes au niveau des régions, ou classement comme « endémie suspectée » par le ministère de la santé.

3 Trois sources de données ont été utilisées pour compiler la liste la plus précise de la charge de TT : (a) nombres déclarés par les pays à la réunion GET 2020 de 2010, (b) chiffres donnés dans le rapport de Mariotti et al., 2009, et enfin (c) estimation établie à partir des données de prévalence transmises à l'ITI dans les applications du Zithromax® 2011. Concernant le trichiasis, les estimations portent généralement sur les districts d'endémie confirmée uniquement mais cela peut varier d'un pays à l'autre.

4 En Australie, les populations autochtones se répartissent dans 80 communautés d'endémie confirmée et 238 communautés d'endémie suspectée. On estime que leur contribution au coût et aux interventions dans les districts d'endémie confirmée ou suspectée, équivaut respectivement à 5 et 15 districts qui, à ce titre, sont ajoutés au total.

Annexe 2 – Hypothèses d'estimations de coûts

Informations clés			
	Nombre	Unité	Source
Collecte des données			
Districts d'endémie suspectée où il faut mener des enquêtes	1 293	Nombre de districts	Base de données Atlas Trachome
Districts d'endémie confirmée où il faut mener des enquêtes d'impact et de surveillance	559	Nombre de districts	Base de données Atlas Trachome
CH - Nombre d'opérations chirurgicales attendues	4 562 158	Personnes qui ont besoin d'une opération chirurgicale	Voir l'annexe 1
A - Distribution attendue d'azithromycine	375 382 407	Nombre de doses qui doivent être distribuées	Analyse des séries à partir du total des personnes qui vivent dans des districts d'endémie confirmée. Hypothèse d'une couverture de 85 % (Annexe 1)
N - Districts qui ont besoin d'interventions du volet N	559	Nombre de districts	Base de données Atlas Trachome
CE - Districts qui ont besoin d'interventions du volet CE	559	Nombre de districts	Base de données Atlas Trachome

Nota : Dans cette analyse, le Brésil, la Chine et l'Inde ne sont pas pris en compte.

Coûts des interventions					
	Interventions		Coût par intervention		Coût total
Recueil des données	1 293	Enquêtes de district	\$ 5 000	Par enquête de district	\$ 6 465 000
	559	Enquêtes d'impact	\$ 7 500	Par district par année	\$ 4 192 500
	559	Enquêtes de surveillance	\$ 6 000	Par district par année	\$ 3 354 000
Chirurgie	4 562 158	Chirurgies	\$ 40	\$ par cas	\$ 182 486 320
Distribution d'antibiotiques	375 382 407	Individual distributions	\$ 0,25	\$ par distribution par personne	\$ 93 845 602
Nettoyage du visage	559	Contribution par district	\$ 5 000	\$ par distribution par année	\$ 27 950 000
Changes d'environnement	559	Contribution par district	\$ 20 000	\$ par distribution par année	\$ 111 800 000
				Total	\$ 430 093 422

Le trachome cécitant est source d'incroyables souffrances humaines et représente un désastre économique pour des dizaines de millions de personnes. Nous nous sommes fixés comme objectif de l'éliminer d'ici à 2020 – soit dans moins de neuf ans. Cet objectif est réalisable et des organisations du monde entier se regroupent pour constituer un front uni comme jamais auparavant contre cette maladie.

Nous pouvons éliminer cette maladie tropicale négligée (MTN) qu'est le trachome.

Notre plan est prêt. Notre résolution est claire. À nous de tenir notre promesse.



www.hollows.org.au





La fin de la vue

- › Toutes les 4 minutes, 1 personne souffre d'une perte brutale d'acuité visuelle due au trachome.
- › Toutes les heures, 4 personnes sont rendues aveugles par le trachome.
- › Près de 300 millions de personnes risquent de contracter le trachome et au moins 100 millions ont besoin d'un traitement.

Une stratégie de prévention qui a fait ses preuves

- › Les 4 volets de la stratégie CHANCE (Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement) permettent de prévenir et de traiter la principale cause infectieuse de cécité dans le monde qu'est le trachome.

Réduit la charge humaine de la maladie

- › Pour 20 dollars investis dans l'élimination du trachome, 1 personne supplémentaire peut vivre 1 année de plus sans risquer une perte brutale d'acuité visuelle ou la cécité.

Un impact économique évident

- › L'élimination du trachome cécitant dans le seul continent africain entraînerait une hausse du PIB dans ses pays d'environ 20 à 30 points de pourcentage. L'impact sur chacun des pays serait encore plus significatif.

La fin est en vue

- › Ce plan stratégique mondial et les plans nationaux qui l'accompagnent peuvent contribuer à mobiliser les partenaires et les ressources pour intensifier nos actions tout au long d'une feuille de route commune en vue d'atteindre notre objectif ambitieux mais réalisable : l'élimination du trachome cécitant dans le monde à l'horizon 2020.

ICTC International Coalition
for Trachoma Control



Pour en savoir plus
www.trachomacoalition.org

