21

Organisation mondiale de la Santé

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable

Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030

30

Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030 [Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030]

ISBN 978-92-4-002654-4 (version électronique)

ISBN 978-92-4-002655-1 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2021

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Citation suggérée. Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030 [Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir http://www.who.int/about/licensing.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique et mise en page : Big Mouth Gets.

La version définitive de cette feuille de route se trouve dans les actes officiels de la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé (document WHA73/2020/REC/1.Annexe 8).

© WHO/Shobhan Singh

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont des maladies anciennes liées à la pauvreté qui font peser, au niveau humain, social et économique, un lourd fardeau sur plus d'un milliard de personnes dans le monde, principalement dans les zones tropicales et subtropicales parmi les populations les plus vulnérables et marginalisées.

01. Contexte et but de la feuille de route

02. Cibles et jalons 2030

03. Accélérer l'action programmatique

04. Intensifier les approches transversales

05. Modifier les modèles opérationnels et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays

06. Conclusions

Figure 1. Répartition géographique de la charge de morbidité des MTN, en termes d'AVCI et de PIB 3

Figure 2. Interactions entre interventions contre les MTN et ODD 5

Figure 3. Progrès réalisés dans la lutte contre les MTN 6

Figure 4. Changements dans les approches pour lutter contre les MTN 9

Figure 5. Domaines pour lesquels une action concertée est requise 20

Figure 6. Domaines pour évaluer les activités spécifiques aux différentes maladies 25

Figure 7. Évaluation des lacunes pour chaque MTN 26

Figure 8 Rôle des outils de diagnostic 28

Figure 9. Évaluation des lacunes en matière d'outils de diagnostic et priorités 30

Figure 10. Problèmes fréquents le long de la chaîne d'approvisionnement MTN 35

Figure 11. Situation actuelle des engagements en matière de dons de médicaments 38

Figure 12. Mesures critiques pour chaque maladie et groupe de maladies nécessaires afin d'atteindre les cibles 2030 40

Figure 13. Quatre catégories de thèmes transversaux 47

Figure 14. Approches intégrées de la gestion des MTN cutanées 48

Figure 15. Groupements de maladies pour lesquels des interventions conjointes peuvent être applicables 50

Figure 16. Inclusion des MTN dans les systèmes de santé nationaux 55

Figure 17. Éléments à prendre en considération pour trouver un équilibre entre approches spécifiques aux différentes maladies et approches intégrées 55

Figure 18. Coordination avec les ministères de la santé et les autres ministères et autorités 57

Figure 19. Pertinence de la coordination pour chaque MTN 58

Figure 20. Exemples de coordination avec d'autres disciplines et secteurs 60

Figure 21. WASH et MTN : activités et mécanismes de coordination 62

Figure 22. Action mondiale pour lutter contre les vecteurs : activités et mécanismes de coordination 63

Figure 23. Approche « Une seule santé » et MTN : activités et mécanismes de coordination 64

Figure 24. Rôles des parties prenantes à tous les niveaux et dans tous les secteurs 69

Figure 25. Changements dans les structures organisationnelles des pays 71

Figure 26. Exemples d'étapes dans la conception d'un plan MTN national 74

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	vi
Remerciements	ix
Glossaire	x
Résumé d'orientation	xii
1. Contexte et but de la feuille de route	**2**
2. Cibles et jalons 2030	**12**
3. Accélérer l'action programmatique	**24**
3.1 Diagnostics et autres innovations clés	28
3.2 Suivi et évaluation	32
3.3 Accès et logistique	34
3.4 Plaidoyer et financement	36
4. Intensifier les approches transversales	**46**
4.1 Intégrer des approches communes à plusieurs maladies	48
4.2 Introduire des plateformes de prestation dans les systèmes de santé nationaux	54
4.3 Coordonner les efforts dans les différents secteurs	56
5. Modifier les modèles opérationnels et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays	**68**
6. Conclusions	**78**
Références	79
Annexe : Résumés des maladies	**82**

01. Contexte et but de la feuille de route

02. Cibles et jalons 2030

03. Accélérer l'action programmatique

04. Intensifier les approches transversales

05. Modifier les modèles opérationnels et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays

06. Conclusions

Neuf années se sont écoulées depuis que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié sa première feuille de route sur les maladies tropicales négligées, qui fixait des cibles pour 2020. Avec le leadership exemplaire des pays et le soutien constant du secteur privé et des partenaires, nous sommes parvenus à faire reculer plusieurs de ces maladies, jusqu'à pouvoir envisager l'élimination et l'éradication de certaines d'entre elles.

Toutefois, malgré des progrès substantiels réalisés en vue de réduire la charge globale de ces maladies, bon nombre des cibles fixées pour 2020 n'ont pas été atteintes.

La présente feuille de route s'appuie sur les enseignements tirés et sur l'expérience acquise afin de mieux comprendre les défis émergents. Au cours de la prochaine décennie, nous passerons d'une approche spécifique à chaque maladie à une approche intégrée qui porte sur l'ensemble des 20 maladies et groupes de maladies, en vue de garantir l'appropriation et la direction par les pays, de renforcer la collaboration avec les pays et les partenaires, et d'encourager l'élaboration de nouveaux outils de prévention, de diagnostic et de traitement.

Nous travaillerons également avec d'autres programmes et secteurs pour optimiser notre stratégie afin d'atteindre les objectifs définis : d'ici à 2030, nous ambitionnons d'aider plus d'un milliard de personnes ayant actuellement besoin d'interventions liées aux maladies tropicales négligées pour les soulager, et d'éviter à des millions d'individus de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques.

Dans le même esprit, la feuille de route met en évidence la nécessité d'approches innovantes pour renforcer au maximum l'efficacité et les capacités de déploiement à plus grande échelle, l'engagement des pays, notamment le financement national, ainsi que la mobilisation de ressources externes. En bref, la présente feuille de route place les individus et les communautés au centre des efforts pour améliorer leur santé et leur bien-être.

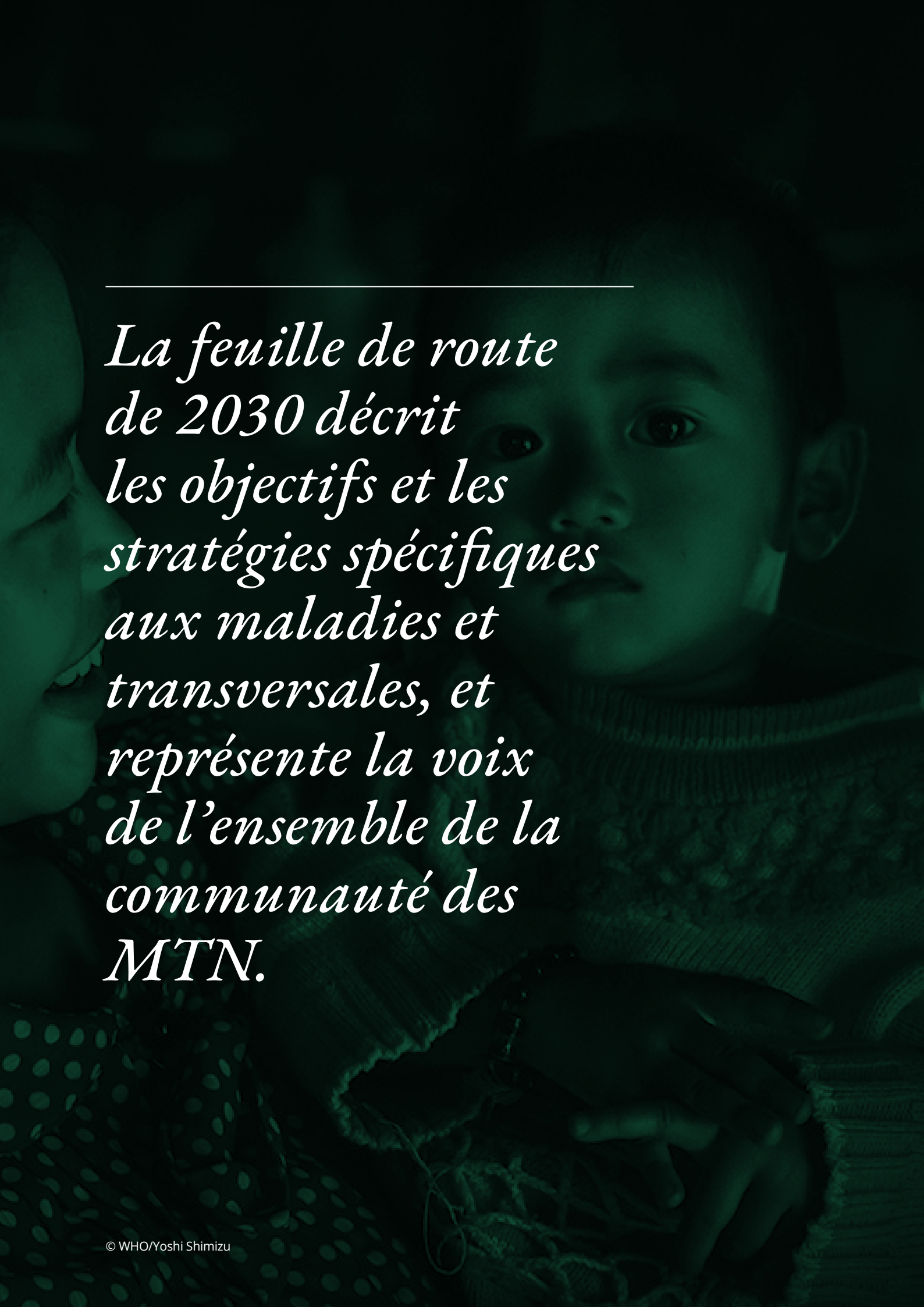
Cette feuille de route, qui a été élaborée au cours des deux dernières années par le biais de consultations de grande ampleur, reflète une vision collective. L'OMS s'attache à travailler avec tous les pays et partenaires pour améliorer la mise en œuvre des interventions de manière coordonnée, le rapport coût/efficacité ainsi que la couverture des programmes visant à renforcer l'accès des plus pauvres à des médicaments et des produits de diagnostic de qualité garantie, efficaces et sûrs.

Comme l'a montré la pandémie de COVID-19, la coopération dans une perspective plurisectorielle et en vertu des principes d'unité et de solidarité n'est pas qu'un concept, mais un outil puissant. Cette feuille de route fait le lien entre nous tous pour que nous collaborions afin de lutter contre le désintérêt, les stigmatisations et les souffrances évitables qui sont le lot des individus touchés par des maladies tropicales négligées.

Le compte à rebours vers 2030 a commencé : nous savons où nous allons et nous avons une feuille de route. Il est temps de nous mettre en route.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général
de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

© WHO/Christopher Black



La feuille de route de 2030 décrit les objectifs et les stratégies spécifiques aux maladies et transversales, et représente la voix de l'ensemble de la communauté des MTN.

© WHO/Yoshi Shimizu

Le document ***Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030*** a été adopté par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en application de la décision EB146(9) de la cent quarante-sixième session du Conseil exécutif, dans laquelle le Directeur général était prié d'élaborer une feuille de route pour 2021-2030. Les travaux ont débuté en 2018 à la demande du Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées.

Le Comité d'orientation était présidé par Mwelecele Ntuli Malecela, Directeur du Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, assisté par des membres du Bureau régional OMS de l'Afrique (Maria Rebollo Polo et Alexandre Tiendrebeogo), du Bureau régional OMS des Amériques (Luis Castellanos et Santiago Nicholls), du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (Mohammed Jamsheed et Zaw Lin), du Bureau régional OMS de l'Europe (Elkhan Gasimov), du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (Hoda Atta et Supriya Warusavithana), ainsi que du Bureau régional OMS du Pacifique occidental (Aya Yajima), qui ont donné des indications générales et examiné les ébauches et les premières versions.

L'équipe chargée de l'élaboration de la feuille de route était composée de Bernadette Abela-Ridder, Gautam Biswas et Pamela Sabina Mbabazi (Département Lutte contre les maladies tropicales négligées), avec l'appui de Matt Craven, Annabelle Gerber, Lars Hartenstein et Jan Vlcek (McKinsey & Company), qui ont produit le principe initial et le cadre de travail, permis les consultations avec les pays et les parties prenantes et ont élaboré la première version du document.

Les points focaux techniques au sein du Département Lutte contre les maladies tropicales négligées (Pedro Albajar Viñas, Kingsley Asiedu, Paul Cantey, Daniel Argaw Dagne, José Ramon Franco-Miguell, Albis Gabrielli, Amadou Garba Djirmay, Saurabh Jain, Jonathan King, Antonio Montresor, Denise Mupfasoni, José Ruiz-Postigo, Gerardo Priotto, Dieudonné Sankara, Anthony Solomon, Afework Tekle, Raman Velayudhan, David Williams et Rajpal Yadav) ont établi les synthèses des maladies.

Le questionnaire et les données épidémiologiques en ligne ont été analysés par Junerlyn Agua, Lise Grout et Alexei Mikhailov. Xiao Xian Huang a fourni les analyses d'économie de la santé. Ashok Moloo était chargé des questions de communication. Karen Ciceri-Reynolds, Chantal Berthoud, Raquel Mercado et Linda Aimé ont supervisé l'élaboration du contenu.

Le Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées a examiné les synthèses des données et établi des recommandations. Il se composait de Riadh Ben Ismail (Tunisie), Lucille Blumberg (Afrique du Sud), feue Marleen Boelaert (Belgique), Marcos Boulos (Brésil), Akshay Chandra Dhariwal (Inde), Rosa Castalia França Ribeiro (Brésil), Margaret Gyapong (Ghana), Steve Lindsay (Royaume-Uni), David Mabey (Royaume-Uni), NG Lee Ching (Singapour), Naseem Salahuddin (Pakistan) et Ning Xiao (Chine).

Les directeurs et le personnel technique des départements transverses comme Pedro Alonso (Programme mondial de lutte antipaludique), Anshu Banerjee (Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et vieillissement), Sophie Boisson (Eau, assainissement, hygiène et santé), Emer Cooke (Réglementation et préqualification), Devora Kestel (Santé mentale et abus de substances psychoactives), Maria Neira (Environnement, changement climatique et santé), John Reeder (Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales), Agnès Soucat (Gouvernance et financement des systèmes de santé) et Peter Singer (Conseiller spécial, Cabinet du Directeur général), ont orienté les discussions.

La version finale du présent document a été révisée par un groupe d'experts indépendants : Roy Anderson, Daniel Boakye, Nat Brittain, Nilanthi de Silva, Paul Emerson, Dirk Engels, Heather Ferguson, Leda Hernandez, Julie Jacobson, Martin Kollmann, Ashok Kumar, David Molyneux, Stefanie Meredith, Eric Ottesen, Katey Owen et Emily Wainwright.

La Fondation Bill & Melinda Gates et l'Agence des États-Unis pour le développement international ont contribué au financement de ce projet.

© WHO/Olivier Asselin

Glossaire

Les définitions données ci-dessous s'appliquent aux termes utilisés dans le présent document. Elles peuvent avoir des significations différentes dans d'autres contextes.

Administration massive de médicaments (AMM) : Distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'un cadre administratif donné (par exemple, état, région, province, district, sous-district ou village) indépendamment de la présence de symptômes ou d'une infection ; toutefois, des critères d'exclusion peuvent s'appliquer. (Dans le présent document, les termes « administration massive de médicaments » et « chimiothérapie préventive » sont utilisés indifféremment.)

Année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) : Mesure de la charge globale de morbidité, exprimée en nombre d'années perdues pour cause de maladie, d'invalidité ou de décès précoce. Le terme a été introduit dans les années 1990 pour comparer l'état de santé général et l'espérance de vie dans différents pays. Les AVCI pour une maladie ou un état de santé correspondent à la somme des années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée dans la population et des années perdues en raison d'une incapacité résultant de la pathologie ou de ses conséquences.

Chimiothérapie préventive : Utilisation à grande échelle de médicaments, seuls ou en association avec d'autres, dans le cadre d'interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments est une forme de chimiothérapie préventive ; d'autres formes peuvent se limiter à des groupes de population spécifiques tels que les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes « chimiothérapie préventive » et « administration massive de médicaments » sont utilisés indifféremment.)

Contrôle : Réduction de la prévalence, de l'incidence, de la morbidité et/ou de la mortalité à un niveau localement acceptable à la suite d'efforts délibérés ; des interventions permanentes sont requises pour maintenir cette réduction. Le contrôle peut être lié ou non à des cibles mondiales fixées par l'OMS.

Coordination : Collaboration entre des secteurs et programmes adjacents, à l'intérieur et au-delà du domaine de la santé, au sein du réseau plus large des MTN. Des secteurs tels que la lutte antivectorielle, la santé animale et WASH apportent des contributions essentielles aux progrès de la lutte contre les MTN, et travailler ensemble plus efficacement accélérera et soutiendra les progrès vers l'élimination et le contrôle des MTN.

Équité : Absence de différences évitables ou rectifiables entre des groupes de personnes définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou en fonction du sexe.

© WHO/Asad Zaidi

Élimination (interruption de la transmission) : Réduction à zéro de l'incidence d'une infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique définie, avec un risque minimal de réintroduction à la suite d'activités délibérées ; une action continue pour empêcher le rétablissement de la transmission peut être nécessaire. La documentation de l'élimination de la transmission est appelée **vérification**.

Élimination en tant que problème de santé publique : Terme lié à la fois à l'infection et à la maladie, défini par l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS en rapport avec une maladie spécifique. Une fois ces cibles atteintes, une action continue est nécessaire pour maintenir les cibles et/ou pour accélérer l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique est appelée **validation**.

Éradication : Réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale d'une infection causée par un agent pathogène spécifique à la suite d'activités délibérées, sans risque de réintroduction. La documentation de l'éradication est appelée certification.

Extinction : Éradication d'un agent pathogène spécifique, de sorte qu'il n'existe plus dans la nature ou en laboratoire, ce qui peut se produire avec ou sans activité délibérée.

Gestion des vecteurs intégrée : Processus décisionnel rationnel visant à optimiser l'utilisation des ressources pour la lutte antivectorielle.

Hygiène : Conditions ou pratiques propices au maintien de la santé et à la prévention d'incapacités.

Incapacité : Inaptitude à effectuer de manière adéquate ou indépendante des activités quotidiennes de routine telles que la marche, le bain et la toilette ; aspects négatifs liés à l'interaction entre une personne souffrant d'un problème de santé et son contexte (facteurs environnementaux et personnels).

Inclusion : Planification et réalisation d'interventions contre les MTN par le biais de l'infrastructure du système de santé national afin de renforcer les capacités et de contribuer à une prévention et un contrôle durables et efficaces des maladies.

Intégration : Regroupement ou « paquet » de plusieurs maladies, en fonction de leur charge dans les pays, afin de faciliter la mise en œuvre conjointe d'interventions par le biais d'une plateforme commune, comme la chimiothérapie préventive et l'utilisation de diagnostics multiplex, ainsi que le suivi, l'évaluation et la notification intégrés pour toutes les MTN endémiques concernées.

Logistique inverse : En matière de réutilisation de produits et de matériaux, ce terme désigne le processus consistant à détourner les marchandises de leur destination finale habituelle dans le but de récupérer de la valeur ou de les éliminer correctement.

Morbidité : Conséquences cliniques détectables et mesurables des infections et des maladies qui affectent la santé des personnes. Les preuves de morbidité peuvent être manifestes (comme la présence de sang dans les urines, l'anémie, la douleur ou la fatigue chronique) ou subtiles (comme un retard de croissance, une baisse des performances scolaires ou professionnelles ou une susceptibilité accrue à d'autres maladies).

Plateforme : Structure par laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.

Suivi et évaluation : Processus visant à améliorer les performances et à mesurer les résultats afin d'améliorer la gestion des réalisations, des résultats et de l'impact.

Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont des maladies anciennes liées à la pauvreté qui font peser, au niveau humain, social et économique, un lourd fardeau sur plus d'un milliard de personnes dans le monde, principalement dans les zones tropicales et subtropicales parmi les populations les plus vulnérables et marginalisées.

Encourager les progrès

Depuis la publication par l'OMS de la première feuille de route pour la prévention et le contrôle des MTN (*Agir plus vite pour réduire l'impact mondiale des maladies tropicales négligées*) en 2012, des progrès significatifs ont été réalisés. Aujourd'hui, le nombre de personnes nécessitant des interventions contre plusieurs MTN a diminué de 600 millions par rapport à 2010, et 42 pays, territoires et zones ont éliminé au moins une maladie. La dracunculose est sur le point d'être éradiquée, avec 54 cas humains signalés dans quatre pays en 2019 ; la filariose lymphatique a été éliminée en tant que problème de santé publique dans 17 pays, tout comme le trachome dans 10 pays ; l'onchocercose a été éliminée dans quatre pays de la Région Amériques ; le nombre annuel de cas de trypanosomiase humaine africaine est passé de plus de 7000 en 2012 à moins de 1000 en 2019, ce qui a permis de réduire de moitié la cible initiale de 2000 cas d'ici 2020 ; et le nombre de nouveaux cas de lèpre signalés dans le monde a continué à diminuer en 2010 à raison de 1 % par an en moyenne, après que la plupart des pays d'endémie sont parvenus à l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, définie comme un nombre de cas sous traitement inférieur à 1 pour 10 000 habitants.[1]

Les progrès réalisés dans la lutte contre les MTN ont permis d'alléger le coût humain et économique qu'elles imposent aux communautés les plus défavorisées du monde. Au cours des neuf dernières années, cela a démontré l'efficacité de l'alignement du travail des États Membres sur celui de divers partenaires.

Deux résultats importants se sont imposés, à savoir le constat que :

i) **les interventions relatives aux MTN sont l'un des investissements « les plus rentables » dans le domaine de la santé publique mondiale puisqu'elles se traduisent par un bénéfice net pour les personnes concernées estimé à environ US $25 pour chaque dollar investi dans la chimiothérapie préventive ;**

ii) **les MTN sont des traceurs importants pour identifier les disparités dans les progrès réalisés en matière de couverture sanitaire universelle et d'accès équitable à des services de santé de qualité.**

Donner un nouvel élan

Malgré les progrès substantiels réalisés depuis 2010, bon nombre des cibles fixées pour 2020 dans la feuille de route précédente n'ont pas été atteintes. La nouvelle feuille de route proposée met en évidence les lacunes importantes et les actions nécessaires pour atteindre les cibles fixées pour 2030 qui ont été convenues par le biais d'une consultation mondiale. L'expérience de la décennie passée montre que de nouvelles actions multisectorielles sont nécessaires pour l'ensemble des 20 maladies et groupes de maladies, notamment en matière de diagnostic, de suivi et d'évaluation, d'accès et de logistique concernant les médicaments et les produits médicaux, de plaidoyer et de financement. À ce stade critique, les enjeux restent élevés. Des cibles ambitieuses, axées sur les impacts, sont nécessaires pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et accélérer le contrôle et l'élimination des maladies tropicales négligées.

[1] Voir les données de l'Observatoire mondial de la santé : https://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/

© WHO/Olivier Asselin

© WHO/Andy Craggs

Une action concertée dans de multiples domaines et des réponses souples aux défis seront nécessaires pour atteindre les cibles fixées. La reconnaissance, par exemple, de l'infection à *Dracunculus medinensis* chez des mammifères autres que l'homme montre bien la manière dont les difficultés en matière d'éradication peuvent se manifester dans les toutes dernières étapes, ce qu'on appelle le dernier kilomètre. Des circonstances imprévues telles que des épidémies, l'instabilité politique, les migrations, les conséquences du changement climatique et la résistance aux antimicrobiens peuvent aggraver la complexité des programmes existants et nécessiteront des mesures d'atténuation supplémentaires.

Cibles et stratégies pour la prochaine décennie

La feuille de route 2021-2030 proposée définit des cibles et des jalons au niveau mondial pour prévenir, contrôler, éliminer ou éradiquer 20 maladies et groupes de maladies. Elle fixe également des cibles transversales alignées à la fois sur le treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS et les ODD, avec des stratégies pour atteindre les cibles au cours de la prochaine décennie.

La nouvelle feuille de route a été élaborée à l'issue d'une vaste consultation mondiale. Ce processus de consultation a consisté en des ateliers régionaux avec les responsables des programmes de prévention et du contrôle des MTN, des ateliers nationaux avec les parties prenantes impliquées dans les MTN et les domaines de travail connexes, des contributions obtenues après plus de 100 entretiens bilatéraux avec des experts en maladies, des modélisateurs, des donateurs et d'autres partenaires, et l'examen de plus de 300 réponses provenant de trois séries de consultations en ligne. Le document reflète donc les points de vue des États Membres et d'un large éventail de parties prenantes.

La feuille de route décrit également les approches intégrées nécessaires pour atteindre ces cibles par le biais d'activités transversales touchant plusieurs maladies. Elle s'appuie sur trois piliers censés soutenir les efforts mondiaux du contrôle, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées.

Pilier 1	*Accélérer l'action programmatique*
Pilier 2	*Intensifier les approches transversales*
Pilier 3	*Modifier les modèles opérationnels et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays*

Conformément à la décision EB146(9) du Conseil exécutif prise lors de sa cent quarante-sixième session en février 2020, la feuille de route a été soumise à la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé pour examen et approbation par les États Membres en novembre 2020.

Intégrer et inclure les approches

Une action programmatique permanente est nécessaire, en particulier dans les domaines ciblés où de graves lacunes sont constatées dans plusieurs maladies. Des enquêtes adéquatement structurées sur le modèle opérationnel et la mise en œuvre, notamment une recherche communautaire et appliquée, sont également essentielles pour établir une base solide sur laquelle des interventions MTN efficaces pourront être conçues et mises en œuvre.

Des changements plus radicaux sont nécessaires pour intégrer et inclure les approches dans les systèmes de santé nationaux et pour coordonner les actions dans tous les secteurs. Ces concepts transversaux ne sont pas nouveaux ; ils sont décrits dans divers plans MTN existants, mais leur mise en œuvre s'est révélée problématique dans certains cas.

La feuille de route vise à donner un nouvel élan par les actions concrètes proposées au sein de plateformes intégrées visant à la mise en œuvre des interventions, et par conséquent à améliorer le rapport coût/efficacité, la couverture et la portée géographique des programmes. Le renforcement de la capacité des systèmes de santé nationaux garantira la réalisation des interventions par le biais d'infrastructures existantes, améliorera la pérennité et l'efficacité des interventions et garantira aux patients un accès équitable à tous les aspects du traitement, des soins et du soutien. Une coordination étroite et une action multisectorielle dans le domaine de la santé et au-delà, c'est-à-dire non seulement la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, la santé animale et environnementale, et l'éducation à la santé mais aussi, par exemple, l'éducation et les handicaps, permettront de maximiser les synergies.

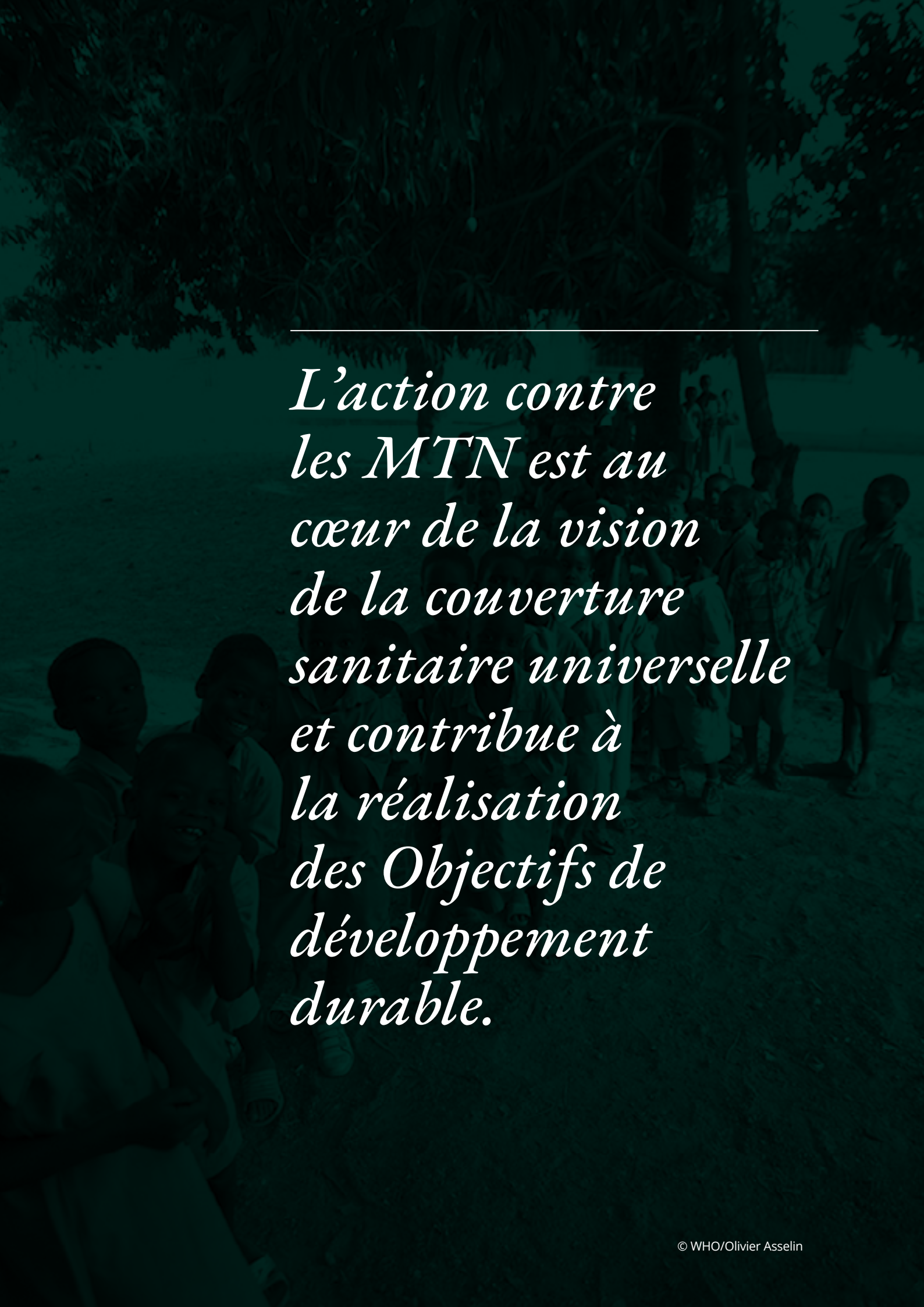
Obtenir des résultats, avoir un impact

Les pays sont à la fois les moteurs et les bénéficiaires des progrès accomplis dans la réalisation des cibles MTN 2030 fixées. Les autorités nationales et locales doivent donc mener des travaux pour définir les agendas et atteindre leurs objectifs, avec un financement provenant en partie ou en totalité de fonds nationaux. Les pays doivent intégrer et prioriser les MTN endémiques dans les plans sanitaires nationaux et y consacrer un poste adéquat dans les budgets de santé nationaux. L'action multisectorielle doit être encouragée et planifiée bien à l'avance de manière proactive au niveau ministériel et à un niveau plus élevé afin de faire naître la volonté politique de haut niveau nécessaire pour soutenir les plans de lutte contre les MTN.

Au moment où les pays définissent leurs plans MTN nationaux, le soutien des partenaires sera essentiel pour combler les lacunes, renforcer les capacités et faire en sorte que les cibles soient atteintes. Des efforts incontournables doivent être faits pour faire participer la communauté, en particulier les jeunes, aux processus soutenant la mise en œuvre, le suivi et la révision des programmes MTN nationaux.

Étant donné la tendance à privilégier des approches transversales, les structures et les méthodes de travail devront certainement être adaptées en conséquence, par exemple en assouplissant les flux de financement et en rendant la structure d'établissement de rapports moins lourde.

Beaucoup de travail devra être fourni au cours de la prochaine décennie pour atteindre les 1,74 milliard de personnes au moins qui ont encore besoin d'interventions contre les MTN. Ces maladies de la pauvreté doivent être vaincues afin d'atteindre les ODD et de parvenir à la couverture sanitaire universelle. La feuille de route définit des cibles et des mesures au niveau mondial pour aligner et recentrer le travail des parties prenantes au cours de la prochaine décennie. Elle encourage toutes les parties à réévaluer leurs approches et à examiner la manière dont l'efficacité et l'efficience de leurs engagements et de leurs contributions peuvent être améliorées. Enfin, elle vise à favoriser une plus grande collaboration et une plus grande ouverture afin d'alléger et d'éliminer le lourd fardeau des MTN au niveau mondial.



L'action contre les MTN est au cœur de la vision de la couverture sanitaire universelle et contribue à la réalisation des Objectifs de développement durable.

© WHO/Olivier Asselin

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Paul Almasy

01

Contexte et but de la feuille de route

Contexte et but de la feuille de route

© WHO/Anna Kari

La feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 est le deuxième plan directeur de l'OMS pour la prévention, le contrôle et, si possible, l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées. Elle fait suite à la première feuille de route intitulée « ***Agir plus vite pour réduire l'impact mondiale des maladies tropicales négligées*** », publiée en 2012 *(1),* qui fixait des cibles et des jalons au niveau mondial jusqu'en 2020 pour les 17 MTN qui faisaient alors partie du portefeuille de l'OMS. L'objectif de la nouvelle feuille de route est de faciliter l'alignement entre les États Membres et les autres parties prenantes, d'accélérer les progrès vers la prévention, le contrôle, l'élimination et l'éradication des 20 MTN et groupes de maladies priorisées actuellement par l'OMS et d'atteindre les ODD.

Ce texte est un appel à l'action lancé aux États Membres, aux donateurs, aux partenaires de mise en œuvre, aux experts en maladies et à toutes les autres parties prenantes pour aligner leurs stratégies et leurs plans portant sur la prévention des infections et l'allègement des souffrances des personnes touchées par les 20 MTN et groupes de maladies figurant dans le portefeuille élargi de l'OMS.[1]

Les MTN privilégiées par l'OMS sont un ensemble de 20 maladies et groupes de maladies ayant un même point commun : leur impact dévastateur sur les communautés défavorisées.

La feuille de route 2030 couvre un ensemble de maladies et groupes de maladies[2] variés sur le plan médical qui touchent de manière disproportionnée les personnes vivant dans la pauvreté, principalement dans les zones tropicales et subtropicales. Les MTN représentent une menace sur le plan humain, social et économique pour plus d'un milliard de personnes dans tous les pays du monde, en particulier dans les pays à faible revenu et les communautés les plus défavorisées des pays à revenu intermédiaire **(Figure 1)**. Plus de 200 000 personnes meurent chaque année uniquement de morsures de serpent, de la rage et de la dengue, et l'absence de traitement abordable en temps voulu laisse des centaines de millions de personnes gravement handicapées, défigurées ou affaiblies, entraînant souvent exclusion sociale, stigmatisation et discrimination.

[1] Dengue et chikungunya, dracunculose, échinococcose et trématodoses d'origine alimentaire, envenimation par morsure de serpent, filariose lymphatique, gale et autres ectoparasitoses, géohelminthiases, leishmaniose, lèpre, maladie de Chagas, mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes, onchocercose, rage, schistosomiase, pian, taeniasis et cysticercose, trachome, trypanosomiase humaine africaine et ulcère de Buruli.

[2] Toutes les maladies infectieuses à l'exception de l'envenimation par morsure de serpent.

Les MTN privilégiées par l'OMS sont un ensemble de 20 maladies et groupes de maladies ayant un même point commun : leur impact dévastateur sur les communautés défavorisées.

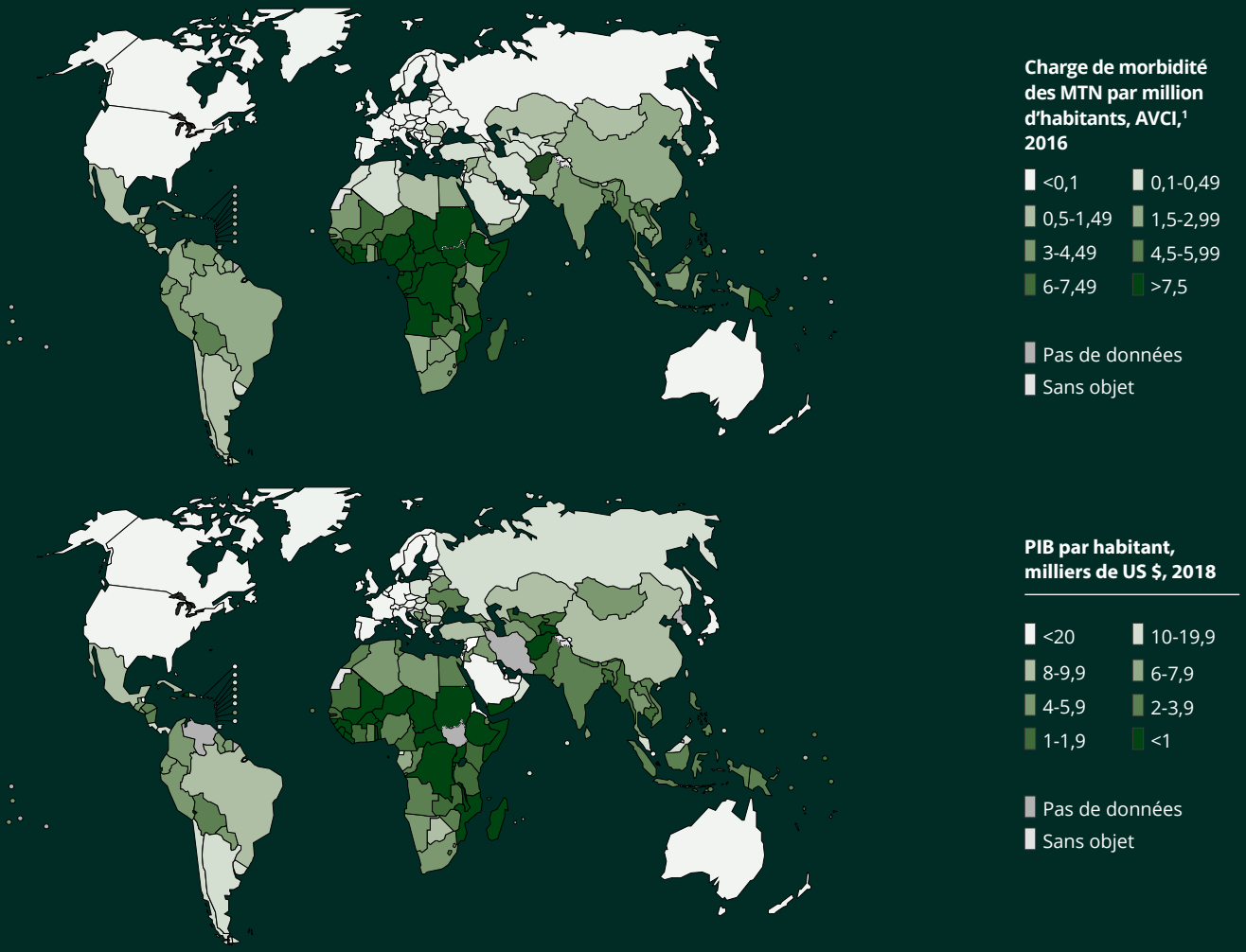


Figure 1. Répartition géographique de la charge des MTN par AVCI et produit intérieur brut

[1] Les données relatives aux AVCI cumulées ne sont disponibles que pour la maladie de Chagas, la cysticercose, la dengue, l'échinococcose, les géohelminthiases, la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la rage, la schistosomiase, le trachome et la trypanosomiase humaine africaine.
Remarque : le nombre d'AVCI liées aux MTN serait nettement plus élevé si l'on tenait compte de paramètres tels que la stigmatisation, la santé mentale (l'anxiété et la dépression, par exemple) et la comorbidité.
Source : OMS (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/) pour les AVCI et la Banque mondiale (https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD) pour le PIB par habitant.

© WHO/Yoshi Shimizu

Les MTN coûtent aux communautés en développement l'équivalent de milliards de dollars américains chaque année en coûts directs de santé, en perte de productivité et en baisse du niveau socio-économique et éducatif *(2)*. Les MTN exercent également une pression financière considérable sur les patients et leurs familles – la trypanosomiase humaine africaine en République démocratique du Congo coûte aux ménages touchés dans une communauté rurale type plus de 40 % de leur revenu annuel *(3)*, et jusqu'à 75 % des ménages touchés par la leishmaniose viscérale au Bangladesh *(4, 5)*, en Inde *(6)*, au Népal *(7)* et au Soudan *(8)* connaissent des difficultés financières pour obtenir un diagnostic et un traitement, même lorsque les tests et les médicaments sont théoriquement gratuits.

Bien que les ressources consacrées aux MTN ne soient souvent pas à la hauteur des besoins considérables, les interventions dans ce domaine constituent l'un des meilleurs investissements en matière de santé publique mondiale. La fin des MTN devrait se traduire par un bénéfice net pour les personnes touchées estimé à environ US $25 dollars pour chaque dollar investi en chimiothérapie préventive (soit un taux de rendement annualisé de 30 %) et contribuer de manière significative à la couverture sanitaire universelle et à la protection sociale des personnes les plus démunies *(9)*.

Les interventions contre les MTN contribuent à la réalisation des ODD

Les MTN sont officiellement reconnues comme des cibles nécessitant une action mondiale dans le cadre de la cible ODD 3.3, qui appelle à « mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées » à l'horizon 2030, dans le cadre de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Les ODD ne peuvent donc être atteints que si les objectifs relatifs aux maladies tropicales négligées sont atteints. Des interventions réussies contre les MTN contribuent à l'atteinte d'autres ODD, tels que la réduction de la pauvreté (Objectif 1) et de la faim (Objectif 2), la possibilité pour les personnes de suivre une éducation de qualité (Objectif 4) et de mener une vie professionnelle active (Objectif 8), et la promotion de l'égalité, par exemple l'égalité des sexes (Objectifs 5 et 10). Les progrès réalisés dans les autres Objectifs peuvent accélérer la réalisation des objectifs relatifs aux MTN.

Ainsi, on estime qu'un accès plus large à l'eau salubre, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) (Objectif 6) peut contribuer à éliminer ou à endiguer les MTN ; la disponibilité d'une infrastructure résiliente (Objectif 9) devrait faciliter la distribution de médicaments et l'accès aux communautés isolées ; tandis que les objectifs pour des villes durables (Objectif 11) et des actions en faveur du climat (Objectif 13) peuvent permettre la gestion environnementale nécessaire pour lutter contre les vecteurs de maladies. La réalisation de tous les ODD et objectifs MTN repose sur des partenariats mondiaux solides (Objectif 17) **(Figure 2)**. Les liens avec le Programme de développement durable à l'horizon 2030 devraient encourager la communauté MTN à penser différemment quant à l'impact des interventions et à travailler de manière proactive dans tous les secteurs et toutes les disciplines pour garantir les progrès vers un développement durable. Mettre fin à l'épidémie de MTN pourrait donc avoir un impact sur les ODD et améliorer les chances de les atteindre *(10)*.

Figure 2. Interactions entre interventions contre les MTN et ODD

L'action contre les MTN est au cœur de la vision pour une couverture sanitaire universelle.

La lutte contre les MTN soutient l'objectif d'une couverture sanitaire universelle, qui implique que tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans avoir à rencontrer de difficultés financières *(11)*. La couverture sanitaire universelle, objectif de la cible ODD 3.8, constitue une pierre angulaire du treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS. Les mesures contre les MTN et leur suivi et évaluation sont des éléments qui se renforcent mutuellement : les interventions MTN touchent certaines des communautés les plus isolées du monde et peuvent ainsi améliorer les chances de ces populations à bénéficier d'un accès équitable aux services de soins de santé.

L'endémicité des MTN signifie que la couverture en matière de traitement peut donner une indication sur l'étendue de la couverture sanitaire universelle *(12)*, qui ne peut être atteinte que si les personnes à risque ou touchées par les MTN ont un accès équitable à des services de santé de qualité. L'investissement dans les MTN peut avoir des avantages importants tant pour la santé que pour les économies.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la lutte contre les MTNB, grâce au fort soutien des États Membres et de la communauté MTN mondiale.

La dernière décennie a été marquée par des progrès significatifs dans la lutte contre les MTN **(Figure 3)**, notamment par de nouvelles mesures et interventions préventives, un soutien accru des donateurs, de nouvelles stratégies et lignes directrices et un renforcement des structures liées aux MTN, la collaboration et la mobilisation des pays. L'établissement de partenariats public-privé a grandement facilité les progrès pour endiguer et éliminer les MTN : les entreprises pharmaceutiques ont fait don de près de trois milliards de comprimés de médicaments sûrs et de qualité chaque année pour soutenir le contrôle des MTN et leur élimination dans les pays où elles sont endémiques.

Ces accomplissements témoignent du soutien et de l'engagement de longue date de la communauté MTN mondiale, depuis la première réunion des partenaires mondiaux sur les MTN organisée par l'OMS en 2007 dans le but de rassembler diverses initiatives sur ces maladies sous la « rubrique » MTN, jusqu'aux engagements pris dans la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées de 2012 et la réunion des partenaires mondiaux de 2017. Ils démontrent l'immense potentiel qui peut être libéré en privilégiant les partenariats pour faire en sorte que les MTN occupent une place prépondérante dans le programme mondial d'action sanitaire.

Figure 3. Progrès réalisés dans la lutte contre les MTN

Exécution des interventions et impact

- **66 % de couverture préventive** (2019) pour les populations à risque dans les zones d'endémie, contre 42 % en 2012
- **Aujourd'hui, 600 millions de personnes de moins qu'en 2010 nécessitent des interventions contre les MTN**
- **Plus d'un million de traitements chirurgicaux délivrés** pour la trichiasis trachomateuse depuis 2014
- **42 pays, territoires et zones avaient éliminé au moins une MTN en 2020**

Renforcement des structures MTN et de la collaboration intersectorielle

- **45 centres collaborateurs de l'OMS** soutiennent les activités de l'OMS sur les MTN dans le monde
- **Création du NNN (NTD NGO Network)** pour coordonner le travail des organisations impliquées dans la lutte contre les MTN, et d'autres alliances MTN
- **Création de la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les MTN** en tant qu'organe scientifique de premier plan axé sur les MTN
- **Renforcement de la collaboration multisectorielle,** p. ex. élaboration d'une stratégie WASH mondiale 2015-2020 pour les MTN, les MTN étant incluses dans l'Action mondiale de lutte contre les vecteurs, approche « Une seule santé »
- **Création du projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN)** visant à renforcer la capacité de l'OMS à lutter contre cinq MTN pouvant faire l'objet d'une chimiothérapie préventive en Afrique

Extension du champ d'application général et du soutien contre les MTN

- **Trois nouveaux groupes de maladies ajoutés au portefeuille MTN :** mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes, gale et autres ectoparasitoses et l'envenimation par morsure de serpent, portant le total à 20 maladies et groupes de maladies
- **Nouvel engagement des donateurs de plus de US $1 milliard** promis depuis 2017
- **Engagements de dons de médicaments garantis pour six médicaments supplémentaires ;** 11 entreprises pharmaceutiques font don chaque année d'un total de près de 3 milliards de comprimés de médicaments sûrs et de qualité garantie, pour une valeur de centaines de millions de dollars américains

Élaboration de stratégies, lignes directrices et résolutions

- **Résolution WHA66.12 adoptée sur les MTN** (2013)
- **Résolutions de l'Assemblée de la Santé adoptées pour deux maladies :** le mycétome (2016) et l'envenimation par morsure de serpent (2018) ; résolution supplémentaire sur l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs (2017) ; au total, l'Assemblée de la Santé a adopté des résolutions pour 17 des 20 maladies
- **15 MTN dotées de stratégies de lutte au niveau mondial**
- **14 MTN pour lesquelles des lignes directrices et des manuels OMS** sont disponibles
- **Développement de stratégies intégrées,** p.ex. pour les MTN cutanées et la lutte antivectorielle

Innovation dans les interventions, les outils et les techniques de diagnostic

- **Approches impliquant de nouveaux traitements,** p.ex. ivermectine citrate de diéthylcarbamazine albendazole pour la filariose lymphatique, le fexinidazole pour la trypanosomiase humaine africaine, le praziquantel pédiatrique (en cours) pour la schistosomiase, les antibiotiques pour l'ulcère de Buruli (au lieu d'un traitement chirurgical) et l'azithromycine pour le pian (au lieu de la benzathine benzylpénicilline injectée)
- **Nouveaux outils de diagnostic,** p. ex. tests de diagnostic rapide et multiplex pour l'onchocercose, la filariose lymphatique, le pian et la trypanosomiase humaine africaine ; test sur les antigènes cathodiques circulants pour *Schistosoma mansoni* ; autres en préparation, p. ex. test de diagnostic rapide sur la mycolactone pour l'ulcère de Buruli
- **Nouveaux outils de lutte antivectorielle** tels que la technique de l'insecte stérile, de l'insecte incompatible, de l'incompatibilité cytoplasmique et les techniques de remplacement des populations (par *Wolbachia spp.*), nouveaux pièges et insecticides

Augmentation de l'appropriation et de l'engagement des pays

- **Plus de 50 pays disposent de plans nationaux** concernant les MTN
- **Un nombre croissant de pays intègre les MTN dans leur budget de soins de santé national** et contribue au financement intérieur destiné à lutter contre ces maladies

Dengue	· **Mise en place d'interventions de lutte antivectorielle durables contre la dengue** dans 10 pays d'endémie prioritaires · **Mise en place de système de surveillance de la dengue et de lutte** dans cinq des six Régions de l'OMS
Dracunculose	· Actuellement en voie d'éradication avec **54 cas humains signalés dans quatre pays** (Angola, Cameroun, Soudan du Sud et Tchad) en 2019, contre plus de 500 cas en 2012 ; **187 États Membres certifiés exempts de la maladie**
Trypanosomiase humaine africaine	· **Réduction du nombre annuel de cas qui est passé de plus de 7000 en 2012 à moins de 1000 aujourd'hui,** bien en deçà de la cible initiale de 2000 cas d'ici 2020
Leishmaniose (viscérale)	· **Réduction du nombre de cas signalés chaque année en Asie du Sud-Est qui est passé de plus de 50 000 cas à moins de 5000 en 2018 ;** 93 % des cas en 2018 ont été signalés en Inde et 7 % au Bangladesh et au Népal
Filariose lymphatique	· **Réduction de 43 % (soit 648 millions de personnes) de la population nécessitant une administration massive de médicaments** depuis le début du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique ; la maladie est éliminée en tant que problème de santé publique dans 17 pays
Onchocercose	· **Élimination de la transmission dans quatre pays de la Région des Amériques** (Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique)
Rage	· **Élimination de la rage humaine transmise par le chien dans un pays** (Mexique)
Schistosomiase	· **Taux de couverture de 67 % pour la chimioprévention chez les enfants d'âge scolaire**
Géohelminthiases	· **59 % des enfants d'âge préscolaire et scolaire qui ont besoin d'un traitement sont traités régulièrement,** taux de couverture proche de la cible 2020 fixée à 75 % · En 2019, seuls 21 pays étaient parvenus à un taux de couverture de 75 % pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire
Trachome	· **Éliminé en tant que problème de santé publique dans 10 pays** (Cambodge, Chine, Ghana, Maroc, Mexique, Myanmar, Népal, Oman, République démocratique populaire lao, République islamique d'Iran)
Pian	· **Élimination de la transmission vérifiée dans un pays** (Inde) · Dons d'azithromycine garantis
Lèpre	· **Réduction de 21,4 % du nombre de cas d'incapacité de degré 2,** avec possibilité d'atteindre la cible de réduction des incapacités de degré 2 à moins d'un cas par million d'habitants · Dons de polychimiothérapies garantis

© WHO/Yoshi Shimizu

Une action concertée entre tous les secteurs est nécessaire pour préserver et poursuivre les progrès de la dernière décennie.

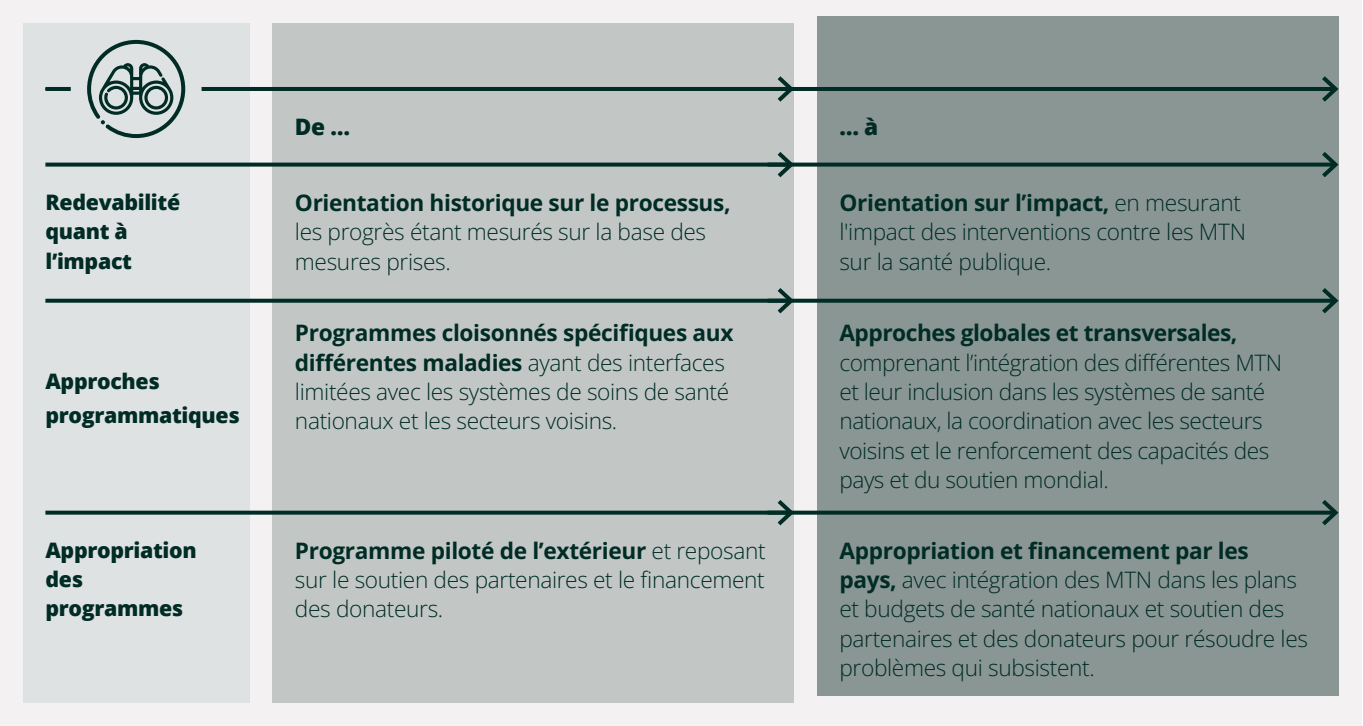
Des progrès notables ont été réalisés sur différents fronts, mais toutes les cibles 2020 n'ont pas été atteintes, et le chemin vers le contrôle et l'élimination des MTN n'est pas terminé. La dernière décennie nous a montré que de nouvelles actions sont nécessaires pour l'ensemble des 20 maladies et groupes de maladies, notamment dans les domaines suivants : la recherche de nouvelles interventions, de nouvelles méthodes et de nouveaux outils de diagnostic ; la recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre ; la gestion et l'exécution des programmes ; la surveillance, l'amélioration dans le suivi et l'évaluation ; et les mécanismes de financement adéquats pour chaque maladie et pour les approches transversales. Des efforts soutenus sont essentiels pour les maladies qui sont sur le point d'être éradiquées. La détection de la dracunculose chez d'autres mammifères que l'homme montre que de nouveaux défis peuvent apparaître même vers la fin du processus. L'efficacité pourrait être améliorée grâce à des approches transversales, notamment en intégrant les interventions visant plusieurs MTN et en favorisant une plus grande collaboration entre les groupes au sein et au-delà de la communauté MTN.

La feuille de route pour 2020-2030 définit les cibles et stratégies principales, spécifiques aux différentes maladies et transversales et se veut l'expression de l'opinion de l'ensemble de la communauté MTN.

La feuille de route définit des cibles spécifiques et mesurables pour 2030 accompagnées de jalons intermédiaires pour 2023 et 2025 pour le contrôle, l'élimination et l'éradication de chacune des 20 maladies et groupes de maladies, ainsi que des cibles transversales alignées sur le treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS et sur les ODD. Elle comprend les stratégies et les approches pour atteindre ces cibles, avec des thèmes transversaux applicables à plusieurs maladies.

La feuille de route et les cibles 2030 sont le résultat d'une vaste consultation menée auprès de la communauté MTN et d'un processus consultatif ayant consisté en des ateliers régionaux avec les responsables des programmes MTN, et en des ateliers nationaux avec les parties prenantes impliquées dans les MTN et les domaines de travail voisins (par exemple, WASH et l'éducation). La feuille de route tient compte des suggestions recueillies lors de plus de 100 entretiens bilatéraux avec des experts en maladies et modélisateurs, des donateurs et d'autres partenaires, et prend en considération plus de 300 réponses obtenues lors d'une consultation en ligne. Ce document reflète donc la position des États Membres et d'un large éventail de parties prenantes. Il a été préparé par le Secrétariat sous la direction du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées.

Figure 4. Changements dans les approches pour lutter contre les MTN



Le but du présent document est de guider les travaux visant à vaincre les MTN au cours des 10 prochaines années et d'encourager un changement radical dans l'approche utilisée.

La feuille de route a deux objectifs principaux : permettre aux gouvernements nationaux de prendre l'initiative de mettre en œuvre des interventions MTN afin d'atteindre la cible ODD 3.3 en fixant des jalons clairs et en proposant des approches transversales spécifiques aux différentes maladies pour les atteindre ; et encourager la communauté des parties prenantes mondiale – donateurs, entreprises pharmaceutiques, partenaires de mise en œuvre, organisations non gouvernementales et établissements universitaires – à accroître leurs engagements pour vaincre les MTN au cours de la prochaine décennie.

D'une manière générale, la feuille de route devrait encourager trois changements fondamentaux dans l'approche adoptée pour lutter contre les MTN **(Figure 4)** : premièrement, accroître la redevabilité en matière d'impact en utilisant des indicateurs d'impact au lieu d'indicateurs de processus, comme le montrent les cibles et les jalons de la section II et accélérer l'action programmatique (section III) ; deuxièmement, s'éloigner des programmes cloisonnés et spécifiques aux différentes maladies pour inclure les programmes dans les systèmes de santé nationaux et intensifier des approches transversales centrées sur les besoins des personnes et des communautés (section IV) ; et troisièmement, encourager une plus grande appropriation des programmes par les pays (section V).

Aujourd'hui, 600 millions de personnes de moins qu'en 2010 ont besoin d'interventions contre les MTN.

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Yoshi Shimizu

Cibles et jalons 2030

Cibles et jalons 2030

© WHO/Yoshi Shimizu

Cette section donne un aperçu des cibles et des jalons à atteindre pour les MTN. Ceux-ci ont été établis à l'issue d'une vaste consultation mondiale avec les États Membres et d'autres organisations du système des Nations unies, des groupes scientifiques et de recherche, des organisations non gouvernementales, des partenaires de mise en œuvre, des donateurs et des organisations du secteur privé. Le processus est résumé à la page suivante.

Les cibles principales et transversales, découlant des ODD et du treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS, sont pertinentes pour suivre les progrès réalisés en matière d'intégration, de coordination, d'appropriation des programmes par les pays et d'équité pour plusieurs maladies. Les cibles pour des secteurs tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et la lutte antivectorielle sont basées sur des cibles existantes. Des cibles spécifiques pour 2030 et des jalons pour 2023 et 2025 ont été fixés pour chacune des 20 maladies et groupes de maladies pour l'un des objectifs suivants :

a) éradication, définie comme la réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale d'un agent pathogène spécifique grâce à des efforts délibérés, sans risque de réintroduction ;

b) élimination (interruption de la transmission), définie comme la réduction à zéro de l'incidence de l'infection causée par un pathogène spécifique dans une zone géographique déterminée, avec un risque minimal de réintroduction grâce à des efforts délibérés ; des interventions continues pour empêcher le rétablissement de la transmission peuvent être nécessaires ;

c) élimination en tant que problème de santé, est un terme lié à la fois à l'infection et à la maladie, qui renvoie à la réalisation de cibles mesurables établies par l'OMS en lien avec une maladie donnée. Une fois atteinte, des interventions continues sont nécessaires pour maintenir les cibles et/ou progresser vers l'interruption de la transmission ; ou

d) contrôle, défini comme la réduction de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité et/ou de la mortalité d'une maladie à un niveau localement acceptable grâce à des efforts délibérés ; des interventions continues sont nécessaires pour maintenir cette réduction.

Les cibles pour chaque MTN sont indiquées dans le Tableau. Des sous-cibles supplémentaires et des résumés pour chaque maladie sont fournis en annexe. Des rapports annuels et un examen approfondi des progrès réalisés par rapport à ces cibles seront réalisés en 2022, 2024, 2026 et 2031, ainsi qu'en 2029, une année après la conclusion du quatorzième programme général de travail de l'OMS. Les examens de 2024, 2026 et 2029 pourront déboucher sur des cibles actualisées en fonction de l'évolution des différents contextes.

Processus utilisé pour fixer les cibles pour 2021-2030

2018

- Le Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées demande un processus large et fondé sur des éléments probants pour préparer la nouvelle feuille de route.
- Des groupes d'experts spécifiques à chaque maladie examinent les progrès réalisés au niveau mondial, les données des programmes nationaux et les résultats de la recherche puis proposent des cibles.

2019

- Un comité directeur MTN composé du directeur concerné au Siège et des conseillers MTN régionaux de toutes les régions de l'OMS, est créé pour superviser le processus de développement.
- Les cibles et leurs déterminants sont examinés à l'aide de modèles épidémiologiques par le Consortium de modélisation MTN.
- Deux séries de consultations en ligne sont menées sur les cibles et les résumés des maladies, donnant lieu à plus de 300 réponses.
- Des consultations multisectorielles approfondies sont menées avec certains États Membres, les responsables des programmes nationaux de lutte contre les MTN et les bureaux régionaux de l'OMS sur la stratégie globale de la feuille de route et pour approuver les cibles et les jalons fixés.

2019

- Les responsables des programmes de lutte contre les maladies revoient et confirment les cibles, en consultation avec les parties prenantes concernées et les experts en maladies.
  - accent mis sur les indicateurs de résultats, d'impact et transversaux
  - processus d'examen et indicateurs de résultats pour les maladies devant faire l'objet d'un contrôle ou pour les nouvelles MTN
- Des ateliers régionaux regroupant les partenaires des programmes nationaux et diverses parties prenantes ont lieu pour formuler les cibles et l'approche stratégique à adopter pour les atteindre et suivre les progrès réalisés.
- Le Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées et le Comité directeur MTN examinent et approuvent les cibles et les jalons.

2020

- Lors de sa cent quarante-sixième session, le Conseil exécutif a demandé au Directeur général d'élaborer la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.
- Sur décision du Conseil exécutif, le projet de feuille de route est mis en ligne pour consultation ; une réunion d'information informelle s'est tenue avec les États Membres (9 mars) et les propositions pertinentes formulées sont incorporées à la feuille de route.
- Le projet de feuille de route finalisé est soumis à la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.
- La feuille de route est approuvée par les États Membres lors de la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé en novembre 2020.

Contributions à la création de la feuille de route, 2019

Ateliers régionaux et nationaux

3 ateliers régionaux

avec les responsables des programmes nationaux de lutte contre les MTN et les partenaires des Régions OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est

3 ateliers nationaux

avec les parties prenantes au niveau national en Égypte et en Éthiopie et en Indonésie

Entretiens et reunions

Au moins 60 entretiens

avec les partenaires de la lutte contre les MTN, par ex. les donateurs, les agences des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et les compagnies pharmaceutiques

2 révisions

par le Groupe consultatif stratégique et technique pour les maladies tropicales négligées

Au moins 75 appels avec des experts des MTN

sur l'ensemble des 20 MTN, avec des experts externes des six Régions de l'OMS et des experts de l'OMS

Réunions avec les directeurs de programmes adjacents à l'OMS,

p. ex. WASH, santé mentale, paludisme et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Consultation en ligne

Au moins 85

réponses lors du premier tour de consultation en ligne

Au moins 240

réponses lors du second tour de consultation en ligne

Répondants:
38 % d'organisations non gouvernementales
26 % de gouvernements, ministères de la santé et prestataires de soins
26 % du monde académique et de la recherche
9 % des organisations multilatérales
1 % de donateurs philanthropiques et pharmaceutiques

© WHO/Yoshi Shimizu

Tableau 1. Cibles, jalons et indicateurs proposés de la feuille de route[1]

Cibles générales mondiales pour 2030

Dans certains cas, le terme « pays » doit être compris comme signifiant pays, territoires et zones.

© WHO/Yoshi Shimizu

90 %[1]

Réduction en pourcentage de personnes nécessitant des interventions contre les maladies tropicales négligées

75 %

Réduction en pourcentage d'années de vie corrigée de l'incapacité liées aux maladies tropicales négligées

100

Nombre de pays ayant éliminé au moins une maladie tropicale négligée

2

Nombre de maladies tropicales négligées éradiquées

Remarque : Dans certains cas, le terme « pays » doit être compris comme signifiant pays, territoires et zones.
L'année de référence pour les pourcentages de réduction globaux est 2020, sauf pour [1] et [2]. [1] Par rapport aux données de référence de 2010.

Cibles générales mondiales pour 2030

Approches intégrées

75 %[2]

Réduction en pourcentage du nombre de décès dus aux maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport à 2016) – pour atteindre l'objectif du projet d'action mondiale pour lutter contre les vecteurs de l'OMS

75 %

Indice de couverture des traitements intégrés pour la chimiothérapie préventive

40

Nombre de pays qui adoptent et mettent en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées cutanées

Coordination multisectorielle

100 %

Accès à au moins des services en eau, assainissement et hygiène de base dans les zones où des maladies tropicales négligées sont endémiques – pour atteindre les cibles ODD 6.1 et 6.2

90 %

Proportion de pays dans lesquels les maladies tropicales négligées sont intégrées dans les stratégies/plans sanitaires nationaux

90 %

Proportion de la population à risque protégée contre des dépenses de santé directes catastrophiques dues à des maladies tropicales négligées – pour atteindre la cible ODD 3.8

Couverture sanitaire universelle

90 %

Proportion de pays incluant les interventions contre les maladies tropicales négligées dans leur ensemble de services essentiels et leur allouant un budget

90 %

Proportion de pays disposant de lignes directrices relatives à la gestion des incapacités liées aux maladies tropicales négligées au sein des systèmes de santé nationaux

Implication des pays

90 %

Proportion de pays faisant rapport sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes

90 %

Proportion de pays collectant et communiquant des données ventilées par sexe sur les maladies tropicales négligées

[2] Par rapport aux données de référence de 2016.

Impact des approches intégrées sur les cibles spécifiques à chaque maladie

Objectifs spécifiques à chaque maladie

Maladie	Indicateur	2020	2023	2025	2030
Objectif d'éradication					
Dracunculose	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	**187** (96 %)	**189** (97 %)	**191** (98 %)	**194** (100 %)
Pian	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	**1** (1 %)	**97** (50 %)	**136** (70 %)	**194** (100 %)
Objectif d'élimination (interruption de la transmission)					
Lèpre	Nombre de pays avec zéro nouveau cas autochtone de lèpre	**50** (26 %)	**75** (39 %)	**95** (49 %)	**120** (62 %)
Onchocercose	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	**4** (12 %)	**5** (13 %)	**8** (21 %)	**12** (31 %)
Trypanosomiase humaine africaine (gambiense)	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	**0**	**0**	**5** (21 %)	**15** (62 %)
Objectif d'élimination en tant que problème de santé publique					
Filariose lymphatique	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie comme une infection maintenue en dessous des seuils d'une enquête d'évaluation de la transmission pendant au moins quatre ans après l'arrêt de l'administration massive de médicaments ; disponibilité d'un ensemble de soins essentiels dans toutes les zones où se trouvent des patients malades)	**17** (24 %)	**23** (32 %)	**34** (47 %)	**58** (81 %)
Géohelminthiases	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie comme une proportion < 2 % des infections par des géohelminthes d'intensité modérée et forte dues à *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichuria*, *Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*)	**0** (0 %)	**60** (60 %)	**70** (70 %)	**96** (96 %)
Leishmaniose (viscérale)	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie comme un taux de létalité <1 % dû à une leishmaniose viscérale primaire)	**0**	**32** (43 %)	**56** (75 %)	**64** (85 %)
Maladie de Chagas	Nombre de pays parvenant à interrompre la transmission par les quatre voies de transmission (vectorielle, transfusionnelle, transplantationnelle et congénitale), avec une couverture de 75 % de la population éligible pour le traitement antiparasitaire	**0**	**4** (10 %)	**10** (24 %)	**15** (37 %)
Rage	Nombre de pays parvenus à zéro décès humain dû à la rage	**80** (47 %)	**89** (53 %)	**113** (67 %)	**155** (92 %)
Schistosomiase	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie actuellement comme proportion <1 % des infections de schistosomiase de forte intensité)	**0** (0 %)	**49** (63 %)	**69** (88 %)	**78** (100 %)
Trachome	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie comme i) prévalence du trichiasis trachomateuse « inconnue du système de santé » de < 0,2 % chez les personnes de 15 ans et plus dans chaque district auparavant d'endémie ; ii) prévalence de l'infection trachomateuse folliculaire chez les enfants âgés de 1 à 9 ans de moins de 5 % dans chaque district auparavant d'endémie ; et iii) preuves écrites que le système de santé est capable d'identifier et de gérer les nouveaux cas du trichiasis trachomateuse, en utilisant des stratégies définies, avec des éléments de preuve de ressources financières appropriées pour mettre en œuvre ces stratégies)	**10** (15 %)	**28** (42 %)	**43** (65 %)	**66** (100 %)
Trypanosomiase humaine africaine (rhodesiense)	Nombre de pays validés pour l'élimination en tant que problème de santé publique (définie comme <1 cas/10 000 par an, dans chaque district sanitaire du pays, en moyenne sur la période de 5 ans précédente)	**0**	**2** (15 %)	**4** (31 %)	**8** (61 %)

Impact des approches intégrées sur les cibles spécifiques à chaque maladie *(suite)*

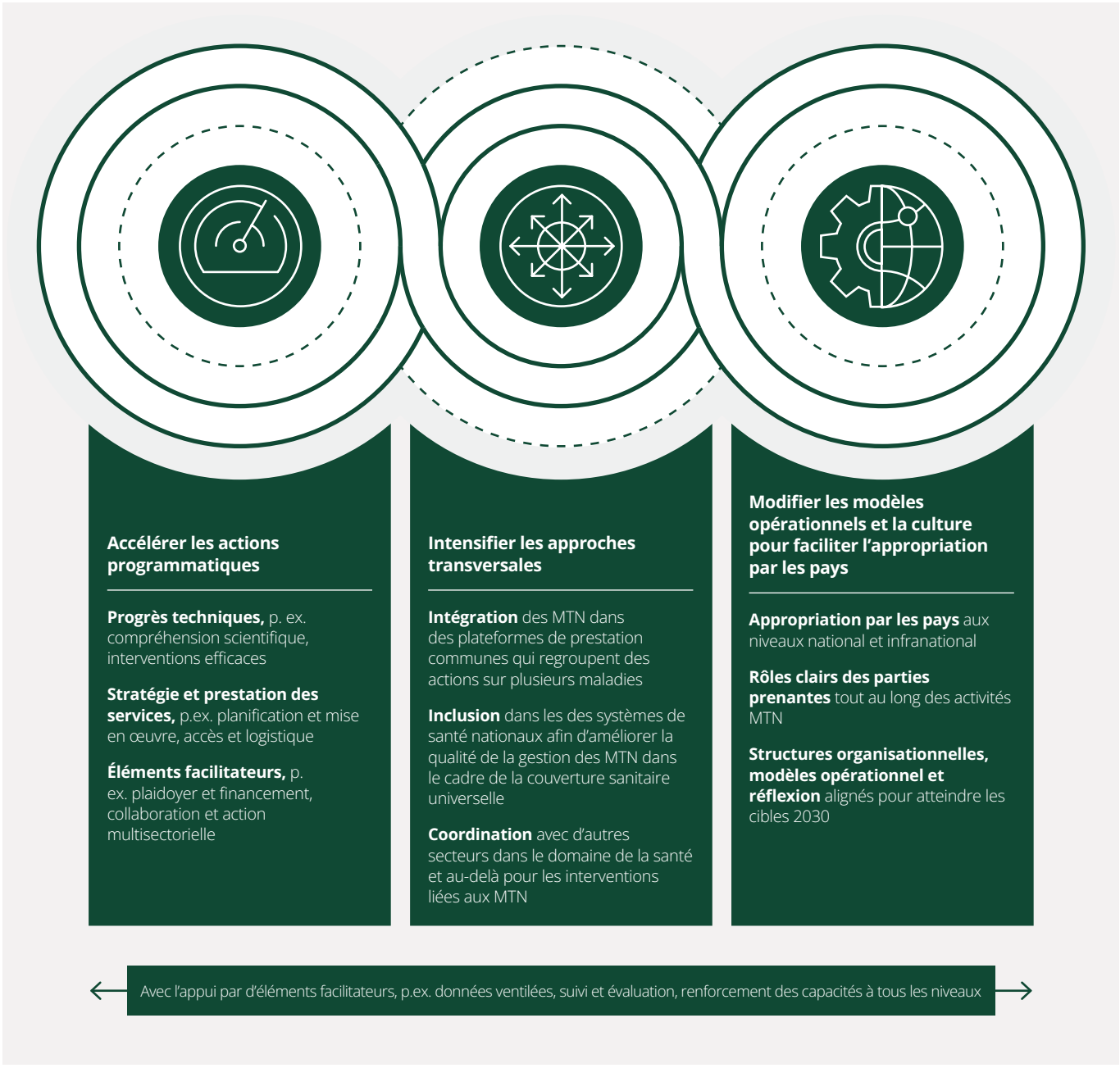
Objectifs spécifiques à chaque maladie

Maladie	Indicateur	2020	2023	2025	2030
Objectif du contrôle					
Dengue	Taux de létalité due à la dengue	**0,80 %**	**0,50 %**	**0,50 %**	**0 %**
Échinococcose	Nombre de pays avec contrôle renforcé pour l'échinococcose cystique dans les zones d'hyperendémie	**1**	**4**	**9**	**17**
Gale et autres ectoparasitoses	Nombre de pays ayant intégré la prise en charge de la gale dans le paquet de soins de la couverture sanitaire universelle	**0**	**25** (13 %)	**50** (26 %)	**194** (100 %)
Leishmaniose (cutanée)	Nombre de pays où 85 % des cas sont détectés et signalés, et 95 % des cas signalés sont traités	**S/O**	**44** (51 %)	**66** (76 %)	**87** (100 %)
Morsures de serpent	Nombre de pays où la mortalité due aux morsures de serpent a diminué de 50 %	**S/O**	**39** (30 %)	**61** (46 %)	**132** (100 %)
Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes	Nombre de pays où le mycétome, la chromoblastomycose, la sporotrichose et/ou la paracoccidioïdomycose sont incluses dans les programmes du contrôle et les systèmes de surveillance nationaux	**1** (3 %)	**4** (13 %)	**8** (27 %)	**15** (50 %)
Taeniasis et cysticercose	Nombre de pays avec contrôle renforcé dans les zones d'hyperendémie	**2** (3 %)	**4** (6 %)	**9** (14 %)	**17** (27 %)
Trématodoses d'origine alimentaire	Nombre de pays avec contrôle renforcé dans les zones d'hyperendémie	**S/O**	**3** (3 %)	**6** (7 %)	**11** (12 %)
Ulcère de Buruli	Proportion de cas de catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic	**30 %**	**<22 %**	**<18 %**	**<10 %**

© WHO/Yoshi Shimizu

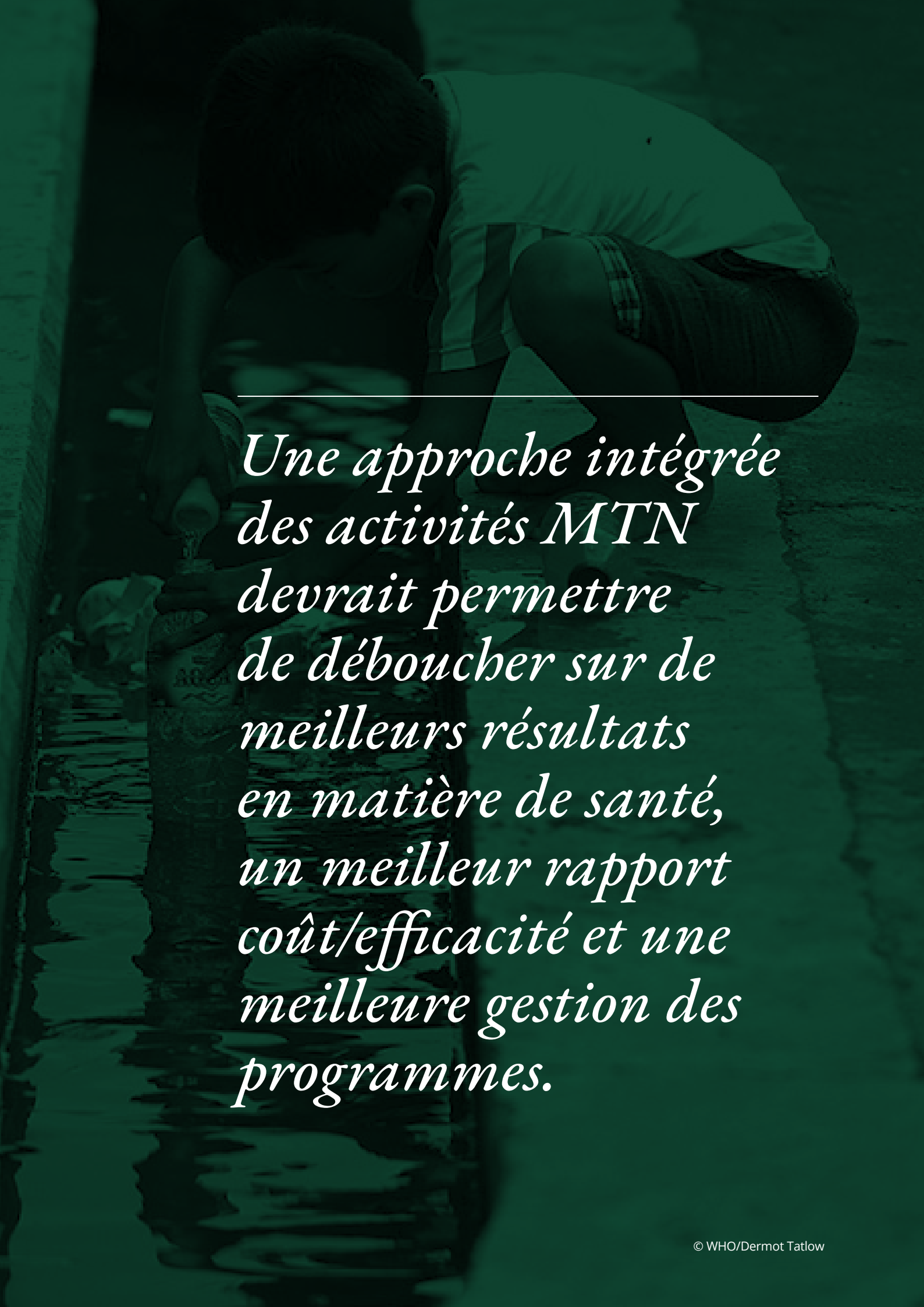
Remarque : Dans certains cas, le terme « pays » doit être compris comme signifiant pays, territoires et zones.

Figure 5. Domaines pour lesquels une action concertée est requise



L'atteinte des cibles MTN 2030 nécessitera une action concertée sur trois fronts **(Figure 5)** :

1. *Accélérer l'action programmatique* contre les MTN, notamment les interventions visant à réduire l'incidence, la prévalence, la morbidité, les incapacités et la mortalité. Cela nécessitera des avancées scientifiques, de nouvelles interventions et de nouveaux outils, le renforcement des stratégies et de la prestation de services, ainsi que la présence de facilitateurs.
2. *Intensifier les approches transversales* en intégrant des interventions portant sur plusieurs MTN et en les incluant dans les systèmes de santé nationaux, et la coordination avec les programmes connexes (WASH, lutte antivectorielle et d'autres programmes, par exemple).
3. *Modifier le modèle opérationnel et la culture en place en renforçant l'appropriation par les pays*, en clarifiant les rôles des organisations, institutions et autres parties prenantes, leur culture et leurs perceptions et en les alignant pour atteindre les cibles 2030.



Une approche intégrée des activités MTN devrait permettre de déboucher sur de meilleurs résultats en matière de santé, un meilleur rapport coût/efficacité et une meilleure gestion des programmes.

© WHO/Dermot Tatlow

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Pierre Virot

03

Accélérer l'action programmatique

Accélérer l'action programmatique

© WHO/Yoshi Shimizu

Les cibles 2030 spécifiques pour chaque MTN sont ambitieuses et continueront à exiger un travail considérable de la part des pays et des parties prenantes. Chaque maladie et groupe de maladies peut être évalué en fonction des exigences techniques, de la stratégie et de la prestation de services, de la capacité des programmes et des facilitateurs afin de déterminer où des mesures sont nécessaires. Chacun de ces domaines est représenté à la **Figure 6**.

La **Figure 7** présente les résultats des évaluations des lacunes dans chacun de ces domaines pour chacune des 20 maladies ou groupes de maladies. La couleur rouge indique que des mesures critiques sont nécessaires pour atteindre la cible 2030, et la couleur verte que le domaine n'empêchera probablement pas d'atteindre la cible, bien que les mesures doivent être poursuivies pour préserver les progrès réalisés. L'échelle de couleurs est relative à chaque maladie et catégorie et ne doit pas être utilisée pour comparer les maladies entre elles.

Progrès techniques

Compréhension scientifique

Outils de diagnostic

Interventions efficaces

Stratégie et prestation de services

Orientations opérationnelles et normatives

Planification, gouvernance et mise en œuvre des programmes

Suivi et évaluation

Accès et logistique

Infrastructure des soins de santé et personnel

Éléments facilitateurs

Plaidoyer et financement

Collaboration et action multisectorielle

Renforcement des capacités et de la sensibilisation

Figure 6. Domaines pour évaluer les activités spécifiques aux différentes maladies

Dimensions
· **Compréhension approfondie de l'épidémiologie et de la pathologie de la maladie** · **Pas de lacunes** dans la recherche qui pourraient entraver les progrès vers la réalisation des cibles · **Compréhension des effets non ciblés** des interventions (p.ex., avantages secondaires et effets sur l'environnement)
· **Disponibilité d'outils de diagnostic efficaces, normalisés et abordables** pour la détection rapide, l'évaluation des points finaux, la surveillance · Disponibilité d'outils de diagnostic au point de soins (le cas échéant) utilisables au niveau communautaire et dans les milieux à faibles ressources
· **Interventions efficaces et abordables** pour la prévention, le traitement, la gestion des cas, la réhabilitation et les soins · **Innovation et adaptation permanentes** dans les interventions
· **Définitions claires des points finaux et approche opérationnelle** pour les atteindre et les pérenniser · **Disponibilité de lignes directrices techniques,** p.ex. pour la validation ou la vérification · **Accès équitable aux interventions** (p. ex. par les populations défavorisées, vulnérables et inaccessibles)
· **Alignement et coordination du travail** entre les parties prenantes concernées pour atteindre les objectifs généraux et les jalons, sur la base d'un plan stratégique · **Gouvernance et engagement appropriés des pays** pour la gestion et l'exécution efficace des programmes · **Responsabilités claires des parties prenantes** et processus de travail efficaces et coordonnés pour mettre en œuvre les interventions pertinentes · **Planification et mise en œuvre efficaces** au niveau national
· **Cadre de suivi et d'évaluation des MTN et mécanismes permettant de suivre et de notifier les progrès accomplis** dans la réalisation des objectifs fixés · **Cartographie et évaluation d'impact normalisées** pour une vue détaillée de l'épidémiologie et de la progression des maladies · Collecte, analyse et interprétation continues, systématiques et institutionnalisées **des données sanitaires ventilées par âge, sexe et lieu,** soutenues par de solides systèmes et outils de gestion des données pour aider à l'interprétation des données en vue d'une prise de décision éclairée à tous les niveaux · **Surveillance renforcée et institutionnalisée** de la maladie, incluant une surveillance post-validation et de l'élimination · Administration du traitement dans de bonnes conditions de sécurité, surveillance diligente et réponse aux effets indésirables.
· **Approvisionnement adéquat en médicaments, tests de diagnostic et autres produits médicaux abordables et de qualité garantie** à tous les niveaux · **Chaîne d'approvisionnement efficace** pour une attribution et une distribution efficaces des médicaments, tests de diagnostic et autres produits médicaux là où ils sont nécessaires tout en minimisant les pertes et les gaspillages, p. ex. grâce à des systèmes modernes de gestion des stocks en ligne
· Systèmes de santé et infrastructures de soins de santé primaires robustes pour réaliser des interventions MTN dans le cadre de modèles de soins aux patients intégrés · Capacité de laboratoire et réseau pour soutenir les programmes MTN · **Agents de santé qualifiés, notamment des bénévoles** et des guérisseurs dans les communautés pour répondre aux besoins cliniques, entomologiques et communautaires
· **Identification claire des déficits de financement et plans de mobilisation des ressources pour y remédier** · **Dialogue politique et plaidoyer efficaces** pour mobiliser le soutien aux interventions dans les plans de prestation de soins de santé au niveau national et des districts · **Financement international et national adéquat** pour garantir la pérennité des programmes, déployés dans des délais adéquats et de manière cohérente
· **Collaboration entre parties prenantes** aux différents niveaux et secteurs avec redevabilité claire en vue d'une approche efficace et synergique des interventions · Implication des communautés à risque et des communautés affectées, p.ex. dans la conception des programmes
· **Renforcement des capacités** pour garantir des programmes très performants, p.ex. formation avant le déploiement et en cours d'emploi, transfert de compétences des programmes MTN verticaux vers les systèmes de santé primaires, plans pour gérer les départs et la retraite des agents de santé, partage des meilleures pratiques · **Activités de sensibilisation** visant à éduquer et à informer les communautés des zones d'endémie, p.ex. sur les changements de comportement, la programmation des administrations massive de médicaments, les options de traitement et de soins

L'évaluation montre que des mesures sont nécessaires pour plusieurs maladies ou groupes de maladies dans certains domaines, tels que les outils de diagnostic, le suivi et l'évaluation, l'accès et la logistique, le plaidoyer et le financement (voir le paragraphe sur les systèmes de santé et systèmes connexes solides). Une plus grande nécessité de mesures critiques (en rouge dans la **Figure 7**) pour les maladies devant être endiguées par rapport à celles devant être éliminées reflète une base de données probantes appropriée plus faible ainsi que le fait que les programmes du contrôle des maladies n'en sont encore qu'à leurs débuts, ce qui implique que davantage d'actions sont nécessaires pour résoudre les problèmes systémiques, en particulier la stratégie et la prestation de services.

Une forte coordination favorise la communication, des patients jusqu'aux donateurs. Pour les patients et les communautés touchées par une endémie, la coordination intersectorielle permet une communication plus claire et plus cohérente. Un seul message pourra, par exemple, être délivré sur l'importance de se laver les mains et le visage dans ces communautés à la fois pour les géohelminthiases et le trachome, au lieu d'un message émanant du secteur WASH pour le lavage des mains et d'un autre du programme de lutt
e contre le trachome pour le lavage du visage. Pour les donateurs, la clarification des rôles et des responsabilités entre les secteurs facilite l'identification des activités spécifiques à financer dans chaque secteur.

Des systèmes de santé et systèmes connexes solides sont essentiels pour éliminer et endiguer les MTN

Des systèmes de santé solides sont essentiels pour atteindre les cibles MTN. Des systèmes nationaux robustes peuvent permettre d'intervenir sur le terrain contre les MTN, avec le soutien des parties prenantes mondiales et régionales pour des aspects tels que la compréhension technique de la maladie. Si le renforcement général des systèmes de santé est l'objectif à long terme, le renforcement des capacités dans des domaines tels que le suivi et l'évaluation est bénéfique pour les MTN. Comme le montre la **Figure 7**, certains domaines d'action essentiels (surlignés en rouge) sont communs à de nombreuses MTN, notamment les outils de diagnostic, le suivi, l'évaluation, l'accès, la logistique, le plaidoyer et le financement. Le renforcement des capacités dans ces domaines au cours des dix prochaines années sera particulièrement important pour garantir la réalisation des cibles 2030.

Figure 7. Évaluation des lacunes pour chaque MTN[1]

Progrès techniques	**Compréhension scientifique**
	Outils de diagnostic
	Interventions efficaces
Stratégie et prestation de services	**Orientations opérationnelles et normatives**
	Planification, gouvernance et gestion des programmes
	Suivi et évaluation
	Accès et logistique
	Infrastructure des soins de santé et personnel
Éléments facilitateurs	**Plaidoyer et financement**
	Collaboration et action multisectorielle
	Renforcement des capacités et de la sensibilisation

[1] Analyse obtenue lors de consultations techniques, OMS 2019.

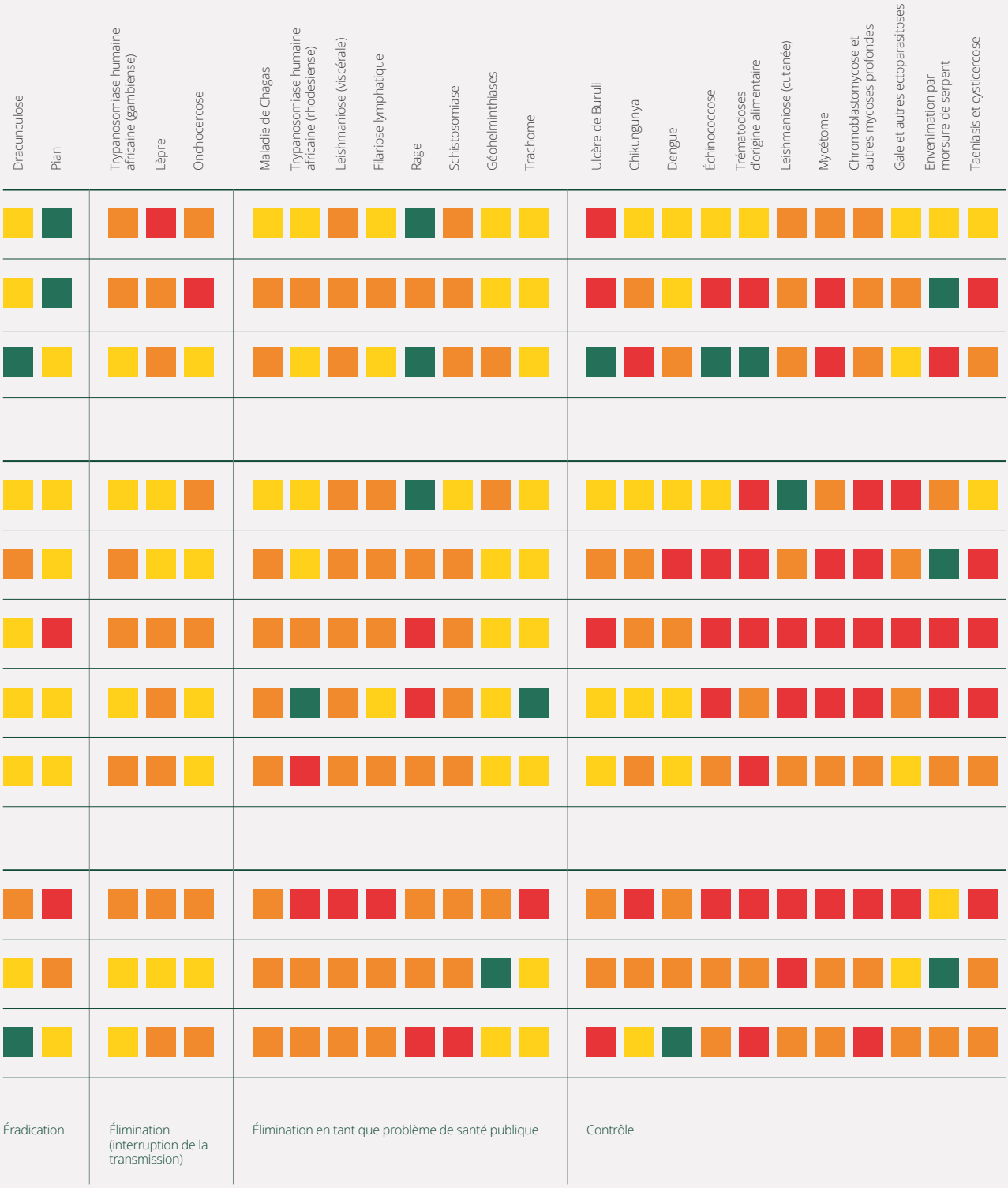

Dracunculose
Pian
Trypanosomiase humaine africaine (gambiense)
Lèpre
Onchocercose
Maladie de Chagas
Trypanosomiase humaine africaine (rhodesiense)
Leishmaniose (viscérale)
Filariose lymphatique
Rage
Schistosomiase
Géohelminthiases
Trachome
Ulcère de Buruli
Chikungunya
Dengue
Échinococcose
Trématodoses d'origine alimentaire
Leishmaniose (cutanée)
Mycétome
Chromoblastomycose et autres mycoses profondes
Gale et autres ectoparasitoses
Envenimation par morsure de serpent
Taeniasis et cysticercose
Éradication
Élimination (interruption de la transmission)
Élimination en tant que problème de santé publique
Contrôle
Aucun obstacle à l'atteinte de la cible
Mesure critique requise pour atteindre la cible

Figure 8. Rôle des outils de diagnostic

	Détails	Exemples (liste non exhaustive)
Accélère l'élimination	Utiliser les données pour éclairer plus rapidement les stratégies d'élimination	**Trypanosomiase humaine africaine –** test de diagnostic de terrain spécifique pour le dépistage et outils à haut rendement et peu coûteux pour la surveillance **Lèpre –** Un test moléculaire permettrait une détection plus précoce et faciliterait la rupture de la transmission
Réduit la morbidité	Réduire la morbidité en identifiant les cas pour cibler le traitement (ou pour ne pas traiter en cas d'effets indésirables graves)	**Leishmaniose viscérale –** Un test de diagnostic rapide plus sensible permettrait d'améliorer le traitement en Afrique orientale **Onchocercose et loase –** En l'absence d'outils de diagnostic pour la Loa-loa, les zones d'hypoendémie (des millions de personnes) ne sont pas traitées par crainte de risque d'effets indésirables graves
Réduit ou optimise les coûts	Réduire les coûts des programmes nationaux, des partenaires pharmaceutiques et des donateurs internationaux en ciblant plus efficacement les traitements ou en économisant des années d'AMM	**Filariose lymphatique[1] –** En raison du manque d'outils de diagnostic, les programmes de 5 à 6 ans doivent être prolongés de 1 à 3 ans, ce qui entraîne une augmentation de 15 à 50 % de l'utilisation de médicaments **Schistosomiase –** Un test rapide permettrait de cibler l'AMM, pour lutter plus efficacement contre la maladie

Les outils de diagnostic sont également essentiels pour le suivi, l'évaluation et la surveillance, p.ex. pour

- **orienter les décisions politiques** sur l'intensité, la fréquence et la durée nécessaires de l'intervention ; et
- **suivre l'évolution des maladies** et évaluer l'efficacité des interventions.

[1] Un meilleur marqueur de la viabilité ou de la fécondité des vers adultes est nécessaire de toute urgence pour décider à quel moment arrêter la trithérapie (ivermectine, diéthylcarbamazine, albendazole).

3.1 Outils de diagnostic et autres innovations clés

Des outils de diagnostic efficaces sont essentiels pour accélérer les progrès vers l'élimination des maladies, réduire la morbidité et diminuer les coûts des programmes

Des outils de diagnostic efficaces sont une condition préalable à la réalisation des cibles 2030 car ils sont essentiels pour les éléments clés des programmes MTN, de la confirmation de la maladie au suivi et à l'évaluation en passant par la cartographie, le dépistage, et la surveillance. De meilleurs outils de diagnostic peuvent accélérer les progrès vers l'élimination en assurant l'identification et le traitement des cas de manière à ce qu'ils ne deviennent pas des sources potentielles d'infection **(Figure 8)**. L'accès à des outils de diagnostic peut également réduire la morbidité en permettant une détection et une prise en charge précoces dans le but de réduire la progression et les incapacités, et donc de minimiser les coûts des programmes. Cela peut également aider les pays à surveiller l'évolution des maladies, à évaluer l'efficacité des programmes de lutte, à orienter les décisions politiques relatives aux interventions et à soutenir la vérification de l'élimination d'une MTN.

Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de nouveaux outils de diagnostic au point de soins

De nouveaux outils de diagnostic et des solutions innovantes pour les MTN deviennent disponibles, avec un engagement continu de partenaires clés. Ainsi, Johnson & Johnson a fait don de ressources pour la recherche et développement de biomarqueurs pour les géohelminthiases et la schistosomiase ; la Fondation Novartis a investi dans un test de diagnostic moléculaire pour la lèpre ; la Fondation pour l'Innovation en matière de Nouveaux Diagnostics (FIND) et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique) développent des méthodes de diagnostic, telles que des tests de diagnostic rapide pour la trypanosomiase humaine africaine (gambiense), et l'OMS a créé un groupe consultatif technique sur ce sujet.

© WHO/Yoshi Shimizu

Des problèmes existent toutefois dans la disponibilité et l'accessibilité de ces tests

Le renforcement des techniques de diagnostic est une priorité essentielle dans le cas de certaines MTN **(Figure 9)** pour lesquelles des outils de diagnostic sont soit inexistants soit inadaptés. Ainsi, aucun test n'est disponible pour identifier les cas de mycétome précoce (sans lésions visibles) ; aucun test de diagnostic rapide validé basé sur la détection d'antigènes n'est disponible pour la leishmaniose ; et le diagnostic de l'ulcère de Buruli nécessite une technique d'amplification en chaîne par polymérase, qui ne peut souvent être réalisée que loin des communautés touchées par une endémie. En général, l'investissement dans de nouveaux outils de diagnostic est resté limité, représentant environ 5 % de l'investissement dans la recherche et développement sur les MTN, tandis qu'environ 39 % sont consacrés aux médicaments et aux vaccins, environ 44 % à la recherche fondamentale et près de 12 % à d'autres domaines. Le financement MTN est resté pratiquement inchangé au cours de la dernière décennie et a même parfois reculé : en 2018, le financement MTN était inférieur de près de 10 % à ce qu'il était en 2009, soit une baisse de US $34 millions (-9,1 %)*(13)*.

Même lorsque des outils de diagnostic précis et efficaces sont disponibles, ils sont parfois trop coûteux ou inaccessibles car les infrastructures de laboratoire, les équipements et le personnel formé sont limités. La microscopie est la méthode la plus utilisée pour diagnostiquer les MTN, mais elle nécessite un laboratoire et des techniciens formés, et la sensibilité de la microscopie est souvent relativement faible. D'autres options telles que la mise en culture des agents pathogènes ou les tests des acides nucléiques sont très spécifiques mais sont également techniquement exigeants, chers et longs. Les techniques efficaces ne devraient donc pas être abandonnées tant que des solutions de rechange plus efficaces et reconnues ne sont pas accessibles.

Les priorités concernent des outils de diagnostic plus sensibles, tels que les tests de diagnostic non invasifs et les kits de terrain (pour les maladies dont l'élimination est proche), les méthodes de diagnostic multiplex et le renforcement des systèmes de base tels que la capacité des réseaux de laboratoires

Des ressources et une expertise mondiales en matière de recherche et développement sont nécessaires pour mettre au point des tests de diagnostic nouveaux et innovants, accessibles dans des environnements à faibles ressources (c'est-à-dire des tests peu coûteux, simples d'utilisation, sensibles, très spécifiques, permettant un rendement élevé, stables à la chaleur et nécessitant peu d'équipements) et dont la qualité est garantie par un mécanisme de contrôle de la qualité. Pour les maladies en voie d'élimination, avec une prévalence et une intensité de l'infection en baisse, des tests de diagnostic à haute sensibilité et spécificité sont nécessaires pour éviter des faux négatifs, garantir la détection et le traitement de tous les cas réels et gérer le nombre plus important d'échantillons devant être testés pour s'assurer que la transmission a été interrompue. L'utilisation de méthodes de diagnostic multiplex pourrait être rentable pour la surveillance de maladies qui sont endémiques dans la même zone géographique ou qui ciblent la même population.

Un renforcement supplémentaire sera également nécessaire pour les domaines de base tels que les achats d'outils de diagnostic et la capacité du réseau de laboratoires à répondre aux besoins opérationnels et à garantir l'accès aux outils de diagnostic dans l'ensemble du système de santé. À titre d'exemple, la mise en commun des investissements des donateurs pour accroître la disponibilité des outils de diagnostic a permis l'acquisition coordonnée de plus de 2 millions de tests de diagnostic de la filariose lymphatique pour 40 pays au cours des cinq dernières années.

La communauté des parties prenantes peut faire des investissements directs et fournir des ressources en nature pour renforcer les domaines de base, comme le regroupement des achats et le renforcement des capacités des réseaux de laboratoires et des personnels du système de santé. L'action collective peut permettre de surmonter les obstacles techniques et opérationnels afin de garantir que des outils de diagnostic efficaces sont disponibles là où ils sont nécessaires pour atteindre les cibles 2030. L'amélioration des outils de diagnostic permettrait de mettre en place des interventions appropriées ou de stimuler l'innovation pour améliorer les traitements.

Figure 9. Évaluation des lacunes en matière d'outils de diagnostic et priorités[1]

Maladie	Priorités
Filariose lymphatique	• Mettre au point un test de diagnostic qui ne présente pas de réaction croisée avec la Loa-loa • Améliorer la fiabilité de la bandelette de test Alere pour la filariose et du test rapide Brugia sur cassette au point de soins ; améliorer les outils de diagnostic pour la surveillance post-AMM • Veiller au signalement des problèmes liés aux tests de diagnostic pour le contrôle de leur qualité
Gale et autres ectoparasitoses	• Valider des algorithmes de diagnostic clinique pour utilisation dans les programmes • Mettre au point des outils de diagnostic au niveau de la population pour faciliter l'intégration avec d'autres activités liées aux MTN et évaluer les objectifs des programmes
Géohelminthiases	• Développer des biomarqueurs très spécifiques et sensibles dans un test à utiliser sur le terrain pour décider de l'arrêt de la chimiothérapie préventive • Mettre au point un test de détection de la résistance pour une utilisation sur le terrain • Mettre au point des techniques moléculaires (multiplex) pour détecter des MTN autres que des géohelminthiases sur le terrain en vue d'une utilisation transversale • Normaliser la procédure de diagnostic et préparer des orientations
Onchocercose	• Optimiser le test Ov16/double antigène *O. volvulus/Wuchereria bancrofti* pour l'onchocercose et la filariose lymphatique et trouver des biomarqueurs pour les nouveaux outils de surveillance • Continuer d'évaluer les performances des outils de diagnostic en cours de développement • Développer des profils de produit cibles pour les tests de diagnostic rapides et nouveaux conçus pour les besoins des programmes • Élaborer une stratégie de diagnostic pour l'identification de l'intensité de l'infection par la Loa-loa • Établir une relation entre la prévalence mesurée par sérologie et les indices de transmission des vecteurs
Schistosomiase	• Élaborer ou introduire un outil de diagnostic normalisé et sensible au point de soins, à utiliser dans divers contextes de prévalence et pour toutes les espèces de schistosome ; l'utiliser pour la cartographie • Créer un dépôt de sérums, d'urines et de selles pour l'élaboration, la validation et l'évaluation des outils de diagnostic • Mettre au point un test de résistance au praziquantel • Mettre au point un test moléculaire pour le xénomonitoring et la surveillance • Mettre au point un outil de diagnostic au point de soins pour les manifestations génitales
Trachome	• Mener des recherches pour comprendre si des tests de dépistage de l'infection oculaire par *Chlamydia trachomatis* actuelle ou antérieure aideraient les programmes à déterminer s'il convient d'interrompre les interventions et de surveiller les populations par la suite

Un outil de diagnostic adéquat existe, et aucun travail n'est nécessaire pour atteindre les cibles 2030

Un outil de diagnostic adéquat existe, mais des modifications sont nécessaires pour atteindre les cibles 2030

Un outil de diagnostic existe, mais il nécessite des modifications majeures ou est jugé insuffisant pour atteindre les cibles 2030

Pas d'outil de diagnostic

Sans objet

[1] L'évaluation est basée sur des consultations avec des groupes d'experts, menées par l'OMS en 2019.

Maladie	Dépistage	Confirmation du diagnostic	Surveillance	Priorités
Dengue				• Améliorer l'assurance qualité des tests de diagnostic rapide au point de soins • Mettre au point un test d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) pour confirmer le diagnostic
Dracunculose				• Développer des tests de terrain pour détecter les infections en période pré-brevet chez l'homme, le chien et d'autres animaux • Mettre au point un test pour détecter l'ADN de *Dracunculus medinensis* dans les étangs chez les copépodes
Échinococcose				• Mettre sur le marché un outil de diagnostic immunoenzymatique (ELISA) normalisé pour le chien • Définir un profil de produit cible et mettre au point un outil de diagnostic optimal pour l'homme
Envenimation par morsure de serpent				• Normaliser et valider les tests de diagnostic au chevet des patients actuels cliniquement pertinents pour confirmer des syndromes cliniques spécifiques (p. ex. le test de coagulation du sang total de 20 minutes pour la coagulopathie) • Développer un test de diagnostic simple et peu coûteux par "oui/non" (immunoessai ou autre méthode d'identification des espèces pouvant mordre pour l'écologie de la maladie) afin de réduire les délais d'administration de l'anti-venin
Leishmaniose (viscérale)				• Développer des tests de diagnostic rapide plus sensibles pour une utilisation en Afrique orientale • Mettre au point des tests moins invasifs et très spécifiques pour mesurer le niveau de parasites • Mettre au point un test de guérison moins invasif pour la leishmaniose cutanée et viscérale post-kala-azar
Lèpre				• Préserver et renforcer la capacité de diagnostic clinique • Maintenir l'accès et la capacité en matière de frottis cutanés • Mettre au point un test au point de soins pour confirmer le diagnostic et détecter l'infection dans les populations à risque • Mettre au point un vaccin pour améliorer la prévention des nouveaux cas de lèpre
Maladie de Chagas				• Valider l'efficacité des tests de diagnostic rapides et faire en sorte qu'ils soient abordables • Valider un test de diagnostic efficace au point de soins pour les nourrissons et les adultes • Évaluer les biomarqueurs de réussite ou d'échec du traitement • Simplifier et mettre à jour les algorithmes de diagnostic pour améliorer l'accès et réduire le temps de diagnostic
Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes				• Mettre au point des tests de diagnostic ou sérologiques rapides pour améliorer la détection précoce dans les soins de santé primaires • Évaluer et normaliser les tests cutanés pour la sporotrichine pour le diagnostic de la sporotrichose • Faciliter le grattage cutané, la biopsie et la culture fongique ainsi que l'évaluation histopathologique des lésions cutanées profondes
Pian				• Mettre au point un test moléculaire sensible au point de soins (p. ex. amplification en chaîne par polymérase) pour distinguer le pian des autres ulcères cutanés (p. ex. *Haemophilus ducreyi*) et pour surveiller la résistance à l'azithromycine
Rage				• Développer un test de diagnostic *ante mortem* à utiliser dans les établissements de soins de santé primaires • Valider le diagnostic *post mortem* de la rage chez les animaux (p.ex., collecte d'échantillons non invasive combinée à un test de diagnostic rapide) pour améliorer le traitement après morsure
Taeniasis et cysticercose				• Développer et valider des outils de diagnostic spécifiques et sensibles pour la cysticercose porcine • Mettre au point un outils de diagnostic sensible et spécifique au point de soins pour le taeniasis et la neurocysticercose chez l'homme dans les milieux à ressources limitées
Trématodoses d'origine alimentaire				• Achever la mise au point de techniques sérologiques et de tests d'amplification en chaîne par polymérase plus sensibles
Trypanosomiase humaine africaine				• Développer des outils de diagnostic et de détection adaptés au terrain (p. ex. des tests de dépistage ou de diagnostic rapide) à utiliser dans les établissements de soins de santé primaires • Garantir une évaluation indépendante et multicentrique des nouveaux outils • Inclure la microscopie sanguine dans les algorithmes cliniques et de laboratoire (pour la trypanosomiase humaine africaine de type rhodesiense)
Ulcère de Buruli				• Mettre au point des outils de diagnostic rapide à utiliser dans un centre de santé publique ou une communauté pour diagnostiquer précocement les cas, réduire la morbidité et confirmer les cas • Améliorer la détection de *Mycobacterium ulcerans* viable dans des échantillons de plaies pour faire la distinction entre échec du traitement et réaction paradoxale à l'aide de méthodes telles que la détection de la mycolactone et le séquençage de l'ARNr 16S

© WHO/Budi Chandra

3.2 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour suivre les progrès réalisés et pour la prise de décision en vue d'atteindre les cibles 2030

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour rectifier les programmes si nécessaire. Lorsque les activités de lutte contre les MTN ont été officialisées il y a 10-15 ans, les activités de suivi et l'évaluation étaient menés pour garantir l'accès aux médicaments et aux traitements et se concentraient donc sur des indicateurs de processus tels que la couverture de la population. Aujourd'hui, des indicateurs d'impact sont utilisés dans des programmes bien établis comprenant des approches transversales afin d'obtenir des données de haute qualité permettant une prise de décision efficace à tous les niveaux.

Récemment, des progrès significatifs ont été réalisés dans le développement d'outils et d'approches de suivi et d'évaluation

Ces dernières années, l'OMS et un certain nombre de parties prenantes ont amélioré la qualité de la surveillance, du suivi et de l'évaluation en normalisant les indicateurs, en publiant des orientations, en élaborant de nouveaux outils et de nouvelles approches et en formant des responsables de programmes, des gestionnaires de données et des agents de surveillance dans les pays d'endémie. Ainsi, l'OMS a publié un formulaire de rapport commun pour les MTN pouvant faire l'objet d'une chimiothérapie préventive et qui permet aux pays de rendre compte chaque année de la distribution de médicaments dans un format normalisé.

L'OMS soutient les États Membres par le biais de plateformes de données intégrées, pouvant être utilisées pour prendre des décisions aux niveaux national et régional, pour renforcer la collecte et la communication de données sur les maladies qui doivent être diagnostiquées et traitées dans un établissement de santé. Ces plateformes permettent de collecter des données individuelles et agrégées à la fois en ligne par le biais d'une plateforme web et hors ligne sur des tablettes et des smartphones.

Les indicateurs recommandés par l'OMS sont conçus pour être intégrés dans les systèmes d'information sanitaire nationaux, et une formation a été dispensée sur la collecte et l'utilisation des données dans les centres de soins périphériques des pays d'endémie. En collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'OMS a préparé un atlas de la trypanosomiase humaine africaine à l'usage des ministères de la santé, des organisations non gouvernementales et des instituts de recherche à partir des données 2018 provenant de l'Observatoire mondial de la Santé,[1] pour surveiller l'impact des activités du contrôle des maladies, évaluer les tendances épidémiologiques et planifier les activités du contrôle et de recherche. Il s'agit d'un répertoire de données fournies depuis 2000 par les programmes nationaux sur le nombre de cas détectés et dépistés dans les villages et utilisé pour produire des cartes publiées régulièrement sur le site web de l'OMS. Une formation a été dispensée dans tous les pays d'endémie afin de cartographier les principaux indicateurs épidémiologiques à inclure dans l'atlas ; la République démocratique du Congo l'utilise depuis quatre ans pour mieux cibler les activités de contrôle des maladies.

Le groupe de travail sur le suivi, l'évaluation et la recherche du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées étend actuellement son modèle opérationnel afin de s'assurer qu'il est à la hauteur des besoins programmatiques pour répondre à la feuille de route 2030.

Malgré les progrès réalisés, le suivi et l'évaluation de toutes les MTN sont insuffisants dans de nombreux pays

Le contrôle de toutes les MTN doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation et est de la plus haute importance pour au moins 10 maladies et groupes de maladies pour atteindre les cibles 2030. Ainsi, pour l'onchocercose et la schistosomiase, des stratégies de cartographie plus rentables sont nécessaires pour cibler la chimiothérapie préventive, et un système de suivi des cas et des résultats est nécessaire pour le trachome. Les besoins en matière de suivi et d'évaluation sont plus importants pour les maladies devant être contrôlées, pour lesquelles les investissements ont été limités, en particulier pour les cartographier et comprendre le fardeau qu'elles représentent.

[1] Voir https://www.who.int/data/gho/data/themes/neglected-tropical-diseases

Le suivi et l'évaluation doivent être considérés comme prioritaire et doivent être renforcés en améliorant la collecte et la gestion des données, l'analyse, la cartographie, les évaluations d'impact, la surveillance et les systèmes de rapports

Le renforcement de la capacité des programmes MTN à collecter et à analyser des données est essentiel pour assurer un suivi et une évaluation efficaces permettant de mesurer l'impact des programmes d'intervention et de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles 2030. Les programmes devraient reconnaître l'importance du suivi et de l'évaluation à tous les niveaux et être dotés de nouvelles données, de nouveaux outils et de nouvelles approches en matière de prise de décision. Les composantes essentielles du suivi et de l'évaluation qui devraient être renforcées sont indiquées ci-dessous.

- **Plateformes de gestion des données.** Les systèmes de données devraient disposer de données complètes, récentes, systématiques, précises, ventilées (par âge, sexe, lieu), centralisées au sein du ministère de la santé, partagées avec l'OMS et stockées dans un format normalisé sur des plateformes intégrées. Parmi les exemples de telles plateformes, figurent le paquet de formulaires intégrés pour la chimiothérapie préventive de l'OMS,[1] la plateforme de données intégrée de l'OMS et le système intégré d'approvisionnement en médicaments de l'OMS,[2] qui facilitent la demande en ligne de médicaments pour la chimiothérapie préventive et les patients, même si ces plateformes pourraient être mieux harmonisées et intégrées. Les données centralisées peuvent également être utilisées pour l'analyse transversale et la prise de décision.
- **Données et outils d'analyse.** Les plateformes devraient également fournir des outils de collecte, d'analyse et d'interprétation des données pour permettre une prise de décision éclairée, complétée par d'autres informations telles que celles relatives à la météo, à l'exploitation des sols et aux profils socio-économiques. Ces outils devraient faciliter l'établissement de rapports, la prise de décision et les orientations stratégiques des districts, sous-districts ou villages, notamment les plateformes de santé numériques pour la collecte et le suivi des données.
- **Cartographie et évaluations d'impact.** De nouvelles approches et de nouveaux outils de cartographie sont nécessaires pour obtenir une vue détaillée de l'épidémiologie et de la progression des maladies en vue d'interventions ciblées. La cartographie des maladies et groupes de maladies doit être combinée avec d'autres activités lorsque cela est possible, et les stratégies d'échantillonnage peuvent être adaptées de manière à couvrir plusieurs maladies. Les données de cartographie doivent être compatibles pour être partagées entre les programmes.
- **Surveillance.** De nouvelles approches et de nouveaux outils sont nécessaires dans le cadre des systèmes de routine pour la surveillance post-validation et post-élimination, par des enquêtes d'évaluation concernant la transmission, le suivi de l'efficacité des médicaments, de la résistance aux médicaments et de la pharmacovigilance. La surveillance post-validation deviendra plus importante à mesure que l'élimination sera atteinte et, dans certains cas, pourra être combinée avec des enquêtes d'évaluation de la transmission. La surveillance de la résistance aux antimicrobiens deviendra plus importante à mesure que l'accès aux interventions augmentera.
- **Rapports.** Les autorités nationales doivent mettre en place un système de rapports intégré et accessible, doté d'un cadre et de mécanismes permettant de suivre et de rendre compte des progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés. Une planification solide, avec des rapports en temps opportun et des résultats de qualité, est nécessaire pour éviter que les différentes parties prenantes et les donateurs soumettent des rapports séparés. Un système de rapports conjoint pourrait améliorer l'exécution des programmes non seulement aujourd'hui mais aussi à l'avenir, par exemple pour les profils de produits cibles.

L'OMS et la communauté MTN devraient suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la feuille de route au cours de la prochaine décennie

La présente feuille de route décrit les cibles 2030 (ainsi que les jalons) et les approches pour les atteindre. La feuille de route offre une vision à long terme, mais les progrès devraient être mesurés sur la durée dans un cadre de suivi et d'évaluation normalisé. Le suivi comprendra des évaluations périodiques des progrès notables accomplis dans la réalisation des indicateurs tant spécifiques aux différentes maladies que transversaux. En plus des rapports annuels, des examens formels seront effectués en 2022, 2024, 2026 et 2031, ainsi qu'en 2029, une année après la conclusion du quatorzième programme général de travail de l'OMS. Ces examens pourraient déboucher sur une révision des cibles si de nouvelles informations donnent à penser qu'elles devraient avoir un caractère plus ambitieux ou éventuellement moins ambitieux. Ainsi, une avancée dans la recherche et développement pourrait entraîner une révision à la hausse des ambitions pour une maladie particulière, alors que l'identification d'un réservoir animal jusqu'alors inconnu pourrait se traduire par une révision à la baisse.

[1] Voir https://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/fr

[2] Voir http://mss4ntd.essi.upc.edu/wiki/index.php?title=WHO_Integrated_Medical_Supplies_System_(WIMEDS)

3.3 Accès et logistique

Pour atteindre les cibles décrites dans la présente feuille de route, il conviendra de mettre systématiquement l'accent sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et le coût abordable des médicaments MTN et d'autres produits médicaux de qualité garantie. L'accès aux médicaments et aux produits médicaux est un problème multidimensionnel, qui nécessite des stratégies globales, allant de la recherche et développement à l'utilisation rationnelle en passant par la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'assurance qualité, l'enregistrement et la fixation des prix *(14).*

Une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement est essentielle pour garantir l'accès à des médicaments MTN et à d'autres produits de qualité garantie

Une chaîne d'approvisionnement solide et réactive est nécessaire pour garantir l'accès à des médicaments et à des produits de santé de qualité, abordables et acceptables pour les populations cibles. Au moins 1,5 milliard de traitements sont mobilisés chaque année. Les domaines comme la prévision, la sécurisation des dons de médicaments, la coordination de la livraison, la logistique inverse, l'éducation et la formation peuvent notamment poser des problèmes, car ces processus impliquent de s'assurer que les médicaments fabriqués en divers endroits du monde sont accessibles aux patients et aux communautés vivant dans des endroits qui sont parmi les plus difficiles d'accès. Une gestion efficace permettra d'optimiser la distribution des médicaments les plus utiles donnés ou achetés et de garantir qu'ils sont disponibles au bon endroit et au bon moment, tout en réduisant au minimum le gaspillage. Les systèmes nationaux devraient consacrer des ressources spécifiques à le contrôle des MTN (voir **Figure 7**).

Depuis la publication de la première feuille de route de l'OMS en 2012, la communauté MTN s'est mobilisée pour relever les défis logistiques liés à l'acheminement des médicaments vers les personnes qui en ont besoin, en mettant l'accent sur le « premier kilomètre » en s'assurant avant tout que les médicaments de chimiothérapie préventive sont envoyés de leur site de fabrication aux entrepôts de médicaments des pays d'endémie.

L'un des éléments de cette mobilisation a été la mise en place en 2012 du Forum de la chaîne d'approvisionnement en médicaments MTN, un partenariat public-privé entre l'OMS, les entreprises pharmaceutiques, les organisations non gouvernementales, les logisticiens, les donateurs et les pays d'endémie. Le Forum a permis le don et la livraison de milliards de traitements pour cinq MTN,[1] en partie grâce à des initiatives telles que la « tour de contrôle » DHL, qui gère les expéditions de la douane vers les entrepôts nationaux, et l'outil de suivi NTDeliver,[2] qui regroupe les informations fragmentées sur les différents pays dans une base de données globale utilisée pour la planification et les prévisions.

L'OMS continue son travail de coordination et de liaison avec les programmes nationaux pour la plupart des dons de médicaments et de tests de diagnostic concernant les MTN. Elle fournit une assistance allant de la soumission en temps voulu des demandes de médicaments à un soutien technique et un renforcement des capacités pour la résolution des problèmes survenant le long de la chaîne d'approvisionnement jusqu'à la livraison des médicaments aux bénéficiaires ciblés.

Les défis qui restent à relever sont notamment l'amélioration de la livraison lors du « dernier kilomètre », l'intégration de la fourniture de médicaments et produits MTN et l'amélioration de la transparence dans la chaîne d'approvisionnement

La livraison lors du dernier kilomètre devrait être une priorité, notamment la gestion des stocks et la logistique inverse aux niveaux infranationaux **(Figure 10)** afin d'améliorer la chaîne d'approvisionnement, de réduire le gaspillage et de prévenir les ruptures de stock.

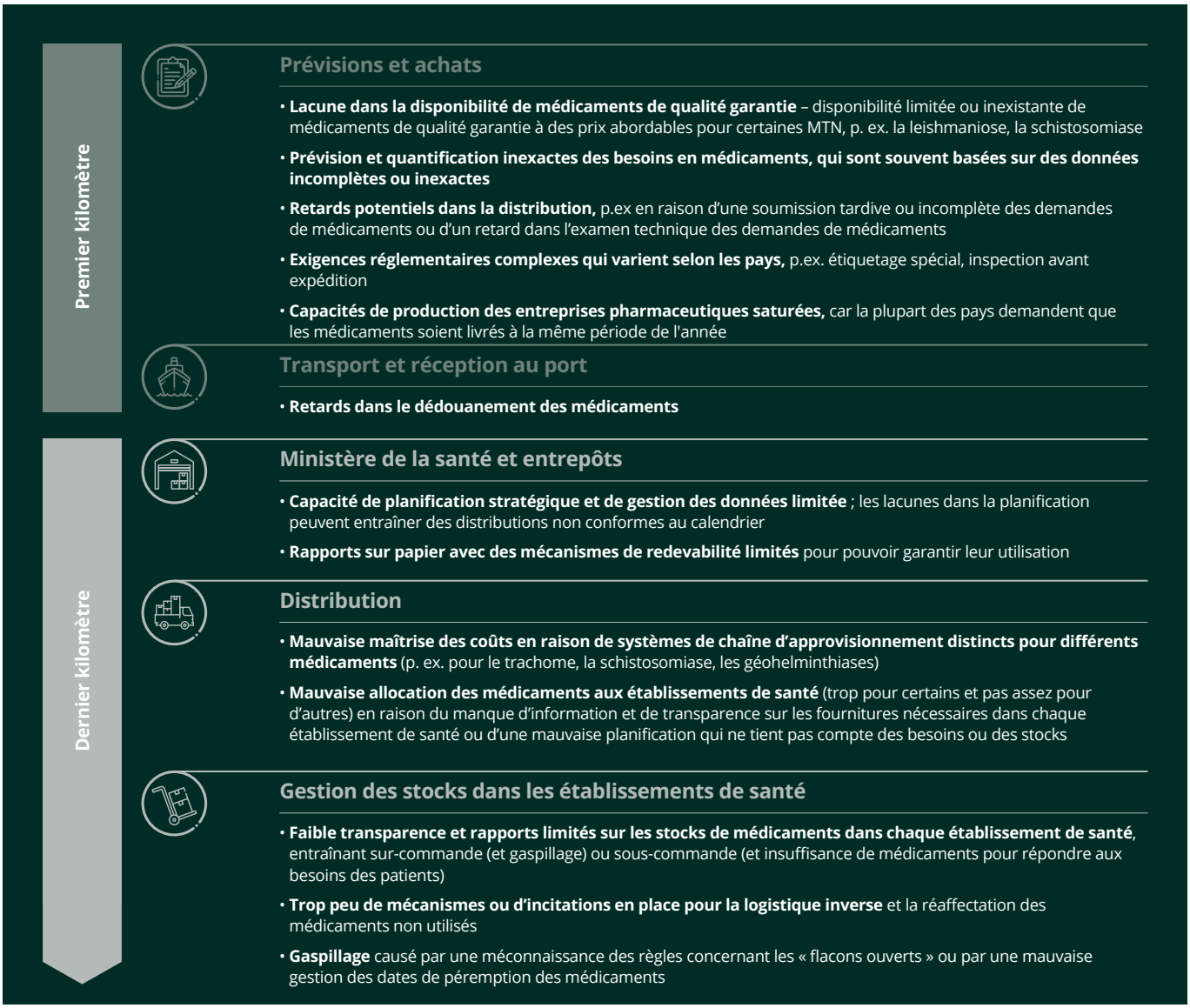
Les priorités sont notamment l'extension de l'accès aux médicaments de qualité garantie pour toutes les MTN de manière intégrée et le renforcement au niveau national de la planification et du suivi de la chaîne d'approvisionnement

Il est fondamental de combler les écarts dans la disponibilité des médicaments en garantissant l'accès à des produits de qualité à des prix abordables pour toutes les MTN. L'approvisionnement et la logistique intégrés peuvent garantir une gestion efficace, par exemple en réduisant les chevauchements et les coûts des chaînes d'approvisionnement parallèles et en tirant parti du regroupement ou de la coordination des achats. Une plateforme intégrée pourrait être mise en place pour accélérer l'accès aux nouveaux médicaments MTN.

[1] Filariose lymphatique, géohelminthiases, onchocercose, schistosomiase et trachome.

[2] Voir https://www.ntdeliver.com

Figure 10. Problèmes fréquents le long de la chaîne d'approvisionnement MTN



L'accès à des produits de qualité garantie est actuellement facilité par la promotion de la préqualification par l'OMS de produits MTN et par l'enregistrement collaboratif auprès du Secrétariat. Des orientations sur l'assurance qualité en matière d'achat et de don de produits MTN garantissent l'accès à des médicaments et autres produits de santé sûrs, efficaces et abordables.

Au niveau des pays, l'intégration de la chaîne d'approvisionnement MTN avec les réseaux nationaux d'approvisionnement en médicaments doit être assurée, notamment avec les systèmes nationaux d'achat et de distribution de médicaments et les systèmes d'information pour la gestion de la santé. Les outils et les plateformes qui pourraient être utilisés sont l'outil OMS de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour la chimiothérapie préventive[1] et le système intégré d'approvisionnement en médicaments[2] pour les maladies qui nécessitent un traitement complexe pour certains patients. Une priorité pour les pays est d'améliorer la disponibilité et la qualité des informations sur les traitements MTN afin de prendre de meilleures décisions et d'établir des prévisions plus précises. Cela peut être facilité par l'utilisation d'outils et de lignes directrices tels que les rapports en ligne en temps réel sur la logistique et les procédures de traitement des médicaments MTN afin de réduire au minimum le gaspillage et d'améliorer le retour des médicaments non utilisés. Un suivi plus strict est essentiel pour l'assurance qualité, qui devrait être supervisée par les autorités de réglementation nationales, afin d'améliorer la précision des prévisions et de garantir ainsi une allocation plus efficace des médicaments pour répondre aux besoins des patients au-delà des cibles d'élimination fixées.

[1] Voir https://www.ntdeliver.com

[2] Voir http://mss4ntd.essi.upc.edu/wiki/index.php?title=WHO_Integrated_Medical_Supplies_System_(WIMEDS)

3.4 Plaidoyer et financement

Le message selon lequel les traitements MTN constituent le meilleur investissement disponible peut être utilisé pour plaider en faveur du financement des programmes

Les traitements MTN sont considérés comme l'un des meilleurs investissements disponibles, car ils sont obtenus grâce à des dons et offrent des avantages sociaux élevés et un bon rapport coût/efficacité. L'Agence des États-Unis pour le développement international a estimé que, pour chaque dollar américain dépensé dans les programmes MTN, US $26 de médicaments offerts sont obtenus grâce à des partenariats avec des entreprises pharmaceutiques. En outre, pour chaque dollar investi dans la chimiothérapie préventive contre les MTN, le bénéfice net pour les personnes pourrait s'élever à US $25 en paiements directs et en perte de productivité évités, ce qui représente un taux de rendement annualisé de 30 %. Les données en faveur de l'inclusion de certaines interventions MTN dans l'ensemble des interventions essentielles pour tous les pays d'endémie à faible revenu sont basées sur un coût par année de vie corrigée de l'incapacité évitée de US $250 de 2012 ou moins *(9).* Ces interventions comprennent la chimiothérapie préventive pour au moins cinq MTN, un contrôle mondial (notamment par la lutte antivectorielle) de la leishmaniose viscérale, et la détection précoce et le traitement de la leishmaniose cutanée, de la trypanosomiase humaine africaine et de la lèpre *(13).* Le coût de la réalisation d'une chimiothérapie préventive, estimé à US $0,4 par personne, est faible et pourrait être encore réduit grâce à des approches transversales. Étant donné que les MTN touchent les personnes les plus défavorisées dans de nombreux pays, la poursuite du financement des programmes de lutte contre les MTN est un investissement judicieux qui se traduit par un rendement social et financier important à long terme.

Des progrès considérables ont été réalisés en matière de plaidoyer et de financement aux niveaux mondial et national

Les activités de plaidoyer et de financement fournissent aux pays le soutien nécessaire à la mise en œuvre d'interventions MTN. Des progrès considérables ont été réalisés tant au niveau mondial qu'au niveau national. Ainsi, le Brésil, l'Inde et l'Indonésie contribuent de manière significative au financement de la lutte contre la lèpre et d'autres MTN.

Dans certains pays, le financement global disponible pour les programmes MTN intégrés a augmenté, ce qui a permis d'élargir la couverture géographique et le nombre de personnes traitées et de proposer des traitements ciblés sur de nouvelles maladies *(15)*. La Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées en 2012 a insufflé une nouvelle énergie, attiré de nouveaux partenaires et mobilisé des fonds supplémentaires. Pour soutenir les efforts du contrôle et d'élimination dans les pays où les MTN sont endémiques, les entreprises pharmaceutiques font don en moyenne de près de trois milliards de comprimés de médicaments sûrs et de qualité garantie par an, ce qui représente des centaines de millions de dollars américains. Lors de la deuxième réunion OMS des partenaires mondiaux (Genève, 19 avril 2017), plus de US $800 millions ont été promis pour une période de 5 à 7 ans, avec de nouveaux donateurs tels que le Fonds END, le Fonds Reaching the Last Mile créé par le Prince héritier d'Abu Dhabi, le Gouvernement belge et bien d'autres.

Une attention plus forte et des fonds supplémentaires sont encore nécessaires pour combler les lacunes en matière de financement

Cependant, davantage d'activités de plaidoyer et de financement sont nécessaires pour continuer de progresser vers les cibles 2030 et pour préserver les progrès réalisés, en particulier pour les maladies qui sont sur le point d'être éliminées. Un indicateur clair concernant la proportion du financement intérieur allouée aux MTN permettrait de quantifier et de suivre ces investissements. Alors qu'en 2016, jusqu'à US $300 millions de dons ont été octroyés chaque année, l'OMS a estimé que les MTN pourraient représenter un montant bien supérieur aux coûts pour la lutte antivectorielle et aux dons de médicaments pouvant aller jusqu'à US $750 millions par an d'ici 2020, ce qui fait apparaître un déficit considérable. En 2016, lors de la réunion annuelle de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 (GET2020), l'OMS a estimé que l'élimination du trachome d'ici 2020 coûterait environ US $1 milliard, alors que seulement US $200 à 300 millions avaient été promis à l'époque *(16).*

La présente feuille de route sera étayée par un dossier d'investissement et un cadre de viabilité. Tant les gouvernements que les parties prenantes au niveau mondial devraient contribuer à combler les déficits de financement nécessaires pour pouvoir atteindre les cibles contenues dans la feuille de route.

© WHO/Christopher Black

Le financement intérieur et l'intégration dans le système de santé seront essentiels

Le financement intérieur devra être accru pour atteindre les cibles, en particulier dans les pays qui s'éloignent du modèle de financement bilatéral. Pour que les pays puissent mettre en œuvre leurs programmes MTN de manière durable dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, les MTN doivent être intégrées non seulement dans les plans MTN stratégiques mais aussi dans les stratégies et budgets nationaux de santé, ainsi que dans les plans de développement et ceux de lutte contre la pauvreté. L'inclusion des MTN dans les politiques gouvernementales est financièrement réalisable, car l'atteinte des cibles 2030 nécessiterait moins de 1 % des dépenses intérieures en matière de santé *(2)*.

Tant que les MTN ne bénéficieront pas de ressources suffisantes, elles continueront d'être négligées. Il a été constaté que les pays ne se fournissent en vaccin antirabique que s'ils disposent d'un excédent de budget, ce qui montre l'importance d'une budgétisation initiale pour ce produit capital. Alors que les programmes nationaux pour certaines MTN arrivent à leur terme (notamment ceux pour la filariose lymphatique), les pays devraient prévoir le financement de certaines activités de base soutenues par ces programmes, telles qu'une chimiothérapie préventive prolongée pour les géohelminthiases. Les responsables des programmes MTN et les ministres de la santé pourraient informer les ministères des finances que les traitements MTN sont les meilleurs investissements disponibles et qu'investir dans les MTN permettra non seulement d'améliorer la santé et le bien-être des populations mais aussi de procurer des avantages financiers aux citoyens les plus défavorisés et d'accroître la productivité.

Les parties prenantes au niveau mondial devraient continuer de soutenir les MTN et attirer l'attention sur ces maladies, et garantir la coordination et l'engagement à différents niveaux

La lutte mondiale contre les MTN implique différentes parties prenantes unies vers un objectif commun. L'un des points forts du programme mondial est la collaboration entre les communautés de pratique (telles que le forum de la chaîne d'approvisionnement), les établissements universitaires et différentes alliances, qui aident le Secrétariat à répondre aux besoins des pays. Ces partenariats peuvent être renforcés grâce au soutien continu des différentes parties prenantes dans le monde en matière de financement et de plaidoyer pour un engagement continu et un soutien accru aux niveaux mondial et national.

Le plaidoyer et le financement sont essentiels pour un accès continu et accru à des interventions efficaces

L'accès à des interventions efficaces, souvent grâce à la générosité d'entreprises, a été à la base des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 2020 **(Figure 11)**. De plus en plus d'entreprises consacrent des fonds à des domaines tels que la lutte antivectorielle et les techniques de diagnostic (General Electric et Abbott, par exemple). En outre, les pays réussissent à trouver des financements et des partenaires nationaux. Pour se rapprocher des cibles 2030, il sera toujours indispensable de garantir un accès équitable à des interventions efficaces, par exemple par de nouveaux engagements à prolonger la durée des dons de médicaments. Des activités de plaidoyer et de financement soutenues seront nécessaires de la part des parties prenantes tant au niveau mondial que national.

Figure 11. Situation actuelle des engagements en matière de dons de médicaments

Entreprise	Médicament	Quantité donnée	Maladie	Engagement	Coordination des don
Bayer	Nifurtimox	7 750 000 comprimés	Maladie de Chagas	2021-2025	OMS
	Nifurtimox (120 mg)	300 000 comprimés/an	Trypanosomiase humaine africaine	2021-2025	OMS
	Nifurtimox (30 mg)	20 000 comprimés/an	Trypanosomiase humaine africaine	2021-2025	OMS
	Suramine	10 000 fioles/an	Trypanosomiase humaine africaine	2021-2025	OMS
	Niclosamide (400 mg)	2 800 000 comprimés	Taeniasis et cysticercose	2020-2024	OMS
	Praziquantel (600 mg)	1 339 000 comprimés	Taeniasis et cysticercose	2020-2024	OMS
Chemo Ibérica S.A. Fondation (Mundo Sano)	Benznidazole (12.5 mg)	3000 comprimés	Maladie de Chagas	2020-2022	OMS
	Benznidazole (100 mg)	105 000 comprimés	Maladie de Chagas	2020-2022	OMS
Eisai	Citrate de diéthylcarbamazine	2 200 000 000 comprimés	Filariose lymphatique	Jusqu'à l'élimination	OMS
Gilead Sciences	Amphotéricine B liposomique	380 000 fioles	Leishmaniose viscérale	2016-2021	OMS
Sanofi	Eflornithine	Sans limite	Trypanosomiase humaine africaine	Jusqu'à 2025	OMS
	Mélarsoprol	Sans limite	Trypanosomiase humaine africaine	Jusqu'à 2025	OMS
	Pentamidine	Sans limite	Trypanosomiase humaine africaine	Jusqu'à 2025	OMS
	Fexinidazole	Sans limite	Trypanosomiase humaine africaine	Jusqu'à 2025	OMS
Novartis	Polychimiothérapie[1]	Sans limite	Lèpre	2021-2025	OMS
	Clofazimine	Sans limite	Réactions graves à l'érythème noueux lépreux	2021-2025	OMS
	Triclabendazole	600 000 comprimés	Fasciolase	2016-2022	OMS
EMS	Azithromycine	Jusqu'à 153 000 000 comprimés	Pian	2021-2025	OMS
Pfizer	Azithromycine	Sans limite	Trachome	1998-2025	Initiative internationale contre le Trachome
Johnson & Johnson	Mébendazole	200 000 000 comprimés/an	Géohelminthiases (EAS)[2]	Jusqu'à 2025	OMS
GlaxoSmithKline	Albendazole	600 000 000 comprimés/an	Filariose lymphatique	Jusqu'à l'élimination	OMS
		400 000 000 comprimés/an	Géohelminthiases (EAS)[2]	Jusqu'à l'élimination	OMS
Merck & Co	Praziquantel	250 000 000 comprimés/an	Schistosomiase (EAS)[2]	Sans limite	OMS
MSD	Ivermectine	Sans limite	Onchocercose	Jusqu'à l'élimination	Programme de dons de Mectizan
		Sans limite	Filariose lymphatique dans les pays à coendémie	Jusqu'à l'élimination[3]	Programme de dons de Mectizan
		Jusqu'à 100 000 000 traitements/an	Filariose lymphatique pour AMM en trithérapie	Jusqu'à 2025	Programme de dons de Mectizan

[1] Rifampicine, clofazimine, dapsone.
[2] Pour enfants d'âge scolaire (EAS).
[3] Au Yémen et dans les pays africains où la filariose lymphatique et l'onchocercose sont coendémiques.

SOURCE : OMS Mars 2019 Dons de médicaments essentiels ; Communiqué de presse Pfizer Juillet 2018 ; Communiqué de presse Johnson & Johnson Juillet 2019 ; Site Web de Bayer sur la maladie de Chagas.

© WHO/Yoshi Shimizu

La recherche et l'innovation sont des facilitateurs en matière de progrès programmatiques pour toutes les maladies

La recherche, le développement et l'innovation sont essentiels pour trouver des solutions appropriées contre toutes les maladies pendant toute la durée des programmes. Des activités de recherche de base, opérationnelle et de mise en œuvre sont nécessaires pour répondre à diverses questions et pour établir une base de référence pour la prévalence d'une MTN et déterminer le moment où il convient d'arrêter l'administration massive de médicaments. Les activités de recherche et développement concernant de nouvelles interventions, de nouveaux produits de diagnostic, de nouveaux outils et de nouvelles approches thérapeutiques doivent donc être soutenues, en collaboration avec d'autres parties prenantes, notamment par le biais de partenariats de développement de produits (l'Initiative Médicaments contre les maladies négligées et la Fondation pour de nouveaux diagnostics innovants, par exemple). De la recherche est nécessaire sur les aspects comportementaux et sociaux des besoins et des perceptions des communautés en vue d'améliorer l'observance des traitements et de susciter des comportements bons pour la santé dans le contexte des MTN. L'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé, le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées assurent le leadership et l'orientation en matière de priorités et de soutien à la recherche. L'innovation peut également inclure l'utilisation potentielle de l'épidémiologie moléculaire, de la modélisation mathématique et de nouvelles technologies telles que le « Big Data », l'intelligence artificielle, la santé numérique, l'imagerie satellitaire et les drones. Pour une assimilation rapide des nouvelles découvertes, nouvelles technologies et nouveaux produits dans les contextes locaux, la recherche et le développement doivent être soutenus dans les pays où les MTN sont endémiques, ce qui permettra de renforcer les capacités de recherche locales et de susciter de nouveaux investissements.

Les risques d'instabilité politique, de migrations, de changement climatique et de résistance aux antimicrobiens sont associés à de nombreuses maladies

Les risques les plus courants identifiés pour plusieurs MTN sont l'instabilité politique, les migrations, l'urbanisation, le changement climatique et la résistance aux antimicrobiens. L'instabilité politique et les conflits peuvent constituer des obstacles aux progrès des programmes MTN, notamment ceux portant sur la dracunculose, la trypanosomiase humaine africaine et la leishmaniose cutanée. L'instabilité politique peut également entraîner des défaillances dans la gouvernance, un détournement du financement MTN vers d'autres causes et des difficultés de mise en œuvre, telles que la perturbation des infrastructures, un accès restreint aux populations locales et des risques pour le personnel de santé. Les migrations et autres mouvements de population peuvent entraîner l'introduction ou la réintroduction des maladies, en particulier lorsque les populations déplacées vivent dans des logements temporaires où l'assainissement est inadéquat, les pratiques de stockage de l'eau mauvaises et l'accès aux soins de santé limité. Les épidémies ou les pandémies locales peuvent limiter considérablement la mise en œuvre des interventions contre les MTN lors de flambées de maladie. Le changement climatique modifie l'épidémiologie des maladies à transmission vectorielle et la propagation des MTN telles que la dengue et le chikungunya. La résistance aux antimicrobiens et aux insecticides est une nouvelle menace pour certaines MTN, notamment en raison de la généralisation de la chimiothérapie préventive et de l'utilisation généralisée d'insecticides pour la lutte antivectorielle.

Ces défis soulignent l'importance de disposer d'approches nouvelles et innovantes en matière de MTN, telles que le développement de nouveaux agents antimicrobiens et de systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Des plans d'urgence constitueraient des éléments clés pour atténuer les effets des événements non prévus. La collaboration avec des acteurs gouvernementaux tels que les responsables en matière de politique environnementale et les autorités chargées des migrations sera essentielle pour atténuer les risques qui pèsent sur l'atteinte des cibles 2030.

Chaque maladie nécessitera un ensemble spécifique de mesures pour atteindre les cibles et les jalons fixés

Même si certains thèmes sont pertinents pour de nombreuses maladies, un ensemble spécifique de mesures sera nécessaire pour chaque maladie, comme le montre la **Figure 12**.

Figure 12. Mesures critiques pour chaque maladie et groupe de maladies nécessaires afin d'atteindre les cibles 2030

Objectif d'éradication

Maladie	Mesure critique 1	Mesure critique 2	Mesure critique 3
Dracunculose	Développer des protocoles scientifiques et opérationnels pour l'élimination des infections chez les animaux.	Enquêter sur les raisons de l'apparition de l'infection par la dracunculose en Angola pour mieux comprendre les défis actuels et prendre les mesures appropriées pour stopper la transmission.	Lancer la certification en République démocratique du Congo et au Soudan pour éviter de passer à côté de cibles.
Pian	Renforcer la surveillance active et passive, notamment dans les pays dont le statut est inconnu.	Veiller à une intégration et/ou une coexécution efficace et efficiente avec d'autres programmes et secteurs (p.ex. la gestion intégrée des MTN cutanées).	Accroître le financement et le plaidoyer pour l'éradication du pian, notamment par des engagements à plus long terme et une plus grande priorité donnée au pian en tant que MTN cutanée et appropriée pour la chimiothérapie préventive.

Objectif d'élimination (interruption de la transmission)

Maladie	Mesure critique 1	Mesure critique 2	Mesure critique 3
Lèpre	Actualiser les lignes directrices nationales pour y inclure l'utilisation de la rifampicine en dose unique pour la prophylaxie post-exposition des contacts ; recherche avancée sur les nouvelles approches préventives.	Poursuivre les investissements dans des outils de diagnostic de maladie et d'infection. Élaborer des stratégies de surveillance, des systèmes et des lignes directrices pour la recherche des cas et le traitement. Prévoir des ressources pour la validation.	Assurer l'approvisionnement en médicaments, notamment l'accès à la polychimiothérapie, aux médicaments prophylactiques, aux médicaments de deuxième intention et aux médicaments pour traiter les réactions. Surveiller les effets indésirables (pharmacovigilance) et la résistance.
Onchocercose	Lancer l'AMM dans toutes les zones d'endémie après avoir dressé une carte, améliorer l'exécution des programmes AMM actuels et mettre en œuvre des stratégies alternatives le cas échéant.	Développer des tests de diagnostic améliorés pour faciliter la cartographie et les décisions visant à éliminer la transmission ; développer une meilleure stratégie de diagnostic pour la loase ; augmenter la capacité des programmes à effectuer des tests de diagnostic entomologiques et de laboratoire.	Élaborer un macrofilaricide et des stratégies de diagnostic ou d'élimination pour accélérer l'interruption de la transmission ; concevoir une stratégie de gestion des cas ; élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'élimination pour les zones où la loase est endémique mais où l'onchocercose est hypoendémique.
Trypanosomiase humaine africaine (gambiense)	Intégrer les activités de lutte et de surveillance dans le système de santé périphérique ; identifier et préparer des sites sentinelles pour la surveillance post-élimination.	Élaborer un plan de financement à long terme, notamment des campagnes de mobilisation des ressources pour répondre aux besoins.	Renforcer l'appropriation de l'élimination et des cibles par les pays d'endémie en plaidant auprès des autorités sanitaires et des chefs d'État dans le contexte de la diminution du nombre de cas.

© WHO/Yoshi Shimizu

Les mesures supplémentaires sont présentées dans les résumés des maladies fournis en annexe.

Objectif d'élimination en tant que problème de santé publique

Maladie	Mesure critique 1	Mesure critique 2	Mesure critique 3
Filariose lymphatique	Lancer l'AMM dans tous les districts d'endémie et la renforcer dans tous les contextes. Mettre en œuvre des interventions améliorées le cas échéant (p. ex. trithérapie dans les milieux admissibles, stratégies pour les points chauds).	Améliorer les capacités de gestion de la morbidité et de prévention des incapacités ; accorder la priorité aux soins de santé primaires et dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.	Améliorer les tests de diagnostic, renforcer les critères d'arrêt de l'AMM, établir des normes de surveillance post-AMM et post-validation ; mettre à jour les lignes directrices avec de nouveaux outils et stratégies, le cas échéant.
Géohelminthiases	Accroître l'engagement politique pour garantir un financement intérieur pérenne.	Mettre au point des médicaments plus efficaces permettant d'améliorer les résultats chez les patients et à utiliser en cas de résistance à des médicaments.	Concevoir des systèmes complets de surveillance et de cartographie pour cibler les traitements et surveiller la résistance aux médicaments.
Leishmaniose (viscérale)	Permettre une détection précoce pour permettre un traitement rapide, par exemple grâce à une détection active des cas.	Garantir l'approvisionnement en médicaments pour permettre un accès rapide au traitement, en particulier lors d'épidémies, et surtout pour les enfants et les jeunes adultes, qui représentent 50 à 70 % de la population touchée.	Élaborer des traitements et des tests de diagnostic plus efficaces et plus simples, en particulier pour l'Afrique orientale.
Maladie de Chagas	Plaider auprès des ministères nationaux ou fédéraux pour que la maladie de Chagas soit reconnue comme problème de santé publique, et mettre en place une prévention, un contrôle, des soins et une surveillance efficaces dans tous les territoires touchés.	Améliorer les soins médicaux pour cette maladie, de la formation en cours d'emploi des agents de santé à l'intégration de la formation à tous les niveaux des services de santé.	Veiller à ce que les pays où la transmission vectorielle domiciliaire est encore enregistrée dans certains territoires appliquent les mesures de prévention, de lutte et de surveillance.
Rage	Améliorer la prévision de la demande de vaccins antirabiques et d'immuno-globulines pour garantir une disponibilité suffisante dans les établissements, et développer des approches innovantes de distribution pour permettre la prophylaxie post-exposition et la vaccination des chiens dans les meilleurs délais.	Renforcer les capacités nationales pour les agents de santé (p.ex., l'évaluation de l'exposition à la rage, le diagnostic, l'administration de la prophylaxie post-exposition) et pour la gestion des chiens (p.ex., la vaccination de masse des chiens).	Renforcer et institutionnaliser la surveillance de la rage ; améliorer la conformité des pays en matière de notification afin de garantir la disponibilité des données.
Schistosomiase	Définir un indicateur pour mesurer la morbidité.	Mettre en œuvre des interventions efficaces, notamment en étendant la chimiothérapie préventive à toutes les populations qui en ont besoin et en garantissant l'accès aux médicaments nécessaires ; mettre en œuvre une lutte ciblée contre les gastéropodes avec des lignes directrices actualisées ; poursuivre la micro-cartographie et le ciblage.	Élaborer des tests de diagnostic, notamment des tests de diagnostic normalisés au point de soins, et mettre au point de nouvelles interventions, notamment des alternatives au praziquantel et des méthodes de lutte contre les gastéropodes.
Trachome	Améliorer l'accès à une chirurgie de qualité, le suivi des résultats et la gestion du trichiasis trachomateux post-chirurgical ; prendre en charge dès que possible les personnes atteintes du trichiasis trachomateux (environ 2,5 millions de personnes en 2019).	Accroître les connaissances par la recherche et étendre les partenariats pour augmenter les activités, en particulier sur la propreté du visage et l'amélioration de l'environnement pour réduire la transmission.	Élaborer un moyen efficace et rentable de détecter et de surveiller la recrudescence de l'infection, ce qui pourrait être important pour la post-validation.
Trypanosomiase humaine africaine (rhodesiense)	Mettre au point de nouveaux outils de détection de la maladie adaptés au terrain (p.ex., un test de diagnostic rapide) à utiliser dans les établissements de soins de santé primaires, ainsi qu'un traitement sûr et efficace.	Intégrer la lutte et la surveillance dans les systèmes de santé nationaux, et renforcer les capacités grâce à des plans nationaux de formation, de sensibilisation et de motivation du personnel de santé.	Coordonner la lutte antivectorielle et la gestion de la trypanosomiase animale entre les pays, les parties prenantes et d'autres secteurs (p. ex. le tourisme, la faune sauvage) par le biais d'organismes nationaux multisectoriels afin de maximiser les synergies.

Figure 12. Mesures critiques pour chaque maladie et groupe de maladies nécessaires afin d'atteindre les cibles 2030 (Suite)

Objectif en matière de lutte

Maladie	Mesure critique 1	Mesure critique 2	Mesure critique 3
Dengue et chikungunya	Continuer de mettre au point des vaccins préventifs pour toutes les populations à risque.	Développer davantage la base de données probantes sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle.	Continuer de collaborer avec le secteur de l'environnement et les ingénieurs pour réduire les habitats des moustiques.
Échinococcose	Cartographier la prévalence de la maladie pour établir des données de référence et renforcer la surveillance intégrée nationale.	Élaborer des lignes directrices pour des stratégies de prévention et du contrôle efficaces, et les mettre en œuvre sur le terrain.	Renforcer la mise en œuvre du diagnostic par ultrasons et d'interventions efficaces, et garantir l'accès à l'albendazole.
Envenimation par morsure de serpent	Améliorer la formation des médecins à la prise en charge des morsures de serpent et sensibiliser les communautés aux meilleures pratiques en matière de prévention et de recherche à ce sujet.	Améliorer la qualité des anti-venins et investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits.	Renforcer la capacité de production globale de produits de qualité garantie et veiller à leur disponibilité et à leur facilité d'accès dans les zones rurales.
Gale et autres ectoparasitoses	Élaborer des orientations et des outils de cartographie dans les pays d'endémie afin d'estimer la charge de morbidité de la maladie.	Élaborer des orientations pour la mise en œuvre de l'AMM.	Créer un plan concernant le plaidoyer et le financement ; garantir le financement de l'ivermectine et des traitements topiques ; plaider en faveur de l'intégration dans la couverture sanitaire universelle.
Leishmaniose (cutanée)	Élaborer et étendre un traitement oral ou topique facile à administrer qui pourrait être utilisé dans les centres de santé.	Améliorer le caractère économiquement abordable et la sensibilité des tests de diagnostic rapide pour la détection des cas, ainsi que la disponibilité des traitements.	Estimer la charge de la maladie en améliorant la surveillance, et établir une base de données sur les patients pour assurer un suivi efficace de l'impact des interventions du contrôle de la maladie.
Mycétome, chromoblastomycoses et autres mycoses profondes	Mettre au point un test de diagnostic rapide différentiel et un traitement efficace, et établir une surveillance pour la détection et la déclaration des cas.	Élaborer un manuel de terrain normalisé pour le diagnostic et le traitement, et veiller à la formation adéquate des agents de santé.	Permettre l'accès à un diagnostic et à un traitement abordables.
Taeniasis et cysticercose	Mettre au point un test à haut rendement pour évaluer les programmes de lutte dans les milieux à ressources limitées, et cartographier les zones d'endémie.	Mener des interventions ciblées dans les zones à forte endémicité.	Renforcer les activités de plaidoyer de l'OMS, de la FAO et de l'OIE afin de donner la priorité à la lutte contre les maladies.
Trématodoses d'origine alimentaire	Développer des outils et des méthodes de surveillance et de cartographie précis, avec des informations sur les facteurs environnementaux impliqués dans l'infection.	Estimer le nombre de comprimés nécessaires pour le contrôle de la maladie et garantir les dons de prazitquantel.	Promouvoir l'application et la sensibilisation concernant les interventions AMM, WASH et « Une seule santé ». Évaluer l'impact et utiliser les résultats dans la formation du personnel de santé.
Ulcère de Buruli	Renforcer la capacité des agents de santé à diagnostiquer et à traiter la maladie, et celle des agents de santé communautaires à détecter et à orienter les cas vers un traitement précoce, favorisant ainsi l'intégration des MTN cutanées.	Élaborer des outils de diagnostic rapide à utiliser dans les centres de santé publique et les centres communautaires pour permettre un diagnostic précoce, réduire la morbidité et confirmer les cas.	Créer des systèmes de surveillance complets dans tous les pays d'endémie, incluant la micro-cartographie, afin d'améliorer le ciblage et d'intégrer les interventions avec celles concernant les autres MTN dans les zones de co-endémie afin d'améliorer la détection des cas.

La recherche et l'innovation sont des facilitateurs en matière de progrès programmatiques pour toutes les maladies.

© WHO/Andy Craggs

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Jayme Gershen

04

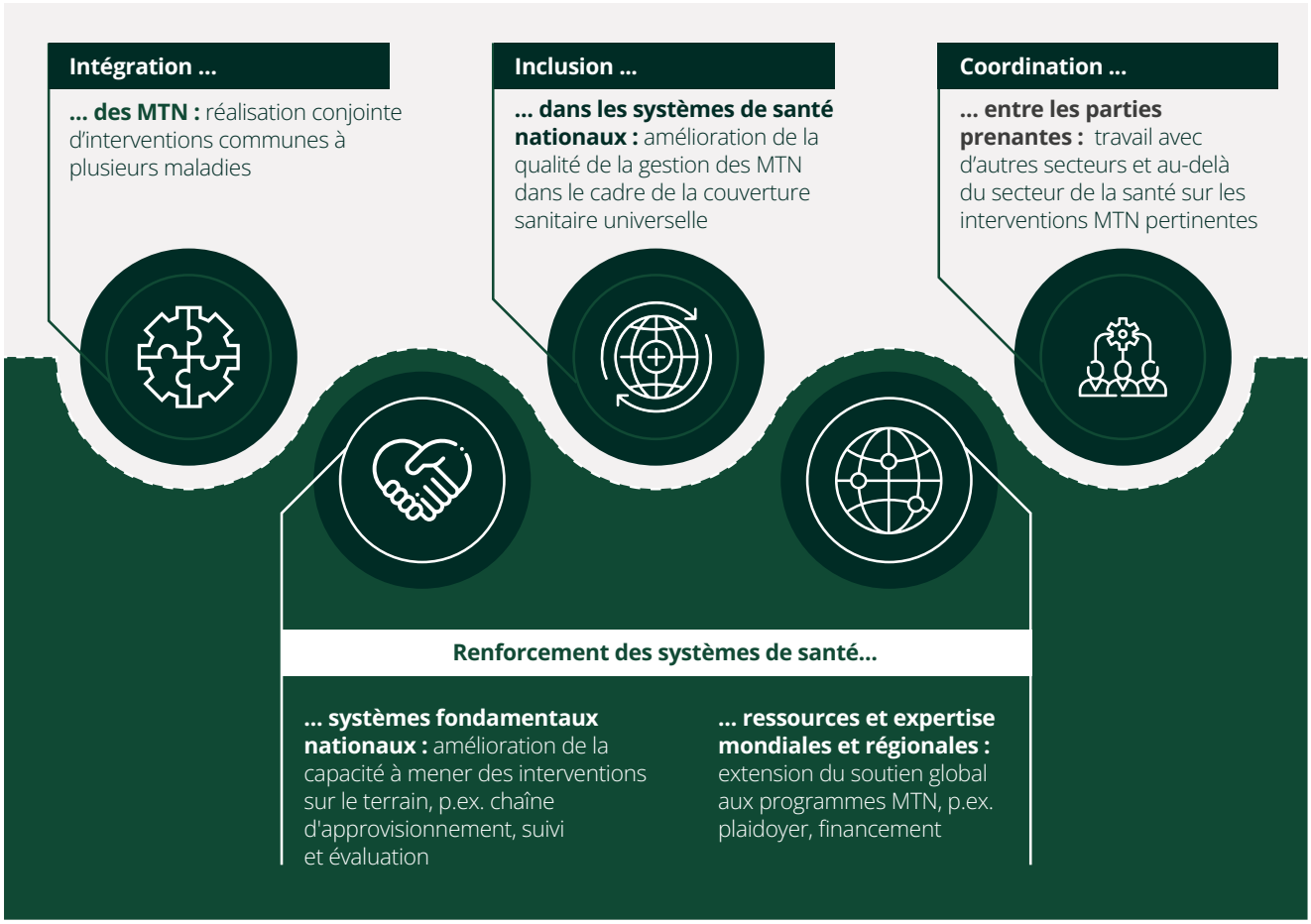
Intensifier les approches transversales

Intensifier les approches transversales

Compte tenu du champ et de la diversité du portefeuille MTN, il ne sera ni rentable ni viable de se concentrer uniquement sur chaque maladie pour atteindre les cibles 2030. Ces maladies et groupes de maladies et les réponses qu'il faudra apporter doivent impliquer non seulement les systèmes de santé, mais aussi de manière plus large les secteurs public et privé. Les effets psychosociaux et neurologiques des MTN ne peuvent être gérés sans des structures de santé mentale et de soutien social qui fonctionnent bien. Les programmes de lutte contre les MTN devraient intégrer des interventions visant à réduire la stigmatisation et à lever les obstacles à l'accès rapide aux soins et traitements pour les personnes, les familles, les communautés et les groupes marginalisés, tels que les migrants. Des données fiables, des systèmes de surveillance et des chaînes d'approvisionnement solides sont essentiels pour tous les programmes MTN. Il sera indispensable de renforcer les liens des programmes MTN avec les systèmes d'information sanitaire nationaux et les programmes spécialisés, tels que ceux consacrés à la polio et à la lutte contre les vecteurs du paludisme. Les approches transversales sont également rentables : l'administration massive de médicaments pour trois maladies en une seule visite sera moins coûteuse et plus pratique pour les communautés que qu'une AMM en trois visites successives. Les approches transversales sont également compatibles avec les concepts de couverture sanitaire universelle et de renforcement des systèmes de santé pour lesquels les patients sont au centre des objectifs et du modèle de fonctionnement.

La feuille de route comprend quatre catégories de thèmes transversaux **(Figure 13)** : l'intégration au sein des MTN ; *l'inclusion* dans les systèmes de santé nationaux ; la *coordination* avec les programmes pertinents tels que la lutte antivectorielle et les programmes concernant d'autres maladies ; et la réalisation d'interventions par le biais *de systèmes de santé nationaux solides* bénéficiant d'un soutien régional et mondial important. Bien que ces concepts transversaux aient été énoncés dans divers autres plans MTN, tels que le plan mondial OMS de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015 et les mesures préconisées par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA66.12 (2013) de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, les programmes sont restés jusqu'ici largement spécifiques à chaque maladie. L'un des objectifs de la feuille de route proposée est d'encourager le passage à un travail transversal, en fournissant un cadre clair **(Figures 12** et **13)** et en proposant des stratégies et des plans d'action concrets. La plupart des mesures transversales recommandées sont basées sur les meilleures pratiques des pays. Toutes ne seront pas applicables dans chaque pays, mais l'ensemble constitue un guide complet des actions à mener.

Figure 13. Quatre catégories de thèmes transversaux



4.1 Inclure des approches communes à plusieurs maladies

Une plateforme commune nécessite d'associer les activités consacrées aux MTN à des stratégies et interventions de prestation similaires

Dans certains pays, la plateforme MTN peut être un programme établi ou une administration au sein du ministère de la santé, tandis que dans d'autres, elle peut être représentée par des structures moins officielles telles qu'une équipe spéciale ou un organisme de coordination national. Une approche intégrée permettra de regrouper les programmes de lutte contre les MTN endémiques dans un pays sur une seule plateforme, ce qui permettra d'établir des liens entre les programmes, lorsque cela est possible. Une plateforme unique permettra également de centraliser la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions pour plusieurs MTN, comme par exemple pour les MTN dites cutanées **(Figure 14)** et la mise en œuvre des interventions MTN dans les écoles. L'intégration permettra de passer d'interventions techniques cloisonnées à une approche basée sur les besoins des patients et des communautés. Une plateforme intégrée encouragera une approche plus large et plus globale pour inclure non seulement la prévention, mais aussi le traitement, les soins, la réadaptation et l'éducation à la santé. Une telle plateforme peut apporter un soutien aux MTN les plus délaissées, en veillant à ce qu'elles soient traitées systématiquement et à ce que les mesures prises soient en phase avec les besoins.

Des interventions conjointes sont possibles pour toutes les MTN

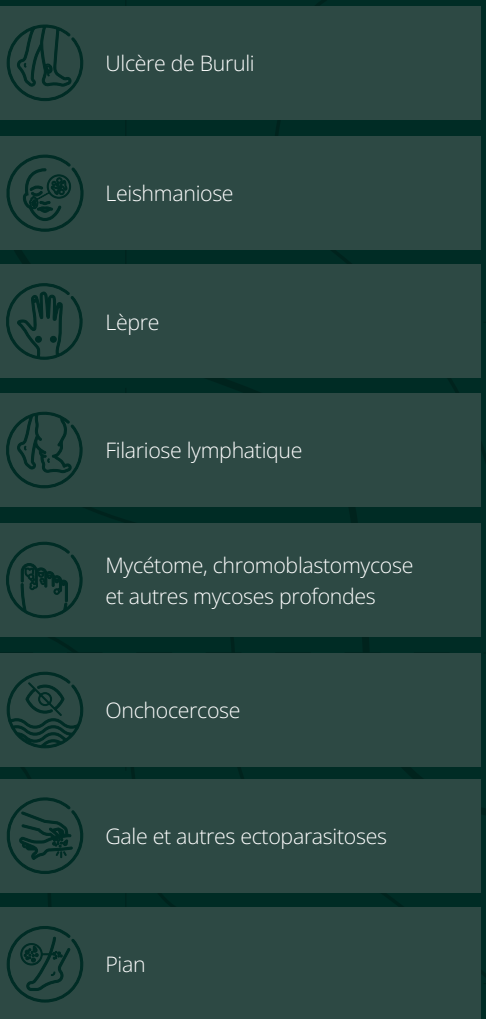
La **Figure 15** présente, à titre d'exemple, la manière d'intégrer les activités relatives à plusieurs MTN afin de garantir une programmation plus efficace et efficiente. L'intégration de la planification et de la gestion des programmes MTN permet un suivi une intégration coordonnés de la mise en œuvre pour les MTN regroupant des stratégies et des interventions de prestation similaires. Plusieurs maladies peuvent être regroupées ou réunies, en fonction du fardeau que chacune d'entre elles représente dans un pays, pour permettre la prestation conjointe d'interventions telles que la chimiothérapie préventive et l'utilisation de diagnostics multiplex, comme le montrent les coches sur chaque ligne de la figure. Le suivi, l'évaluation et les rapports doivent être intégrés pour toutes les MTN endémiques pertinentes.

Figure 14. Approches intégrées de la gestion des MTN cutanées

À propos des MTN cutanées

Les affections cutanées sont la 18e cause de mauvaise santé dans le monde et l'une des 10 premières causes d'incapacité non mortelle (Global Burden of Disease, 2016; https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

Les MTN cutanées affectent la peau et les tissus sous-cutanés et peuvent entraîner incapacité, défiguration, stigmatisation et d'autres problèmes socio-économiques (https://www.who.int/neglected_diseases/news/WHOpublishes-pictorial-training-guide-on-neglectedskin-disease/en/).



Objectifs et priorités

L'objectif d'une approche intégrée est de **réduire la morbidité, l'incapacité et les impacts psychosociaux des MTN cutanées débilitantes**. Les progrès seront principalement mesurés sur la base du nombre de pays qui adoptent et mettent en œuvre une approche intégrée pour lutter contre les MTN cutanées. La cible et les jalons sont :

Indicateur	2020	2023	2025	2030
Nombre de pays qui adoptent et mettent en œuvre des stratégies contre les MTN cutanées intégrées fondées sur l'endémicité locale	4	15	20	40

Les priorités en matière de recherche opérationnelle et de domaines programmatiques pour atteindre les cibles 2030 pour les MTN cutanées sont :

Priorités opérationnelles et de recherche :

- Recherche sur l'épidémiologie des causes, les modes de transmission et les facteurs de risque d'infection
- Études sur l'impact socio-économique
- Mise au point et évaluation de meilleurs médicaments pour la prise en charge intégrée des cas
- Création de plateformes de diagnostic pour le dépistage multiple ou intégré dans la communauté et dans les cliniques
- Conception de systèmes d'information intégrés pour garantir la fiabilité des notifications et des réponses, notamment la cartographie afin d'identifier les chevauchements
- Évaluation de la formation et du matériel de formation afin d'améliorer la détection intégrée des cas en première ligne des soins de santé

Priorités des programmes :

- Identification des entreprises pharmaceutiques disposées à envisager des dons ou des réductions de prix des médicaments
- Élaboration d'orientations concernant un cadre intégré, des outils de surveillance, la détection et la prise en charge des cas, la lutte et la prévention aux niveaux mondial, régional et/ou national
- Développement de matériel de formation pour les agents de santé en mettant l'accent sur les parcours intégrés pour :
- Les soins cliniques : diagnostic, traitement et gestion de la morbidité
- La santé mentale, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le soutien psychosocial
- Interventions communautaires : prévention, gestion des incapacités et réadaptation

Approches intégrées dans la pratique

Domaines dans lesquels des approches intégrées concernant les MTN cutanées sont applicables.

Exemples de lutte contre plusieurs MTN cutanées endémiques menée localement autrement que par le biais de plusieurs programmes spécifiques aux différentes maladies :

Surveillance épidémiologique, notamment la recherche active et passive de cas, la détection et la cartographie des maladies	Formation et renforcement des capacités des agents de santé et des bénévoles en matière de dépistage et de traitement des MTN cutanées	Promotion de la recherche et des innovations en matière de mise en œuvre pour améliorer l'efficacité d'une approche intégrée des MTN cutanées
Mobilisation sociale et éducation en santé de la communauté pour sensibiliser aux MTN cutanées et encourager le signalement précoce et la recherche de traitements	Prise en charge et soins des MTN cutanées, p. ex. aiguillages (santé mentale, etc.), formation aux soins auto-administrés, offre de services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, conseil), réduction de la stigmatisation	Planification intégrée, suivi et évaluation des programmes de lutte contre les MTN cutanées

Avantages potentiels des approches intégrées concernant les MTN cutanées :

- Plus grande appropriation par les programmes nationaux et une plus grande viabilité à long terme
- Rentabilité et utilisation efficace des ressources
- Couverture étendue et détection précoce des cas
- Plus grande capacité des agents de santé à prendre en charge correctement les cas

Figure 15. Groupements de maladies pour lesquels des interventions conjointes peuvent être applicables (1/2)

		Exemples d'approches d'intégration
Planification et gestion des programmes		· **Stratégie et planification de mesures :** Élaboration d'une stratégie nationale et de plans annuels couvrant toutes les MTN, notamment des cibles transversales et spécifiques aux différentes maladies (voir section 4) · **Gestion des données :** Hébergement d'un outil de gestion des données (p.ex. un tableau de bord des maladies au sein du système d'information de la gestion sanitaire national) pour collecter, stocker et afficher des données ventilées pour plusieurs MTN à des fins de prise de décision et de rapports · **Cartographie :** Cartographie de plusieurs MTN dans une zone donnée ou une population définie afin de mieux comprendre l'incidence et la prévalence des maladies · **Gestion de la chaîne d'approvisionnement :** Prévision, achat, transport, dédouanement, stockage, distribution et suivi des médicaments et autres produits dans les réseaux d'approvisionnement en médicaments nationaux · **Assurance de la qualité des produits de santé :** Élaboration de lignes directrices harmonisées en matière d'assurance de la qualité pour faciliter l'accès à des médicaments MTN sûrs, efficaces et abordables, p. ex. par la préqualification
Mise en œuvre	**Mobilisation sociale**	· **Sensibilisation et éducation conjointes de la communauté** sur toutes les MTN, p.ex. changement de comportement, programmation d'AMM, disponibilité des soins, lutte contre la stigmatisation et la discrimination
	Chimioprévention	· **Distribution et administration au niveau communautaire de lots de différents médicaments** pour des MTN spécifiques endémiques dans une zone donnée, par des agents de santé de première ligne formés et supervisés · **Distribution et administration dans les écoles primaires de médicaments pour des MTN touchant les enfants** et qui sont endémiques dans une zone donnée
	Recherche active des cas	· **Recherche et contact avec des cas de MTN présumés** dans une population définie pour laquelle un diagnostic précoce est essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité ou pour prévenir toute nouvelle transmission
	Prévention ciblée	· **Réalisation d'interventions préventives auprès de groupes sélectionnés** considérés à haut risque de contracter une MTN spécifique, p.ex. vaccins, traitement des contacts des cas de lèpre
	Lutte antivectorielle	· **Prévention et lutte concernant l'interaction homme-vecteurs,** en complément de la lutte contre des vecteurs ciblés
	Approches « Une seule santé »	· **Approches intégrées** pour mieux comprendre la transmission homme-animal des MTN à interface animale et réalisation d'interventions (p.ex. vaccinations, prise en charge des populations et mise à l'attache des chiens)
	Diagnostic au point de soins	· **Utilisation d'une plateforme de diagnostic multiple au point de soins** pour tester simultanément des populations pour plusieurs MTN endémiques
	Réseaux de soutien	· **Développer le réseau de soutien communautaire et y orienter les patients vers ses services** pour prévenir la stigmatisation et la discrimination, courantes dans les maladies provoquant des incapacités de longue durée ou une défiguration
	Soins auto-administrés	· **Fourniture de formules de soins auto-administrés** (p.ex., bandages, hygiène des pieds, soins oculaires) et soutien dans ce domaine, et formation des patients dont la maladie comporte une composante de soins auto-administrés pour la gestion de la morbidité
	Conseil et soutien psychologique	· **Fourniture de conseils et assistance** aux patients atteints de MTN qui ont besoin d'une soutien en matière de santé mentale et émotionnelle
	Formation des agents de santé	· **Renforcement de la capacité des professionnels de la santé** à diagnostiquer, traiter et soigner les patients atteints d'une MTN

MTN pertinentes

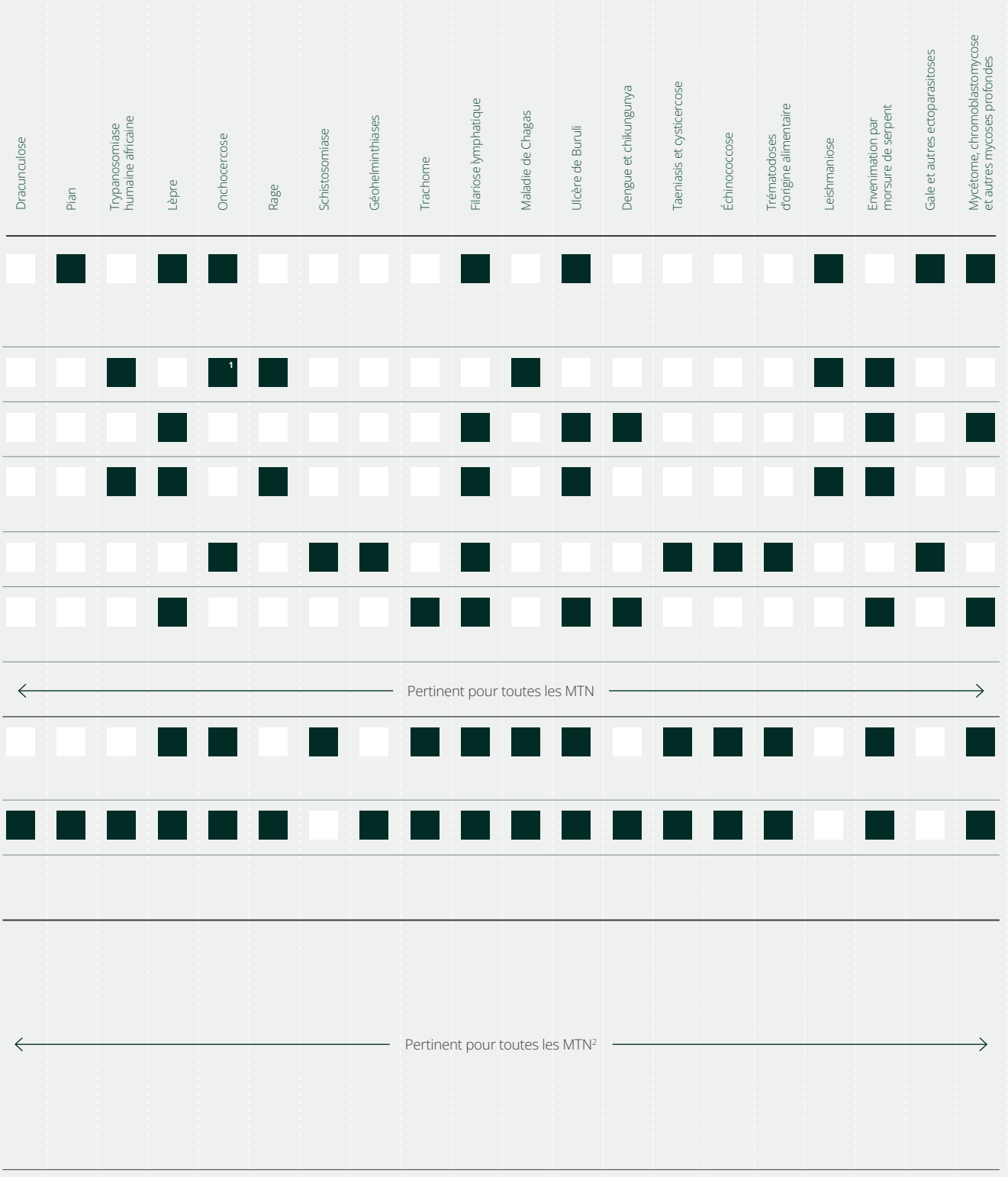
Figure 15. Groupements de maladies pour lesquels des interventions conjointes peuvent être applicables (2/2)

	Exemples d'approches d'intégration	
Mise en œuvre	**Dépistage et traitement des MTN cutanées**	· **Renforcement des capacités pour** permettre aux agents de santé de **dépister les MTN cutanées** par un examen visuel et/ou un aiguillage vers un examen clinique ultérieur **et un traitement approprié** · **Fourniture de soins et de services de réadaptation,** p.ex. la prise en charge des lymphœdèmes (ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, mycétome)
	Systèmes de riposte rapide	· **Développement et utilisation de systèmes de riposte d'urgence** pour un accès rapide aux traitements médicaux pour les maladies qui nécessitent une attention immédiate
	Physiothérapie	· **Fourniture de services et de conseils en matière de physiothérapie** (p.ex., exercices) ou aiguillage vers les services compétents pour rétablir la mobilité et les capacités fonctionnelles des patients
	Soin des plaies	· **Renforcement des capacités des agents de santé** pour qu'ils puissent laver, panser et soigner différents types de plaies graves ou étendues dans un établissement de santé et pour qu'ils apprennent aux personnes concernées à se soigner elles-mêmes
	Traitement anthelminthique	· **Renforcement des capacités pour diagnostiquer et traiter les patients atteints de certaines infections parasitaires,** par exemple les helminthes intestinaux
	Fourniture de dispositifs d'assistance	· **Fourniture de dispositifs d'assistance** nécessaires en cas d'incapacité due à plusieurs maladies (p.ex., appareils de marche, chaussures orthopédiques) et formation des agents de santé à la sélection des appareils appropriés
	Diagnostic de laboratoire	· **Utilisation intégrée des capacités de laboratoire** et formation technique du personnel de laboratoire pour effectuer des tests concernant les MTN endémiques dans une région donnée
	Gestion des complications et chirurgie	· Planification des capacités pour garantir un accès abordable à la chirurgie et à la prise en charge des complications · Formation à la chirurgie MTN et aux complications qui nécessitent une prise en charge médicale, p.ex. les lésions nerveuses dues à la lèpre, les crises aiguës de filariose lymphatique (y compris la gestion des aiguillages le cas échéant)
	Gestion et suivi des aiguillages	· **Système intégré de gestion et de suivi de l'aiguillage** pour reconnaître quand des soins secondaires ou d'autres formes de soins sont nécessaires et pour orienter le patient vers ces ressources
Suivi et évaluation		· **Surveillance :** Intégration des MTN dans les systèmes d'information sanitaire nationaux pour la collecte et l'analyse de données de routine, ce qui peut inclure la gestion conjointe d'enquêtes portant sur plusieurs MTN (p.ex. , coordination des enquêtes d'évaluation de la transmission, surveillance des épidémies et de la mortalité) · **Suivi et évaluation :** Activités intégrées pour plusieurs MTN, p.ex. pour les progrès, l'évaluation des impacts, la surveillance de l'efficacité des médicaments, la résistance aux antimicrobiens, le contrôle de la qualité · **Pharmacovigilance :** Surveillance et consignation des événements indésirables ; fourniture d'informations fiables et équilibrées pour une évaluation efficace du profil risques-avantages des médicaments et communication des résultats aux services de réglementation nationaux · **Rapports :** Rapports consolidés sur les MTN, contribuant à la planification, par exemple pour déterminer les priorités de développement telles que des profils de produits cibles

· **D'autres interventions propres aux différentes MTN restent pertinentes, p.ex. le traitement individuel et la gestion des cas, notamment les traitements et les soins de première ligne**

· **Tous les services MTN doivent reposer sur le principe d'égalité entre hommes et femmes et le respect des droits humains**

MTN pertinentes



[1] Obligatoire dans les zones de co-endémie avec la liase.
[2] L'assurance de la qualité des produits de santé et la pharmacovigilance ne sont pas pertinentes pour la dracunculose car il n'existe aucun médicament pour traiter cette maladie.

4.2 Inclure des plateformes de prestation dans les systèmes de santé

Les MTN sont qualifiées de « négligées » en partie parce qu'elles sont fréquemment laissées de côté par les systèmes de santé. Les mesures de lutte contre les MTN contribuent au renforcement des systèmes de santé et tirent parti de systèmes de santé renforcés, notamment les soins de santé primaires et communautaires. Pour bénéficier d'un meilleur suivi et évaluation et pour contribuer à ce domaine, les MTN doivent figurer en bonne position. Au sein des structures de gouvernance nationales, la plateforme MTN doit s'appuyer sur un travail commun et synergique portant sur différentes maladies. L'inclusion des activités relatives aux MTN dans le système de santé et le renforcement des capacités de réalisation d'interventions par le biais de son infrastructure contribueront à une prévention et un contrôle durables et efficaces des MTN et permettront aux patients atteints par ces maladies d'accéder à tous les aspects du traitement, des soins et du soutien. Un indicateur commun et un mécanisme de redevabilité doivent être définis pour suivre les progrès de l'inclusion. Ces activités contribueront au renforcement général du système de santé, à une plus grande appropriation des programmes par les pays et à la réduction de la pauvreté.

Les approches intégrées concernant les MTN peuvent et doivent être incluses dans diverses composantes des systèmes de santé nationaux ; ainsi, la planification devrait être introduite dans l'ensemble de la planification et de la budgétisation de la santé au niveau national, la gestion des données intégrée dans les systèmes d'information sanitaire à tous les niveaux, et la délivrance de médicaments coordonnée par le biais des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments et de logistique. La surveillance active de la sécurité de l'administration des traitements contre les MTN ainsi que la déclaration et la gestion des événements indésirables sont conformes aux objectifs des programmes de pharmacovigilance nationaux et constituent un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle et des soins axés sur la personne de haute qualité. Les interventions MTN intégrées, de la prévention à la réadaptation en passant par le diagnostic, le traitement et les soins, peuvent et doivent être effectuées par des établissements de soins communautaires ou des établissements de soins primaires ou secondaires dans le cadre du système de santé national **(Figure 16)**.

© WHO/Yoshi Shimizu

Les structures existantes doivent être utilisées ; ainsi, le renforcement des capacités en matière de MTN pourrait faire partie d'un module de formation normalisé du ministère de la santé ou être englobé dans les activités de formation initiale du personnel. Même lorsque des interventions verticales contre les MTN, telles que la chimiothérapie préventive, sont nécessaires dans des contextes où les systèmes de santé formels sont faibles, celles-ci doivent être incluses dans les structures de santé informelles et communautaires. La **Figure 16** propose différentes manières par lesquelles les composantes des programmes MTN peuvent être intégrées dans les systèmes de santé, même si les détails de cette intégration varie d'un pays à l'autre.

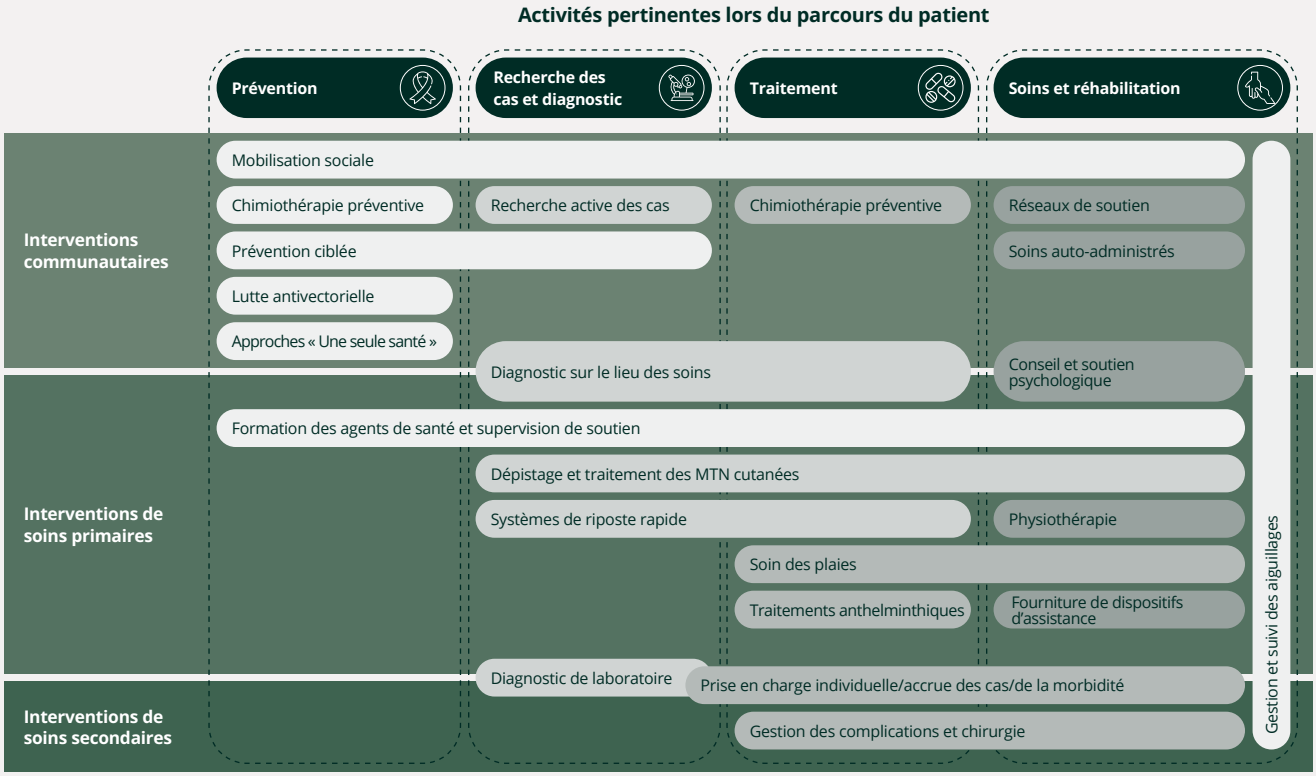
Avantages de l'intégration et de l'inclusion

Une approche intégrée des activités MTN devrait permettre de déboucher sur de meilleurs résultats en matière de santé, un meilleur rapport coût/efficacité et une meilleure gestion des programmes (voir **Figure 16**). Une transition progressive vers une gestion intégrée des MTN s'est opérée depuis 2006, date à laquelle des stratégies d'administration combinée d'une chimiothérapie préventive ont été introduites. Des travaux supplémentaires sont désormais nécessaires pour tirer pleinement parti de l'intégration et de l'inclusion. Des maladies telles que la gale et le pian devraient être incluses dans les programmes intégrés de chimiothérapie préventive existants, qui sont généralement limités à un groupe de cinq maladies.[1] En outre, des démarches additionnelles sont nécessaires pour intégrer les opérations contre les maladies présentant des mesures de traitement, une épidémiologie et une répartition géographique similaires. Les MTN peuvent être intégrées plus efficacement grâce aux systèmes et structures existants, tels que les programmes de vaccination, la chaîne du froid, les prestations, l'éducation et la formation des agents de santé.

Une attention particulière devra encore être accordée à certaines maladies, malgré une transition générale vers l'intégration. La **Figure 17** indique les éléments à prendre en considération pour parvenir à un équilibre entre approches spécifiques aux différentes maladies et approches intégrées.

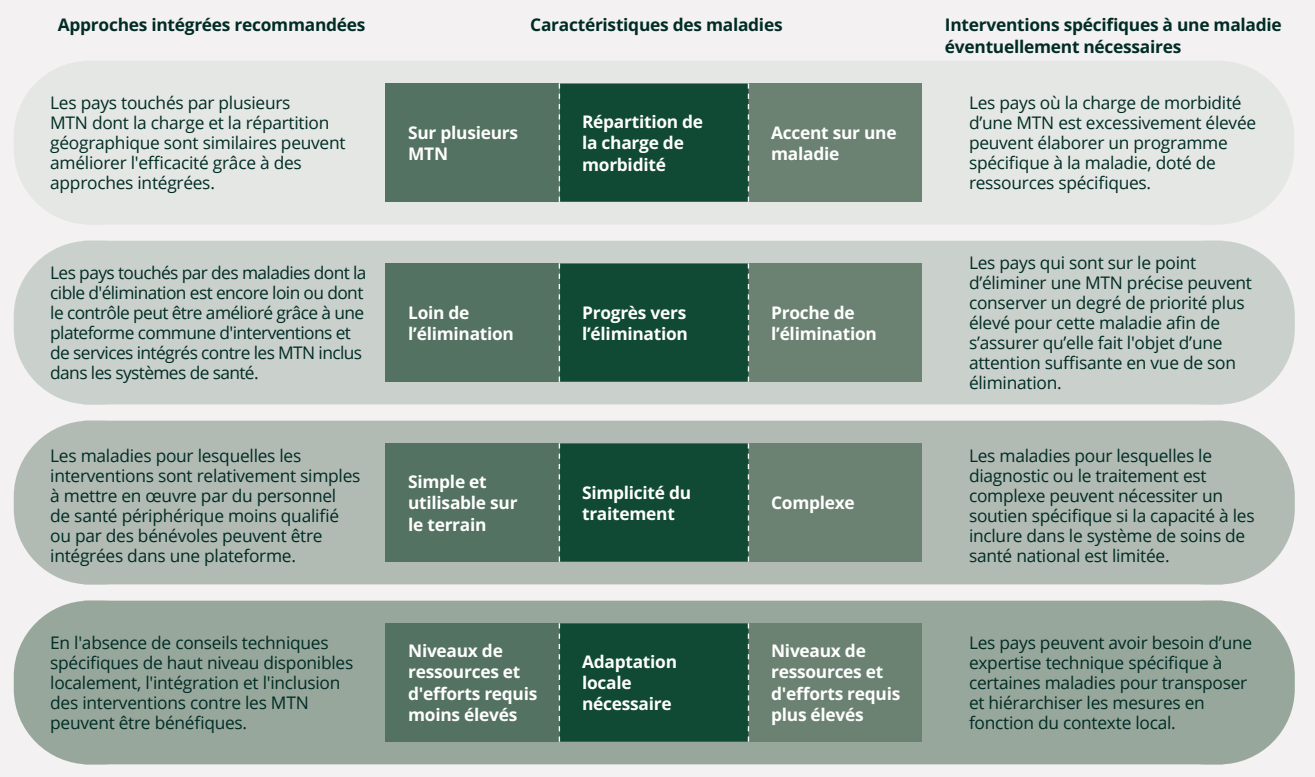
[1] Filariose lymphatique, géohelminthiases, onchocercose, schistosomiase et trachome.

Figure 16. Inclusion des MTN dans les systèmes de santé nationaux



• Les interventions propres à certaines MTN restent pertinentes, p.ex. le traitement individuel et la gestion des cas, notamment les traitements et les soins de première ligne.
• Tous les services doivent reposer sur le principe d'égalité entre hommes et femmes et le respect des droits humains.

Figure 17. Éléments à prendre en considération pour trouver un équilibre entre approches spécifiques aux différentes maladies et approches intégrées



© WHO/Arko Datto

4.3 Coordonner les efforts dans les différents secteurs

La réalisation des cibles 2030 nécessitera une coordination, une collaboration et une coopération entre de nombreux secteurs

Les ODD révèlent qu'il n'existe pas de cible de développement unique. La réalisation des cibles 2030 en matière de MTN nécessitera une coordination entre les secteurs et programmes périphériques, tant dans le domaine de la santé qu'au-delà, dans le cadre du réseau MTN dans son ensemble. Des secteurs tels que la lutte antivectorielle et WASH apportent une contribution essentielle aux progrès en matière de lutte contre les MTN, et une collaboration plus efficace peut accélérer et soutenir les progrès vers l'élimination et le contrôle des maladies. Une coordination est également nécessaire avec les différents partenaires MTN concernés, notamment les donateurs, les établissements universitaires, les entreprises pharmaceutiques, les experts en maladies, les organisations multilatérales et les partenaires de mise en œuvre, afin de garantir une prestation de services efficace.

La coordination est particulièrement importante pour les 12 MTN dont l'élimination et l'éradication sont souhaitées. Nous savons par expérience que les interventions MTN peuvent, à elles seules, ne pas suffire à éliminer une maladie. Ainsi, le déparasitage visant à prévenir la schistosomiase dans la sous-région du Mékong n'a pas empêché une réinfection, et a nécessité des activités parallèles, notamment des mesures WASH, une éducation à la santé et l'approche « Une seule santé » pour s'attaquer aux réservoirs animaux. En outre, la charge de morbidité de la maladie de Chagas en Amérique latine a été réduite par la lutte antivectorielle, en particulier l'information, l'éducation et la communication, la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations et l'amélioration des logements, en association avec le dépistage des donneurs de sang pour arrêter la transmission par transfusion.

D'autres secteurs jouent un rôle essentiel dans la prévention des MTN, leur traitement et les soins aux patients touchés par ces maladies

Les activités d'autres secteurs peuvent contribuer de manière significative à la prévention, au traitement et aux soins liés à de nombreuses MTN. La **Figure 18** indique les activités qui peuvent être entreprises par certains services de santé ou secteurs non liés la santé, et la **Figure 19** mentionne les MTN pour lesquelles les activités sont pertinentes. Certains secteurs peuvent être particulièrement utiles ; par exemple, les écoles peuvent être le canal par lequel une éducation sanitaire concernant toutes les MTN peut être dispensée.

Une coordination intersectorielle efficace facilite une action concertée visant à atteindre les ODD

Un réseau MTN bien coordonné, avec des rôles définis pour les parties prenantes et des mécanismes clairs d'interaction et d'échange, présente plusieurs avantages. Grâce à la collaboration, les MTN peuvent bénéficier des ressources et des activités d'autres secteurs. Ainsi, le partage des données de micro-cartographie sur l'endémicité des MTN liées à WASH avec les programmes WASH peut orienter les activités WASH vers les points chauds de MTN. La collaboration peut également améliorer la qualité et la rentabilité des interventions en veillant à ce qu'elles soient réalisées par le canal le plus approprié. Ainsi, des services vétérinaires seraient mieux adaptés qu'un programme MTN pour mettre en œuvre une intervention de santé animale, telle que la vaccination des porcs. Une coordination efficace peut également minimiser les activités faisant double emploi. Par exemple, une lutte harmonisée contre les vecteurs du paludisme et de la filariose lymphatique peut réduire le chevauchement des initiatives dans les pays où ces deux maladies sont endémiques.

Figure 18. Coordination avec les ministères de la santé et les autres ministères et autorités

Ministère de la santé	
Activités des services du ministère de la santé qui sont pertinentes pour les MTN	
Action mondiale pour lutter contre les vecteurs (peut relever du ministère de l'environnement dans certains pays)	• **Utilisation de répulsifs et de pièges,** p.ex. moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide, écrans, insecticides ou molluscicides, brumisation • **Gestion environnementale** visant à réduire au minimum les habitats des moustiques, notamment - **Amélioration des logements** (en collaboration avec le ministère de l'équipement), p. ex. plans de construction de logements exempts de vecteurs, prévoyant notamment un stockage sûr de l'eau, des installations sanitaires, des moustiquaires aux fenêtres, et garantissant la circulation de l'air pour empêcher l'entrée des vecteurs et aider à maintenir une température fraîche dans les maisons - **Gestion des conteneurs,** p.ex. recouvrement, vidange, nettoyage et élimination des conteneurs (p.ex., pneus usagés) - **Drainage ou traitement des eaux stagnantes** (en collaboration avec le ministère de l'eau et WASH) • **Changement de comportements,** p. ex. porter des vêtements longs • **Utilisation d'autres approches innovantes,** p.ex. libération de vecteurs modifiés, transgéniques ou stériles, de répulsifs spatiaux pour empêcher l'entrée des vecteurs dans les habitations
Santé mentale	• **Soutien psychologique et services de conseil** pour les patients atteints de MTN • **Évaluation de routine de la santé mentale** des patients atteints de certaines MTN, en particulier ceux qui souffrent de pathologies chroniques
Incapacité et inclusion	• **Traitement de l'incapacité et gestion de la morbidité,** p.ex. physiothérapie • **Fourniture de services d'assistance et d'appareils,** p. ex. des appareils d'aide à la marche et des prothèses • **Formation à l'autogestion de l'incapacité** et aux soins auto-administrés
Santé de la femme et de l'enfant	• **Sensibilisation aux maladies** auxquelles les femmes et les enfants sont exposés de manière plus élevée que les autres ou qui se manifestent de manière particulière chez les femmes (p.ex., la schistosomiase génitale féminine) • **Recours à des rendez-vous pré et postnatals, p. ex. dans les cliniques de santé maternelle, en vue de réaliser des interventions,** p. ex. fourniture de comprimés vermifuges, de suppléments (fer, etc.) pour les femmes enceintes et les enfants afin de prévenir l'anémie
Santé oculaire	• **Promotion des soins oculaires,** p. ex. lavage du visage, protection des yeux, examens oculaires • **Fourniture de traitements** pour les affections oculaires liées aux MTN, y compris la chirurgie si nécessaire
Nutrition	• **Accès à une meilleure nutrition** pour renforcer le système immunitaire et réduire la sensibilité aux infections, p.ex. pour la leishmaniose viscérale pour laquelle la malnutrition est un facteur de risque • **Fourniture d'aliments et de suppléments** (p. ex. fer, vitamine A) pour lutter contre les effets secondaires courants des MTN tels que l'anémie et les troubles nutritionnels
Autres programmes	• **Programmes de vaccination :** fourniture conjointe d'une chimiothérapie préventive aux enfants d'âge préscolaire • **Tuberculose :** détection conjointe de la paragonimose (trématodoses d'origine alimentaire), de la lèpre et d'autres maladies dues à des mycobactéries, p. ex. l'ulcère de Buruli • **Paludisme :** diagnostic conjoint avec la trypanosomiase humaine africaine, lutte contre les moustiques Anopheles • **VIH/sida :** éducation sur les risques, p. ex. la co-infection avec certaines MTN

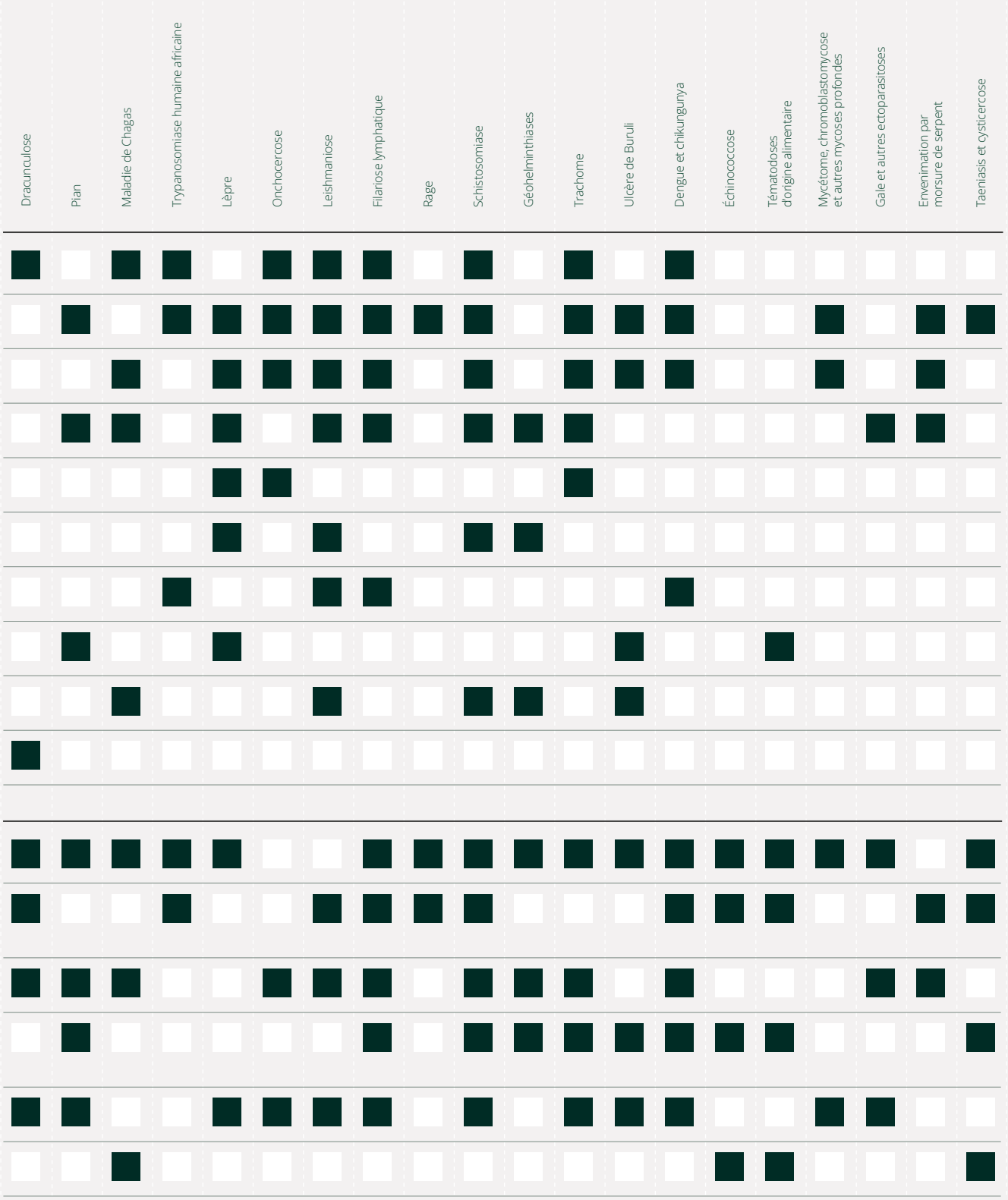
Les noms génériques des ministères sont indiqués mais peuvent différer selon les pays.

© WHO/Yoshi Shimizu

Figure 19. Pertinence de la coordination pour chaque MTN

Ministère de la Santé	Action mondiale pour la lutte contre les vecteurs
	Santé mentale
	Incapacité et inclusion
	Santé de la femme et de l'enfant
	Santé oculaire
	Nutrition
	Paludisme
	Tuberculose
	VIH/sida
	Programmes de vaccination
Autres ministères ou autorités	Eau et assainissement (WASH)
	Agriculture, élevage, faune sauvage, environnement (« Une seule santé »)
	Infrastructure et environnement bâti
	Éducation (réalisation d'intervention dans les écoles, p. ex. AMM)
	Justice et assistance sociale (droits humains)
	Sécurité alimentaire

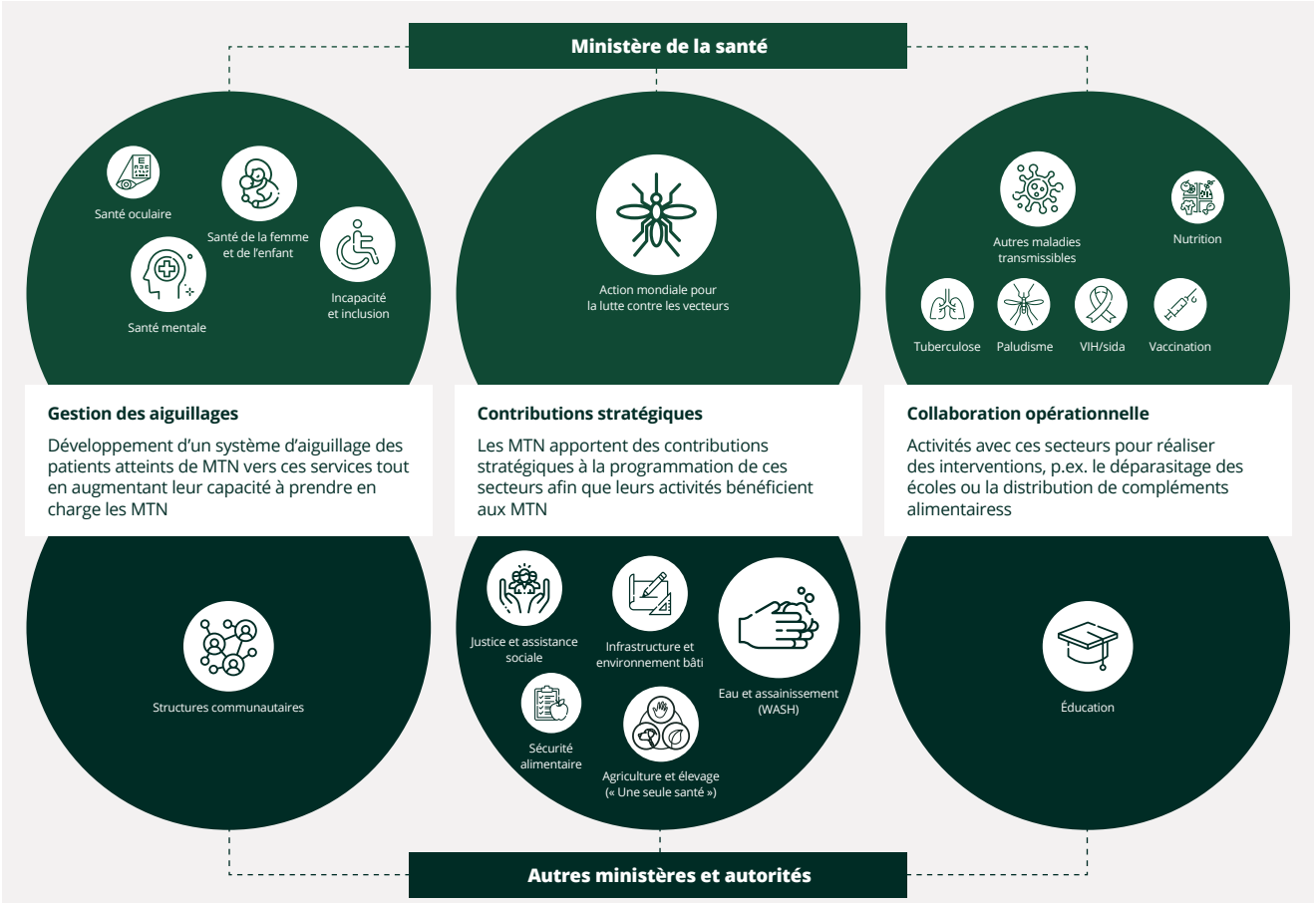
Indication uniquement des principaux liens avec les mtn



- La coordination avec le **ministère des finances, le ministère de l'intérieur, les autorités locales et le ministère des communications et de l'information** est essentielle pour toutes les maladies.
- La coordination avec les **autorités chargées des migrations et des réfugiés** est nécessaire pour les MTN qui sont endémiques dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

Figure 20. Exemples de coordination avec d'autres disciplines et secteurs

La taille de l'icône est proportionnelle au nombre de MTN concernées



- La coordination avec le **ministère des finances**, le **ministère de l'intérieur, les autorités locales et le ministère des communications et de l'information** est essentielle pour toutes les maladies.
- La coordination avec les **autorités chargées des migrations et des réfugiés** est nécessaire pour les MTN qui sont endémiques dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

La forme que prendra la coordination dépend du secteur et peut aller de mesures dans les zones d'endémie à l'utilisation des plateformes d'autres secteurs pour réaliser des interventions MTN

L'objectif et le champ d'application des activités ainsi que les mécanismes utilisés pour la coordination dépendent du secteur et des structures nationales. Il n'existe pas d'approche standard en matière de collaboration multisectorielle, néanmoins, la **Figure 20** présente trois grandes catégories de coordination possible à un niveau élevé. Premièrement, la gestion de l'aiguillage implique une coordination principalement entre les secteurs de la santé en vue de mettre en place un système harmonieux permettant d'aiguiller les patients atteints de MTN vers les services appropriés.

Des informations stratégiques permettront de faire en sorte que les autres programmes bénéficient aux programmes MTN, avec relativement peu de changements dans la programmation ; ainsi, la lutte contre les vecteurs du paludisme est également utile contre la filariose lymphatique et la leishmaniose. La collaboration opérationnelle garantit la mise en œuvre des interventions MTN par le biais d'autres plateformes (comme le déparasitage dans les écoles) ou une mise en œuvre conjointe (comme la détection de la paragonimose dans les examens de dépistage de la tuberculose). Les activités qui pourraient être coordonnées et les mécanismes potentiels d'interaction avec les MTN sont présentés à la **Figure 21** pour le secteur WASH, à la **Figure 22** pour l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs et à la **Figure 23** pour l'approche « Une seule santé ».

Figure 20. Exemples de coordination avec d'autres disciplines et secteurs (suite)

Autres ministères ou autorités	
Activités menées par d'autres ministères ou autorités pertinentes pour les MTN	
Eau et assainissement (WASH)	• **Fournir un accès à des sources d'eau améliorées** (protégées de toute contamination externe) • **Conditions d'hygiène pour la gestion des cas,** p. ex. lavage des plaies (rage), soins auto-administrés et gestion de la morbidité (p. ex. hygiène personnelle et soin des plaies pour la filariose lymphatique, la lèpre, le pian), interventions chirurgicales (p. ex. chirurgie pour l'hydrocèle et le trichiasis) • **Assainissement –** accès aux installations et gestion sûre des déchets fécaux pour prévenir la transmission (p. ex. des géohelminthiases, du taeniasis, des trématodoses d'origine alimentaire) • **Promouvoir les pratiques d'hygiène** (p. ex. lavage des mains et du visage, prévention de la défécation en plein air, hygiène alimentaire, filtration de l'eau des plans d'eau ouverts avant consommation) • **Stockage et élimination/drainage appropriés de l'eau** pour réduire les habitats des vecteurs
Agriculture, environnement, élevage, faune sauvage (approche « Une seule santé »)	• **Connaître les réservoirs animaux et la transmission des zoonoses** • **Traiter les animaux pour prévenir la transmission** • **Vaccination,** p. ex. vaccination de masse des chiens (rage), vaccination des porcs et des moutons (taeniasis, échinococcose cystique) • **Traitements médicaux,** p. ex. déparasitage des porcs (taeniasis), des chiens (échinococcose cystique), des renards (échinococcose alvéolaire) • **Élevage et mesures visant les animaux,** p. ex. garder les chiens attachés (dracunculose), éloignement des animaux domestiques et du bétail des habitations humaines (mycétome), prévention de tout contact entre porcs et excréments humains (taeniasis)
Éducation	• **AMM dans les écoles**[1] contre les maladies infantiles comme les géohelminthiases, la schistosomiase, le pian • **Sensibilisation aux pratiques de prévention des MTN** inscrites dans les programmes nationaux, p.ex. pratiques d'hygiène et élimination des sites de reproduction des moustiques
Justice et assistance sociale (droits humains)	• **Prévenir la discrimination structurelle** associée aux niveaux élevés de stigmatisation liés aux MTN (filariose lymphatique, lèpre, leishmaniose cutanée, neurocysticercose), p. ex. en abrogeant les lois discriminatoires • **Promouvoir l'accès de tous** aux ressources et installations, aux services sociaux et de santé, à l'éducation et à l'emploi • **Réaliser des interventions de lutte contre la stigmatisation** (p. ex. par le dialogue communautaire ou en invitant les dirigeants locaux à diffuser des messages de lutte contre la stigmatisation)
Infrastructure et environnement bâti	• **Amélioration des logements** pour réduire au minimum les habitats des moustiques, notamment stockage de l'eau en toute sécurité, assainissement, moustiquaires aux fenêtres, construction de drains qui ne constituent pas des sites de reproduction pour les moustiques et circulation de l'air pour empêcher l'entrée des vecteurs et aider à maintenir la fraîcheur dans les habitations
Sécurité alimentaire	• **Pratiques et réglementations en matière de sécurité alimentaire,** notamment : - pour les ménages et les personnes qui manipulent les aliments (p. ex. en lavant et en cuisant correctement les aliments avant leur consommation, en veillant à la qualité des aliments) - pour les agriculteurs et les éleveurs de bétail, p. ex. élimination sûre des abats lors de l'abattage (échinococcose)

- La coordination avec le **ministère des finances, le ministère de l'intérieur, les autorités locales et le ministère des communications et de l'information** est essentielle pour toutes les maladies.
- La coordination avec les autorités chargées des migrations et des réfugiés est nécessaire pour les MTN qui sont endémiques dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

[1] L'école est l'un des lieux où une AMM peut être réalisée sur des enfants d'âge scolaire, mais des efforts doivent être faits pour s'assurer que les enfants d'âge scolaire non scolarisés soient également couverts.

Figure 21. WASH et MTN : activités et mécanismes de coordination

Objectif de la coordination — Améliorer le ciblage des investissements et des activités WASH afin de mieux soutenir la prévention, le traitement et les soins des MTN

Exemples d'activités qui devraient être coordonnées

Planification

Planification des programmes

Programme MTN pour partager les données de micro-cartographie sur l'endémicité des MTN liées à WASH avec le ministère de l'eau et de l'assainissement.

Programmes WASH pour orienter les investissements et les interventions vers les points MTN chauds, où les interventions sont les plus nécessaires.

Plaidoyer

Établissement de données probantes et sensibilisation conjointes aux avantages mutuels de la collaboration entre programmes WASH et programmes MTN, p.ex. :

- **retour sur investissement :** p.ex., retour sur chaque dollar investi dans le secteur WASH dans les zones d'endémie des MTN par rapport au retour moyen d'environ US $5 dollars pour les interventions WASH en général ;
- **résultats pour la santé :** p. ex. WASH est essentiel pour limiter ou interrompre le cycle de transmission de 16 des 20 MTN et de certaines affections.

Mise en œuvre

Mobilisation sociale

Sensibilisation et promotion conjointes en matière de changement de comportements, p.ex. en encourageant les pratiques WASH lors des campagnes AMM, en incluant des messages spécifiques aux MTN dans les activités WASH dans les foyers ou les écoles.

Réalisation des interventions

Programme MTN pour gérer les composantes des maladies liées à WASH, telles que la prise en charge des cas, la surveillance et les soins chirurgicaux.

Services WASH pour réaliser des interventions (p.ex., construire des installations sanitaires, fournir un accès à des sources d'eau améliorées) et renforcement de l'environnement pour une prestation de services WASH durable.

Évaluation

Évaluation et rapports

Partager des données et suivre les progrès réalisés en vue d'atteindre des cibles communes, notamment :

- **Indicateurs** et objectifs qui sont pertinents pour les deux secteurs et alignés sur les cibles transversales mondiales dans les domaines WASH et MTN, p.ex. :

Indicateur d'impact	Année cible
0 % de la population pratiquant la défécation en plein air	2025
100 % de la population utilisant au moins des installations d'assainissement de base	2030
100 % de la population utilisant au moins un approvisionnement en eau de base	2025
100 % de la population disposant d'installations pour le lavage des mains, notamment du savon et de l'eau	2030

- **Suivre conjointement les progrès et l'impact,** grâce à un suivi et évaluation harmonisé et à des cadres permettant d'éclairer la prise de décision et la planification conjointe ; évaluer l'efficacité des interventions ; documenter les avantages pour les utiliser dans le plaidoyer.
- **Partager les données et les meilleures pratiques,** p. ex. en utilisant conjointement des ensembles de données, en documentant les expériences et les enseignements tirés.

Mécanisme de coordination

- Comité ou équipe spéciale au niveau national et/ou local (au sein de plateformes de coordination intersectorielles), avec une attribution claire des rôles dans la coordination des activités entre les groupes de parties prenantes.

Études de cas

- **Cambodge et République démocratique populaire lao :** Les deux pays ont mis en place des groupes de travail nationaux composés de représentants des secteurs MTN, WASH, nutrition et éducation afin de développer des initiatives communautaires pour éliminer la schistosomiase par des interventions portant sur le déparasitage, la nutrition et WASH (CL-SWASH).
- **Éthiopie :** L'Éthiopie dispose d'un groupe de travail technique national, d'un coordinateur spécialisé pour WASH et les MTN au sein du Ministère fédéral de la Santé, de coordinateurs WASH et MTN régionaux et d'un cadre WASH et MTN national qui définit le processus et les responsabilités pour la planification, la mise en œuvre et la supervision communes.

Voir Stratégie WASH/MTN pour plus d'informations : https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-and-ntd-strategy/fr/.

Figure 22. Action mondiale pour lutter contre les vecteurs : activités et mécanismes de coordination

Objectif de la coordination — Promouvoir une gestion des vecteurs intégrée pour toutes les maladies à transmission vectorielle, et améliorer l'efficacité, la rentabilité et la pérennité de la lutte antivectorielle

Exemples d'activités à coordonner

Planification	**Élaboration de stratégies pour les interventions**	• **Développer des interventions axées sur la santé humaine,** p. ex. prévention, contrôle des traitements et soins aux patients atteints de maladies à transmission vectorielle.	• **Élaborer des stratégies de lutte antivectorielle pour les MTN à transmission vectorielle,** p. ex. plan d'action basé sur la stratégie de l'Action mondiale pour la lutte contre les vecteurs 2017-2030.
	Planification des programmes	• Coordonner une **évaluation nationale des besoins en matière de lutte antivectorielle** basée sur l'endémicité des maladies. • **Renforcer l'action et la collaboration intersectorielles et intrasectorielles** (approche multisectorielle) • Préparer un **plan de travail chiffré** dans lequel les mesures sont classées par ordre de priorité en fonction des ressources disponibles.	
	Renforcement des capacités	• **Organiser une formation intersectorielle,** p. ex. les personnels du ministère de la santé et des autres ministères concernés doivent être formés à l'entomologie à des fins de santé publique et à la lutte antivectorielle.	
	Plaidoyer	• **Plaider en faveur de la lutte antivectorielle** dans l'élimination des maladies. • **Accroître conjointement les données probantes et la sensibilisation** sur les avantages de la coordination, p. ex. rentabilité de la lutte antivectorielle pour la prévention des MTN à savoir : - pour chaque dollar américain investi dans des activités communautaires, une personne est protégée contre la dengue pendant un an ; - US $1,3 dollar dépensé en moustiquaires imprégnées d'insecticide peut protéger une personne pendant un an. • **Promouvoir le signalement de tous les cas présumés** en vue de mesures rapides.	
Mise en œuvre	**Mobilisation sociale**	• **Engagement communautaire conjoint :** travailler avec les résidents locaux pour améliorer la lutte antivectorielle et renforcer la résilience face aux épidémies, p.ex. : - **communication pour un impact comportemental,** avec des messages ciblés pour réduire les sites de reproduction (p. ex. couvrir les eaux stagnantes) et l'exposition aux moustiques (p. ex. écrans aux fenêtres, protection personnelle) ; - **information** (p.ex. utilisation des médias et d'autres canaux) et éducation (p.ex., promotion de la lutte antivectorielle par les agents de santé communautaires ou les écoles).	
	Réalisation des interventions	• **Programmes de gestion de la santé humaine liés aux MTN à transmission vectorielle.**	• **Programmes de lutte antivectorielle pour étendre les interventions** telles que la pulvérisation d'insecticides, l'amélioration de l'environnement, la lutte contre les larves.
Suivi et évaluation	**Surveillance**	• **Coordination de la recherche de cas cliniques, de la confirmation en laboratoire et de la surveillance des vecteurs,** p. ex. : - prévenir et combattre les flambées en signalant rapidement les cas et en orientant les activités de lutte antivectorielle vers les zones où la dengue est suspectée ou détectée. - alerter les cliniciens pour qu'ils se préparent à faire face aux cas après la notification d'une augmentation significative de la population de moustiques. - maintenir la surveillance des vecteurs et intégrer les données dans les informations sanitaires.	
	Évaluation et suivi	• **Surveiller l'impact et suivre les progrès** des indicateurs de l'impact de l'Action mondiale pour la lutte contre les vecteurs 2017-2030. • **Évaluer l'impact** des interventions coordonnées sur le vecteur et la santé humaine. • **Estimer la charge de la maladie.** • **Évaluer les effets environnementaux** de la lutte antivectorielle et surveiller la résistance aux insecticides.	
	Gestion des données	• **Partager des bases de données,** p.ex. sur la dynamique des vecteurs et l'utilisation des insecticides afin d'évaluer l'impact des interventions de lutte antivectorielle.	

Mécanisme de coordination potentiel	• **Un groupe de travail ou une équipe spéciale sur la lutte antivectorielle** sous la direction d'une équipe spéciale interministérielle nationale sur la lutte antivectorielle qui supervise, coordonne et renforce la lutte antivectorielle conformément à la stratégie de l'Action mondiale pour la lutte contre les vecteurs ; les membres pourraient être des fonctionnaires de haut niveau des ministères, autorités locales et communautés concernés et des parties prenantes telles que les partenaires de développement. • Les facteurs favorables sont notamment un financement spécifique pour les activités du groupe de travail et un leadership de haut niveau, p.ex. le président peut convoquer le groupe de travail lorsqu'une épidémie est suspectée.
Exemple	• **Équipe spéciale interministérielle à Singapour** entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Environnement et des Ressources en eau ; il se réunit dans les 24 heures suivant le signalement d'un cas suspect de dengue. Un financement national adéquat est alloué aux ministères concernés pour couvrir les activités de lutte antivectorielle. • Le **Groupe de travail sur la gestion intégrée des vecteurs au Soudan,** qui met en œuvre un plan d'action national élaboré en consultation avec les parties prenantes, a contribué à une baisse significative des incapacités à tous les niveaux.

Voir Action mondiale pour la lutte contre les vecteurs 2017-2030 pour plus d'informations : https://www.who.int/vector-control/publications/global-control-response/en/

Figure 23. Approche « Une seule santé » et MTN : activités et mécanismes de coordination

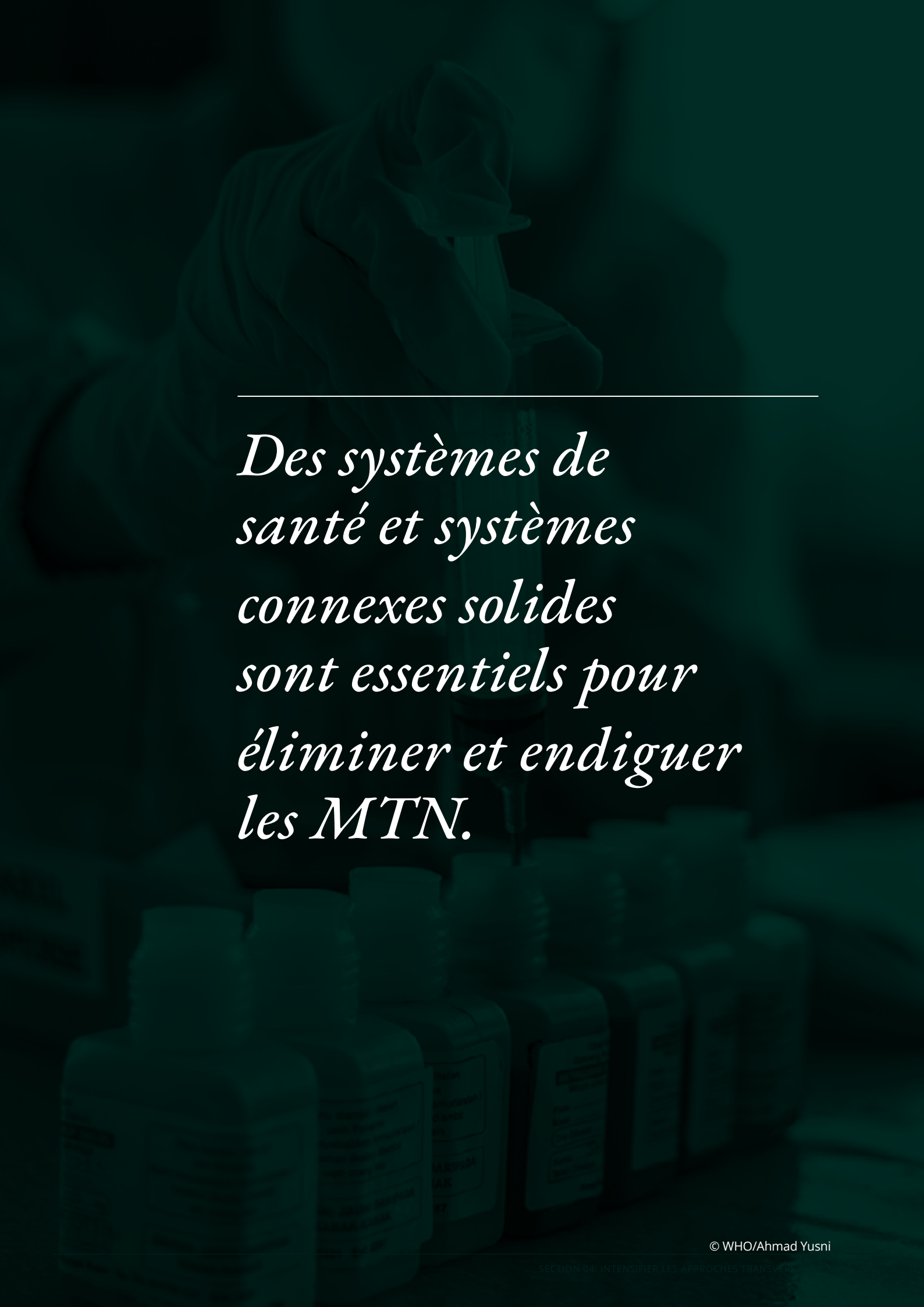
Objectif de la coordination	Mettre en place une approche coordonnée concernant les hôtes des maladies et les facteurs environnementaux liés aux MTN, avec une attribution claire des rôles et des responsabilités

Exemple d'activités nécessitant une coordination

Planification	**Élaborer une stratégie « Une seule santé » pour les MTN**	• **Élaborer une stratégie « Une seule santé » pour les MTN,** avec définition de cas, objectifs communs, stratégies et mécanismes de collaboration entre les ministères de l'agriculture, de l'élevage, de la faune sauvage, de l'environnement, de la sécurité alimentaire, de la santé et autres ministères. • **Intégrer les MTN dans les plateformes « Une seule santé » existantes** et veiller à ce qu'elles soient incluses dans les stratégies et plans locaux. • **Créer des plans opérationnels nationaux pour réaliser des interventions sur les MTN avec interface homme-animal-environnement, avec une attribution claire des rôles et des responsabilités,** p. ex. un plan coordonné définissant la redevabilité des parties prenantes pour les mesures liées à l'homme, l'animal, l'alimentation et l'écosystème. Utiliser une approche « Une seule santé » pour améliorer la compréhension de la transmission des MTN entre l'homme et l'animal, notamment les implications sociales et économiques.
	Développer la compréhension scientifique	• **Utiliser une approche « Une seule santé » pour améliorer la compréhension de la transmission homme-animal** des MTN, notamment les implications sociales et économiques. • **Identifier les principaux hôtes** pour les MTN et les **activités du contrôle spécifiques** à mener. • **Développer des tests de diagnostic et des interventions visant les animaux** quand il n'y en a pas, p. ex. pour la cysticercose, l'échinococcose cystique. • **Étudier l'évolution des parasites,** p. ex. comment les mouvements des animaux et des personnes infectés déplacent les parasites vers de nouvelles espèces hôtes, l'évolution des zoonoses à mesure que de plus en plus de terres sont utilisées pour la production de bétail.
	Planification des programmes	• **Partager entre les secteurs les données sur l'occurrence des MTN** chez divers hôtes humains et animaux afin d'orienter les activités, p. ex la surveillance chez l'animal en tant qu'activité pouvant servir pour l'homme. • **Élaborer des plans coordonnés de lutte contre les maladies,** p. ex. des interventions simultanées pour l'homme et les animaux dans une zone géographique donnée.
	Plaidoyer	• **Élaborer conjointement des données probantes et renforcer la sensibilisation** à l'importance de l'approche « Une seule santé » pour l'élimination et le maintien de la valeur sociale et commerciale des animaux pour les populations touchées par les MTN.
Mise en œuvre	**Mobilisation sociale**	• **Mener conjointement des actions de sensibilisation et de promotion en matière de changement de comportements** avec des messages spécifiques destinés à des groupes cibles tels que les éleveurs de bétail. • **Proposer des activités d'éducation sur l'élevage et la gestion des animaux,** p.ex. la mise à l'attache des chiens, l'élimination en toute sécurité des abats contenant des kystes.
	Réalisation d'interventions	• **Programme MTN pour :** - **gérer la santé humaine** pour les MTN avec interface animale, p. ex. prévention, gestion des cas, soins palliatifs, surveillance. - **effectuer des interventions sur les animaux en dehors des activités « Une seule santé »,** p.ex. la mise à l'attache des chiens est propre aux MTN. • **Les acteurs « Une seule santé » doivent utiliser les plateformes existantes pour effectuer des interventions impliquant des animaux,** p.ex. en utilisant des programmes relatifs à d'autres maladies ou à l'élevage pour effectuer des interventions sur les animaux, telles que le déparasitage et la vaccination des porcs (cysticercose). • **Explorer les possibilités de responsabilité sociale des entreprises pharmaceutiques** pour soutenir les aspects liés aux animaux dans les programmes. • **Étudier les possibilités d'accroître la disponibilité et l'utilisation des produits de santé humaine et animale pour la gestion et le contrôle des maladies,** p. ex. les stocks régionaux de médicaments ou de vaccins.
Évaluation	**Évaluation et rapports**	• **Coordonner les programmes de surveillance entre les secteurs,** p.ex. surveillance chez les animaux en tant que moyen pouvant servir pour l'homme, surveillance de la résistance aux antimicrobiens chez l'homme et les animaux. • **Partager des données et suivre les progrès** vers des cibles communes, notamment : - par le biais d'indicateurs harmonisés et du suivi et de l'évaluation des cadres pour éclairer la prise de décision et la planification conjointe ; mesurer l'efficacité des interventions ; documenter les avantages pour les utiliser dans la plaidoyer. • **Partager les données et les meilleures pratiques,** p. ex. par l'utilisation conjointe d'ensembles de données, la documentation des expériences et des enseignements tirés.

Mécanisme de coordination potentiel	• Inclure les MTN dans les groupes de travail « Une seule santé » nationaux, régionaux et mondiaux grâce à des partenariats avec la FAO et l'OIE.
Étude de cas	• L'OMS, l'OIE, la FAO et l'Alliance mondiale contre la rage ont mis en œuvre un plan stratégique mondial pour atteindre l'objectif consistant à mettre fin aux décès de personnes dus à la rage d'origine canine d'ici 2030.

Des systèmes de santé et systèmes connexes solides sont essentiels pour éliminer et endiguer les MTN.



© WHO/Ahmad Yusni

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Sergey Volkov

05

Modifier les modèles opérationnels et la culture pour favoriser l'appropriation par les pays

Modifier les modèles opérationnels et la culture pour favoriser l'appropriation par les pays

© WHO/Diego Rodriguez

Les rôles et les responsabilités doivent être clairement définis à chaque niveau et secteur de la communauté MTN mondiale afin de définir le modèle opérationnel approprié. Pour atteindre les cibles fixées dans la présente feuille de route, il faudra également modifier les structures organisationnelles, les méthodes de travail et les modes de pensée. Le Secrétariat s'engage à aider les pays à mettre en œuvre leurs programmes MTN nationaux afin d'améliorer les résultats globaux en matière de santé mondiale et d'en assurer le suivi et l'évaluation.

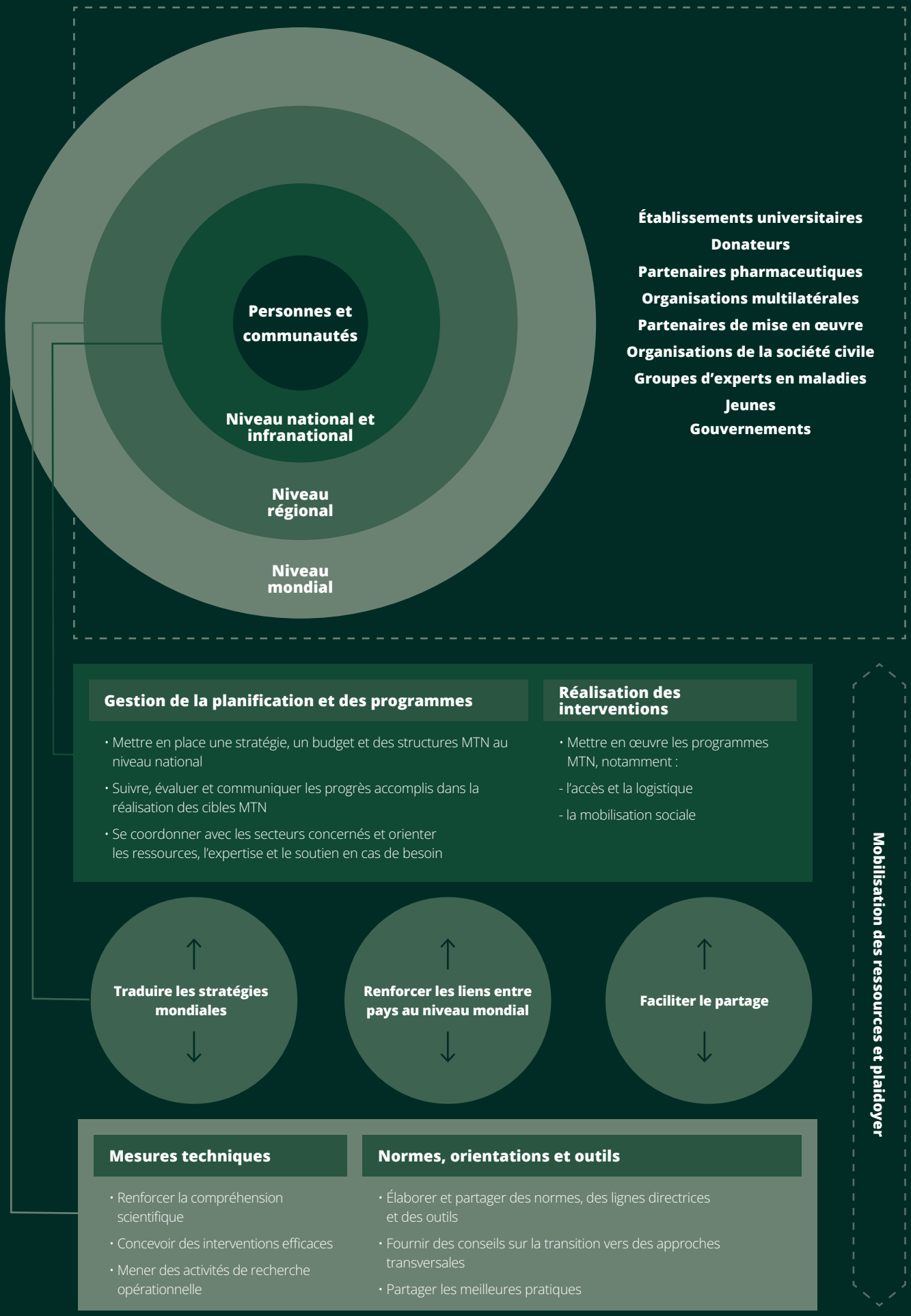
L'appropriation par les pays est essentielle pour atteindre les cibles MTN 2030 avec le soutien des parties prenantes régionales et mondiales

Les pays sont à la fois les moteurs et les bénéficiaires des progrès accomplis dans la réalisation des cibles 2030 de la feuille de route. L'élimination d'au moins une MTN dans 100 pays et la réduction de 90 % de la population nécessitant des interventions contre les MTN par rapport à 2010 exigeront une action concertée des autorités nationales et locales dans les pays où les MTN sont endémiques, et ces pays devraient de plus en plus assumer la direction de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de leurs programmes de lutte contre les MTN. Les autorités locales (au niveau des municipalités et des districts) sont également indispensables à la réussite de la mise en œuvre des interventions et à la coordination de l'action multisectorielle. Les autorités nationales et locales assumant de plus en plus le leadership, le rôle des parties prenantes régionales et mondiales sera principalement un rôle de soutien.

L'élaboration au niveau mondial de normes, d'orientations et d'outils ainsi que les avancées techniques demeureront essentielles. Les centres de collaboration OMS sur les MTN constituent un réseau mondial d'expertise dans des activités telles que les profils de produits cibles pour les nouveaux produits et outils de diagnostic MTN. Les parties prenantes régionales occupent une position importante en tant qu'interface entre les niveaux mondial et local, en fournissant des conseils aux pays pour concrétiser les cibles mondiales et partager les meilleures pratiques. Si les activités spécifiques menées aux niveaux mondial, régional et national sont susceptibles de varier et d'évoluer à mesure que les pays assument un leadership accru, les rôles des trois niveaux restent globalement similaires **(Figure 24)**.

Les partenaires jouent un rôle central à tous les niveaux, mais plus particulièrement dans les pays. À mesure que les pays définissent leurs objectifs par rapport aux cibles de la feuille de route, les partenaires peuvent aider à combler les lacunes identifiées par les pays comme représentant des domaines où un soutien supplémentaire sera nécessaire. Une délimitation claire des responsabilités entre les partenaires garantira une bonne couverture géographique, évitera les chevauchements et permettra de faire en sorte qu'aucune communauté ne soit négligée. La coordination au sein de ce réseau étendu et diversifié sera soutenue par l'OMS, qui travaillera avec tous les catégories de parties prenantes.

Figure 24. Rôles des parties prenantes à tous les niveaux et dans tous les secteurs



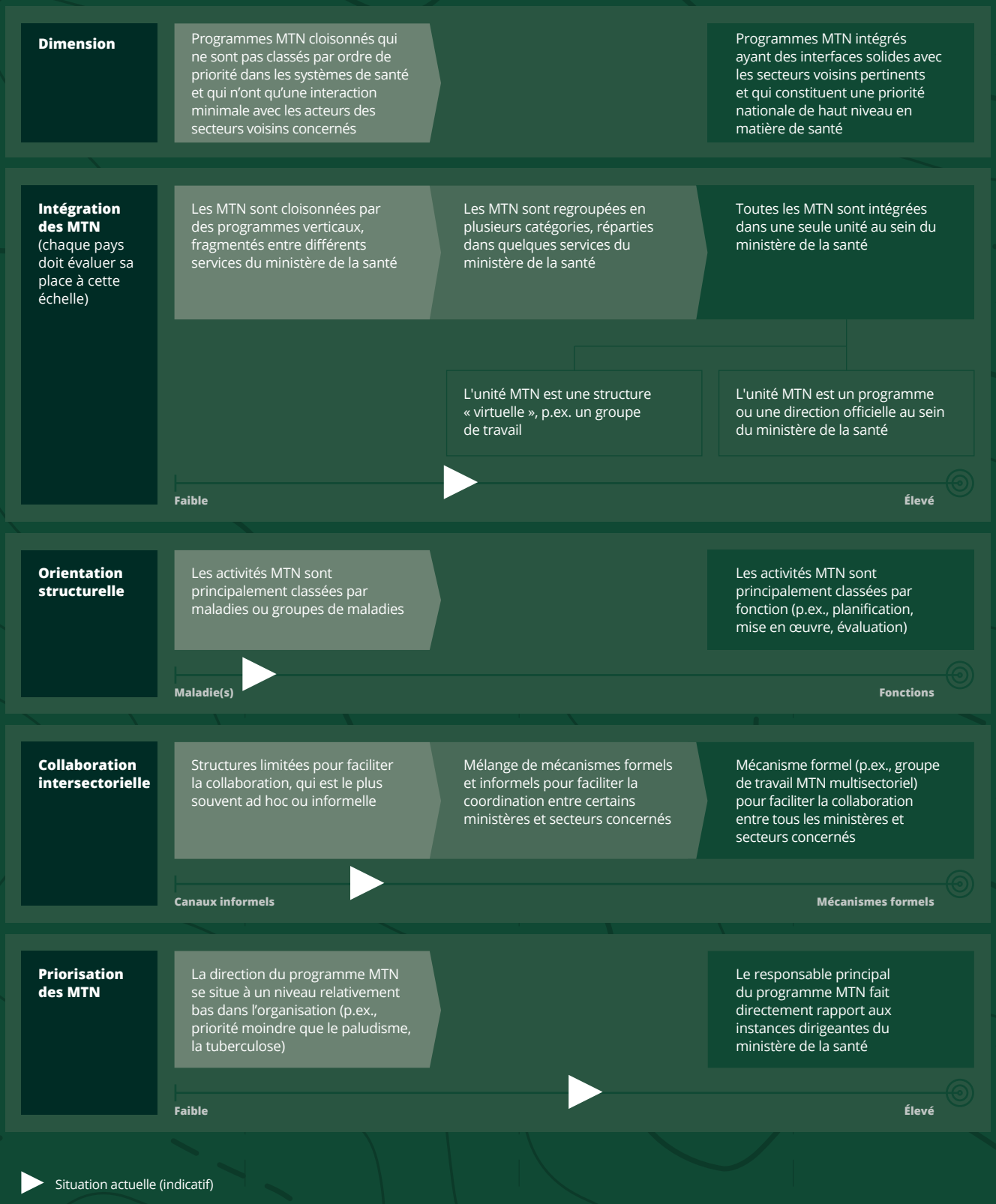
Des structures organisationnelles sont nécessaires pour soutenir les stratégies et les approches

Pour atteindre les cibles fixées pour 2030 et tirer avantage des approches transversales, il conviendra d'aligner efficacement les structures organisationnelles à tous les niveaux. En fixant leurs cibles MTN, qui peuvent comprendre plusieurs objectifs spécifiques aux différentes maladies et des objectifs transversaux, les pays devraient se demander si leur structure programmatique peut contribuer aux stratégies et à leur mise en œuvre. La transition vers des approches transversales peut être facilitée en suivant les quatre aspects mis en évidence à la **Figure 25**. Cela peut impliquer la mise en place d'une unité officielle sur les MTN ou d'une structure virtuelle telle qu'une équipe spéciale ou un comité directeur pour toutes les MTN pertinentes et l'établissement de mécanismes de collaboration multisectorielle formels. La position occupée par les pays sur l'échelle de la **Figure 25** dépend de facteurs tels que la taille du pays, les structures ministérielles et l'endémicité de la maladie. L'objectif est de faire en sorte que les programmes se trouvent à droite de l'échelle, et donc de privilégier une plus grande priorisation des MTN et une orientation transversale.

Des modifications dans les méthodes de travail de l'OMS et des parties prenantes mondiales et régionales facilitera la transition des pays vers des activités transversales. À mesure que les pays intégreront des activités portant sur plusieurs MTN, les parties prenantes au niveau mondial pourraient envisager de faire de même. La collaboration intersectorielle au-delà du secteur de la santé, notamment en matière de santé environnementale et vétérinaire, devrait être une priorité.

© WHO/Yoshi Shimizu

Figure 25. Changements dans les structures organisationnelles des pays



La réflexion et la culture devraient être alignées sur les cibles 2030

Le leadership national dans la réalisation des cibles 2030 indiquées dans la feuille de route nécessitera une appropriation des programmes, un engagement et une redevabilité quant aux résultats. Il est attendu que les autorités nationales et locales adoptent une approche proactive dans la définition et la mise en œuvre d'un agenda de lutte contre les MTN, financé en partie ou en totalité par des fonds nationaux. Les pays devraient activement intégrer et prioriser les MTN endémiques dans les plans de santé des autorités nationales et locales, en prévoyant une ligne spéciale dans les budgets de santé nationaux et locaux, tout en veillant à ce que le montant soit proportionnel au fardeau des maladies (en termes de dollars américains dépensés par AVCI, par exemple). Les pays doivent également encourager de manière proactive l'action multisectorielle et susciter la volonté politique capable d'appuyer l'élimination et le contrôle des MTN. La **Figure 26** présente, à titre indicatif, les activités qu'un pays peut entreprendre pour concevoir un plan MTN national et pour obtenir le soutien nécessaire.

L'appropriation des interventions MTN par les pays ne doit pas être le fait d'une seule entité nationale, car elle est pertinente à tous les niveaux de gouvernement. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé sont de plus en plus décentralisés ; par conséquent, l'engagement et le financement nécessaires pour soutenir les progrès vers les cibles 2030 devraient s'étendre aux autorités et gouvernements locaux et inclure également les représentants de la société civile et des communautés à tous les niveaux de la société, étant donné leur rôle essentiel dans la sensibilisation aux maladies endémiques, aux changements de comportement et au renforcement du soutien local en faveur des interventions MTN. Ainsi, dans les communautés où le trachome est endémique, les femmes qui ont subi une opération des yeux sont les personnes les plus à même d'encourager d'autres personnes atteintes de la maladie à se faire soigner.

En outre, la participation de groupes de patients et de personnes atteintes de MTN dans la conception des programmes peut les impliquer et déboucher sur des interventions qui répondent de manière adéquate aux besoins des patients. Inclure la participation des jeunes dans toutes les activités liées aux MTN sera important pour atteindre les objectifs de la présente feuille de route. L'engagement des jeunes renforce la capacité de cette catégorie de population à provoquer des changements positifs, en tirant parti de leur énergie, de leur motivation fondée sur des valeurs qui leur tiennent à cœur et de leurs liens sociaux afin de diffuser des informations pertinentes, de concevoir des solutions innovantes et de modifier les comportements et les normes communautaires en faveur de programmes MTN nationaux.

Des changements dans la réflexion au sein des organisations mondiales et régionales peut faciliter la transition vers les approches transversales proposées dans la présente feuille de route. Ces changements visent notamment à abandonner les approches cloisonnées, spécifiques aux différentes maladies, pour privilégier des domaines d'intérêt mutuel et une collaboration avec d'autres organisations afin de progresser vers l'élimination et le contrôle des maladies. À mesure que les pays s'orientent vers une coordination et collaboration plus étroites avec d'autres secteurs essentiels pour pouvoir endiguer les MTN – comme le secteur WASH, les secteurs vétérinaire et agricole et la lutte antivectorielle – les parties prenantes peuvent établir des liens de ce type aux niveaux mondial et régional, par exemple sous la forme d'interactions entre programmes MTN et WASH au sein de l'OMS. Des liens seront ainsi établis à tous les niveaux pour renforcer les échanges multisectoriels dans leur ensemble. Les donateurs pourraient assouplir leur financement pour l'étendre à des initiatives transversales, par exemple en finançant des programmes intégrés (renforcement des capacités dans le domaine des MTN cutanées, gestion de la morbidité et campagnes de chimiothérapie préventive intégrées, entre autres). Ils pourraient également accepter de recevoir des pays des rapports généraux sur les MTN plutôt que d'exiger des rapports distincts pour chaque programme financé ; ce changement réduira la charge de travail des pays et leur permettra de gérer leurs programmes MTN par eux-mêmes.

L'appropriation par les pays est essentielle pour atteindre les cibles MTN 2030 avec le soutien des parties prenantes régionales et mondiales.

© WHO/Yoshi Shimizu

Figure 26. Exemples d'étapes dans la conception d'un plan MTN

I. Se préparer et s'organiser

Examiner les plans MTN actuels et l'état d'avancement des programmes

Comprendre les priorités sanitaires nationales, p. ex. la charge des MTN, les progrès dans la réalisation des objectifs actuels, les lacunes potentielles à venir

Cartographier les parties prenantes concernées (santé et au-delà) **et les initiatives MTN existantes**

Créer ou utiliser un comité de réflexion existant pour coordonner la planification MTN stratégique, en incluant, p. ex. des représentants des niveaux locaux et d'autres secteurs

II. Élaborer des projets de cibles et de stratégies

Examiner les ODD et la feuille de route mondiale 2030 **afin de fixer des cibles pour chaque maladie concernée ainsi que des cibles transversales**, dans le cadre des objectifs et des calendriers existants

Élaborer des projets de stratégies qui tiennent compte des **mesures nécessaires pour atteindre les cibles**, en notant les lacunes, les obstacles et les actions prioritaires. Cela peut comprendre des éléments tels qu'un dossier d'investissement et un modèle de collaboration, ainsi qu'un cadre de suivi et d'évaluation.

Veiller à ce que les stratégies soient alignées sur les stratégies de santé nationales plus générales

III. Consulter et mobiliser les partenaires

Convoquer ou intégrer les parties prenantes dans un comité pour toutes les MTN et inclure des représentants des secteurs concernés (p. ex. WASH) pour examiner les stratégies actuelles et proposées

Lancer des consultations plus larges avec les parties prenantes locales, régionales et mondiales, notamment l'OMS, les personnes et les communautés touchées par les MTN

Utiliser une **carte des parties prenantes** et les retours d'information pour **identifier leurs rôles et leurs ressources**

IV. Affiner les plans et les mesures nécessaires

Affiner les plans MTN nationaux à partir des retours d'information des partenaires

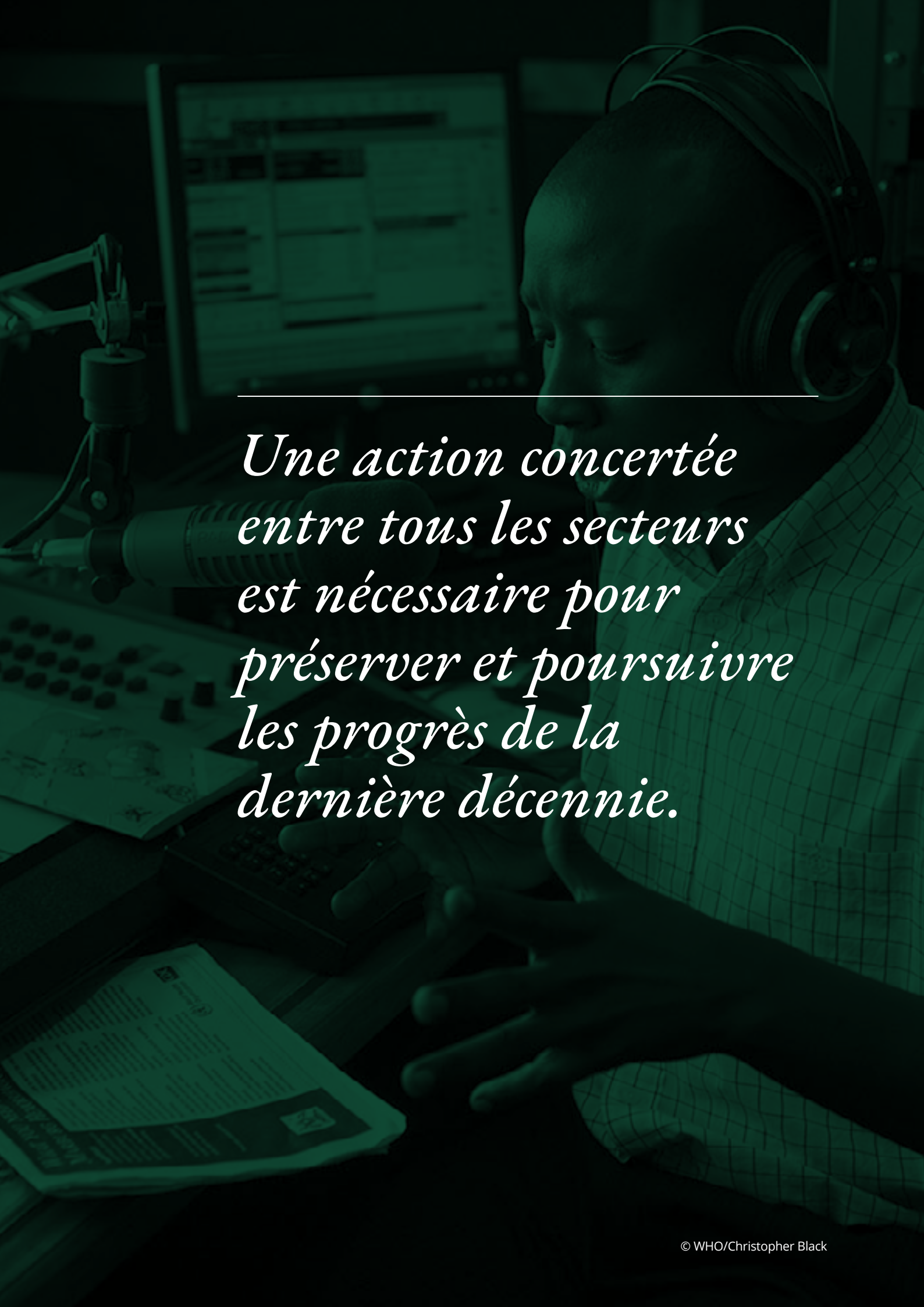
Définir les **ressources et activités internes et externes nécessaires**, et mettre en évidence les lacunes ou les obstacles ; **lancer des activités pour combler les lacunes**

Procéder à l'intégration dans les stratégies de santé nationales et obtenir l'engagement politique nécessaire pour mettre en œuvre les plans MTN

Aligner les structures de gouvernance, de collaboration et de programmes pour garantir la réalisation des objectifs

Mettre en place une formation continue et adapter la stratégie

← Les pays peuvent adapter ce processus en fonction de leurs plans MTN actuels et de l'état d'avancement des programmes →



Une action concertée entre tous les secteurs est nécessaire pour préserver et poursuivre les progrès de la dernière décennie.

© WHO/Christopher Black

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Anna Kari

06

Conclusions

Conclusions

© WHO/Stephenie Hollyman

Malgré les progrès significatifs réalisés, le fardeau des MTN reste lourd pour la population concernée, c'est-à-dire les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées au monde. Compte tenu de l'engagement croissant de la communauté mondiale en faveur de la réalisation des ODD et de la couverture sanitaire universelle, en particulier au cours de la décennie d'action pour les ODD, la présente feuille de route s'appuie sur les expériences et les enseignements tirés ainsi que sur l'élan de la décennie écoulée. Toutes les parties sont encouragées à évaluer leurs approches afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leurs contributions.

La feuille de route sera révisée en fonction de l'évolution de l'épidémiologie des maladies et des nouvelles possibilités d'action concertée. Un rapport mondial officiel sur les progrès réalisés est prévu en 2022, 2024, 2026 et 2029, afin que des ajustements puissent être apportés si nécessaire. L'impact global des actions définies dans la feuille de route sera évalué dans un rapport final en 2031. Le dynamisme et l'ouverture du processus itératif et consultatif devrait favoriser une plus grande collaboration au sein et au-delà de la communauté MTN afin de réduire le fardeau de ces maladies au niveau mondial.

La présente feuille de route est un appel adressé aux États Membres, aux donateurs, aux partenaires de mise en œuvre, aux experts en maladies et à toutes les autres parties prenantes à orienter leurs stratégies et leurs plans vers la prévention des infections et l'allégement des souffrances des personnes touchées par les MTN.

Références

1. Agir plus vite pour réduire l'impact mondiale des maladies tropicales négligées : feuille de route pour la mise en œuvre. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/79080).
2. Coûts (en US $) de quelques maladies tropicales négligées (Tableau 3.2.1.1). Tiré du document : Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : premier rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012:16 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44694).
3. Lutumba P, Makieya E, Shaw A, Meheus F, Boelaert M. Human African trypanosomiasis in a rural community, Democratic Republic of Congo. Emerg Infect Dis. 2007;13:248–54.
4. Anoopa SD, Bern C, Varghese B, Chowdhury R, Haque R, Ali M, et al. The economic impact of visceral leishmaniasis on households in Bangladesh. Trop Med Int Health. 2006;11:757–64.
5. Ozaki M, Islam S, Rahman KM, Rahman A, Luby SP, Bern C. Economic consequences of post-kala-azar dermal leishmaniasis in a rural Bangladeshi community. Am J Trop Med Hyg. 2011;85:528–34.
6. Sundar S. Household cost-of-illness of visceral leishmaniasis in Bihar, India. Trop Med Int Health. 2010;15(Suppl2):50–4.
7. Uranw S, Meheus F, Baltussen R, Rijal Su, Boelaert M. The household costs of visceral leishmaniasis care in south-eastern Nepal. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7:e2062.
8. Meheus F, Abuzaid AA, Baltussen R, Younis BM, Balasegaram M, Khalil EA, et al. The economic burden of visceral leishmaniasis in Sudan: an assessment of provider and household costs. Am J Trop Med Hyg. 2013;89:1146–53.
9. Fitzpatrick C, Nwankwo U, Lenk E, de Vlas SJ, Bundy DA. An investment case for ending neglected tropical diseases (Chapter 17). In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, Jha P, editors. Major infectious diseases, 3rd edition. Vol. 6. Disease control priorities. Washington (DC): International Bank for Reconstruction and Development; World Bank; 2017:411–431 (http://dcp-3.org/sites/default/files/chapters/DCP3%20Major%20Infectious%20Diseases_Ch17.pdf).
10. Bangert M, Molyneux DH, Lindsay SW, Fitzpatrick C, Engels D. The cross-cutting contribution of the end of neglected tropical diseases to the sustainable development goals. Infect Dis Poverty. 2017;6:e73.
11. Couverture sanitaire universelle. Principaux repères OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
12. Fitzpatrick C, Engels D. Leaving no one behind: a neglected tropical disease indicator and tracers for the Sustainable Development Goals. Int Health. 2016;8(Suppl1):i15–8.
13. Chapman N, Doubell A, Oversteegen L, Barnsley P, Chowdhary V, Rugarabamu G, et al. Neglected disease research and development: uneven progress (G-Finder report 2019). Sydney (NSW): Policy Cures Research Ltd; 2019 (https://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/policy-cures-website-assets/app/uploads/2020/01/30100951/G-Finder-2019-report.pdf).
14. Roadmap for access to medicines, vaccines and other health products, 2019–2023. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/medicines/access_use/road-map-medicines-vaccines/en/).
15. Investir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : Troisième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192187/9789242564860_fre.pdf).
16. WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma by 2020. Eliminating trachoma: accelerating towards 2020. London: International Coalition for Trachoma Control; 2016 (http://www.trachomacoalition.org/2016-roadmap/).

Dengue et chikungunya
Dracunculose
Échinococcose
Envenimation par morsure de serpent
Filariose lymphatique
Gale et autres ectoparasitoses
Géohelminthiases
Leishmaniose
Lèpre
Maladie de Chagas
Mycétome, chromoblastomycoses
et autres mycoses profondes
Onchocercose
Pian
Rage
Schistosomiase
Taeniasis et cysticercose
Trachome
Trématodoses d'origine alimentaire
Trypanosomiase humaine africaine
Ulcère de Buruli

© WHO/Francis Kokoroko

Résumés des maladies

Cette annexe résume, pour chaque maladie et groupe de maladies, la situation épidémiologique actuelle et la charge de morbidité, les principales interventions stratégiques et les progrès accomplis vers les objectifs de 2020.

Les objectifs, sous-objectifs et jalons pour 2030, ainsi que les mesures essentielles requises pour les atteindre, ont servi de base à la feuille de route qui a été approuvée par la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé.

Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli est causé par une infection par *Mycobacterium ulcerans*, une bactérie qui appartient à la famille à l'origine de plusieurs maladies dont la tuberculose et la lèpre.

Maladie et épidémiologie

- L'ulcère de Buruli est provoqué par une infection par *Mycobacterium ulcerans*, une bactérie qui appartient à la famille à l'origine de plusieurs maladies dont la tuberculose et la lèpre.
- La maladie se manifeste sous la forme d'ulcères (principalement au niveau des membres) au niveau de la peau et parfois des os, et entraîne une défiguration et une incapacité de longue durée.
- Le mode de transmission est inconnu et il n'existe aucun moyen de prévention contre la maladie ; le vaccin contre le BCG pourrait conférer une faible protection.
- La bactérie produit une toxine unique (mycolactone) qui cause des lésions sur les tissus et inhibe la réponse immunologique locale et la douleur.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Essai clinique réalisé pour évaluer un traitement oral et résultats intégrés dans la lutte et le traitement	Réalisé	Réalisé
% de cas détectés et guéris à un stade précoce (catégories I et II)	70 %	66 %

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	S.o.
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Traitement recommandé (antibiothérapie orale combinée) : - rifampicine et clarithromycine ; ou - rifampicine et moxifloxacine aussi • Soins de nettoyage des plaies
Autre	• Un diagnostic précoce est essentiel pour la prise en charge de la morbidité • La prise en charge de la morbidité inclut la chirurgie, la prise en charge des plaies et du lymphœdème, la kinésithérapie et la réadaptation de longue durée

Risques nécessitant une atténuation

- La capacité des infrastructures/du personnel de santé existants peut être menacée par des flambées épidémiques
- Fabricants uniques de médicaments qui ont des difficultés à produire les médicaments dans la quantité et avec la qualité requises
- Augmentation possible du taux de létalité du fait de la faible disponibilité de traitements pour les maladies concomitantes (p. ex. anémie, malnutrition, co-infections)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Pourcentage de cas de catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic	30 %	<22 %	<18 %	<10 %
Pourcentage de cas confirmés en laboratoire[1]	65 %	>85 %	>95 %	>95 %
Pourcentage de cas confirmés ayant suivi et terminé une antibiothérapie	90 %	>95 %	>98 %	>98 %

[1] Actuellement confirmation par PCR, mais d'autres tests de laboratoire peuvent être recommandés en vue d'une confirmation par l'OMS avant 2030.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire..

Charge de morbidité

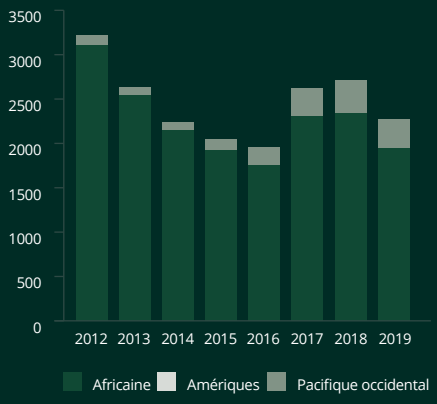
Environ 2260
nouveaux cas signalés en 2019

39 %
de patients présentant des lésions de catégorie III en 2019

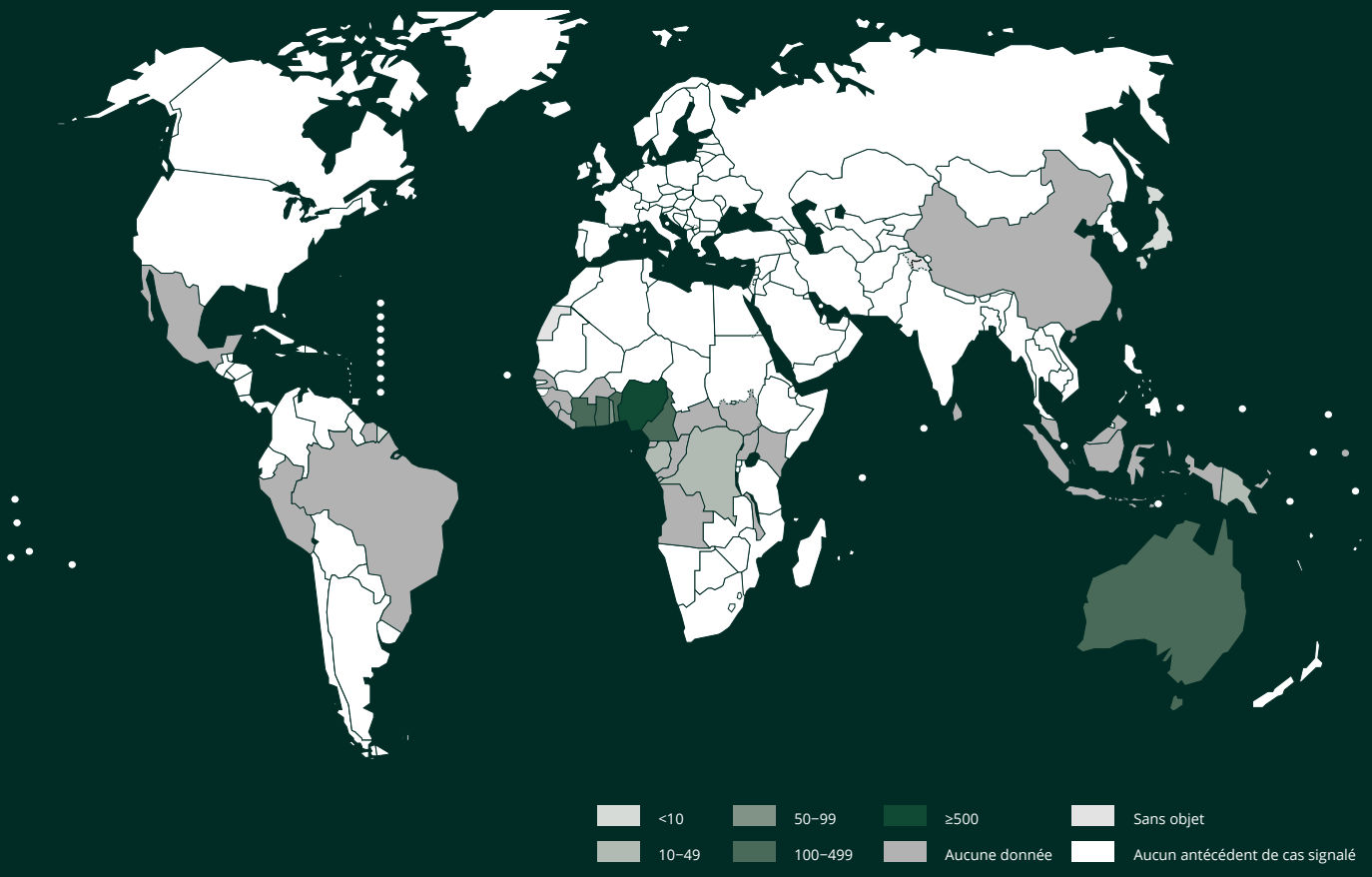
34 %
de personnes présentant une incapacité au moment du diagnostic en 2019

En 2019, l'ulcère de Buruli était endémique dans 33 pays en Afrique, Amérique latine et Pacifique occidental.

Nombre de cas d'ulcère de Buruli signalés à l'OMS par Région, 2012–2019



Nombre de cas d'ulcère de Buruli signalés à l'OMS, 2019



Ulcère de Buruli : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Olivier Asselin

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Renforcer les capacités des agents de santé pour poser un diagnostic clinique et traiter la maladie, et des agents de santé communautaires pour détecter et orienter les patients de sorte qu'ils bénéficient d'un traitement précoce, favorisant l'intégration de la maladie dans les MTN à manifestation cutanée.
- Mettre au point des outils de diagnostic rapide qui seront utilisés dans les centres communautaires et de santé publique pour assurer un diagnostic précoce, réduire la morbidité et confirmer les cas.
- Créer des systèmes de surveillance exhaustifs dans tous les pays d'endémie, notamment la micro-imagerie, afin d'améliorer le ciblage et l'intégration des interventions dans celles d'autres MTN dans des zones de co-endémie en vue d'améliorer le dépistage.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Mode de transmission inconnu • L'efficacité de la lutte antivectorielle et du port de vêtements de protection est en cours d'évaluation en Australie	• Améliorer les connaissances épidémiologiques y compris les modes et les facteurs de transmission, tout comme la saisonnalité • Comprendre les réservoirs environnementaux afin d'apporter des informations utiles pour les interventions de santé publique préventives • Relier les études environnementales à la répartition des maladies humaines en étudiant les séquences du génome entier de *M. ulcerans*
Tests diagnostiques	• Le diagnostic est fait au niveau clinique ou au moyen de techniques de laboratoire (microscopie directe, histopathologie, culture, PCR, chromatographie sur couche mince fluorescente) • La détection précoce est capitale pour réduire la morbidité • Les tests TDR LAMP et RPA pour *M. ulcerans* sont en cours de pilotage dans certains pays	• Mettre au point des outils de diagnostic rapide qui seront utilisés dans les centres communautaires et de santé publique pour permettre de poser un diagnostic précoce, réduire la morbidité et confirmer les cas • Améliorer la détection de *M. ulcerans* viables dans des échantillons de plaies pour faire la distinction entre les échecs au traitement et les réactions paradoxales, grâce à des méthodes comme la détection de la mycolactone et de l'ARN ribosomique 16S
Intervention efficace	• Aucun moyen de prévention connu contre la maladie • L'association de rifampicine et clarithromycine est recommandée pendant huit semaines ; l'Australie utilise l'association de rifampicine et moxifloxacine • Recours possible à la chirurgie, en particulier à une greffe de peau pour accélérer la guérison des lésions étendues	• Évaluer de nouveaux médicaments prometteurs pour offrir de nouvelles options thérapeutiques, notamment la réduction de la durée du traitement • Évaluer de nouvelles approches pour les soins des plaies (p. ex. pansements à changer moins fréquemment) • Élaborer des stratégies innovantes pour améliorer l'adhésion au traitement (p. ex. contrôles par les agents de santé communautaires, rappels par SMS)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/buruli/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Une stratégie mondiale et des plans nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli sont en place • Des lignes directrices de l'OMS existent pour le diagnostic	• Mettre à jour les lignes directrices pour le traitement sur la base des résultats des essais cliniques évaluant différents schémas thérapeutiques par voie orale
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Il existe un groupe consultatif technique de l'OMS pour la lutte contre l'ulcère de Buruli • La plupart des programmes de lutte contre l'ulcère de Buruli sont en place • Il existe des instances nationales de coordination des MTN, mais elles ne sont pas très développées (dans certains pays, uniquement sur le papier ou uniquement un PC de coordination)	• Renforcer les instances nationales de coordination des MTN pour l'exécution efficace de leur mandat pour l'ensemble des MTN et inclusion permanente de l'ulcère de Buruli dans la gamme de soins des MTN
Surveillance et évaluation	• Onze des pays d'endémie connus sur 33 ont fourni des données en 2019 • Des formulaires standards de signalement BU 01 et BU 02 sont utilisés dans tous les pays	• Inciter tous les pays dans lesquels l'ulcère de Buruli est endémique à communiquer des données • Augmenter la surveillance de l'ulcère de Buruli dans les pays qui ne signalent pas de cas grâce au système intégré de signalement des MTN à manifestation cutanée • Mettre en place la micro-imagerie de l'ulcère de Buruli dans le but d'identifier des chevauchements avec d'autres MTN, et d'intégrer les approches • Surveiller la résistance aux antibiotiques à l'aide de marqueurs génétiques et de l'étude du phénotype
Accès et logistique	• L'OMS fournit des médicaments aux pays à titre gratuit • Les gouvernements et les partenaires fournissent des pansements et autres matériels	• Garantir l'accès à des médicaments de qualité ou solliciter des dons • Garantir l'accès à de meilleurs pansements abordables
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Décentralisation en cours des soins au sein des centres de soins primaires en vue de se rapprocher du patient • Capacités suffisantes des laboratoires nationaux pour la confirmation des cas	• Renforcer le système de soins de santé à tous les niveaux par un renforcement des capacités pour améliorer l'accès à la détection précoce, aux soins et à la chirurgie, garantir un accès à un traitement oral au niveau des sous-districts et permettre la prise en charge d'autres pathologies cutanées chroniques • Renforcer les efforts visant à réduire la stigmatisation et à donner accès aux services de réadaptation
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Engagement politique par l'intermédiaire de la déclaration de Yamoussoukro (1998) et la déclaration de Cotonou (2009) • Les donateurs et les partenaires soutiennent la mise en œuvre au niveau national • La communauté de la recherche apporte une visibilité et un plaidoyer par la mobilisation de ressources pour la recherche	• Améliorer l'engagement politique entre les pays d'endémie et les partenaires pour mobiliser des fonds et des ressources humaines • Renforcer l'engagement et la mobilisation de la communauté pour soutenir la mise en œuvre du programme • Assurer le financement de la recherche pour l'acquisition de connaissances
Collaboration et action multisectorielle	• Collaboration avec d'autres MTN à manifestation cutanée afin de toucher les populations atteintes de ces maladies • Relations avec l'éducation et les services sociaux pour le dépistage et la sensibilisation • L'Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli rassemble une partie des acteurs de la lutte contre la maladie	• Poursuivre l'extension de l'approche intégrée pour l'ensemble des MTN à manifestation cutanée pour augmenter la couverture du dépistage et du traitement, et améliorer la surveillance et le signalement • Collaborer avec les programmes de lutte contre la tuberculose et la lèpre au niveau de la chaîne d'approvisionnement, du dépistage, du traitement, du suivi et des réseaux de laboratoires • Collaborer avec les institutions universitaires et de soins de santé dans les pays d'endémie pour améliorer les connaissances sur les MTN à manifestation cutanée
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Intégration de la formation sur les différentes MTN à manifestation cutanée en cours • Formations permanentes pour le diagnostic en laboratoire, la greffe de peau et les soins des plaies • L'éducation de base de la communauté sur la réduction de la stigmatisation est insuffisante	• Renforcer les capacités des agents de santé au niveau des communautés, des centres de santé et des districts pour détecter, traiter et réaliser des interventions chirurgicales pour la prise en charge des MTN à manifestation cutanée intégrées • Élaborer des programmes de formation en ligne pouvant être facilement adaptés par les pays

Maladie de Chagas

La maladie de Chagas est une maladie potentiellement mortelle causée par une infection par le parasite protozoaire *Trypanosoma cruzi*. Il s'agit essentiellement d'une pathologie chronique et les co-infections et comorbidités sont courantes.

Maladie et épidémiologie

- La maladie de Chagas est une maladie potentiellement mortelle causée par une infection par le parasite protozoaire *Trypanosoma cruzi*.
- L'infection est transmise par i) voie vectorielle (par les excréments et l'urine de triatomes) dans les Amériques et ii) voie orale/alimentaire, iii) voie congénitale, iv) voie sanguine (par des produits sanguins), v) la greffe d'organes et vi) des accidents de laboratoire dans le monde entier.
- Pendant les phases aiguës et chroniques, la plupart des patients ne présentent pas de symptômes (ou si présents, les symptômes ne sont pas spécifiques). Sans traitement, jusqu'à 30 % des malades développent des troubles cardiaques et jusqu'à 10 % d'entre eux, des troubles digestifs, neurologiques ou mixtes. Ensuite, la destruction du système musculaire et nerveux peut entraîner des arythmies cardiaques et/ou une insuffisance cardiaque et une mort subite.
- Il s'agit essentiellement d'une pathologie chronique et les co-infections et comorbidités sont courantes.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Interruption de la transmission par transfusion d'ici 2015	RAM, REU, RPO	66 % des pays en sont à un stade avancé
Interruption de la transmission vectorielle au domicile d'ici 2020	RAM	33 % des pays ont réussi

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Bonnes pratiques d'hygiène dans la préparation, le transport, le stockage et la consommation des aliments
Lutte antivectorielle	• Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent pour éliminer les triatomes des habitations • Propreté des habitations et améliorations des logements (p. ex. absence de fissures dans les murs, moustiquaires)
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Deux médicaments antiparasitaires (benznidazole et nifurtimox) peuvent éliminer l'infection pendant la phase aiguë ou au début de la phase chronique, ou peuvent prévenir la maladie ou ralentir sa progression • Un traitement à vie ou la chirurgie peuvent être nécessaires pour certains troubles cardiaques et/ou digestifs
Autre	• Un dépistage sanguin est essentiel pour prévenir la transmission par voie sanguine ou par greffe d'organe • Le traitement des filles ou des femmes en âge de procréer peut prévenir la transmission congénitale

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays réalisant l'interruption de la transmission par les quatre voies de transmission (vectorielle, sanguine, greffe et congénitale), avec une couverture de 75 % du traitement antiparasitaire de la population répondant aux critères	0/41 (0 %)	4/41 (10 %)	10/41 (24 %)	15/41 (37 %)
Nombre de pays obtenant la vérification de l'interruption de la transmission vectorielle à domicile	7/21 (33 %)	9/21 (43 %)	14/21 (66 %)	18/21 (86 %)
Nombre de pays obtenant la vérification de l'interruption de la transmission par transfusion	0/41 (0 %)	5/41 (12 %)	20/41 (49 %)	41/41 (100 %)
Nombre de pays obtenant la vérification de l'interruption de la transmission par greffe	0/41 (0 %)	5/41 (12 %)	20/41 (49 %)	41/41 (100 %)
Nombre de pays obtenant la vérification de l'interruption de la transmission congénitale	0/41 (0 %)	4/41 (10 %)	10/41 (24 %)	15/41 (37 %)

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire..

Charge de morbidité

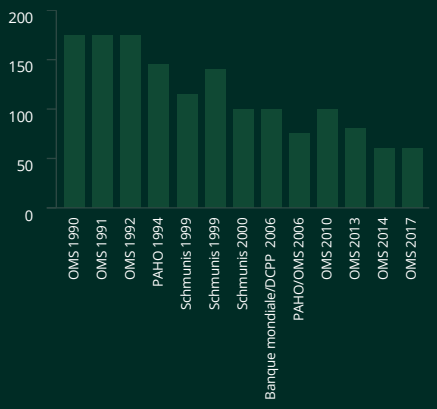
6-7 millions
de personnes infectées par *T. cruzi* en 2019

Environ 10 000
morts en 2017

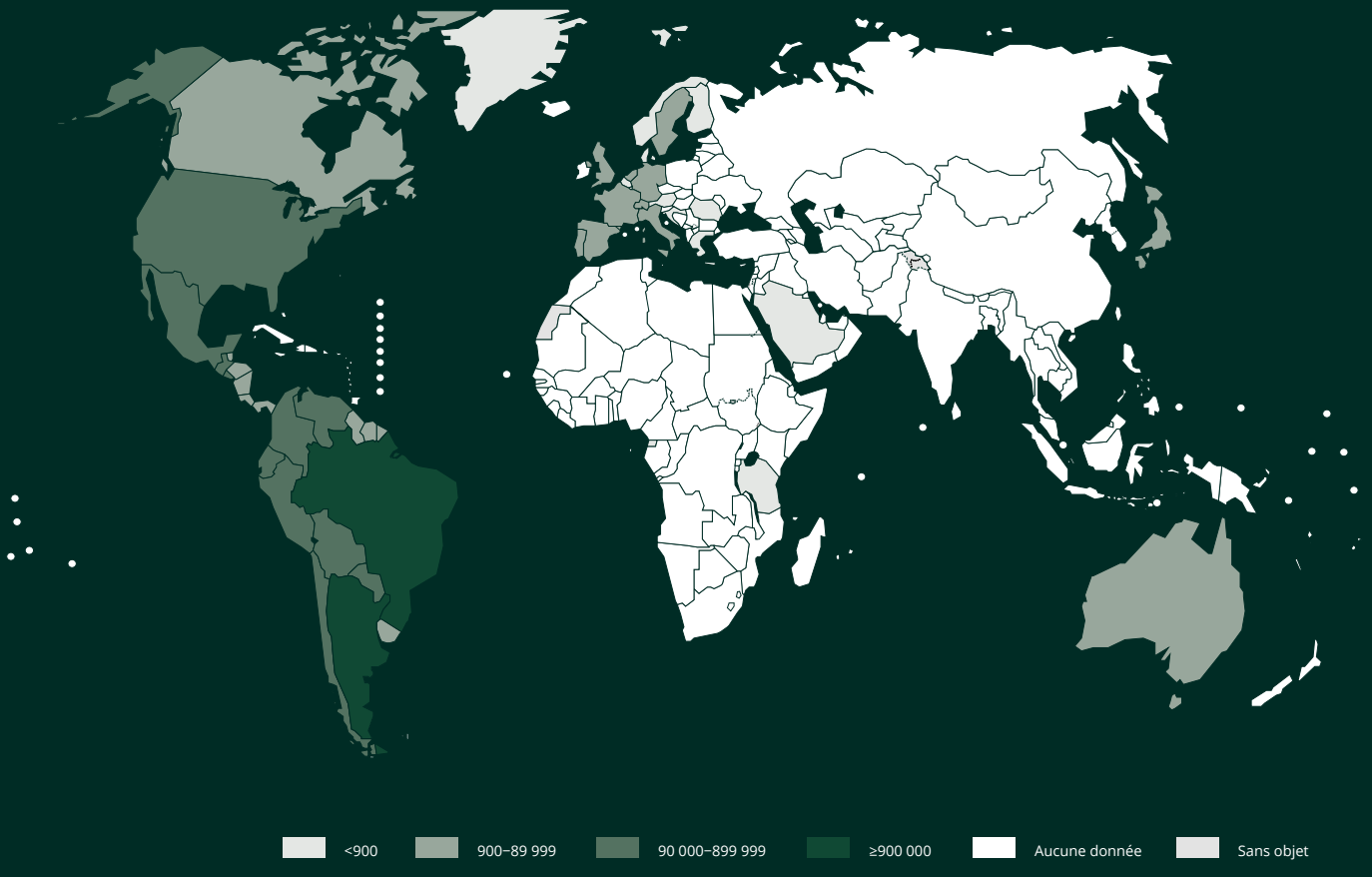
Environ 75 millions
de personnes exposées à l'infection

La maladie de Chagas est principalement présente dans 21 pays d'Amérique latine continentale.[1] Cependant, au cours des dernières décennies, la mobilité de la population a entraîné une progression de la détection de la maladie aux États-Unis, au Canada, dans de nombreux pays d'Europe et quelques pays du Pacifique occidental.

Nombre estimé de personnes infectées par *T. cruzi* dans le monde selon les publications de 1990–2017, en millions



Répartition mondiale de la maladie de Chagas, 2006-2019



[1] Argentine, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, État plurinational de Bolivie, Guyane française, Guatemala, Guyane, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, République bolivarienne du Pérou, Suriname, Uruguay et Venezuela.

Maladie de Chagas : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/A. Loke

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Plaider auprès des ministères de la santé nationaux ou fédéraux pour une reconnaissance de la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique et mettre en place une prévention, une lutte, des soins et une surveillance efficaces dans tous les territoires touchés.
- Améliorer les soins médicaux pour la maladie de Chagas, depuis la formation continue du personnel soignant jusqu'à l'intégration de la formation à tous les niveaux des services de santé.
- S'assurer que les pays dans lesquels la transmission vectorielle à domicile est encore signalée dans certains territoires respectent les mesures de prévention, de lutte et de surveillance.
- Coordonner la gestion de la lutte antivectorielle entre les pays, les parties prenantes et d'autres secteurs (p. ex. tourisme) par l'intermédiaire d'organes nationaux multisectoriels pour maximiser les synergies.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• La diversité de *T. cruzi* a été progressivement décrite avec les cycles de vie du parasite dans différentes zones géographiques et par les six voies de transmission • Des bases de données sur les triatomes et leur répartition géographique ont été constituées • L'interaction hôte-parasite (immunologie) est d'une grande importance pour l'évolution de l'infection • Environ un tiers des patients développent des troubles cardiaques • La maladie de Chagas est essentiellement une pathologie chronique et la co-infection et la comorbidité sont relativement fréquentes	• Améliorer la caractérisation de la diversité, la répartition mondiale de *T. cruzi* et la description des cycles de vie du parasite et de sa capacité de transmission avec différents triatomes, mammifères et milieux (p. ex. altitudes) • Approfondir la compréhension des voies de transmission et de leur importance par zone géographique • Approfondir la caractérisation des triatomes, de leur résistance aux insecticides et leur répartition géographique • Approfondir les connaissances sur l'interaction hôte-parasite et la réponse au traitement antiparasitaire/la modulation immunologique y compris la dormance du parasite et l'immunothérapie • Approfondir la compréhension des facteurs cardiaques par un regroupement de cohortes de longue durée et d'autres • Approfondir les connaissances sur la co-infection, la comorbidité et les courbes de survie
Tests diagnostiques	• La microscopie numérique ne permet pas de faire un diagnostic des hémoparasites • Deux tests diagnostiques détectant des anticorps sont nécessaires pour confirmer le diagnostic • Les tests sérologiques de diagnostic rapide (TDR) disponibles dans le commerce ont été évalués, mais pas toujours validés sur le terrain • La détection de marqueurs de l'infection en cours est capitale pour les essais cliniques • La détection d'espèces de *Trypanosoma* (unités distinctes) est effectuée par biologie moléculaire (PCR) • Les algorithmes actuels de diagnostic de cas sont fondés sur deux (ou trois) tests sérologiques de diagnostic, mais les nouveaux TDR et les tests automatisés (chimioluminescence) doivent être incorporés en fonction des résultats d'évaluation	• Mise au point de systèmes de microscopie numérique dotés d'intelligence artificielle pour diagnostiquer les hémoparasites, notamment les trypanosomes • Mettre au point des plateformes pour deux TDR (l'un hautement sensible et l'autre hautement spécifique) • Valider les TDR du commerce par des études de terrain multicentriques • Mettre au point des tests pour détecter les infections en cours et évaluer la réponse thérapeutique au traitement • Mettre au point des tests capables d'identifier les espèces de *Trypanosoma* et de faire la distinction entre les infections des mères et celles de leurs nouveau-nés • Adapter la chimioluminescence mise au point pour le dépistage dans les banques de sang au diagnostic de cas, et valider les nouveaux algorithmes à l'aide des TDR du commerce et du diagnostic automatique
Intervention efficace	• Plusieurs interventions sont utilisées pour s'attaquer aux différentes voies de transmission y compris la lutte antivectorielle, le dépistage du sang dans les banques du sang et des organes à greffer, le dépistage des filles, des femmes en âge de procréer et des nouveau-nés pour prévenir la maladie congénitale, et le traitement antiparasitaire	• Recherche de nouveaux dosages et de nouvelles durées du traitement par benznidazole et nifurtimox, de nouvelles associations avec d'autres médicaments et de nouveaux médicaments

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/chagas/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Une stratégie pour l'élimination de la transmission congénitale de la maladie de Chagas a été lancée en 2018	• Mise à jour de la Série de rapports techniques de l'OMS et des documents/protocoles normatifs nationaux pour la prévention et la lutte • Promouvoir l'application des politiques visant à prévenir les transmissions par transfusion et par greffe d'organe (y compris contrôle qualité des laboratoires) • Mettre à jour et appliquer des protocoles visant à éliminer la transmission congénitale
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Des progrès importants dans la lutte contre la transmission vectorielle et par transfusion ont été réalisés au cours des dernières décennies (ou des deux dernières décennies) • Problèmes d'équité tels que les dépenses non remboursables liées au traitement de manifestations cardiaques/digestives/mixtes qui ne sont souvent pas abordables pour les populations défavorisées	• Accroître le diagnostic de la maladie de Chagas au niveau des soins de santé primaires • Garantir l'accessibilité pour la prise en charge des manifestations cliniques chroniques sans engager de dépenses non remboursables • Améliorer la surveillance du vecteur et la lutte contre la transmission • Améliorer la couverture du dépistage des donateurs et des bénéficiaires, et l'orientation des personnes à risque • Augmenter les taux de détection, améliorer la confirmation du diagnostic, l'accès aux soins de santé et la notification des personnes infectées
Surveillance et évaluation	• Quatre voies de transmission de la maladie de Chagas peuvent être éliminées	• Appliquer les protocoles actualisés pour la surveillance et la vérification de l'interruption de la transmission • Cibler le dépistage actif des groupes de population à risque • Renforcer le signalement obligatoire des cas aigus et chroniques
Accès et logistique	• Le nifurtimox est offert par Bayer et le benznidazole pour le groupe d'âge pédiatrique est offert par Chemo Ibérica S.A. • La couverture sanitaire universelle du traitement antiparasitaire est réalisable	• Étendre l'accès aux médicaments antiparasitaires pour les cas aigus et chroniques parmi la population répondant aux critères
Infrastructures et personnel de soins de santé	• La maladie de Chagas est une maladie silencieuse et étouffée (négligée) qui a été urbanisée et exportée vers d'autres continents	• Sensibiliser le personnel et améliorer sa formation pour le diagnostic, le traitement des cas et faire le suivi des progrès accomplis • Accroître le diagnostic de la maladie de Chagas au niveau des soins de santé primaires
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Les activités bénéficient d'un faible soutien	• Augmenter le financement pour la mise en œuvre
Collaboration et action multisectorielle	• Le diagnostic et le traitement des cas d'âge pédiatrique sont fondamentaux	• Augmenter la collaboration avec le secteur de l'éducation
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Il a été démontré que la maladie de Chagas est négligée dans l'enseignement des sciences de la santé	• Renforcer les capacités de sensibilisation et les capacités de poser un diagnostic et de traiter

Dengue et chikungunya (dengue)

La dengue est une maladie virale causée par une infection par quatre sérotypes distincts de la famille des Flaviviridae. La maladie est étroitement liée aux milieux urbains auxquels se sont adaptés les moustiques *Aedes*.

Maladie et épidémiologie

- La dengue est une maladie virale causée par une infection par quatre sérotypes distincts de la famille des Flaviviridae.
- Les symptômes de la dengue incluent fièvre, myalgies et arthralgies, fortes céphalées, douleur derrière les yeux, nausée, éruption cutanée et vomissements ; les cas graves de dengue occasionnent des douleurs abdominales sévères, des vomissements persistants, une détresse respiratoire, des troubles de fonctionnement des organes et la mort.
- Les personnes sont infectées par des piqûres d'individus femelles des moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*.
- La maladie est étroitement liée aux milieux urbains auxquels se sont adaptés les moustiques *Aedes*.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
En 2015, des interventions durables de lutte antivectorielle contre la dengue se sont établies dans des pays d'endémie prioritaires[1]	10	10
Création de systèmes de lutte contre la dengue et pour sa surveillance dans toutes les régions (2020)	6	5
Réduction du nombre de cas et du taux de létalité (2020 ; 2009-2010 à titre de référence)	25 %/ 50 %	50 %/20 % de réduction dans la Région des Amériques à la suite de l'épidémie de Zika (2016)[2]

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Pratiques sûres de stockage de l'eau (p. ex. recouvrement de tous les récipients de stockage d'eau et des citernes surélevées) et élimination sûre des eaux usées domestiques
Lutte antivectorielle	• Réduction des habitats disponibles pour les moustiques (p. ex. modification de l'environnement, utilisation de couvercles, construction d'habitations) • Restriction de l'accès des moustiques aux habitations par l'utilisation de grillages et d'autres types de couvertures • Gestion des déchets solides, en particulier des produits en plastique • Utilisation d'insecticides et brumisation en intérieur — l'utilisation de mesures de protection individuelle comme des répulsifs est encouragée
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Soins thérapeutiques pratiqués par des médecins et le personnel infirmier aux personnes atteintes de dengue grave (prévention de la fuite de plasma et de la défaillance des organes) • Maintien du volume de liquides organiques et du nombre de plaquettes
Autre	• Vaccin pour les personnes atteintes d'une infection de dengue antérieure confirmée par des tests en laboratoire

Risques nécessitant une atténuation

- Augmentation de la résistance des vecteurs aux insecticides
- L'incidence de la maladie peut augmenter à la suite des changements climatiques et de la poursuite de l'urbanisation rapide

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Taux de létalité dû à la dengue	0,80 %	0,50 %	0,50 %	0 %
Nombre de pays en capacité de détecter et de riposter aux flambées épidémiques de dengue	10/128 (8 %)	26/128 (20 %)	64/128 (50 %)	96/128 (75 %)
Réduction de 25 % de la charge de morbidité et de son incidence (2010-2020 en tant que référence)	3 100 900	3 millions	2,75 millions	2,35 millions

[1] Bangladesh, Brésil, Inde, Malaisie, Mexique, Pakistan, Sri Lanka, Singapour, Thaïlande et Vietnam.
[2] Diminution plus faible dans d'autres régions.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire..

Charge de morbidité

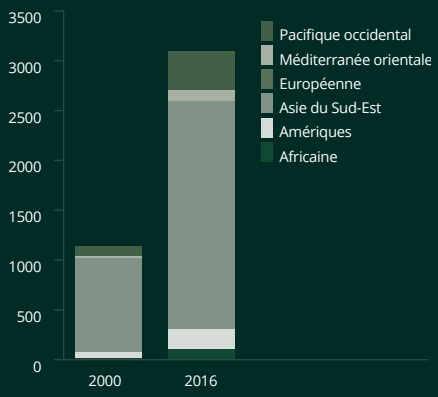
Environ 104 millions
d'infections par la dengue estimées en 2017[1]

Environ 40 000
morts signalées en 2016

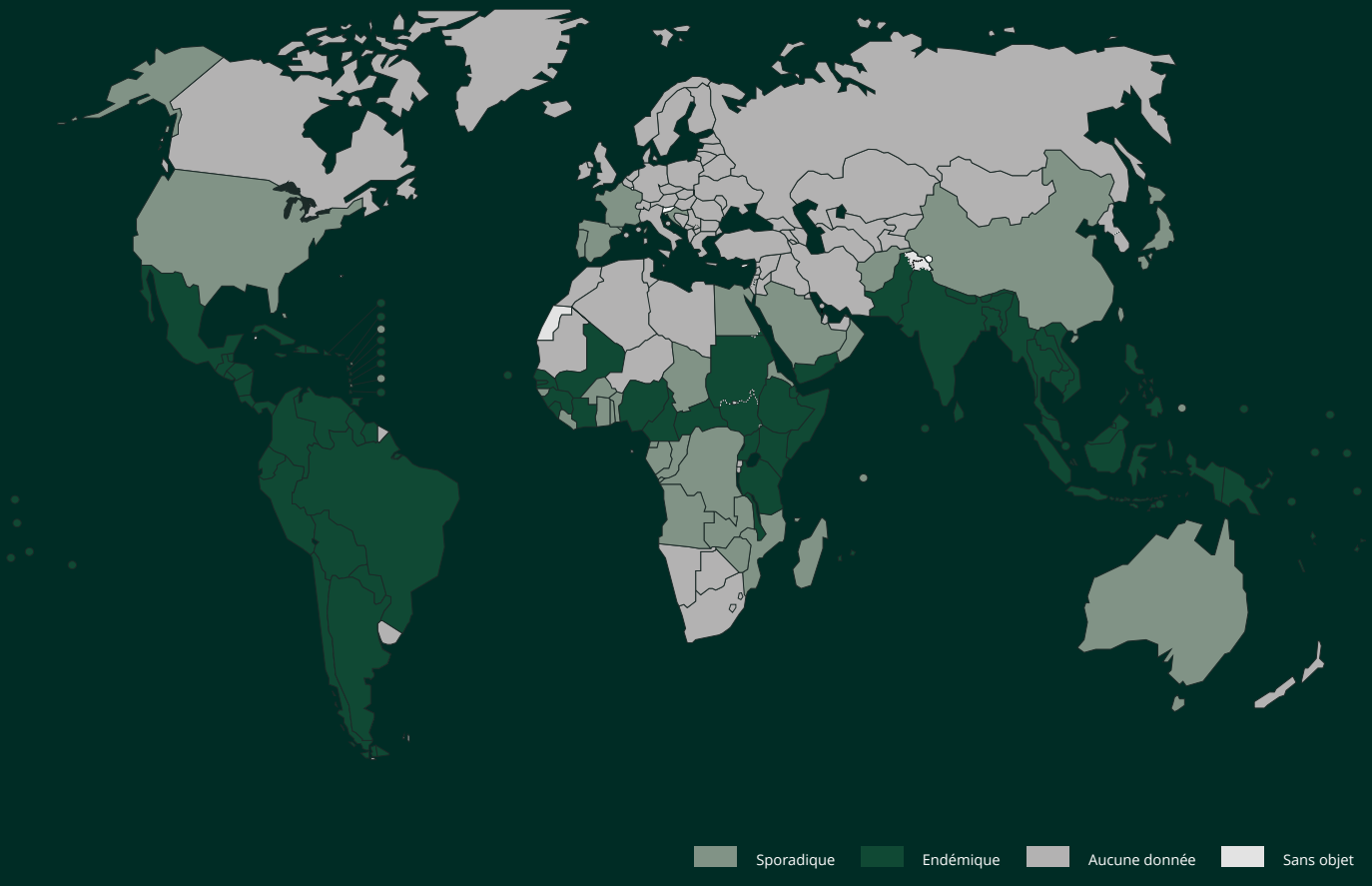
Environ 3 millions
de personnes présentent une incapacité au moment du diagnostic en 2018

L'incidence de la dengue a considérablement augmenté (plus 300 % depuis 2009).[1] De nos jours, 3,9 milliards de personnes sont exposées dans 128 pays dont 100 sont des pays d'endémie de la dengue. La plupart des personnes touchées vivent en Afrique, en Asie et en Amérique latine.[2] Le fardeau économique de la maladie a été estimé à près de 9 milliards de dollars des États-Unis en 2013.[3]

DALY par Région, en milliers



Endémicité de la dengue, 2018



[1] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd).

[2] Messina JP, Brady OJ, Golding N, Kraemer MUG, Wint GRW, Ray SE, et al. The current and future global distribution and population at risk of dengue. Nat Microbiol. 2019; 4:1508–15. doi:10.1038/s41564-019-0476-8.

[3] Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Stanaway JD. The global economic burden of dengue: a systematic analysis. Lancet Infect Dis. 2016;16:935–41. doi:10.1016/S1473-3099(16)00146-8.

Dengue : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

La dengue constitue une menace dont l'émergence est rapide dans un monde de plus en plus urbanisé. Pour lutter contre cette menace, les mesures essentielles suivantes sont nécessaires :

- Poursuivre le développement de vaccins préventifs pour toutes les populations à risque.
- Étoffer encore la base de données sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle.
- Poursuivre la collaboration avec le secteur de l'environnement et les ingénieurs pour réduire les habitats favorables aux moustiques.
- Augmenter et maintenir l'engagement financier envers la lutte contre la dengue.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• 80 % des cas sont asymptomatiques • Les infections secondaires peuvent être graves • Le virus de la dengue persiste dans un cycle de transmission sylvatique ou enzootique entre des primates non humains vivant dans la canopée et des moustiques *Aedes* à Bornéo, en Afrique, etc.	• Estimer le fardeau de la dengue dans les pays
Tests diagnostiques	• Les tests diagnostiques pour la dengue figurent désormais dans la Liste des tests diagnostiques essentiels • Des tests de diagnostic rapide (TDR) existent pour le diagnostic sur les lieux de soins, mais leur qualité n'est pas garantie	• Améliorer l'assurance qualité pour les TDR sur les lieux de soins • Mettre au point un test PCR pour confirmer le diagnostic
Intervention efficace	• L'amélioration de la prise en charge thérapeutique a entraîné une diminution des taux de létalité dans toutes les régions • La lutte antivectorielle continue inclut des mesures visant les œufs, les larves et les adultes, mais l'efficacité n'est étayée par aucun élément probant • Les mesures de réduction à la source à assise communautaire et l'approche de suivi des contacts avec une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent des résidences et lieux de travail et dans les écoles semblent apporter de bons résultats pour lutter contre la maladie	• Étoffer la base de données sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle • Poursuivre le développement de vaccins préventifs pour toutes les populations à risque • Poursuivre la collaboration avec le secteur de l'environnement et les ingénieurs pour réduire les habitats favorables aux moustiques • Évaluer l'utilisation actuelle d'insecticides et s'assurer qu'ils ne sont pas utilisés de manière non discriminée pour éviter toute contamination de l'environnement et le développement de la résistance croisée aux insecticides • Étoffer la base de données sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/denguecontrol/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Le document « *Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control* » (Lignes directrices pour le diagnostic, la prévention et la lutte) (2009) est en cours d'actualisation, et une nouvelle édition est prévue pour 2021	• Garantir la conformité des professionnels de la santé du secteur privé vis-à-vis du protocole national relatif à la dengue • Élaborer des orientations opérationnelles mondiales pour la gestion des flambées épidémiques de dengue pour une utilisation au niveau national • Reconnaître la dengue en tant que maladie endémique
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Robustesse et organisation variées des programmes nationaux relatifs à la dengue	• Élaborer des approches stratégiques durables dans les pays d'endémie • Élaborer des programmes et des stratégies concrets de gestion des vecteurs, de lutte et de surveillance, et intégrer de nouveaux outils de lutte antivectorielle dans la lutte antivectorielle en cours (p. ex. lutte contre les larves et élimination des sites de reproduction) • Mettre en œuvre une gestion communautaire des réservoirs et utiliser des insecticides sûrs dans les réservoirs d'eau non potable • Identifier les indicateurs liés à l'incidence de la maladie • Élaborer des plans de résilience pour les villes dans le but d'éliminer les habitats des moustiques • Envisager la dengue comme une menace environnementale
Surveillance et évaluation	• Médiocrité du système actuel de suivi et évaluation, ce qui entraîne souvent un signalement insuffisant des cas • La résistance aux insecticides commence à se manifester	• Élaborer des systèmes de surveillance et de riposte rapide • S'assurer que les systèmes de surveillance et de signalement sont bien présents dans tous les pays d'endémie • Surveiller régulièrement la présence et l'activité des moustiques au niveau des sites sentinelles à l'aide de pièges • Surveiller la résistance aux insecticides
Accès et logistique	• Réserves régionales de matériel de pulvérisation, de TDR (dont la sécurité n'est pas garantie) et d'insecticides dans la Région OMS du Pacifique occidental	• Lancer un programme pour une assurance qualité indépendante des tests diagnostiques • Garantir la disponibilité des TDR
Infrastructures et personnel de soins de santé	• La dengue est traitée à tous les niveaux du système de santé • La dengue sévère est prise en charge dans les établissements hospitaliers	• Créer un réseau régional de personnel de santé pour la formation à la prise en charge thérapeutique et au partage des connaissances • Simplifier les systèmes d'orientation nationaux • Améliorer les habitations de manière à éliminer les habitats de reproduction (prévention idéale)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Diminution des niveaux actuels de financement de la R et D	• Augmenter l'engagement de ressources de la part des donateurs internationaux, des pays et des ONG
Collaboration et action multisectorielle	• Coordination de la collaboration par le GDAC (Global Dengue & *Aedes*-transmitted Diseases Consortium) • Réussite de l'échange de données au niveau transfrontalier, entre les États et les districts	• Créer un Groupe de travail intersectoriel pour coordonner et mettre en œuvre conjointement les ressources au niveau national • Collaborer avec les secteurs et les ingénieurs de l'environnement pour réduire les habitats favorables aux moustiques • Collaborer avec le secteur de l'éducation pour intégrer des messages éducatifs sur la dengue dans les programmes scolaires • Coopérer avec les parties prenantes de WASH pour la gestion environnementale des flambées épidémiques de dengue et prévenir la transmission de la maladie
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Organisation à Cuba et à Singapour de deux cours internationaux sur la dengue financés par l'OMS (un par an) • Les pays bénéficient de soutien pour des formations au niveau local	• Cibler les communautés avec des messages éducatifs adaptés pour divers groupes (p. ex. écoles, groupes de femmes, autorités religieuses) • Renforcer les capacités WASH du personnel responsable des soins et des soignants pour l'administration de traitements hygiéniques et de soins dans les établissements de santé et à domicile

Dengue et chikungunya (chikungunya)

Le chikungunya est une maladie virale causée par une infection par un alphavirus de la famille des Togaviridae. Parmi les symptômes, on trouve l'apparition soudaine de fièvre et d'arthralgies, myalgies, céphalées, éruption cutanée et lymphopénie. Les douleurs articulaires peuvent persister pendant des mois, voire des années.

Maladie et épidémiologie

- Le chikungunya est une maladie virale causée par une infection par un alphavirus de la famille des Togaviridae.
- Parmi les symptômes, on trouve l'apparition soudaine de fièvre et d'arthralgies, myalgies, céphalées, éruption cutanée et lymphopénie. Les douleurs articulaires peuvent persister pendant des mois, voire des années.
- Les personnes sont infectées à la suite d'une piqûre par une femelle des espèces *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* et d'autres espèces de moustique *Aedes*.
- Des flambées épidémiques explosives provoquent des taux d'attaque pouvant atteindre 68 % et pèsent soudainement et lourdement sur les services de santé.
- Le chikungunya a augmenté et s'est considérablement répandu depuis 2004.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
S.o.	S.o.	S.o.

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Pratiques sûres de stockage de l'eau (p. ex. recouvrement de tous les récipients de stockage d'eau et des citernes surélevées) et élimination sûre des eaux usées domestiques
Lutte antivectorielle	• Réduction des habitats disponibles aux moustiques (p. ex. modification de l'environnement, utilisation de couvercles, construction d'habitations) • Pulvérisation d'insecticides sûrs, y compris brumisation en intérieur en cas d'intervention d'urgence • Restriction de l'accès des moustiques aux habitations grâce aux moustiquaires ou autres types de couvertures • Gestion des déchets solides, en particulier des produits en plastique • Utilisation d'insecticides et de brumisation en intérieur
	S.o.
Santé publique vétérinaire	• Soulagement des symptômes, en particulier de la douleur articulaire et de la douleur articulaire chronique
Prise en charge thérapeutique	S.o.
Autre	

Risques nécessitant une atténuation

- La capacité des infrastructures/du personnel de santé existants peut être menacée par des flambées épidémiques
- Fabricants uniques de médicaments qui ont des difficultés à produire les médicaments dans la quantité et avec la qualité requises
- Augmentation possible du taux de létalité du fait de la faible disponibilité des traitements pour les maladies concomitantes (p. ex. anémie, malnutrition, co-infections)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Développement d'un vaccin à partir d'un ou plusieurs vaccins candidats	Phase I		Phase III	Homologation du vaccin
Nombre de pays d'endémie identifiés et cartographiés pour le chikungunya	10 %	50 %	100 %	
Élaboration de stratégies intégrées optimisées et prioritaires pour la prise en charge des cas et estimation des éventuels avantages pour la santé publique d'ici 2025	5	20	40	

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire..

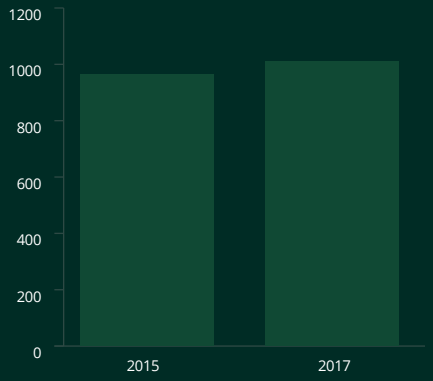
Charge de morbidité

Environ 8 millions

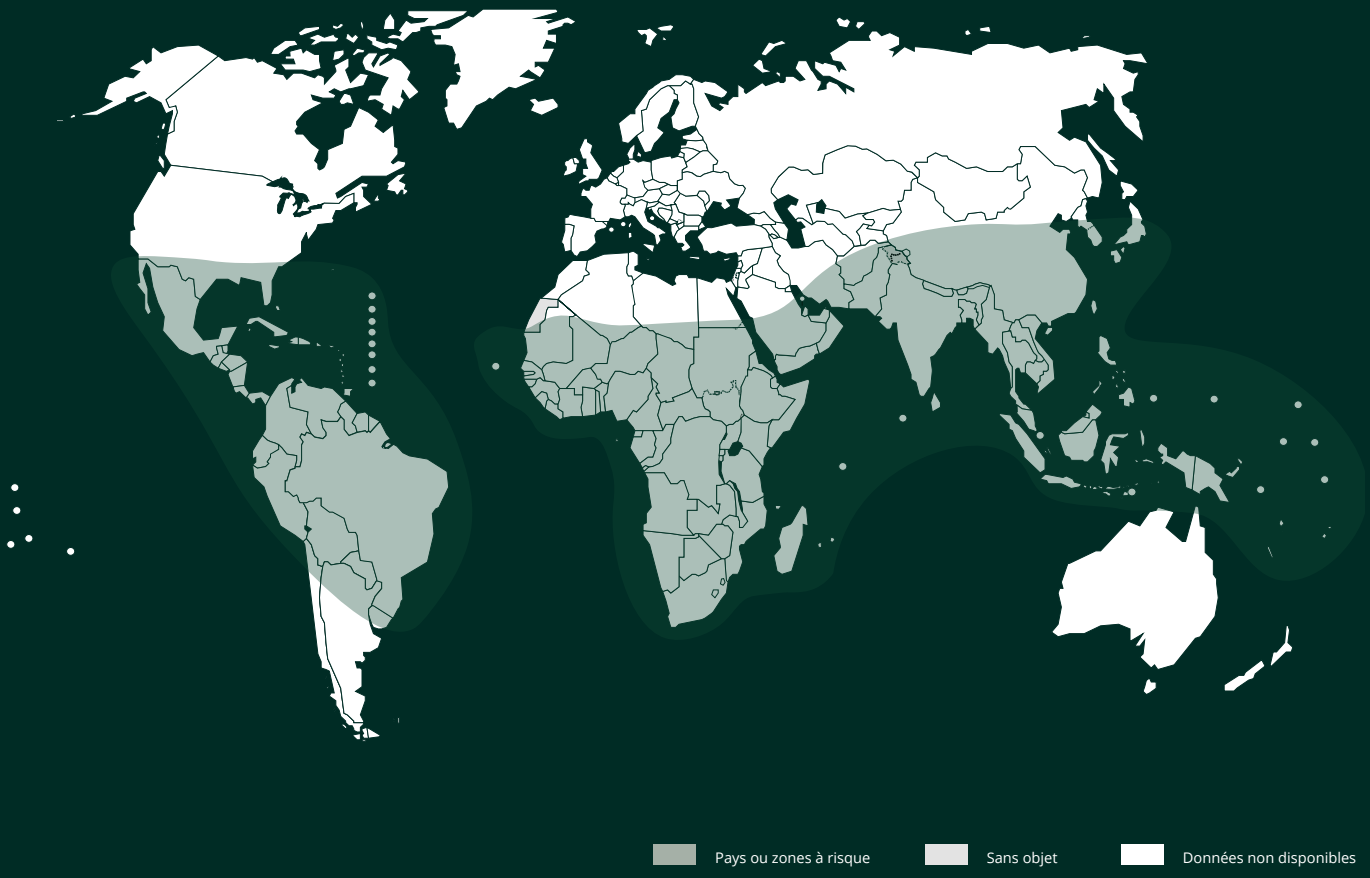
de cas d'infection par le chikungunya au cours de 2004-2017 ; la charge est mal comprise et le nombre de cas est probablement grandement sous-estimé par rapport aux signalements (les experts estiment jusqu'à 100 millions de cas d'infection)

Des flambées épidémiques de chikungunya ont été signalées dans plus de 60 pays ; la charge la plus élevée se trouve en Asie du Sud-Est, en Afrique et en Amérique latine.

Nombre de cas de chikungunya dans la Région des Amériques, en milliers, [1]



Pays ou zones à risque, 2015



[1] Les données ne sont pas toujours disponibles pour d'autres Régions.

Chikungunya : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Yoshi Shimizu

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Inciter à la création de partenariats public-privé pour le développement d'un vaccin.
- Solliciter des financements pour faciliter la cartographie complète de la charge de morbidité et l'élaboration d'approches stratégiques nationales.
- Étoffer la base de données sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle.
- Mettre au point de tests de diagnostic rapide de qualité garantie.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Des flambées épidémiques ont été signalées dans plus de 60 pays • La plus grande partie de la recherche effectuée concerne la dengue et non spécifiquement le chikungunya	• Comprendre la charge que représente le chikungunya pour la santé et l'économie • Étudier la mutation du virus et son association avec des vecteurs pour déterminer les différences de la transmission du chikungunya par rapport à d'autres infections virales dont *Aedes* est le vecteur • Comprendre le rôle des cycles de transmission zoonotique
Tests diagnostiques	• Difficulté clinique pour distinguer le chikungunya de la dengue • Des tests sérologiques, notamment ELISA peuvent confirmer la présence d'anticorps • Des méthodes de PCR en temps réel sont disponibles pour détecter le virus dans le sang, mais leur sensibilité est variable	• Mettre au point des tests diagnostiques plus sensibles et spécifiques (p. ex. bandelette) • Affiner les critères pour le diagnostic différentiel du chikungunya et de la dengue • Comparer systématiquement les kits de PCR disponibles pour en garantir la qualité
Intervention efficace	• Aucun médicament antiviral spécifique ou vaccin disponible n'est disponible dans le commerce ; plusieurs vaccins sont en phase de test • La lutte antivectorielle continue inclut des mesures ciblant les œufs, les larves et les adultes ; cependant, l'efficacité n'est étayée par aucun élément probant • Les mesures de réduction à la source à assise communautaire et les approches de suivi des contacts avec une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent des résidences et lieux de travail et dans les écoles semblent obtenir de bons résultats pour la lutte contre la maladie	• Inciter à la création de partenariats public-privé pour accélérer la R et D relative aux vaccins • Étoffer la base de données sur l'efficacité des stratégies de lutte antivectorielle (p. ex. moustiquaires sur les fenêtres et les portes, lutte contre les larves) • Évaluer l'utilisation actuelle d'insecticides et s'assurer qu'ils ne sont pas utilisés de manière non discriminée pour éviter toute contamination de l'environnement et le développement de la résistance aux insecticides

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• L'OMS/PAHO et le CDC des États-Unis ont publié des orientations pour la préparation et la riposte au chikungunya dans la Région des Amériques	• Élaborer des orientations pour les systèmes de surveillance afin d'améliorer la normalisation des données rapportées • Mettre à jour les orientations de la PAHO et les utiliser en tant que fondement pour l'élaboration d'orientations dans d'autres régions • Élaborer une approche opérationnelle mondiale pour la prise en charge thérapeutique, y compris des cas chroniques et de la lutte antivectorielle
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Tire actuellement profit des efforts de planification pour la dengue en raison des similarités des profils des maladies • Les indicateurs de l'impact sur les populations du vecteur ont été définis	• Reconnaître le chikungunya en tant que maladie endémique et élaborer des approches stratégiques nationales • Identifier les indicateurs liés à l'incidence de la maladie • Garantir la conformité des professionnels de la santé du secteur privé vis-à-vis des protocoles nationaux pour le diagnostic et le traitement • Mettre en œuvre la gestion communautaire des réservoirs et l'utilisation d'insecticides sûrs dans les réservoirs d'eau non potable • Élaborer des programmes et stratégies de prise en charge, de maîtrise et de surveillance des vecteurs et intégrer les nouveaux outils de lutte antivectorielle dans la lutte antivectorielle en cours (p. ex. lutte contre les larves et élimination des sites de reproduction) • Élaborer des plans de résilience pour les villes dans le but d'éliminer les habitats des moustiques • Envisager la dengue comme une menace environnementale
Surveillance et évaluation	• Des flambées épidémiques ont été signalées dans une région PAHO auparavant dépourvue de chikungunya • L'état de la surveillance et les systèmes de suivi et évaluation varient d'un pays à l'autre	• Mettre au point des systèmes de surveillance et de suivi et évaluation dans les pays à risque élevé • Surveiller la résistance des vecteurs aux insecticides • Surveiller la présence et l'activité des moustiques dans les zones à risque potentiel
Accès et logistique	• Réserves régionales d'équipements de pulvérisation et d'insecticides dans la région WPR	• Envisager la création de réserves régionales d'équipements de pulvérisation et d'insecticides dans d'autres régions d'endémie • Garantir la disponibilité de tests de diagnostic PCR de grande qualité
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Le personnel de soins de santé est informé qu'il faut traiter les cas présumés de chikungunya en tant que dengue, jusqu'à élimination de la dengue[1]	• Créer un réseau régional de personnel médical pour la prise en charge thérapeutique et de la douleur chronique • Simplifier les systèmes d'orientation nationaux • Améliorer les habitations de manière à éliminer les habitats de reproduction (intervention idéale)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Manque de données sur les coûts économiques des résultats des infections de la sous-évaluation de l'impact de la maladie[2]	• Augmenter l'engagement de ressources de la part des donateurs internationaux, des pays et des ONG pour des interventions et des soins aux patients de longue durée • Développer et partager des ressources entre toutes les parties prenantes • Conclure des accords avec les parties prenantes qui développent des vaccins pour s'assurer qu'elles respectent les délais initiaux
Collaboration et action multisectorielle	• Les institutions universitaires et les sociétés de biotechnologie font des recherches conjointes sur les vaccins contre le chikungunya • Le GDAC (Global Dengue & *Aedes*-Transmitted Diseases Consortium) regroupe plusieurs des acteurs qui luttent contre le chikungunya	• Coordonner l'exécution des programmes concernant les infections transmises par *Aedes* • Inciter à la collaboration multisectorielle pour la surveillance, la prévention et le traitement • Communiquer les données de surveillance relatives à l'épidémiologie aux parties prenantes intéressées par le développement d'un vaccin pour permettre les essais de phase III et partager les établissements dans lesquels ces essais peuvent être réalisés • Collaborer avec les secteurs et les ingénieurs de l'environnement pour réduire les habitats favorables aux moustiques • Coordonner toutes les activités concernant l'arbovirus avec les programmes d'urgence • Coordonner les activités avec les parties prenantes de l'EAH pour la gestion environnementale des flambées épidémiques de dengue et prévenir la transmission de la maladie
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Actuellement intégré dans la formation sur la dengue	• Former le personnel responsable des soins sur la distinction entre le chikungunya et la dengue • Sensibilisation visant à susciter un changement comportemental dans les zones d'endémie (p. ex. promotion de la couverture complète du corps à l'extérieur) • Renforcer les capacités du personnel responsable des soins et des soignants sur les pratiques WASH pour qu'ils administrent des traitements et des soins hygiéniques dans les établissements de santé et à domicile

[1] Chikungunya virus: information for health care providers. Washington (DC), Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, 2018 (https://www.cdc.gov/chikungunya/hc/index.html).

[2] Factsheet chikungunya. In: Chikungunya [site Web]. Washington (DC), Organisation panaméricaine de la Santé (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8303:2013-hoja-informativa-chikungunya&Itemid=40023&lang=en).

Dracunculose

La dracunculose est une maladie parasitaire causée par une infection par *Dracunculus medinensis* (ver de Guinée). La maladie est incapacitante pour les personnes pendant plusieurs semaines lorsque le ver femelle est expulsé de l'organisme à travers une ampoule brûlante et douloureuse.

Maladie et épidémiologie

- La dracunculose est une maladie parasitaire causée par une infection par *Dracunculus medinensis* (ver de Guinée).
- La maladie est incapacitante pour les personnes pendant plusieurs semaines lorsque le ver femelle est expulsé de l'organisme à travers une ampoule brûlante et douloureuse. Le ver se développe dans l'organisme pendant un an environ.
- L'infection d'une personne survient généralement après avoir bu de l'eau stagnante contenant des puces d'eau infectées par le parasite. Les patients introduisent souvent le membre dans l'eau pour soulager la sensation de brûlure lorsque le ver est expulsé. Une fois dans l'eau, le ver libère des larves et le cycle de transmission recommence.
- L'infection survient aussi chez les animaux, en particulier les chiens.[1]

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Nombre de pays certifiés exempts de transmission	187	187

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Garantie d'un accès à des sources d'eau de boisson sûres • Filtrage de l'eau des plans d'eau à ciel ouvert avant son ingestion • Prévention de la contamination de l'eau de boisson en conseillant aux patients d'éviter de patauger dans l'eau
Lutte antivectorielle	• Téméfos pour lutter contre les puces d'eau, l'hôte intermédiaire (aussi appelé cyclope)
Santé publique vétérinaire	• Tenue en laisse proactive des chiens (y compris des chiens infectés) pour empêcher la contamination de l'environnement et permettre la prise en charge de l'infection
Prise en charge thérapeutique	• Confinement des personnes atteintes • Soins des plaies, notamment lavage des plaies, prévention de l'infection, réduction de la douleur et de l'inflammation
Autre	• Surveillance pour assurer une détection précoce et la maîtrise de la transmission • Augmentation de la sensibilisation au système de récompense en espèces en cas de signalement volontaire, encouragement du changement comportemental et amélioration du dépistage • Réalisation d'une COMBI (Communication pour un impact comportemental) pour que la communauté adhère aux stratégies d'éradication

Risques nécessitant une atténuation

- Infections animales par *D. medinensis*
- Déplacement des populations, insécurité et instabilité politique dans les principaux pays d'endémie

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays certifiés comme étant exempts de transmission	187/194 (96 %)	189/194 (97 %)	191/194 (98 %)	194/194 (100 %)

[1] Actuellement en Angola, en Éthiopie, au Mali et au Chad.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

54
cas signalés en 2019

Environ 29 %
c'est la valeur du taux de rendement économique des investissements après l'éradication de la maladie[1]

1-1,9 million
de DALY prévenues en 1990-2016[2]

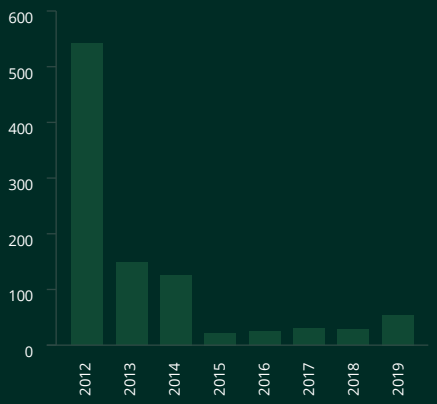
La dracunculose est sur le point d'être éradiquée, avec 54 cas d'infections chez l'homme signalés dans quatre pays en 2019, notamment au Cameroun où un cas importé a été signalé. Sept pays sont en attente d'une certification :

– l'Angola, l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad présentent une transmission autochtone ;

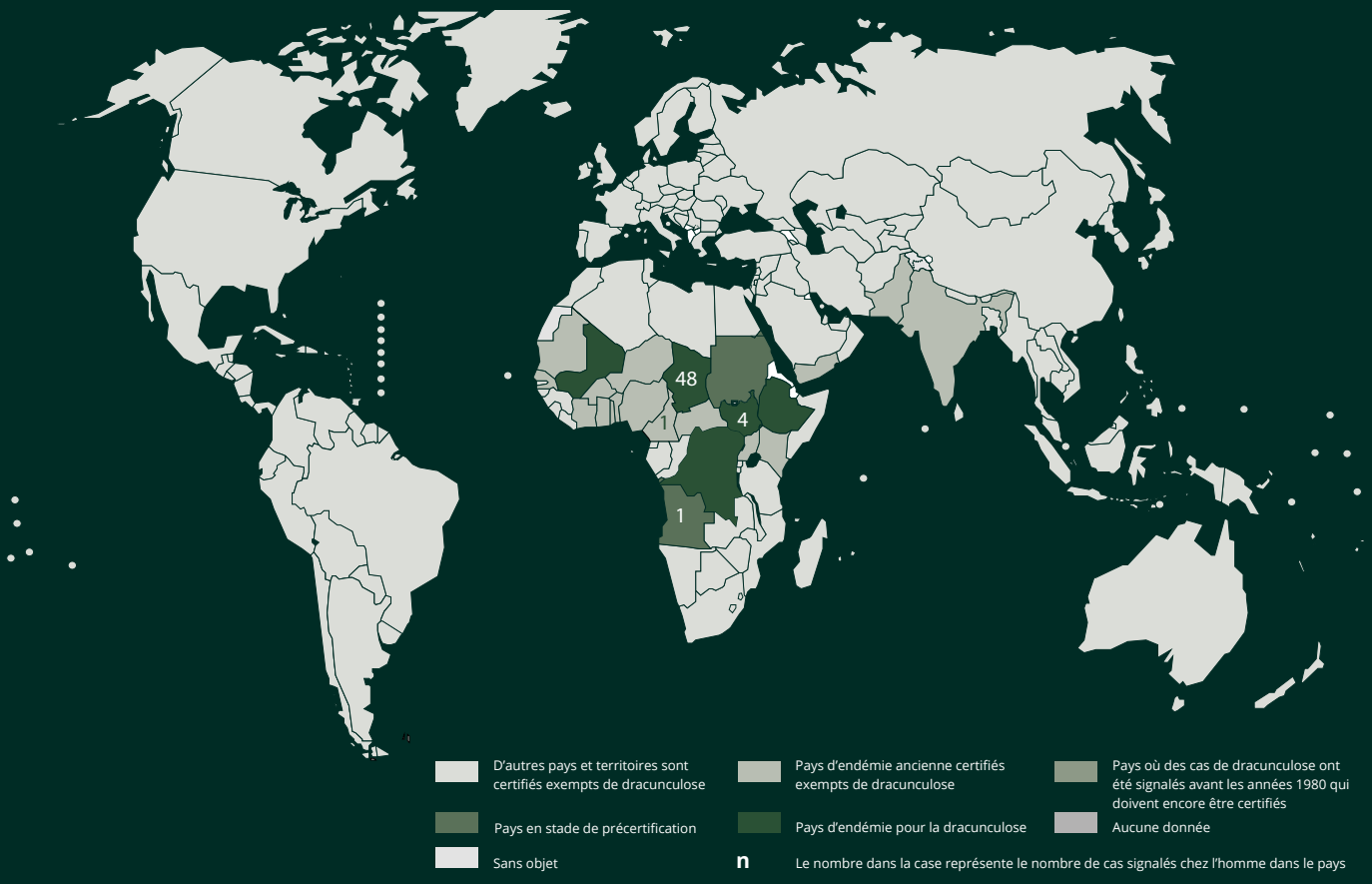
– Le Soudan se trouve en phase de précertification ;

– La République démocratique du Congo n'a eu aucun cas de dracunculose depuis 1980, mais une évaluation est exigée à des fins de certification.

Nombre de cas de dracunculose signalés dans le monde, 2012-2019



Certification et cas signalés, 2019



[1] Greenaway C. Dracunculiasis (guinea worm disease). CMAJ. 2004 Feb 17;170(4):495-500. PMID: 14970098; PMCID: PMC332717.

[2] Cromwell EA, Roy S, Sankara DP, Weiss A, Stanaway J, Goldberg E, et al. Slaying little dragons: the impact of the Guinea Worm Eradication Program on dracunculiasis disability averted from 1990 to 2016. Gates Open Res. 2018; 2:30. doi:10.12688/gatesopenres.12827.1.

Dracunculose : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Diego Rodriguez

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Élaborer des protocoles scientifiques et opérationnels pour éliminer les infections chez les animaux.
- Rechercher la raison pour laquelle l'infection par la dracunculose s'est produite en Angola pour mieux comprendre les problèmes actuels et prendre les mesures appropriées pour arrêter la transmission.
- Démarrer la certification en République démocratique du Congo et au Soudan pour éviter la non-réalisation des objectifs.
- Arrêter la transmission chez l'homme et/ou les animaux en Angola, en Éthiopie, au Mali au Soudan du Sud et au Tchad.
- Maintenir l'engagement des pays, des donateurs et des partenaires.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension des voies de transmission pour l'homme	• Élaborer des protocoles scientifiques et opérationnels pour éliminer les infections chez les animaux • Rechercher la raison pour laquelle l'infection par la dracunculose s'est produite en Angola pour mieux comprendre la situation actuelle et prendre les mesures appropriées pour arrêter la transmission • Améliorer la compréhension de la biologie des copépodes
Tests diagnostiques	• La microscopie et la PCR en laboratoires sont actuellement utilisées	• Mettre au point un test sérologique de diagnostic sur le terrain pour l'homme et les animaux • Mettre au point un test sur le terrain au bord des étangs pour détecter l'ADN de *D. medinensis* chez les copépodes
Intervention efficace	• Il n'existe actuellement aucun médicament pour traiter la dracunculose ni aucun vaccin pour la prévenir. Des recherches sont en cours • Les stratégies actuelles telles que celles décrites dans les interventions stratégiques sont efficaces	• Explorer l'utilisation de nouvelles technologies, notamment de drones ou de l'imagerie par satellite pour identifier ou traiter des sources d'eau occultes dans les localités d'endémie • Chercher d'autres produits pour maîtriser les copépodes • Étudier la proposition de récompenses en espèces pour l'identification de nouvelles sources d'eau stagnante dans les zones difficiles d'accès

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/fr/health-topics/dracunculiasis/dracunculiasis#tab=tab_1/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Les critères pour la certification sont en cours d'actualisation par un groupe créé par la Commission internationale indépendante pour la certification de l'éradication de la dracunculose (ICCDE) et financé par l'OMS pour l'élaboration d'un protocole pour la certification des pays restants dans le contexte de l'infection d'animaux (chiens) par *D. medinensis*	• Finaliser l'examen des critères pour la certification
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Sept résolutions de l'AMS pour le soutien de l'éradication • Réunion ministérielle annuelle des pays touchés en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé. Réunions annuelles de l'ICCDE et des dirigeants du programme • La mise en œuvre des interventions doit être améliorée dans les quelques foyers restants	• Lancer la certification en République démocratique du Congo et au Soudan pour éviter la non-réalisation des objectifs • Intensifier et étendre la portée et la qualité des interventions dans les quelques foyers restants notamment avec une meilleure maîtrise de la transmission et l'utilisation efficace du téméfos
Surveillance et évaluation	• Amélioration nécessaire de la couverture du programme dans des zones qui ne sont pas reconnues comme étant d'endémie, mais sont à risque • Les programmes nationaux surveillent les indicateurs opérationnels, mais il est nécessaire de trouver de meilleures manières de mesurer l'efficacité de l'intervention de lutte antivectorielle • Nécessité d'améliorer les indicateurs pour la surveillance de l'application du téméfos	• Vérifier que les systèmes de surveillance sont fonctionnels dans les zones sans endémie et les anciennes zones d'endémie qui n'ont pas signalé de cas depuis un bon moment (p. ex. la République centrafricaine, le Cameroun et d'autres pays à risque limitrophes des pays d'endémie sont particulièrement sensibles) • Améliorer les indicateurs pour la surveillance de l'application du téméfos • Surveiller régulièrement la qualité de l'application du téméfos et la résistance des cyclopes au téméfos
Accès et logistique	• L'approvisionnement adéquat en téméfos doit être maintenu dans les zones d'endémie • Un approvisionnement suffisant de cartes d'identité (photos) et de matériel pour la récompense en espèces doit être maintenu	• Vérifier que le stock de téméfos peut être immédiatement mobilisé vers des pays sans endémie et d'endémie ancienne qui signalent des cas d'infection
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Rotation élevée du personnel formé • Faible couverture des établissements de santé • Nombre insuffisant de personnes formées pour la lutte antivectorielle	• Les gouvernements doivent renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble dans le contexte de la couverture sanitaire universelle • Intégration de la formation sur la dracunculose dans les programmes du personnel de santé • Formation et équipement d'un nombre suffisant d'équipes (p. ex. lutte antivectorielle)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Fonds insuffisant pour les nécessités du programme • Délais dans le déblocage des fonds à tous les niveaux	• Garantir et maintenir l'engagement des donateurs envers un financement adéquat jusqu'à l'éradication • Intensifier le plaidoyer dans les pays touchés pour maintenir la dynamique, l'engagement et le financement sur le plan national jusqu'à l'obtention de l'éradication • Supprimer les délais dans le déblocage des fonds à tous les niveaux • Assurer un retour sur investissement pour l'EAH dans les zones d'endémie
Collaboration et action multisectorielle	• Collaboration solide à l'échelle mondiale ; l'OMS et le Carter Center facilitent la coopération au sein de l'écosystème • L'intégration des activités d'éradication dans d'autres programmes et secteurs comme WASH et l'éducation n'est pas officialisée dans tous les pays	• Intégrer les activités d'éradication dans d'autres programmes et secteurs (p. ex. poliomyélite, surveillance intégrée, autres MTN) • Collaborer avec les secteurs WASH pour garantir aux communautés touchées et à risque un accès à de l'eau salubre pour l'hygiène et la prise en charge des plaies • Inciter les ministères de la santé à collaborer avec d'autres ministères pertinents pour obtenir l'éradication, y compris chez les animaux
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Capacité sous-optimale du personnel de santé dans les zones sans endémie à répondre à toute émergence de la maladie si elle venait à se produire	• Former le personnel de santé, garantir la disponibilité de MON, inclure la surveillance dans le programme des agents de santé dans les pays touchés • Sensibiliser à la prévention et au système de récompense en espèces en cas de signalement volontaire et encourager le changement comportemental

Échinococcose (alvéolaire et kystique)

L'échinococcose kystique et l'échinococcose alvéolaire sont causées par une infection par des cestodes du genre *Echinococcus*. Ces deux maladies sont complexes et nécessitent des systèmes de soins de santé bien équipés, un personnel de santé bien formé et des ressources suffisantes.

Maladie et épidémiologie

- L'échinococcose kystique (EK) et l'échinococcose alvéolaire (EA) sont causées par une infection par des cestodes du genre *Echinococcus*.
- Pendant la période asymptomatique qui peut durer plusieurs années :
  - l'EK forme des kystes en plusieurs endroits de l'organisme (principalement au niveau du foie et des poumons) et provoque douleurs abdominales, nausées, vomissements, toux chronique, douleurs thoraciques et autres symptômes selon les organes touchés ;
  - l'EA provoque des vésicules infiltrantes et entraîne le grossissement, la métastase de lésions malignes de type tumoral, impliquant d'abord le foie, puis une perte de poids, un malaise général, des douleurs abdominales et une insuffisance hépatique. Elle peut être mortelle si elle n'est pas traitée.
- L'infection est transmise par voie oro-fécale à partir d'excréments d'animaux canins (principalement les chiens pour l'EK, les renards et d'autres canidés pour l'EA) passant par des hôtes intermédiaires (bétail, principalement des moutons pour l'EK, de petits rongeurs pour l'EA). L'homme est un hôte intermédiaire accidentel qui ne transmet par l'infection plus avant.
- L'EK et l'EA sont des maladies complexes qui nécessitent des systèmes de soins de santé bien équipés, un personnel de santé bien formé et des ressources suffisantes. Ainsi, une couverture sanitaire universelle est indispensable pour les maladies à échinocoque.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Projets pilotes menés pour valider des stratégies de lutte efficaces, en particulier pour les contextes où les ressources sont limitées (EK)	Réalisé en 2015	Projets pilotes menés dans cinq pays[1]
Stratégie de lutte validée adoptée par certains pays donnés	S.o.	Programmes de lutte menés dans deux pays[2]

Principales interventions stratégiques

	Échinococcose kystique	Échinococcose alvéolaire
Chimiothérapie préventive	S.o.	S.o.
WASH	• Transmission de la main à la bouche réduite grâce au lavage des mains • Évitement des excréments de chiens et des aliments contaminés	• Transmission de la main à la bouche réduite grâce au lavage des mains
Lutte antivectorielle	S.o.	S.o.
Santé publique vétérinaire	• Vermifugation régulière des chiens par du praziquantel • Élimination sûre des déchets d'abattage • Vaccination des moutons • Reforme des moutons âgés	• Vermifugation périodique des chiens avec du praziquantel et, lorsque cela est possible, introduction d'agents anthelminthiques dans des appâts pour renards
Prise en charge thérapeutique	• Triage de la prise en charge thérapeutique par la définition du stade des kystes, notamment : - stratégie « d'attente et d'observation » - traitement anthelminthique par albendazole ou mébendazole - méthodes percutanées + prophylaxie par albendazole (p. ex. traitement PAIR : ponction, aspiration, injection, réaspiration) - chirurgie (élimination des kystes) + prophylaxie par albendazole	• Traitement anthelminthique par albendazole ou mébendazole
Autre	• Le diagnostic précoce (imagerie par échographie) est primordial pour obtenir de meilleurs résultats chez les patients • Campagnes d'éducation concernant les mesures d'hygiène et la vermifugation des chiens pour éviter les infections	• Chirurgie curative (p. ex. élimination totale des lésions dans les cas extrêmes, greffe de foie)

Risques nécessitant une atténuation

- Viabilité à long terme des interventions
- La transmission au sein du cycle sylvatique peut poser des problèmes pour l'élimination de la maladie (EA)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays appliquant une lutte intensifiée[3] contre l'échinococcose kystique dans des zones d'hyperendémie[4]	1	4	9	17

[1] Argentine, Chili, Kirghizistan, Maroc, Pérou.
[2] Chine, Uruguay.
[3] Vermifugation périodique des chiens, couverture vaccinale des moutons >80 % et accès au diagnostic par échographie dans la zone.
[4] Provisoirement définies comme ayant une estimation de 5 cas/100 000 personnes.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

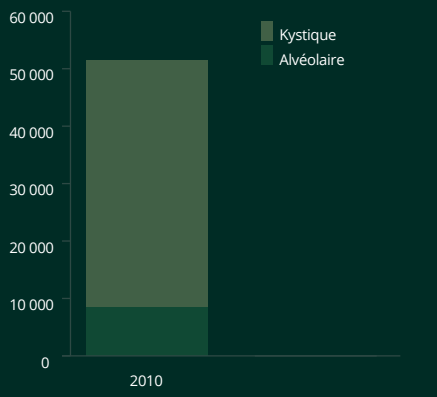
Au moins 1 million
de personnes infectées dans le monde quel que soit le lieu en 2011[1]

Environ 19 000
morts par an en 2016[2]

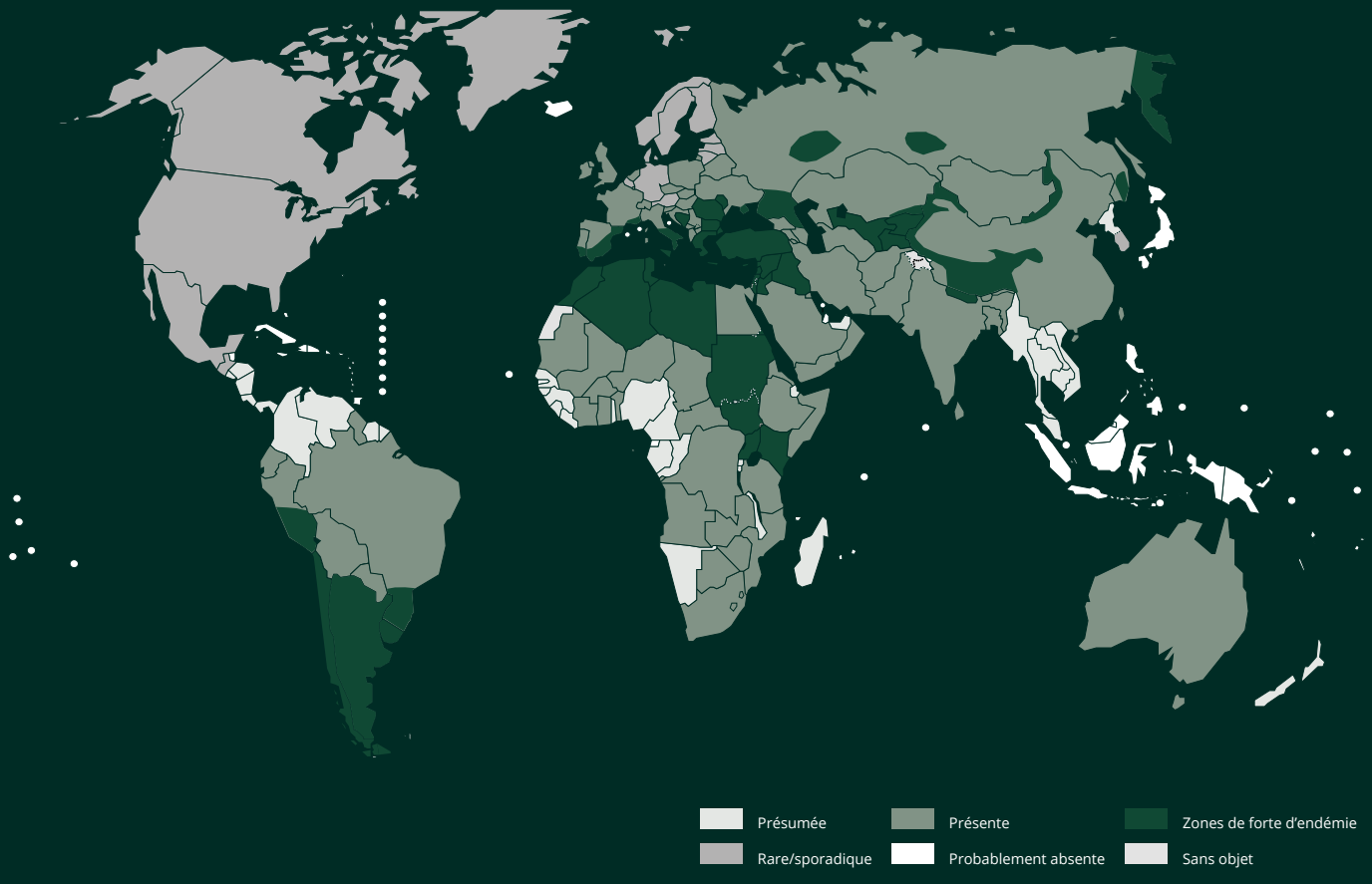
Environ 870 000
DALY en 2015[2]

L'échinococcose kystique et l'échinococcose alvéolaire sont endémiques dans au moins 111 pays ; l'échinococcose kystique est présente sur tous les continents à l'exception de l'Antarctique, tandis que l'échinococcose alvéolaire est endémique en Asie, Europe continentale et en Amérique du Nord.

Nombre de cas par type de maladie, 2010



Endémicité d'*Echinococcus granulosus* et de l'échinococcose kystique, 2015



[1] Report of the WHO Informal Working Group on cystic and alveolar echinococcosis surveillance, prevention and control. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (https://www.who.int/echinococcosis/resources/9789241502924/en/).
[2] WHO Global health estimates, 2016 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).

Échinococcose : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Cartographier la prévalence de la maladie pour la création de données de référence et renforcer la surveillance nationale intégrée.
- Élaborer des lignes directrices pour la prévention et des stratégies de lutte efficaces et les appliquer sur le terrain.
- Renforcer la mise en œuvre du diagnostic par échographie et d'interventions efficaces et garantir un accès à l'albendazole.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension des cycles de vie et de la génétique des parasites • Description de l'immunologie de l'infection chez les hôtes intermédiaires • Lacunes dans la compréhension des facteurs intervenant dans la probabilité d'infection • Présence forte dans les pays où le cycle de transmission peut être maintenu	• Cartographier la charge pour la santé et l'économie (probablement actuellement sous-estimée) • Estimer la prévalence chez les moutons et autres types de bétail pertinents (EK) • Développer la recherche pour quantifier les ressources nécessaires pour lutter contre les maladies • Définir l'impact épidémiologique des approches d'intervention à court, moyen et long terme et identifier leurs implications respectives pour les ressources • Améliorer la compréhension des processus qui régulent l'acquisition du parasite
Tests diagnostiques	• L'imagerie est actuellement le principal diagnostic utilisé chez l'homme • Des tests sérologiques sont utilisés pour la confirmation chez l'homme, mais ils ne sont pas normalisés • Les tests de copro-antigènes chez les chiens ne sont pas correctement validés (EK) • Aucun test n'est disponible pour le bétail (EK)	• Commercialiser le diagnostic normalisé de copro-antigènes pour les chiens (EK) • Définir le profil de produit cible et mettre au point un diagnostic optimal pour l'homme
Intervention efficace	• Vermifugation périodique des chiens par praziquantel (EK) • Agent anthelminthique efficace disponible pour les hôtes définitifs • Vaccin efficace disponible pour les moutons (EK)	• Réaliser des essais pilotes concernant la vaccination du bétail (EK) dans divers contextes • Réaliser des essais sur l'efficacité chez l'homme pour comprendre les traitements optimaux par l'albendazole • Mettre au point un praziquantel à longue durée d'action/libération par impulsion pour les chiens • Évaluer l'efficacité du vaccin actuellement disponible pour d'autres espèces de bétail et différents génotypes/différentes espèces (EK)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/echinococcosis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des orientations seront établies d'ici 2020 pour la détection et la prise en charge précoces	• Élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre de méthodes optimisées de lutte (y compris vermifugation périodique des chiens et des renards)
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La maladie est actuellement à déclaration obligatoire uniquement dans certains pays • La maturité des programmes nationaux relatifs à l'EK est très variable • Les efforts concertés visant à réduire la charge de l'EK sont efficaces en Chine et dans des régions d'Amérique du Sud. Ils ont réussi à éliminer l'EK en Nouvelle-Zélande et sur d'autres îles	• Mettre en œuvre des interventions efficaces dans les zones d'endémie en recourant au soutien en fonction des besoins • Appliquer l'utilisation systématique d'un dépistage de la population par échographie (p. ex. chez les enfants d'âge scolaire) pour un diagnostic précoce • Imposer le signalement différencié de l'EK et de l'EA dans tous les pays d'endémie
Surveillance et évaluation	• La surveillance est insuffisante chez l'homme et les animaux dans la plupart des pays	• Élaborer un outil à grand débit pour collecter des données de référence, pleinement comprendre la portée du problème et évaluer les programmes de lutte dans des contextes où les ressources sont limitées • Mettre en place des systèmes de surveillance pour l'homme et les animaux dans des pays de forte endémie, incluant l'inspection de la viande à la recherche d'EK
Accès et logistique	• Faible disponibilité du vaccin pour le bétail (EK) • Il n'existe actuellement aucun don de praziquantel et l'accès à l'albendazole est limité en raison de dépenses non remboursables	• Homologuer le vaccin EG95 pour les moutons dans les pays d'endémie (EK) et mieux faire connaître l'intervention • Mettre en place une chaîne d'approvisionnement fiable pour les médicaments et les vaccins pour en garantir l'accès
Infrastructures et personnel de soins de santé	• L'accès au diagnostic et à des établissements de traitement dans les zones rurales est problématique	• Garantir l'accès à l'échographie pour le diagnostic • Garantir l'accès à des méthodes percutanées (EK) et à des chirurgies dans les zones rurales • Améliorer les infrastructures des abattoirs pour diminuer la transmission
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Manque d'engagement des gouvernements vis-à-vis des efforts de lutte dans les pays d'endémie	• Augmenter le financement et le soutien pour la santé animale et renforcer l'approche « Une seule santé » • Intensifier le plaidoyer pour appliquer des mesures de lutte actives (EK)
Collaboration et action multisectorielle	• Collaboration étroite avec la FAO et l'OIE • Le Groupe de travail informel de l'OMS sur l'échinococcose regroupe certaines des personnes qui luttent contre l'EA et l'EK	• Développer une coopération élargie avec la communauté des chirurgiens pour l'intégration de l'EK et de l'EA dans les systèmes de santé • Mettre en place une collaboration avec la rage pour les programmes éducatifs sur la vermifugation en même temps que les chiens sont vaccinés contre la rage (EK)
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Faible sensibilisation à la maladie dans les communautés rurales où se font les abattages dans des environnements communautaires. Les chiens sont nourris avec les organes des animaux abattus (EK) • La chirurgie est parfois mal effectuée	• Mettre au point des cours de formation pour le personnel médical portant sur le diagnostic et la prise en charge clinique de l'EA et de l'EK dans les zones rurales des pays touchés • Assurer une éducation communautaire fondée sur les valeurs locales (personnes locales, langue et culture locales) pour améliorer l'efficacité des interventions pour les deux types d'infections et améliorer les pratiques sûres pour l'abattage (EK) • Renforcer la capacité de triage de la maladie et de réalisation des échographies • Renforcer les capacités de surveillance systémiques et du personnel y compris pour les tests sur les animaux

Trématodoses d'origine alimentaire

Les trématodoses d'origine alimentaire sont causées par des vers trématodes (« douves ») : *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felineus* (appelés collectivement « petites douves du foie »), *Fasciola hepatica*, *Fasciola gigantica* et plusieurs espèces de *Paragonimus*.

Maladie et épidémiologie

- Les trématodoses d'origine alimentaire sont causées par des vers trématodes (« douves ») : *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felineus* (appelés collectivement « petites douves du foie »), *Fasciola hepatica*, *Fasciola gigantica* et plusieurs espèces de *Paragonimus*.
- Cette maladie provoque :
  - de fortes douleurs dans la région abdominale, un malaise général, une inflammation et une fibrose du foie (clonorchiase, opisthorchiase et fasciolase) ;
  - un cancer mortel des canaux biliaires (clonorchiase et opisthorchiase), un blocage, des coliques et un ictère (fasciolase) ; et
  - une toux chronique avec des traces de sang ; des douleurs thoraciques et de la dyspnée.
- L'infection résulte de la consommation d'aliments crus ou insuffisamment cuits (poissons d'eau douce, végétaux aquatiques, crabes et écrevisses).
- La transmission est maintenue par le cycle de vie zoonotique, en particulier chez le chat et le chien.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Infections par trématodes incluses dans la stratégie de chimiothérapie préventive conventionnelle	S.o.	Projets pilotes réalisés dans 10 pays[1]
Population à risque traitée par une chimiothérapie préventive	75 %	S.o.
Morbidité due aux infections par des trématodes d'origine alimentaire contrôlée dans tous les pays d'endémie	100 %	S.o.

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• AMM par triclabendazole (espèces de *Fasciola*) et praziquantel (petites douves du foie et espèces de *Paragonimus*)
WASH	• Élimination sûre des matières fécales • Accès à de l'eau salubre
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	• Traitement du bétail et d'autres animaux domestiques
Prise en charge thérapeutique	• Médicaments anthelminthiques (praziquantel, triclabendazole) • Méthodes PAIR, chirurgie (y compris hépatectomie partielle)
Autre	• Pratiques alimentaires saines (préparation et stockage, changements d'alimentation) • Éducation sanitaire communautaire multisectorielle sur les pratiques WASH (p. ex. assainissement) et interventions « Une seule santé » (p. ex. traitement des animaux domestiques, cuisson des déchets de poisson avant de les donner à manger aux animaux) • Bonnes pratiques de gestion dans la pisciculture (sécurité de l'approvisionnement, tenue des animaux à l'écart des bassins des poissons)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays où la lutte a été intensifiée[2] dans les zones d'hyperendémie[3]	S.o.	3/92 (3 %)	6/92 (7 %)	11/92 (12 %)

[1] Opisthorchiase (Cambodge, République démocratique populaire lao, Thaïlande, Vietnam) ; clonorchiase (Chine, République de Corée) ; fasciolase (État plurinational de Bolivie, Pérou) ; paragonimose (Philippines, Vietnam).

[2] Administration de masse de médicaments conformément au calendrier recommandé à la fois chez l'homme et les animaux, gestion sécurisée des matières fécales, éducation communautaire régulière.

[3] À définir dans les lignes directrices mondiales pour la lutte contre les trématodoses d'origine alimentaire.

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité[1]

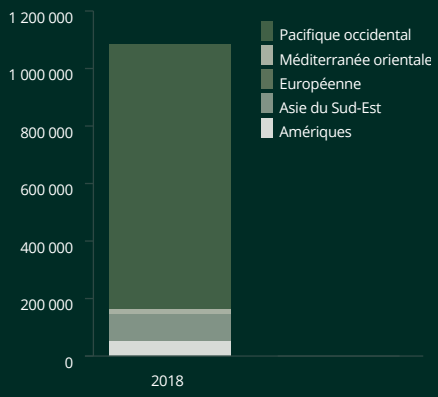
200 000
nouveaux cas par an

Environ 7000
morts par an

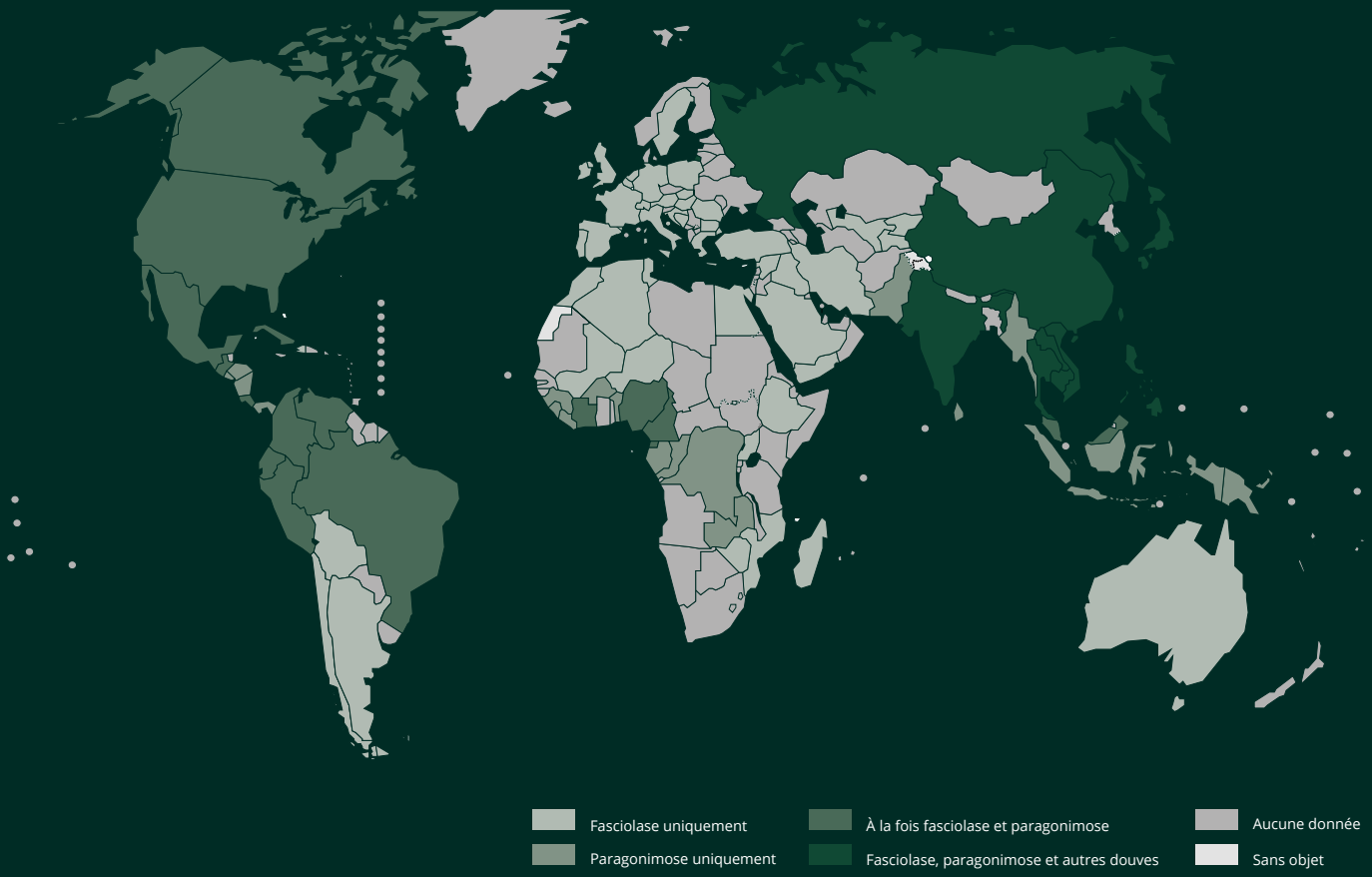
Environ 1,1 million
de DALY en 2016

Il n'existe pas de données précises sur l'incidence et la prévalence. Les maladies sont endémiques dans 92 pays sur tous les continents à l'exception de l'Antarctique.

DALY par Région[2] en 2016



Répartition des trématodoses d'origine alimentaire dans le monde[3]



[1] La présence est très localisée.
[2] Données non disponibles dans la Région africaine ; dans les autres Régions, risque de sous-estimation du fait du manque de données fiables.
[3] Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Trématodoses d'origine alimentaire : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Albis Gabrielli

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Élaborer des méthodes et des outils précis de surveillance et de cartographie, avec des informations sur les facteurs environnementaux impliqués dans l'infection.
- Estimer le nombre de comprimés nécessaires pour la lutte et solliciter des dons de praziquantel.
- Promouvoir l'application et sensibilisation à des interventions de chimiothérapie préventive, WASH et « Une seule santé », évaluer leur impact et utiliser les résultats pour la formation du personnel de santé.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Quelques connaissances sur le cycle de vie des parasites ; cependant, l'implication des différentes espèces dans la transmission est mal connue • La maladie est fortement localisée au sein des pays	• Réalisation d'études d'éco-épidémiologie • Comprendre la sensibilité et l'implication des différentes espèces animales (y compris les espèces de poissons) • Comprendre le mode de transmission et le processus/la voie impliqués dans la cause de la maladie • Comprendre les associations avec d'autres maladies (co-infections et effets de protection) (p. ex. leptospirose, maladies non transmissibles) pour orienter les stratégies de lutte
Tests diagnostiques	• Le diagnostic clinique, des techniques parasitologiques (p. ex. détection d'œufs dans les selles) ou l'analyse d'urine sont utilisés • L'imagerie est utilisée pour diagnostiquer la morbidité • Des techniques sérologiques sensibles et des techniques moléculaires (PCR) en sont au stade expérimental	• Terminer le développement et l'évaluation des techniques sérologiques plus sensibles et de PCR, en particulier pour *Fasciola* • Mettre au point un diagnostic différentiel sur le lieu de soins pour les douves intestinales et hépatiques
Intervention efficace	• Des mesures préventives efficaces (chimiothérapie préventive, éducation, assainissement et pratiques alimentaires saines) sont connues, mais rarement appliquées	• Aucune entrave à l'objectif

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/foodborne_trematode_infections/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Il n'existe aucun manuel sur une approche de santé publique pour une lutte au niveau mondial • Il existe quelques orientations dans certains pays	• Élaborer des orientations mondiales pour la lutte • Élaborer un manuel pour les interventions de santé publique dans les zones à haut risque • Définir des objectifs nationaux, élaborer une stratégie nationale et adapter les orientations mondiales au contexte spécifique de chaque pays
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Le faible engagement des pays se traduit par une sous-utilisation d'interventions efficaces	• Promouvoir la mise en œuvre de mesures efficaces, évaluer leur impact et diffuser les résultats pour la formation du personnel de santé • Mettre en œuvre des tests diagnostiques nouvellement mis au point dans les régions d'endémie au moment de l'évaluation
Surveillance et évaluation	• La charge de morbidité chez l'homme et chez les animaux n'est pas bien comprise • Aucune évaluation du nombre de personnes à risque n'est disponible dans chaque pays d'endémie	• Estimer le nombre de personnes à risque par pays • Élaborer des méthodes précises de surveillance et de cartographie, en particulier intégrant des informations sur les facteurs environnementaux impliqués dans l'infection • Signaler les changements de l'incidence de cancers hépatiques liés à la lutte contre ces maladies • Établir un lien entre le registre des cancers et les zones d'hyperendémie
Accès et logistique	• Dons de triclabendazole par Novartis garanti jusqu'en 2022 (600 000 comprimés/an) • Les pays peuvent faire la demande de dons de comprimés de triclabendazole par l'intermédiaire de l'OMS	• Garantir l'accès au praziquantel (le nombre de comprimés nécessaires pour la lutte doit être estimé)
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Les techniques d'imagerie sont capitales • Les communautés éloignées et marginalisées sont difficiles à toucher	• Augmenter l'accès aux tests diagnostiques par imagerie pour une utilisation dans des contextes où les ressources sont limitées • Augmenter l'interconnectivité entre les services de prévention et de traitement • Intégrer la prise en charge thérapeutique dans le système de soins de santé (p. ex. programme de dépistage CASCAP)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Aucun groupe de plaidoyer énergique n'est en capacité de donner une vision mondiale de ces maladies • Restrictions du fait du manque de financement	• Créer et maintenir un groupe de plaidoyer pour les trématodoses d'origine alimentaire • Solliciter un financement pour mener les actions essentielles nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030
Collaboration et action multisectorielle	• L'OMS encourage l'inclusion des douves dans les objectifs des interventions de chimiothérapie préventive • L'OMS, la FAO et l'OIE collaborent en vue de promouvoir l'approche « Une seule santé »	• Motiver l'action et promouvoir la mobilisation pour toutes les trématodoses d'origine alimentaire • Inciter les pays à élaborer leurs mesures en se fondant sur les exemples de lutte multisectorielle contre *O. virerrini* en Thaïlande • Coordonner la lutte avec celle contre la tuberculose et d'autres maladies (p. ex. recherche de cas dans des zones de forte endémie pour la paragonimose) • Mettre au point une collaboration multisectorielle au niveau national pour la mise en œuvre d'approches « Une seule santé »
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Connaissances limitées sur la maladie au sein des populations à risque et du personnel soignant	• Formation pour le personnel soignant et le personnel vétérinaire sur le diagnostic et le traitement • Sensibiliser et renforcer l'éducation WASH et « Une seule santé » pour favoriser le changement comportemental

Trypanosomiase humaine africaine

(gambiense)

La trypanosomiase humaine africaine gambiense est causée par une infection par *Trypanosoma brucei gambiense*. Elle touche principalement l'homme, mais on trouve également le parasite chez l'animal.

Maladie et épidémiologie

- La trypanosomiase humaine africaine gambiense (THAg) est causée par l'infection par *Trypanosoma brucei gambiense* et représente 98 % des cas de THA.
- La THAg touche principalement l'homme, mais le parasite peut également être présent chez les animaux.
- La THAg provoque une infection chronique (en deux phases) : poussées de fièvre, céphalées, arthralgies et fréquemment un grossissement des ganglions lymphatiques (phase hémolymphatique) et perturbation du sommeil, changements comportementaux, perturbations sensorielles et motrices (phase neurologique) lorsque le parasite traverse la barrière hémato-encéphalique.
- La THA est principalement transmise par la piqûre d'une mouche tsé-tsé infectée du genre *Glossina* ; d'autres modes de transmission incluent le mode mère-enfant.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Nombre de cas de THA déclarés (élimination mondiale de la THA en tant que problème de santé publique)	<2000	<1000

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Approvisionnement en eau salubre pour réduire le contact avec les mouches tsé-tsé
Lutte antivectorielle	• Appâts et pièges, y compris moustiquaires imprégnées
Santé publique vétérinaire	• Traitement des animaux (bétail, cochons), application restreinte d'insecticides
Prise en charge thérapeutique	• Médicaments utilisés pour le traitement de la THAg : pentamidine (phase hémolymphatique), eflornithine et nifurtimox (phase neurologique), fexinidazole (phase hémolymphatique et phase neurologique non grave)
Autre	• Les cas sont détectés par un dépistage actif (unités mobiles se rendant dans des villages dans des zones d'endémie et dépistant l'ensemble de la population) et passif (cas cliniques présumés se rendant dans les établissements de santé)

Risques nécessitant une atténuation

- Impossibilité de détecter et de traiter en raison du conflit et de l'instabilité politique dans le pays le plus touché
- Manque d'intégration des activités dans un système de santé défaillant
- Dans le cadre de l'approche d'élimination, les infections asymptomatiques et les réservoirs animaux pourraient engendrer une récidive
- Réduction de la surveillance au moment où aucun cas n'est signalé localement, ou arrêt des activités dans des contextes de faible prévalence

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays réalisant la vérification de l'interruption de la transmission	0	0	5 (21 %)	15 (62 %)
Nombre de cas de THAg signalés	<1000	500	200	0

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

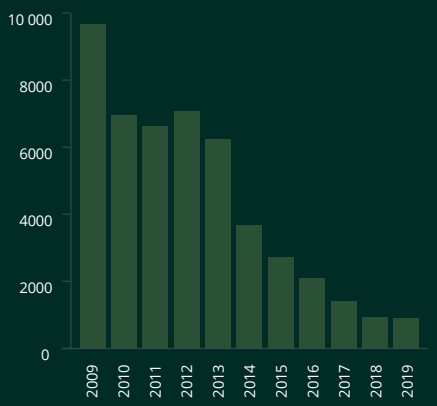
Moins de 1000
cas signalés en 2019

53 millions
de personnes à risque[1]

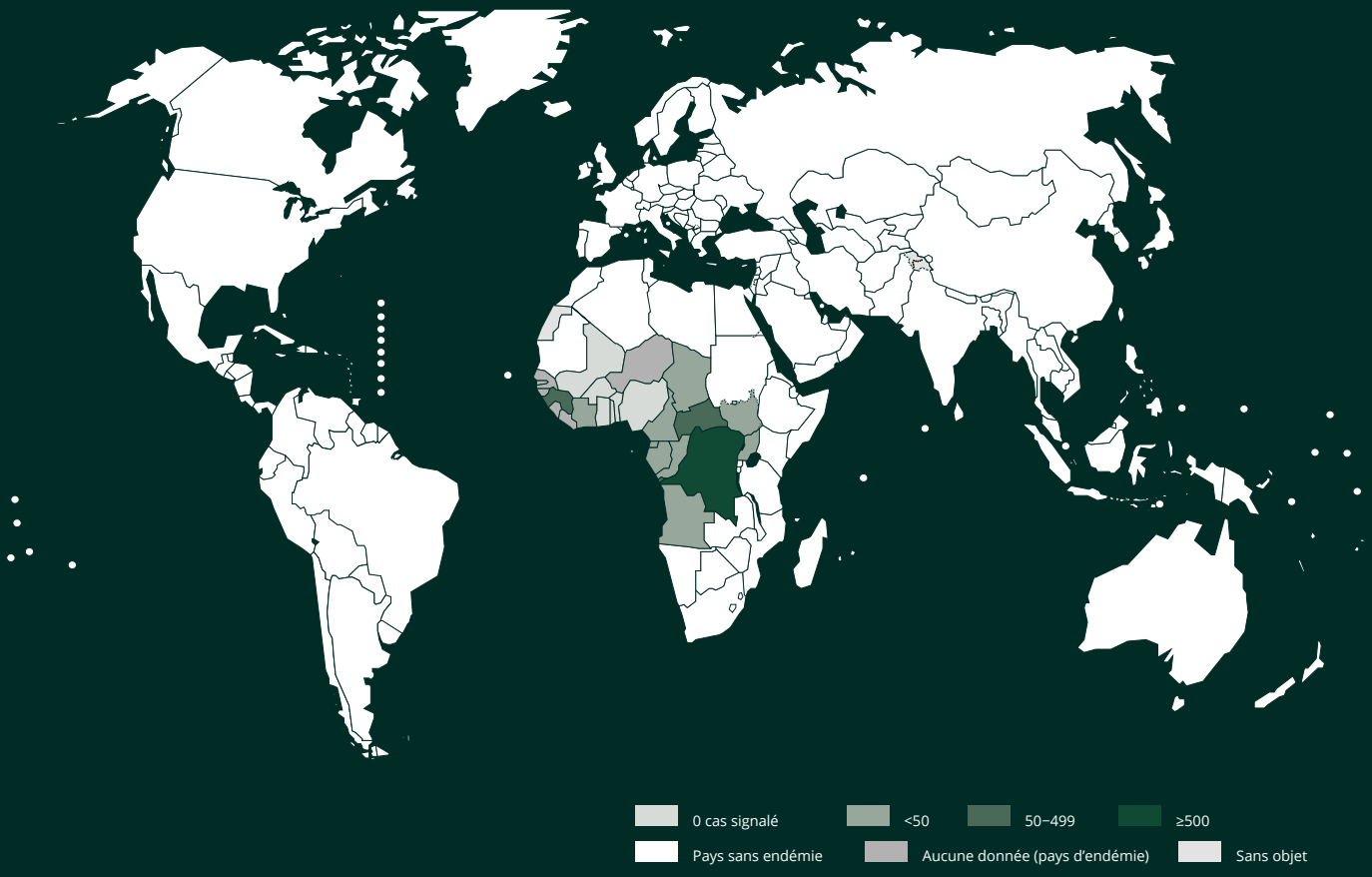
24
pays d'endémie

La THA est endémique en Afrique subsaharienne.

Nombre de cas de THAg, 2009-2019



Répartition de la trypanosomiase humaine africaine (gambiense), 2019



[1] Franco JR, Cecchi G, Priotto G, Paone M, Diarra A, Grout L, et al. Monitoring the elimination of human African trypanosomiasis: update to 2016. PLoS Negl Trop Dis. 2018; 12(12):e0006890.

THA (gambiense) : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Andy Craggs

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Intégrer les activités de lutte et de surveillance dans le système de santé périphérique ; identifier et préparer des sites sentinelles pour la surveillance post-élimination.
- Élaborer un plan de financement à long terme, incluant des campagnes pour la mobilisation de ressources afin de pouvoir satisfaire les besoins.
- Renforcer l'appropriation par les pays d'endémie de l'élimination et des objectifs par un plaidoyer auprès des autorités de santé et des chefs d'État dans le contexte de la diminution du nombre de cas.
- Soutenir le développement de traitements efficaces et de tests diagnostiques spécifiques et d'un bon rapport coût/efficacité (pour le diagnostic et la surveillance), et adapter le traitement et la lutte antivectorielle aux contextes de faible prévalence.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Importantes lacunes dans les connaissances sur la transmission de la maladie (p. ex. infections latentes chez l'homme, rôle des réservoirs animaux) • La situation épidémiologique n'est pas bien connue dans certaines zones géographiques	• Évaluer le rôle des éléments épidémiologiques (p. ex. infections latentes chez l'homme, rôle de la peau en tant que réservoir, rôle des réservoirs animaux), combler les lacunes dans la compréhension de l'épidémiologie et surveiller le changement environnemental • Comprendre la prévalence de l'infection dans des régions où la surveillance est faible ou limitée • Suivre l'impact des changements environnementaux et climatiques
Tests diagnostiques	• Faire un dépistage avec des tests sérologiques ; confirmer la présence du parasite (dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalo-rachidien) • Déterminer le stade de la progression par une analyse du liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction lombaire • Des outils de dépistage sont disponibles, mais ne sont pas parfaits. Les outils de confirmation actuels sont encombrants • Disponibilité limitée d'outils pour évaluer l'absence de la maladie • Différentes initiatives (DiTECT, FIND, IRD, ITM) développent et évaluent actuellement de nouveaux outils et protocoles pour le dépistage et le diagnostic • La recherche de cas (active et passive) est la principale activité de la lutte et la surveillance	• Mettre au point des outils de diagnostic/détection adaptés pour le terrain (p. ex. diagnostic simplifié qui ne nécessite pas un test de confirmation par microscopie) • Assurer l'évaluation indépendante et multicentrique de nouveaux outils
Intervention efficace	• Les interventions en cours sont efficaces, mais doivent être adaptées à la situation épidémiologique en évolution • Les outils pour la lutte antivectorielle ont démontré leur utilité dans la réduction de la transmission de la maladie lorsqu'ils sont stratégiquement déployés et coordonnés avec une intervention médicale • Des essais de nouveaux médicaments plus simples sont en cours	• Adapter les interventions à un nouveau scénario épidémiologique de faible et très faible prévalence et intégration dans le système de santé pour en garantir la pérennité • Mettre au point une dose unique orale efficace pour les deux phases (p. ex. acoziborole) pour faciliter l'intégration du traitement dans le système de santé primaire. • Mettre au point une formulation pédiatrique du traitement oral pour les enfants de moins de six ans

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/trypanosomiasis_african/en/

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Une stratégie mondiale est définie en vue de réussir l'élimination • Des lignes directrices opérationnelles sont définies pour différents contextes • La vérification de l'élimination de la THA n'est pas au point et les outils sont limités	• Élaborer et adopter des orientations pour l'évaluation de l'élimination en tant qu'interruption de la transmission (comment mesurer que la THA est réellement éliminée). • Élaborer des orientations pour cibler les activités de lutte antivectorielle • Envisager des algorithmes de diagnostic de moindre spécificité si des traitements plus sûrs deviennent disponibles
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La lutte et la surveillance de la THA sont menées par des programmes nationaux de lutte contre la maladie du sommeil avec le soutien du réseau de l'OMS pour l'élimination de la THA qui coordonne les parties prenantes pour la lutte et la surveillance de la THA	• Participer à des efforts faisant la promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU). Il est nécessaire que des efforts soient fournis par des pays en vue d'intégrer la lutte et la surveillance dans des systèmes de santé nationaux renforcés
Surveillance et évaluation	• L'Atlas THA est un outil utile pour la planification et le suivi des activités de lutte et d'élimination • Des indicateurs mondiaux et des méthodes sont disponibles pour la validation de l'élimination de la THA en tant que problème de santé publique	• Utiliser les données de répartition et des outils de cartographie des cas pour mieux cibler les activités de recherche de cas • Mieux comprendre la couverture de la population dépistée pour pouvoir se focaliser sur la population à risque (p. ex. élaboration d'une méthodologie d'évaluation, transfert du processus aux programmes de surveillance nationaux) • Solliciter un soutien financier et technique pour la validation et la vérification • Mettre au point un test à grand débit pour évaluer l'élimination et la surveillance post-élimination avec des échantillons dans un laboratoire de référence • Renforcer la logistique par la définition de sites de surveillance sentinelles dotés de personnel formé et de matériel
Accès et logistique	• L'accès au traitement est garanti à 100 % par des dons de fabricants et la distribution est assurée par l'OMS jusqu'en 2020 • L'accès au dépistage et au diagnostic n'est pas garanti et la distribution d'outils de diagnostic n'est pas systématique	• Garantir la disponibilité et l'accès à des outils de diagnostic de la THA par l'implication des fabricants
Infrastructures et personnel de soins de santé	• L'acquisition d'expérience est compliquée par la diminution du personnel formé pour la THA et de la prévalence • L'intégration des activités de lutte et de surveillance est difficile dans un système de santé fragile	• Intégrer les activités de lutte et de surveillance dans le système de santé périphérique ; identifier et préparer des sites sentinelles pour la surveillance post-élimination • Élaborer des plans nationaux pour la formation du personnel, sensibilisation et motivation au sein des systèmes de santé nationaux
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Un financement important (Gouvernement belge, Sanofi, Bayer et Fondation Bill & Melinda Gates) est garanti pour les deux à cinq prochaines années, mais une extension est nécessaire pour un soutien à long terme • Les pays d'endémie ne s'approprient pas assez le processus et les objectifs de l'élimination	• Élaborer un plan de financement à long terme, incluant une campagne pour la mobilisation de ressources afin de satisfaire les besoins • Maintenir le soutien actuel pour assurer la pérennité des bénéfices actuels (p. ex. travail de pression pour éviter l'épuisement des donateurs) • Renforcer l'appropriation du processus d'élimination et des objectifs par les pays d'endémie par un plaidoyer auprès des autorités de santé et des chefs d'État (p. ex. PATTEC) dans le contexte d'une diminution du nombre de cas
Collaboration et action multisectorielle	• Le réseau de l'OMS pour l'élimination de la THA fournit un cadre dans lequel les activités qui sont menées par ses membres sont coordonnées, pour faciliter la lutte et la surveillance de la THA • Interface de la trypanosomiase animale (approche « Une seule santé ») grâce à l'initiative de la FAO et du PLTA (Programme de lutte contre la trypanosomose africaine). • Collaboration avec plusieurs autres programmes sur les MTN (p. ex. ulcère de Buruli, dracunculose et lèpre, pour la recherche de cas)	• Améliorer la collaboration transfrontalière pour l'élimination des foyers transfrontaliers • La coordination par l'OMS de pays et d'autres parties prenantes doit être assurée pour optimiser les synergies • Créer une collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme pour le diagnostic et la lutte antivectorielle • Intégrer les interventions entre la trypanosomiase zoonotique et la trypanosomiase anthropomorphique (approche « Une seule santé »)
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Le Cours international sur la trypanosomiase humaine africaine (ICAT) couvre les aspects essentiels pour renforcer la capacité des programmes • Efforts fournis par plusieurs partenaires (IRD, ITM, FIND, DNDi, Makerere University) en coordination avec les SSNCP (Programmes nationaux de lutte contre la maladie du sommeil)	• Renforcer les capacités (p. ex. formation en cascade/recyclage) pour les services de traitement • Mettre au point une formation pour transférer l'expertise de la THA des programmes de la THA vers les systèmes de santé nationaux

Trypanosomiase humaine africaine

(rhodesiense)

La trypanosomiase humaine africaine rhodesiense est causée par une infection par *Trypanosoma brucei rhodesiense*. C'est une zoonose (chez les animaux sauvages et domestiques) qui touche parfois l'homme.

Maladie et épidémiologie

- La trypanosomiase humaine africaine rhodesiense (THAr) est causée par une infection par *Trypanosoma brucei rhodesiense* et représente 2 % de tous les cas de THA.
- La THAr est une zoonose (chez les animaux sauvages et domestiques) qui touche occasionnellement l'homme.
- La THAr provoque une infection aiguë qui se développe rapidement au début avec des accès de fièvre, un chancre au niveau du site de l'infection, des maux de tête, des douleurs articulaires et souvent des symptômes cardiaques et rénaux (stade hémolymphatique) et des troubles du sommeil, des changements comportementaux, une confusion, et des troubles sensoriels et moteurs (stade neurologique) lorsque le parasite traverse la barrière hémato-encéphalique et envahit le système nerveux central.
- La THA se transmet principalement par la morsure d'une mouche tsé-tsé infectée du genre *Glossina* ; d'autres modes de transmission existent, notamment de la mère à l'enfant.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Nombre de cas de THA notifiés (élimination mondiale de la THA en tant que problème de santé publique)	<2000	<1000

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Approvisionnement en eau salubre pour réduire le contact avec les mouches tsé-tsé
Lutte antivectorielle	• Pulvérisation d'insecticide sur le bétail • Appâts et pièges, notamment les écrans imprégnés d'insecticide • Libération d'insectes stériles
Santé publique vétérinaire	• Traitement des animaux (bovins, porcs), application restreinte d'insecticides
Prise en charge thérapeutique	• Médicaments utilisés pour le traitement de la THAr : suramine (stade hémolymphatique) et mélarsoprol (stade neurologique)
Autre	• Les cas sont détectés principalement par dépistage passif (cas cliniques suspects qui se présentent à des établissements de santé)

Risques nécessitant une atténuation

- Difficultés liées à l'intégration des activités dans un système de santé fragile
- Cessation des activités dans les milieux où la prévalence est faible

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays dans lesquels l'élimination de la THA en tant que problème de santé publique est validée (définie comme <1 cas/10 000 personnes par an, dans chaque district de santé du pays, en moyenne sur les cinq précédentes années)	0	2 (15 %)	4 (31 %)	8 (61 %)
Zones avec ≥1 cas de THA pour 10 000 personnes par an (moyenne sur cinq ans)	10 000 km^2	5000 km^2	2000 km^2	0

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

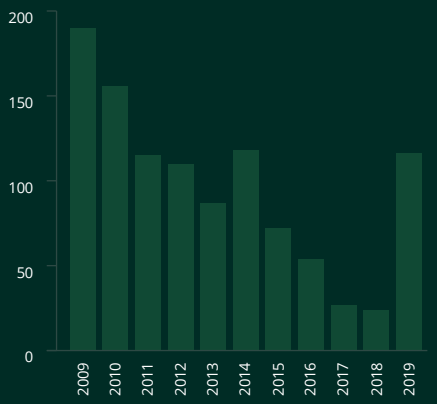
116
cas en 2019

4 millions
de personnes à risque[1]

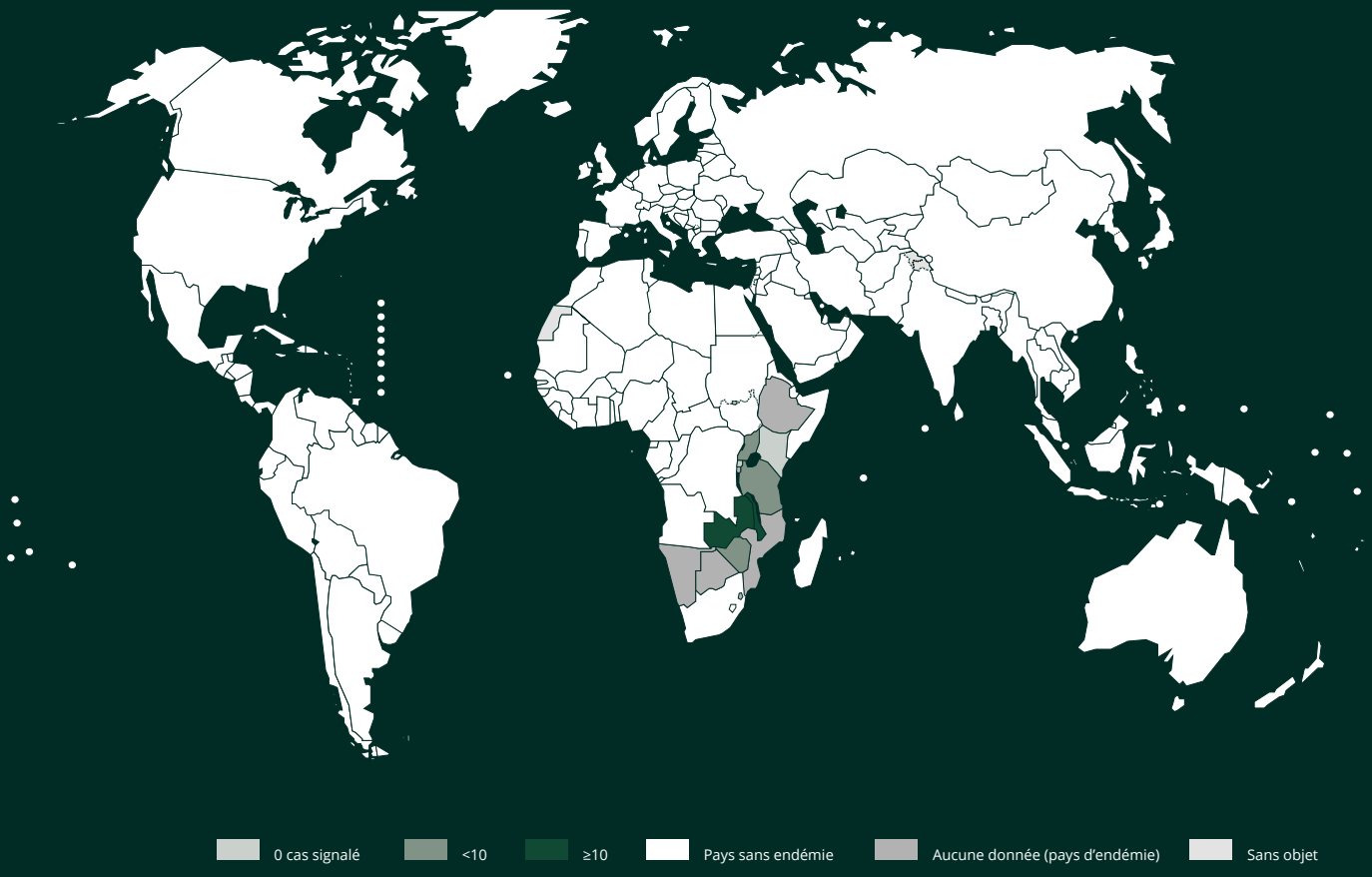
13
pays d'endémie

La THA est endémique en Afrique subsaharienne.

Nombre de cas de THAr, 2009-2019



Répartition de la trypanosomiase humaine africaine (rhodesiense), 2019



[1] Franco JR, Cecchi G, Priotto G, Paone M, Diarra A, Grout L, et al. *Monitoring the elimination of human African trypanosomiasis*: update to 2016. PLoS Negl Trop Dis. 2018; 12(12):e0006890.

THA (rhodesiense) : évaluation des actions nécessaires pour atteindre les sous-cibles 2030

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Mettre au point de nouveaux outils adaptés au terrain pour détecter les cas de THAr (p. ex. TDR) en vue d'une utilisation dans les établissements de soins de santé primaires, et un traitement sûr et efficace.
- Intégrer la lutte et la surveillance dans les systèmes de santé nationaux, et renforcer les capacités au moyen de plans nationaux de formation, de sensibilisation et de motivation destinés au personnel de santé.
- Coordonner la lutte antivectorielle et la prise en charge de la trypanosomiase animale entre les pays, les parties prenantes et d'autres secteurs (p. ex. le tourisme et la faune sauvage) par l'intermédiaire d'organismes nationaux multisectoriels afin de maximiser les synergies.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Une zoonose dont les animaux sauvages et domestiques sont les principaux réservoirs et jouent un rôle central dans la transmission à l'homme • Il existe des zones géographiques dans lesquelles la situation épidémiologique n'est pas bien connue • Les facteurs de risque de flambée épidémique ne sont pas bien compris	• Comprendre la prévalence de l'infection dans les régions où la surveillance est insuffisante ou limitée • Comprendre les facteurs de risque de flambée épidémique
Tests diagnostiques	• Il n'y a pas de tests sérologiques disponibles et pas de recherche en cours • Diagnostic par détection du parasite (dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien) • Détermination du stade de la maladie par examen du liquide céphalorachidien prélevé par ponction lombaire • L'utilisation élargie du TDR pour le paludisme a réduit l'utilisation de la technique de diagnostic par frottis sanguin requise	• Mettre au point de nouveaux outils adaptés au terrain pour détecter les cas de THAr (p. ex. TDR) en vue d'une utilisation • dans les établissements de soins de santé primaires (dépistage ou diagnostic) • Inclure la microscopie sanguine dans les algorithmes cliniques et de laboratoire
Intervention efficace	• La principale intervention est la lutte contre les vecteurs et les réservoirs animaux (p. ex. traitement des animaux, application d'insecticides chez les bovins) • La détection et le traitement précoces des cas réduisent l'impact de la maladie chez l'homme • Le traitement disponible est toxique ; des essais visant à évaluer de nouveaux médicaments plus simples (p. ex. fexinidazole) sont en cours	• Mettre au point des traitements sûrs et efficaces (p. ex. fexinidazole, acoziborole) pour remplacer les traitements toxiques à base d'arsenic (mélarsoprol)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/trypanosomiasis_african/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Une stratégie mondiale de lutte est en place • L'Atlas de la THA est un outil utile pour la planification et le suivi des activités de lutte et d'élimination	• Préparer des lignes directrices pour maximiser l'utilisation d'outils de lutte antivectorielle adaptés à différents environnements au besoin • Favoriser une approche multisectorielle • Élaborer des stratégies pour l'approche « Une seule santé » afin de réduire la transmission de l'animal (animaux d'élevage et animaux sauvages) à l'homme
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La lutte et la surveillance de la THA sont dirigés par les programmes nationaux de lutte contre la maladie du sommeil avec le soutien du réseau de l'OMS pour l'élimination de la THA qui coordonne les parties prenantes sur la lutte et la surveillance de la THA • L'appropriation par les pays d'endémie du processus d'élimination de la THA en tant que problème de santé publique est insuffisante	• Renforcer l'appropriation du processus d'élimination et des cibles par les pays d'endémie • Intégrer la lutte contre la THA (y compris le traitement) et les activités de surveillance dans les systèmes de santé
Surveillance et évaluation	• Des indicateurs mondiaux et des méthodes de validation de l'élimination de la THA en tant que problème de santé publique sont disponibles • La sous-détection demeure une préoccupation	• Utiliser les données de répartition et les outils de cartographie des cas pour améliorer la recherche ciblée des cas • Renforcer les activités de détection des cas humains • Garantir un support technique pour le processus de validation • Renforcer la surveillance par la mise en place de sites de surveillance sentinelle dotés de personnels formés et d'équipements
Accès et logistique	• L'accès au traitement est assuré à 100 % par des dons de médicaments distribués par l'OMS	• Si de nouveaux outils de diagnostic deviennent disponibles, leur logistique et leur approvisionnement doivent être assurés
Infrastructures et personnel de soins de santé	• La diminution des personnels qualifiés en matière de THA et la prévalence de la maladie font qu'il est difficile d'acquérir de l'expérience • L'intégration des activités de lutte et de surveillance dans un système de santé fragile est difficile • L'utilisation généralisée des TDR pour le paludisme réduit les possibilités de la microscopie pour détecter la THAr	• Élaborer des plans nationaux de formation, de sensibilisation et de motivation du personnel au sein des systèmes de santé nationaux • Renforcer les systèmes de santé périphériques (le leadership des pays est nécessaire)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• En raison de la faible prévalence de la THA, il existe un important déficit de financement pour les activités de lutte et de recherche	• Garantir un soutien financier pour le processus de validation • Élaborer un plan de financement à long terme, y compris une campagne visant à mobiliser des ressources pour répondre aux besoins • Plaider en faveur des donateurs extérieurs et de l'appropriation nationale • Contribuer aux efforts en faveur de la couverture sanitaire universelle • Renforcer les organismes de coordination au niveau continental pour une action intégrée contre la trypanosomiase chez l'homme et l'animal
Collaboration et action multisectorielle	• Le réseau de l'OMS pour l'élimination de la THA fournit un cadre dans lequel les activités menées par ses membres sont coordonnées, facilitant la lutte et la surveillance de la THA • Des interventions « Une seule santé » contre la trypanosomiase chez l'homme et l'animal sont mises en œuvre dans certains pays en coordination avec la FAO dans le cadre de l'initiative PAAT	• Créer des organismes intersectoriels pour combattre la trypanosomiase à l'échelle nationale • Renforcer la collaboration transfrontalière pour éliminer les foyers transfrontaliers • Coordonner la lutte antivectorielle et la prise en charge de la trypanosomiase animale entre les pays, les parties prenantes et d'autres secteurs (p. ex. le tourisme, la faune sauvage) par l'intermédiaire d'organismes nationaux multisectoriels afin de maximiser les synergies • Coordonner les activités avec le Programme mondial de lutte antipaludique pour utiliser la microscopie dans certains cas • Renforcer les organismes de coordination au niveau continental pour une action intégrée contre la trypanosomiase chez l'homme et l'animal
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Le cours international sur la trypanosomiase africaine couvre des aspects clés pour soutenir les capacités des programmes • Des efforts sont nécessaires pour maintenir les capacités de diagnostic et de traitement soutenues par l'OMS, les Programmes nationaux de lutte contre la maladie du sommeil et d'autres partenaires (IRD, ITM, FIND, DNDi, Makerere University et d'autres)	• Renforcer le développement des capacités, y compris la formation, pour faire passer l'expertise en matière de THA des programmes spécialisés de lutte contre la THA aux systèmes de santé nationaux • Élaborer des orientations et des manuels pour améliorer la prise en charge des patients dans les zones d'endémie

Leishmaniose (cutanée)

La leishmaniose cutanée est causée par une infection par un parasite protozoaire du genre *Leishmania*, qui est transmis par la piqûre de phlébotomes femelles. Elle est associée au déplacement de populations, à l'insalubrité des logements, à un manque de ressources financières, à la malnutrition et à une fragilité du système immunitaire.

Maladie et épidémiologie

- La leishmaniose cutanée (LC) est causée par une infection par un parasite protozoaire du genre *Leishmania*, qui est transmis par la piqûre de phlébotomes femelles ; seulement 10 à 25 % des personnes infectées par le parasite Leishmania développent la maladie.
- La LC provoque des lésions cutanées (principalement des ulcères), laissant des cicatrices définitives et une incapacité sévère, une stigmatisa-tion et des problèmes de santé mentale (en particulier chez les jeunes filles) ; la leishmaniose cutanéomuqueuse peut entraîner de graves mutilations, spécialement sur le visage.
- La LC est associée au déplacement de populations, à l'insalubrité des logements, à un manque de ressources financières, à la malnutrition et à une fragilité du système immunitaire.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Pourcentage de cas signalés dans la Région Méditerranée orientale	70 %	Estimation ~20 %
Pourcentage de tous les cas signalés traités/pris en charge conformément aux lignes directrices	≥90 %	Inconnu

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	S.o.
Lutte antivectorielle	• Pulvérisation d'insecticide, moustiquaires imprégnées d'insecticide et gestion de l'environnement
Santé publique vétérinaire	• Lutte contre les rongeurs
Prise en charge thérapeutique	• La prise en charge de la leishmaniose dépend de plusieurs facteurs, notamment du type de maladie, des pathologies concomitantes, de l'espèce de parasite et du lieu géographique. Le traitement local inclut des antimoniés pentavalents, la paromomycine, la cryothérapie et la thermothérapie. Les médicaments systémiques incluent l'amphotéricine B liposomale, les antimoniés pentavalents et la miltéfosine.
Autre	• Diagnostic précoce (tests de diagnostic rapide combinés à des signes cliniques) et traitement rapide

Risques nécessitant une atténuation

- En l'absence d'un traitement topique indolore, il est très difficile de faire en sorte que les patients qui présentent des lésions mineures se fas-sent diagnostiquer et traiter
- Pour obtenir les équipements et dispositifs médicaux pour traiter environ 150 000 nouveaux cas par an, il faudra disposer d'environ 7 à 8 millions de dollars des États-Unis. Jusqu'à présent, aucun financement national ou donateur externe n'a engagé ce niveau de financement

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays dans lesquels : 85 % du nombre total de cas ont été détectés[1] et signalés et 95 % des cas signalés sont traités	S.o.	44/87 (51 %)	66/87 (76 %)	87/87 (100 %)

[1] Détectés par une recherche active de cas et/ou une surveillance passive renforcée.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

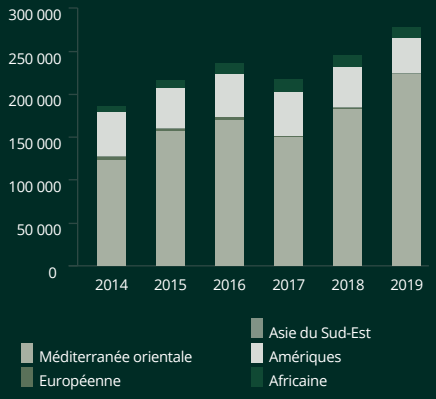
277 224
nouveaux cas signalés en 2019[1]

Environ 260 000
DALY en 2017[2]

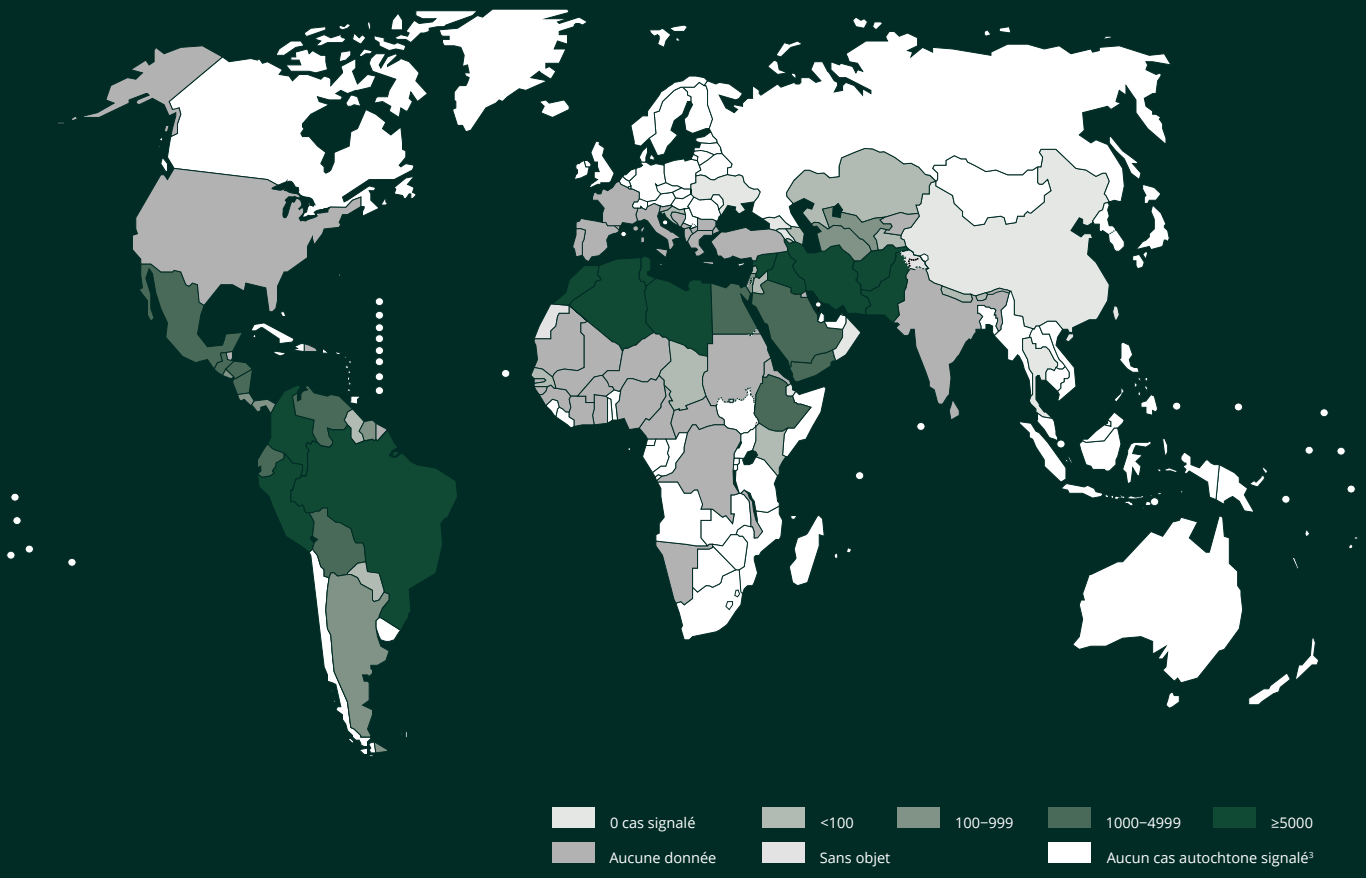
Environ 87 pays sont d'endémie pour la LC (2016).

En 2016, environ 80 % des nouveaux cas signalés de LC se sont produits dans neuf pays (Afghanistan, Algérie, Brésil, Colombie, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, République islamique d'Iran et Yémen).

Nombre de nouveaux cas de LC signalés par Région de l'OMS, 2014–2019



Nombre de nouveaux cas signalés, 2019



[1] Il s'agit probablement d'un signalement inférieur au nombre réel.
[2] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd).
[3] Appelé aussi pays sans endémie.

Leishmaniose (cutanée) : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Christopher Black

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Développer et intensifier un traitement oral ou topique facile d'utilisation et susceptible d'être utilisé dans les centres de santé.
- Améliorer l'abordabilité et la sensibilité du test de diagnostic rapide pour la détection des cas, et la disponibilité du traitement.
- Estimer la charge de la maladie en améliorant la surveillance, et créer une base de données de patients pour assurer une surveillance efficace de l'impact des interventions de lutte.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension incomplète des barrières et des facteurs liés aux faibles taux de diagnostic, de traitement et de signalement • Les animaux constituent un réservoir important de la maladie	• Identifier les obstacles à l'amélioration des taux de diagnostic, de traitement et/ou de signalement grâce à la recherche • Améliorer la compréhension du cycle de vie du vecteur pour une lutte antivectorielle plus efficace • Réaliser des enquêtes d'incidence dans les pays d'endémie pour mieux comprendre l'épidémiologie • Adapter les interventions pour la prévention, la lutte et la surveillance aux caractéristiques biologiques de chaque espèce de parasite et à son éco-épidémiologie
Tests diagnostiques	• Le diagnostic actuel fondé sur des tests parasitologiques et/ou des caractéristiques cliniques n'est pas assez sensible dans plusieurs zones d'endémie et le diagnostic en laboratoire n'est pas toujours possible. La PCR est disponible dans les laboratoires de référence	• Mettre au point de tests de diagnostic rapide abordables et plus sensibles au niveau de l'espèce pouvant être utilisés au niveau du centre de santé et de la communauté (particulièrement important dans les foyers où coexistent plusieurs espèces de *Leishmania*)
Intervention efficace	• La LC est principalement traitée par des antimoniés pentavalents qui sont difficiles à obtenir et à administrer ; les injections sont douloureuses pour les patients • De meilleures thérapies comme la cryothérapie ou la thermothérapie sont rarement utilisées dans les zones de forte endémie en raison de leur coût élevé	• Il est nécessaire de mettre au point un traitement oral/topique pouvant être utilisé au niveau du centre de santé et de la communauté • Inclure des soins pour toutes les MTN à manifestation cutanée dans une approche intégrée, quel que soit l'agent pathogène incriminé • Développer un vaccin préventif • Créer une base de données pour la lutte antivectorielle/des outils/une stratégie pour les réservoirs animaux et élaborer des protocoles adaptés pour les phlébotomes

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/leishmaniasis/cutaneous_leishmaniasis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des lignes directrices existent pour la prise en charge thérapeutique • Des lignes directrices pour la surveillance de la maladie et la lutte antivectorielle devraient être publiées en 2021	• Adopter et mettre en œuvre des lignes directrices nationales et de surveillance de la maladie sur la lutte antivectorielle
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Des lignes directrices nationales existent pour la prise en charge thérapeutique	• Vérifier que les lignes directrices nationales sont mises en œuvre au niveau local pour en garantir l'application • Réduire le délai entre la survenue des symptômes et le traitement en réalisant des activités visant à poser un diagnostic précoce et à rapidement prescrire un traitement
Surveillance et évaluation	• La plupart des pays utilisent des données agrégées qui ne permettent pas de faire une analyse approfondie ou ont du mal à faire un signalement adéquat • La plupart des pays n'ont pas de bases de données complètes incluant des données sur la maladie, la surveillance des vecteurs et les interventions de lutte	• Créer ou intégrer des bases de données électroniques nationales comprenant les données des patients à des fins d'analyse, y compris des données sur la surveillance des vecteurs et les interventions de lutte • Vérifier que la LC est une maladie à déclaration obligatoire et différencier les responsables chargés de prendre en charge les cas et de les signaler • Mettre au point des systèmes de surveillance active et des outils de décision pour faciliter les interventions adaptatives • Collecter des données sur l'effet sur la santé mentale, en particulier chez les femmes et les enfants
Accès et logistique	• Plusieurs pays dans lesquels la charge est élevée ne disposent pas des médicaments nécessaires ni des options de traitement physique pour la prise en charge thérapeutique	• Garantir la disponibilité de médicaments et/ou d'un traitement physique pour la prise en charge thérapeutique (acquisitions ou dons) dans tous les pays grâce à une production et un accès suffisants ; entreprendre l'enregistrement dans les pays d'endémie où cela n'a pas encore été fait • Améliorer l'accès des populations rurales au diagnostic et au traitement
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Plusieurs zones de forte endémie manquent de personnel de santé bien formé • La rotation rapide du personnel de santé représente un problème dans le sens où il faut en permanence former le personnel	• Maintenir la sensibilisation au sein des systèmes de santé et des communautés pour assurer la détection et le traitement des cas • Adopter des mécanismes ou des approches innovantes pour identifier et traiter les patients en périphérie (p. ex. le déploiement d'équipes mobiles ou l'utilisation de nouvelles technologies)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Les interventions importantes comme la fourniture de matériel médical ou le suivi et l'évaluation sont entièrement dépendantes des donateurs externes dans plusieurs pays	• Augmenter le financement national et améliorer d'autres mécanismes pour fournir des médicaments de qualité garantie • Former des défenseurs de la communauté et des politiques pour faire face au manque de sensibilisation, de connaissances, d'investissements de la part des parties prenantes
Collaboration et action multisectorielle	• Des réunions de coordination régulières sont organisées dans le pays et les régions, mais les comptes-rendus des réunions pourraient être mieux diffusés à toutes les parties prenantes • Aucune réunion transfrontalière n'est organisée • La coordination intersectorielle est insuffisante	• Mettre en place un mécanisme de coordination régulier dans le pays, les régions et entre les pays frontaliers et diffuser les comptes-rendus à toutes les parties prenantes • Intégrer la LC avec les autres MTN à manifestation cutanée et d'autres secteurs
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Même si le renforcement des capacités est régulier, la rotation rapide engendre des lacunes et certains membres du personnel sont affectés à des tâches pour lesquelles ils ne sont pas spécifiquement formés	• Former les agents de santé de la communauté et le personnel de santé national à la pose convenable et en temps voulu du diagnostic et à la prescription d'un traitement • Sensibiliser les communautés, réduire de la stigmatisation

Leishmaniose (viscérale)

La leishmaniose viscérale est causée par une infection par des parasites protozoaires du genre *Leishmania*, qui sont transmis par la piqûre de phlébotomes femelles. Elle est associée à la malnutrition, au déplacement de populations, à une fragilité du système immunitaire et à un manque de ressources financières.

Maladie et épidémiologie

- La leishmaniose viscérale (LV) est causée par une infection par des parasites protozoaires du genre *Leishmania*, qui sont transmis par la piqûre de phlébotomes femelles ; seulement 10 à 25 % des personnes infectées développent la maladie.
- La LV provoque des poussées de fièvre irrégulières, un grossissement de la rate et du foie et une anémie ; si elle n'est pas traitée, la LV est mortelle dans 95 % des cas. Les cas de co-infection par le VIH et *Leishmania* sont plus difficiles à traiter et leur pronostic est plus sombre.
- La leishmaniose cutanée post kala-azar (PKDL), une séquelle de la LV, survient chez 5 à 15 % des patients, qui développent un érythème jusqu'à deux à trois ans après le traitement de la LV. Les personnes atteintes de PKDL sont considérées comme étant une source potentielle d'infection par la LV.
- La LV est associée à la malnutrition, au déplacement de populations, à l'insalubrité des logements, à une fragilité du système immunitaire et à un manque de ressources financières.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Pourcentage de district et sous-districts du sous-continent indien (Népal, Bangladesh et Inde) signalés comme ayant atteint le seuil de problème de santé publique pour l'élimination (<1 cas/10 000 personnes)	100 %	Bangladesh 100 %, Inde 92 %, Népal 100 %[1]
Nombre de pays qui ont été validés pour l'élimination de la LV (en tant que problème de santé publique)	Bangladesh, Inde et Népal	0 (la validation est requise)

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	S.o.
Lutte antivectorielle	• Pulvérisation d'insecticide, moustiquaires imprégnées d'insecticide et gestion environnementale
Santé publique vétérinaire	• Des stratégies telles que des vaccins sont en cours d'évaluation chez le chien
Prise en charge thérapeutique	• La prise en charge de la leishmaniose dépend de plusieurs facteurs, notamment du type de maladie, des pathologies concomitantes, de l'espèce de parasite et du lieu géographique. Les médicaments utilisés pour traiter une infection par *L. infantum* sont essentiellement les antimoniés pentavalents et l'amphotéricine B liposomale. L'infection par *L. donovaniest* traitée par les antimoniés pentavalents, l'amphotéricine B liposomale, la paromomycine et la miltéfosine
Autre	• Diagnostic précoce (tests de diagnostic rapide combinés à des signes cliniques) et traitement rapide

Risques nécessitant une atténuation

- La capacité des infrastructures/du personnel de santé existants peut être menacée par les flambées épidémiques
- Fabricants uniques de médicaments qui ont des difficultés à produire les médicaments dans la quantité et avec la qualité requises
- La faible disponibilité des traitements pour les maladies concomitantes (p. ex. anémie, malnutrition, co-infections) peut augmenter le taux de létalité

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (défini par un taux de létalité dû à une leishmaniose viscérale primaire <1 %)[2]	0/75 (0 %)	32/75 (43 %)	56/75 (75 %)	64/75 (85 %)
Nombre de pays dans la Région SEAR validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (définie comme <1 cas (nouveau et rechute) pour 10 000 personnes au niveau des districts au Népal et au niveau des sous-districts au Bangladesh et en Inde	0/3 (0 %)	3/3 (100 %)	3/3 (100 %)	3/3 (100 %)
Dans la Région SEAR, cas de PKDL détectés (suivi post-traitement de la LV jusqu'à trois ans) et traités	Inconnu	90 %	95 %	100 %

[1] Une évaluation de l'endémicité doit être réalisée dans certains districts au Népal et sous-districts au Bangladesh ; les rechutes et les patients co-infectés par le VIH et *Leishmania* ne sont pas régulièrement inclus dans le dénominateur en Inde, ce qui fait baisser la prévalence en Inde par rapport aux autres pays.

[2] Défini comme un patient immunocompétent ne présentant pas d'autre pathologie concomitante ne résultant pas de la LV (p. ex. greffe, VIH, cancer, médicaments immunodépresseurs, diabète, insuffisance rénale).

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

13 814
nouveaux cas signalés en 2019

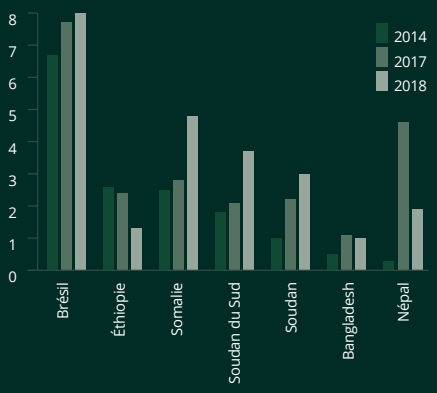
491
morts signalées parmi les patients dans sept pays[1] en 2018

Environ 510 000
DALY en 2017[2]

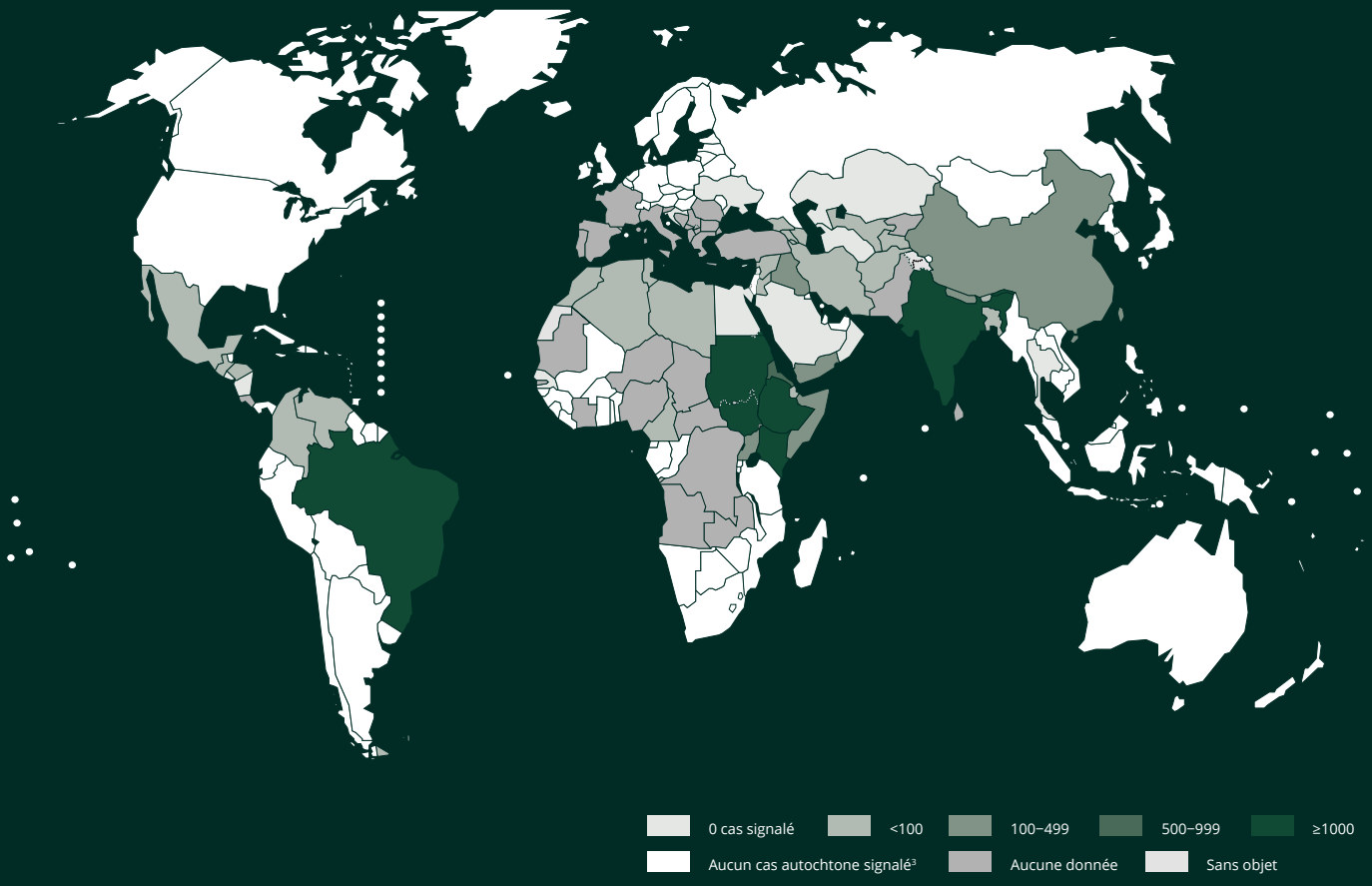
75 pays où la LV est endémique (2016).

En 2017, environ 95 % de nouveaux cas de LV ont été signalés dans sept pays (Brésil, Éthiopie, Inde, Kenya, Somalie, Soudan et Soudan du Sud) ; 50 à 70 % des cas ont concerné des enfants.

Taux de létalité, pourcentage



Nombre de cas de LV signalés, 2019



[1] Bangladesh, Brésil, Éthiopie, Népal, Somalie, Soudan et Soudan du Sud.
[2] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd).
[3] Aussi appelés pays sans endémie.

Leishmaniose (viscérale) : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/A. Loke

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Faciliter la détection précoce pour assurer un traitement rapide, par exemple, par le biais d'un dépistage actif.
- Garantir l'approvisionnement en médicaments pour assurer un accès rapide au traitement, en particulier pendant les flambées épidémiques, et spécialement pour les enfants et les jeunes adultes, qui constituent de 50 à 70 % de la population touchée.
- Développer des traitements et des tests diagnostiques plus efficaces et faciles à utiliser, en particulier pour l'Afrique de l'Est.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension insuffisante de la pathogenèse et des sources de transmission de la LV et de la PKDL • Peu de cartes du risque disponibles • Les facteurs de risque liés à une issue fatale ont été décrits dans certains contextes • Maladie complexe qui se manifeste de manière différente dans plusieurs territoires ; la réponse doit donc être adaptée au contexte local	• Améliorer la compréhension des facteurs du parasite et du patient qui sont liés à une issue fatale • Approfondir la compréhension du cycle de vie du vecteur pour rendre la lutte antivectorielle plus efficace • Cartographier le risque d'infection en fonction des facteurs environnementaux et humains • Mettre au point un meilleur test cutané à la leishmanine • Étudier la réponse immunitaire des cas atteints par la PKDL par rapport à celle de ceux qui ne le sont pas
Tests diagnostiques	• Test sérologique de deuxième intention (DAT) disponible pour les cas où les tests rapides ont donné un résultat négatif chez un patient suspecté de LV en Afrique de l'Est • La sensibilité des tests de diagnostic rapide peut ne pas être adéquate pour certaines régions. La PCR est disponible dans les laboratoires de référence • Aucun test déployable pour confirmer la guérison de la LV et de la PKDL • Absence de suivi post-traitement des patients atteints de LV dans certains pays	• Développer des traitements et de tests diagnostiques plus efficaces et faciles à utiliser, en particulier pour l'Afrique de l'Est • Mettre au point des tests très spécifiques et moins invasifs pour mesurer la charge parasitaire • Mettre au point un test moins invasif pour confirmer la guérison de la PKDL et de la LV • Élaborer et appliquer des stratégies et des outils pour le suivi des patients
Intervention efficace	• Un traitement efficace est disponible et la durée du traitement de première intention a diminué de 28 jours à 1 jour en Asie du Sud-Est ; les traitements sont onéreux, l'accès y est difficile et leur administration exige des connaissances particulières ; le traitement de première intention de courte durée n'est pas disponible en Afrique de l'Est • Outre les médicaments administrés contre la leishmaniose, la plupart des patients doivent prendre des antibiotiques, un traitement contre la malnutrition sévère et, dans certains cas, aussi recevoir une transfusion sanguine • Le traitement des patients immunodéprimés (p. ex. VIH, cancer) est complexe • Aucun vaccin n'est actuellement disponible, mais des candidats sont en cours de développement • Le délai entre la survenue des symptômes et le traitement est trop long (dans la plupart des cas de un à trois mois, voire plus pour la PKDL) • Manque d'informations prouvant que la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide est efficace contre la LV	• Faciliter la détection précoce pour assurer un traitement rapide, par exemple, par le biais d'un dépistage actif • Garantir l'approvisionnement en médicaments pour assurer un accès rapide au traitement, en particulier pendant les flambées épidémiques, et spécialement pour les enfants et les jeunes adultes, qui constituent 50 à 70 % de la population touchée • Développer un vaccin préventif • Développer de nouveaux médicaments oraux sûrs et moins onéreux, ne nécessitant pas de chaîne du froid • Évaluer un schéma thérapeutique plus court pour le traitement de première intention en Afrique de l'Est • Approfondir les recherches sur les polythérapies pour augmenter le nombre d'options thérapeutiques et atténuer la menace de la résistance ; surveiller la résistance • Améliorer la prise en charge des patients atteints de LV présentant des comorbidités complexes • Créer une base de données pour les outils/la stratégie de lutte contre les vecteurs et les zoonoses • Réduction du délai entre la survenue des symptômes et le traitement en assurant un diagnostic rapide et un traitement précoce (p. ex. par une recherche active de cas intégrée avec d'autres maladies)

Pour en savoir plus, consulter le site :
www.who.int/leishmaniasis/visceral_leishmaniasis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des lignes directrices nationales existent pour la prise en charge thérapeutique • Des lignes directrices de l'OMS pour la surveillance de la maladie et la lutte antivectorielle devraient être publiées en 2021 • Absence de stratégie et de lignes directrices pour la phase post-élimination	• Vérifier l'adoption des nouvelles lignes directrices pour la surveillance et la lutte antivectorielle au niveau national • Élaborer une stratégie et des lignes directrices pour la phase post-validation de l'élimination • Mettre à jour les lignes directrices pour la prise en charge thérapeutique afin d'y inclure les comorbidités
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Les lignes directrices nationales pour la lutte de la LV existent, mais elles ne sont pas toujours appliquées. Des groupes consultatifs techniques régionaux fournissent des orientations et un soutien technique aux pays même si les réunions ne se tiennent pas régulièrement • Les lignes directrices pour la prise en charge thérapeutique ne sont pas systématiquement appliquées • Dans la Région SEAR, le programme d'élimination est appliqué de haut en bas	• Amélioration de l'application des lignes directrices pour la prise en charge thérapeutique • Élaborer et appliquer des stratégies pour le suivi des patients et le dépistage actif • Améliorer la communication entre les différents niveaux du gouvernement et entre les secteurs public et privé ; inclure l'intégration horizontale dans le système de santé • Augmenter la fréquence des réunions des groupes consultatifs techniques régionaux
Surveillance et évaluation	• Absence d'un système d'information national et régional normalisé et intégré pour toutes les composantes nécessaires au suivi des patients, à la pharmacovigilance et pour guider la lutte antivectorielle • Il faut s'appliquer en particulier à rendre opérationnelle la surveillance entomologique et à la mettre en œuvre	• Créer un système d'information national, régional et mondial normalisé et intégré pour toutes les composantes (maladie, pharmacovigilance, vecteurs et réservoirs animaux). Réaliser des examens externes indépendants périodiques ; incitations existantes pour améliorer l'application et la surveillance • Réaliser un suivi et une évaluation de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide pour assurer la qualité et mesurer l'impact
Accès et logistique	• Mauvaise prévision du matériel et de la gestion des stocks (inventaire) d'insecticides, kits de diagnostic et/ou médicaments • Les politiques d'approvisionnement peuvent influer sur la qualité des produits achetés • Certains médicaments ne sont pas disponibles et/ou ne sont pas abordables • Des médicaments sont disponibles dans certains pays grâce à des dons en nature ou en espèces de la part de Gilead Sciences (AmBisome jusqu'en 2021), Sanofi (espèces jusqu'en 2020) et DFID (espèces jusqu'en 2022 au consortium d'ONG)	• Élaborer un système de signalement mensuel pour anticiper et éviter les ruptures de stock au niveau des établissements de santé • Garantir l'accessibilité de matériel médical de qualité garantie de l'OMS grâce à de meilleures politiques et capacités d'approvisionnement national • Améliorer l'accès à des médicaments abordables de qualité garantie grâce à des mécanismes de financement innovants, d'autres fabricants et d'ententes tarifaires
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Pénurie de personnel de santé bien formé dans plusieurs zones de forte d'endémie malgré des réformes du système de santé (en particulier des biologistes spécialisés dans les vecteurs/des entomologistes/des insectariums) • Rotation rapide du personnel de santé étant donné que les zones d'endémie sont isolées et ne sont pas recherchées par les médecins • L'approche actuelle de haut en bas fonctionne, mais il faut la pérenniser	• Améliorer le déploiement de personnel de santé formé au niveau de la communauté et maintenir la sensibilisation au sein des systèmes de santé et des communautés pour assurer la détection et le traitement des cas • Inciter au recrutement durable de personnel dans les zones d'endémie • Garantir une capacité suffisante et de qualité des établissements de santé
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Les interventions importantes comme la fourniture de matériel médical ou le suivi et l'évaluation sont entièrement dépendantes des donateurs externes dans plusieurs pays	• Augmenter le financement national pour la fourniture de matériel médical de qualité garantie pour le diagnostic et le traitement • Solliciter des financements continus et un engagement politique pour la recherche en matière d'innovation
Collaboration et action multisectorielle	• Des réunions de coordination régulières sont organisées dans le pays et les régions, mais les comptes-rendus des réunions pourraient être mieux diffusés à toutes les parties prenantes • Aucune réunion transfrontalière n'est organisée • La coordination intersectorielle est insuffisante	• Créer des mécanismes de coordination réguliers dans les pays, les régions et entre les pays frontaliers et diffuser les comptes-rendus à toutes les parties prenantes • Inclure l'intégration horizontale dans le système de santé • Intégrer avec d'autres programmes de lutte contre les maladies, dans la mesure du possible
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Même si le renforcement des capacités est régulier, la rotation rapide engendre des lacunes et certains membres du personnel sont affectés à des tâches pour lesquelles ils ne sont pas spécifiquement formés	• Former les agents de santé de la communauté et le personnel de santé national à la pose du diagnostic convenable et en temps voulu et à la prescription d'un traitement, au signalement et à l'analyse/l'interprétation des données • Former le personnel de santé récemment déployé au diagnostic et au traitement de la LV dès son arrivée dans une zone d'endémie ; former les professionnels de la santé à l'application d'algorithmes de diagnostic et de traitement sur le terrain • Former des entomologistes et des biologistes spécialisés dans les vecteurs et financer des insectariums avec des colonies enfermées, exemptes de *Phlebotomus argentipes*

Lèpre (maladie de Hansen)

La lèpre (maladie de Hansen) est une maladie transmissible causée par le bacille *Mycobacterium leprae* ; la période d'incubation est longue (environ cinq années ou plus). La lèpre non traitée peut provoquer des déficiences, des incapacités et l'exclusion.

Maladie et épidémiologie

- La lèpre (maladie de Hansen) est une maladie transmissible causée par une infection par le bacille *Mycobacterium leprae* ; la période d'incubation est longue (environ cinq années ou plus).
- La maladie touche la peau et les nerfs périphériques et peut provoquer des lésions permanentes sur la peau, les nerfs, le visage, les mains et les pieds. La lèpre non traitée peut entrainer des déficiences, des incapacités et l'exclusion.
- L'infection est probablement transmise par des gouttelettes provenant du nez et de la bouche lors d'un contact rapproché prolongé avec des patients atteints de la lèpre.[1]
- Le diagnostic de la lèpre est essentiellement clinique.
- La stigmatisation et la discrimination jouent un rôle important dans la lèpre. Il est important de les surmonter pour complètement éliminer la lèpre.
- Comme pour les autres MTN, la survenue de la lèpre est souvent liée à des conditions socio-économiques défavorisées.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel (2019)
Taux d'incapacité de niveau 2 dans les nouveaux cas détectés/million	Moins de 1/million	1,5/million
Taux d'incapacité de niveau 2 dans les nouveaux cas pédiatriques	Zéro	350[3]
Nombre de lois permettant une discrimination fondée sur la lèpre	Aucun pays avec des lois discriminatoires	39 lois discriminatoires dans 17 pays

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Prophylaxie post-exposition administrée à tous les contacts de cas détectés et consentants (une dose unique de rifampicine réduit de 60 % le risque de lèpre chez les contacts)[2]
WASH	• Accès à de l'eau propre pour le soin des plaies et les soins de routine auto-administrés, y compris le trempage quotidien des mains et des pieds pour éviter des incapacités secondaires ; garantie de l'hygiène, de l'eau et de l'assainissement dans les établissements de soins de santé
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Le dépistage précoce des cas est important pour contenir la propagation de l'infection et prévenir les incapacités • Polychimiothérapie d'une durée de six à 12 mois associant la dapsone, la rifampicine et la clofazimine • Surveillance périodique, détection et traitement des réactions immunologiques (type 1 et 2) et des lésions nerveuses • Gestion des réactions indésirables aux médicaments • Conseils et premiers secours psychologiques • Prévention de l'incapacité, soins des plaies et prise en charge de l'incapacité, y compris soins auto-administrés • Réadaptation pour optimiser le fonctionnement de la personne au sein de la communauté
Autre	• Il est important de faire une détection précoce par une recherche active des cas (y compris dépistage des contacts) et un traitement rapide par poly-chimiothérapie ou prophylaxie post-exposition pour contenir la propagation de l'infection et empêcher les incapacités • Les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination aident à réduire leurs conséquences défavorables et à promouvoir l'inclusion des personnes touchées ou concernées au sein de la société • Le conseil et l'éducation à la santé sont essentiels pour aider les patients atteints de lèpre, leurs familles et leurs communautés à suivre le traitement et à faire face aux conséquences physiques et mentales

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays avec zéro nouveaux cas de lèpre autochtones	50 (26 %)	75 (39 %)	95 (49 %)	120 (62 %)
Nombre annuel de nouveaux cas de lèpre détectés	184 000	148 000	123 500	62 500
Taux (par millions de personnes) de nouveau cas avec une incapacité de niveau 2	1,3	0,92	0,68	0,12
Taux (par millions d'enfants) de nouveaux cas pédiatriques de lèpre	7,81	5,66	4,24	0,77

[1] Jusqu'à 95 % de la population mondiale ont acquis une certaine immunité.
[2] Une dose unique de rifampicine dans le cas d'une approche générale peut être utilisée dans des zones caractérisées par de petites populations et une transmission très élevée.
[3] La figure est fondée sur des données incomplètes ; si l'on considère l'ensemble des pays, on estime le nombre de cas à 400-500.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

202 226
nouveaux patients à qui on a diagnostiqué la lèpre dans le monde en 2019

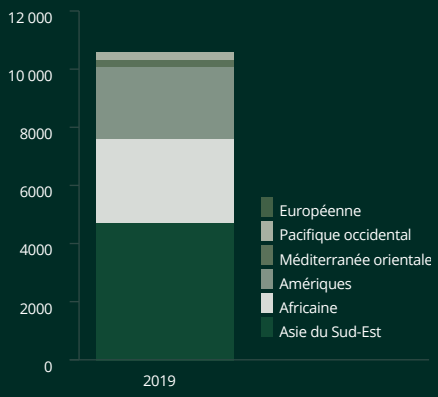
14 981
nouveaux cas d'enfants à qui on a diagnostiqué la lèpre en 2019

10 813
nouveaux patients atteints de lèpre avec une incapacité de niveau 2 en 2019

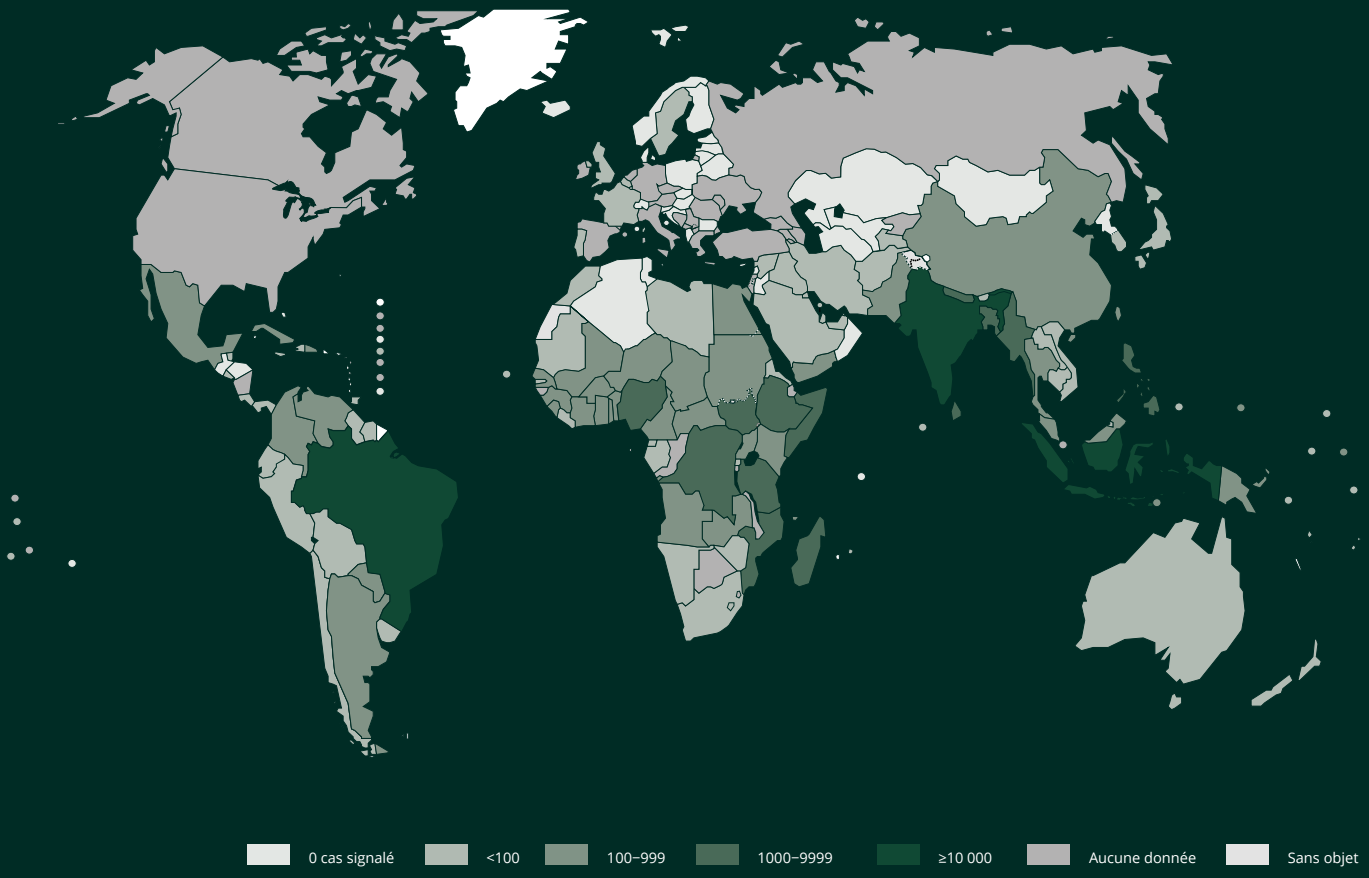
En 2019, la lèpre a été signalée dans 119 pays (y compris les cas importés) ; 80 % de cas se trouvent en Inde, au Brésil et en Indonésie ; 82 pays ont signalé de nouveaux cas avec des incapacités de niveau 2.

Environ 30 millions : estimation de la population à risque qui doit être traitée par chimioprophylaxie pour atteindre une réduction de l'incidence de 70 % d'ici 2030.

Nombre de nouveaux patients atteints de lèpre avec une incapacité de niveau 2 (difformités visibles), par Région de l'OMS, 2019



Nombre de nouveaux cas signalés, 2019



Lèpre (maladie de Hansen) : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Jonathan Perugia

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Mettre à jour des lignes directrices nationales pour y inclure l'administration d'une dose unique de rifampicine pour la prophylaxie post-exposition pour les contacts ; recherche poussée sur les nouvelles approches préventives.
- Poursuivre l'investissement dans la recherche de tests diagnostiques pour la maladie et l'infection ; élaboration de stratégies, systèmes et lignes directrices pour la surveillance aux fins de la recherche des cas et du traitement ; garantie de ressources pour la validation.
- Assurer l'approvisionnement de médicaments, y compris l'accès à la polychimiothérapie, aux médicaments prophylactiques, aux traitements de deuxième intention et aux médicaments pour le traitement de réactions ; surveiller les événements indésirables (pharmacovigilance) et la résistance.
- Garantir la capacité pour la recherche de cas (dépistage, diagnostic), le traitement et la surveillance ; intégration avec les soins primaires, les maladies de la peau et d'autres MTN, la tuberculose et/ou d'autres programmes le cas échéant.
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination pour garantir l'accès aux services et l'inclusion dans la société ; garantir le respect des droits humains des personnes atteintes par la lèpre.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension limitée de l'hôte, de l'agent et des facteurs environnementaux • Le mécanisme des réactions lépreuses n'est pas bien compris	• Améliorer la compréhension de la transmission, y compris la transmission des animaux à l'homme • Améliorer la compréhension du développement de la réaction
Tests diagnostiques	• Essentiellement, diagnostic clinique • Frottis cutané disponible pour certains cas (accès limité) • La PCR est utile pour le diagnostic et la surveillance de la résistance aux médicaments • La sérologie permet de détecter l'infection, mais son utilité pour la prédiction de la progression de la maladie est limitée • Diagnostic inadéquat des rechutes	• Maintenir et renforcer les capacités pour le diagnostic clinique • Maintenir l'accès au frottis cutané et aux capacités y afférentes • Mettre au point un test sur le lieu de soins pour la confirmation du diagnostic et la détection de l'infection au sein de la population à risque • Améliorer le diagnostic des rechutes
Intervention efficace	• Polythérapie (association de rifampicine, dapsone et clofazimine) dans le traitement de première intention • L'administration d'une dose unique de rifampicine aux contacts des nouveaux patients assure une protection de ~60 %, mais elle n'est pas encore réalisée à l'échelle mondiale • Informations limitées sur la résistance aux antimicrobiens pour la lèpre ; la résistance aux médicaments administrés en première intention semble faible • Il existe des outils pour le diagnostic et la prise en charge des troubles de la fonction nerveuse	• Étudier les médicaments ou les associations de médicaments les plus efficaces pour le traitement de la lèpre et les réactions lépreuses • Réaliser des recherches sur d'autres approches préventives (p. ex. chimiothérapie et vaccins améliorés) • Mise en œuvre rapide d'une nouvelle chimioprophylaxie post-exposition (rifampicine) • Étendre le dépistage actif dans les populations ciblées • Inclure le diagnostic et le traitement des troubles de la fonction nerveuse dans les composantes des programmes de routine • Promouvoir l'accès à l'EAH

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/lep/en

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Publication de lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre (2018) • Mise à jour du Guide pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans la lèpre (2017) • Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre (2016), manuel opérationnel (2016), guide de suivi et évaluation (2017) avec des stratégies identifiées se fondant sur la charge de morbidité • Publication de directives techniques pour la gestion des réactions et la prévention des handicaps (2020)	• Élaborer des stratégies et des lignes directrices pour la surveillance dans le cadre de divers contextes d'endémicité • Élaborer des lignes directrices pour la validation/vérification • Mettre à jour les lignes directrices nationales, le cas échéant ; intégration avec WASH, les MTN à manifestation cutanée et d'autres programmes
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Formation du Partenariat mondial pour l'élimination de la lèpre (2018) en tant que coalition engagée pour l'élimination de la lèpre • Les pays intègrent la lèpre avec les programmes relatifs aux MTN à manifestation cutanée et dans la couverture sanitaire universelle (CSU) • Efforts en cours pour réduire la discrimination, notamment l'abolition des lois discriminatoires • Les pays adoptent diverses approches pour l'intégration de la lèpre	• Élaboration d'un plan mondial pour l'élimination de la lèpre • Pendant que l'intégration est en cours, vérifier la poursuite des services de lutte contre la lèpre quelle que soit la plateforme ou l'approche utilisée • Réduire les stigmatisations pour améliorer la recherche de cas et les résultats des traitements • Améliorer la couverture de la réadaptation médicale et sociale • Aider les pays pendant la transition vers les stades de faible charge
Surveillance et évaluation	• Le déploiement du système informatisé de gestion des données fondé sur les cas est en cours. Introduction de la cartographie des cas • Les programmes intégrés sont en cours d'examen, principalement en termes des progrès accomplis pour la réalisation des objectifs des programmes de lutte contre la lèpre • Insuffisance de la surveillance périodique des réactions	• Utiliser des outils de cartographie et un système de surveillance robuste pour garantir la détection de cas sporadiques et occultes et suivre les progrès accomplis ; améliorer les systèmes de notification • Mettre au point des mécanismes pour le suivi des événements indésirables • Étendre la surveillance de la résistance aux antimicrobiens
Accès et logistique	• Novartis offre les médicaments de la polychimiothérapie et la clofazimine pour les réactions ; l'engagement actuel court jusqu'en 2020 • Faible disponibilité des médicaments de deuxième intention • Faible disponibilité des médicaments pour la prise en charge des réactions • L'équipement d'assistance pour améliorer la qualité de vie des personnes touchées par des incapacités consécutives à la lèpre est généralement accessible, mais l'accès y est difficile	• Aligner les systèmes d'approvisionnement en médicaments avec les données annuelles sur la lèpre • Garantir l'approvisionnement de médicaments de polychimiothérapie, médicaments prophylactiques, médicaments de deuxième intention et médicaments pour le traitement de réactions • Garantir la disponibilité de pansements pour les plaies • Garantir l'accès à l'équipement d'assistance, notamment à des chaussures réalisées sur mesure • Garantir un accès libre des femmes et des filles aux services de lutte contre la lèpre
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Capacité insuffisante de personnel de santé pour le diagnostic et la prise en charge de la lèpre, des réactions, de la morbidité et de la prévention des invalidités • Capacité insuffisante des laboratoires pour les services de diagnostic • Chirurgie réparatrice, soins des plaies et des handicaps limités pour les personnes touchées par des incapacités consécutives à la lèpre • Accès limité aux services de soins de santé mentale, de conseil et de soutien psychologique	• Augmenter les capacités pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge • Augmenter les capacités des laboratoires pour faciliter le diagnostic clinique et la surveillance de la résistance • Augmenter les capacités pour la réalisation de recherches actives de cas et la prophylaxie post-exposition • Garantir un accès au soin des plaies, à la chirurgie réparatrice et à la réadaptation • Proposer des services de conseil et de soins de santé mentale
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Malgré une augmentation du financement national dans plusieurs pays, de nombreux pays dépendent encore de sources de financement externes • Sensibilisation de haut niveau pour maintenir l'intérêt pour l'élimination de la lèpre • Promotion continue de l'intérêt et de l'investissement dans la recherche : recherche clinique, fondamentale et opérationnelle	• Solliciter auprès des gouvernements central et local le maintien et l'augmentation du financement national même au cours de la phase de post-élimination • Poursuivre l'évaluation périodique et la sensibilisation de haut niveau pour informer les ministères sur les progrès accomplis et les lacunes, et accroître l'engagement • Préconiser une politique fondée sur les informations obtenues grâce à la recherche • Garantir le respect des droits humains des personnes atteintes par la lèpre
Collaboration et action multisectorielle	• Le Partenariat mondial pour l'élimination de la lèpre (2018) coordonne et défend la communauté de la lutte contre la lèpre • Collaboration variable avec d'autres ministères (p. ex. Sécurité sociale, Justice, Éducation) • Implication d'organisations de personnes touchées dans de nombreux pays • Collaboration avec des donateurs et des partenaires pour la mise en œuvre du programme • Collaboration avec les communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination • L'intégration du programme de lutte contre la lèpre avec d'autres programmes de santé est en cours dans certains pays	• Intégrer étroitement les efforts des agents de santé de la communauté dans la CSU/les centres de soins primaires ; coordonner avec d'autres programmes pertinents pour le dépistage, la prise en charge et la surveillance • Optimiser la collaboration avec d'autres secteurs pertinents pour améliorer l'accès aux services et promouvoir les mesures contre la discrimination • Améliorer l'implication d'organisations de personnes atteintes par la lèpre • Embaucher des spécialistes, notamment des dermatologues et des chirurgiens reconstructeurs • Prendre contact avec le secteur privé et les guérisseurs • Prendre contact avec les communautés pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• L'expertise clinique des agents de santé en première ligne est souvent insuffisante • Capacité de gestion insuffisante dans le contexte de la transition vers une faible charge ou la décentralisation	• Garantir les capacités du personnel en première ligne et de référence en termes de dépistage, de recherche de cas et de traitement • Renforcer la capacité des personnes atteintes par la lèpre • Améliorer la capacité pour la promotion de l'inclusion sociale et l'accès aux services • Élaborer et diffuser les modèles d'apprentissage en ligne • Solliciter les médias pour la sensibilisation

Filariose lymphatique

La filariose lymphatique est causée par une infection par les parasites filaires *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*. Les personnes qui sont physiquement handicapées par cette maladie peuvent souffrir pendant des années d'incapacité, de stigmatisation et de comorbidité psychiatrique.

Maladie et épidémiologie

- La filariose lymphatique (FL) est causée par une infection par les parasites filaires *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*.
- L'infection est transmise par des espèces de moustiques du genre *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia* et *Aedes*.
- La morbidité résulte de lésions aux vaisseaux lymphatiques par des nids de parasites adultes et les microfilaires libérés dans le sang.
- L'altération de la fonction lymphatique entraîne des manifestations chroniques et manifestes du lymphœdème et de l'hydrocèle, ainsi que des épisodes aigus d'adénolymphangite.
- Les personnes qui sont physiquement handicapées par la filariose lymphatique peuvent souffrir pendant des années d'incapacité, de stigmatisation et de comorbidité psychiatrique.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Élimination mondiale en tant que problème de santé publique (% de pays d'endémie)	100 %	24 %

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• L'AMM arrête la progression de l'infection en suivant les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS incluant l'albendazole, la diéthylcarbamazine et l'ivermectine (administrés en associations choisies en fonction de l'existence éventuelle d'une co-endémie de la loase et de l'onchocercose et de la situation du programme d'AMM)[1]
WASH	• L'hygiène des membres affectés est primordiale pour la prise en charge de la morbidité • Un assainissement amélioré peut réduire les habitats de reproduction des vecteurs
Lutte antivectorielle	• Lutte antivectorielle visant à réduire la transmission ; le type de lutte antivectorielle dépend de l'espèce qui est vecteur du parasite et de l'environnement local (p. ex. utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide lorsque *Anopheles* est le principal vecteur)
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Ensemble essentiel de soins : - soins et hygiène de la peau, exercice et élévation pour empêcher que le lymphœdème progresse et ne s'aggrave - traitement pour les épisodes d'adénolymphangite - chirurgie de l'hydrocèle - médicaments filaricides pour traiter l'infection - les communautés doivent suivre le traitement complet et faire face aux conséquences physiques et mentales
Autre	S.o.

Risques nécessitant une atténuation

- Risque que les pays arrêtent leurs programmes après validation par l'OMS et résurgence potentielle de l'infection et de la maladie sans la mise en place d'activités robustes de post-validation
- Un non-respect systématique pourrait nuire à une couverture efficace et au succès des programmes d'AMM

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (définie comme : - l'infection est maintenue en dessous des seuils de l'enquête d'évaluation de la transmission pendant quatre années au moins après l'arrêt de l'AMM - disponibilité d'un ensemble essentiel de soins dans toutes les zones où vivent des patients connus)	17/72 (24 %)	23/72 (32 %)	34/72 (47 %)	58/72 (81 %)
Nombre de pays réalisant une surveillance post-AMM ou post-validation	26 (36 %)	37 (51 %)	40 (56 %)	72 (100 %)
Nombre de personnes nécessitant une AMM	À confirmer	330 millions	180 millions	0

1 Voir les directives de l'OMS pour les recommandations spécifiques d'utilisation de l'IA, de l'IDA et de l'albendazole et leur fréquence.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

Environ 51,4 millions
de personnes infectées en 2018[1]

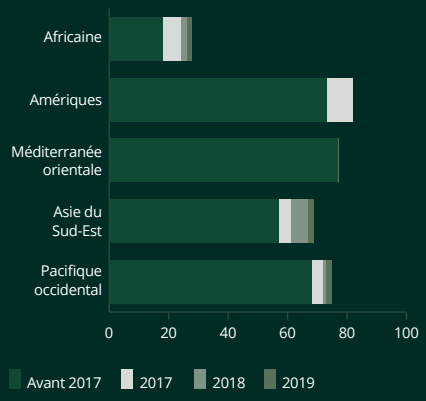
859 millions
de personnes vivant dans des zones d'endémie nécessitant une AMM en 2019

Environ 1,6 million
de DALY en 2019

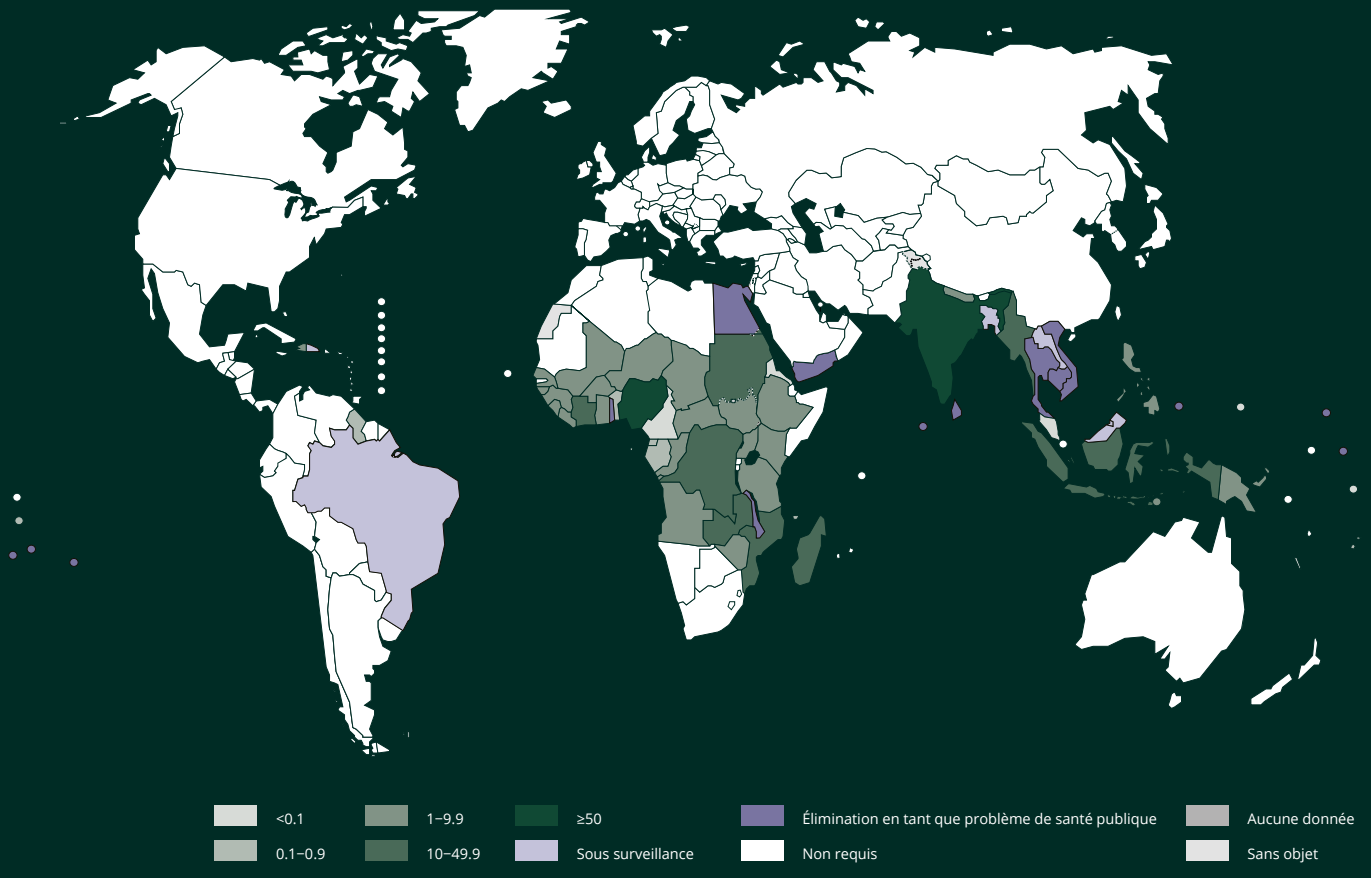
La FL est endémique dans 72 pays dans les Régions suivantes de l'OMS : Africaine, Amériques, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental.

La couverture mondiale la plus élevée jamais atteinte (63 %) a été observée en 2018 et en 2019.

Progrès en matière de réduction
Proportion d'unités de mise en œuvre situées en zone d'endémie ayant terminé les enquêtes d'évaluation de la transmission et qui n'ont plus besoin d'AMM, par Région



Nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive (en millions), 2019



[1] Local Burden of Disease 2019 Neglected Tropical Disease Collaborators. The global distribution of lymphatic filariasis, 2000–18: a geospatial analysis. Lancet. 2020;8:e1186–94.

Filariose lymphatique : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Yoshi Shimizu

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Démarrer l'AMM dans tous les districts d'endémie et renforcer l'AMM dans tous les contextes ; mettre en œuvre des interventions améliorées, le cas échéant (p. ex. traitement par trois médicaments dans les contextes où cela est opportun ; stratégies pour les points chauds).
- Améliorer la capacité pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités ; priorité donnée dans les soins de santé primaires et dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.
- Améliorer les tests diagnostiques, renforcer les critères pour l'arrêt de l'AMM et mettre en place la surveillance avant et post-AMM et dans les normes post-validation ; mettre à jour les lignes directrices pour y inclure les nouveaux outils et les nouvelles stratégies, le cas échéant.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension de la transmission et du cycle de vie du parasite • Incertitude quant à l'impact du caractère zoonotique de *B. malayi* sur les efforts fournis pour interrompre la transmission	• Poursuite de la recherche sur la corrélation entre les marqueurs biologiques de l'infection et l'exposition, et l'interruption de la transmission • Comprendre et définir les zones de forte transmission/les points chauds
Tests diagnostiques	• Des tests diagnostiques sont disponibles pour le suivi et l'évaluation recommandés • L'infection par *Loa loa* peut provoquer un résultat faux positif du test d'antigène recommandé pour la FL	• Mettre au point et améliorer les tests diagnostiques pour la prise de décisions d'arrêt de l'IDA, afin de ne pas provoquer de réactions croisées avec *L. loa* qui sont plus fiables sur le terrain et pour la surveillance • Assurer le signalement des problèmes rencontrés avec les tests diagnostiques pour un suivi de qualité
Intervention efficace	• Plusieurs tournées d'AMM annuelle sont efficaces pour réduire la prévalence de l'infection sous les seuils cibles avec une couverture étendue • Le nouveau schéma de trithérapie (IDA : ivermectine, diéthylcarbamazine et albendazole) est plus efficace pour éliminer les microfilaires pendant des périodes plus prolongées que celui à deux médicaments, ce qui permet de diminuer le nombre de tournées d'AMM • Les moustiquaires peuvent aussi diminuer la transmission dans certains contextes • La chirurgie permet de soigner l'hydrocèle • La prise en charge du lymphœdème réduit les attaques aiguës	• Les interventions sont efficaces ; c'est la mise en œuvre qui est compliquée *(voir la section suivante)* : - confirmer directement l'observance du traitement et maintenir une couverture étendue - mettre en œuvre l'IDA et d'autres schémas thérapeutiques d'AMM, si nécessaire - mettre au point des stratégies visant à atténuer les points chauds d'infection persistante et à toucher les populations omises ; mettre au point de nouvelles approches pour les contextes urbains - garantir des soins accessibles et inclusifs pour les patients afin de réduire les stigmatisations et améliorer le bien-être psychologique font partie des ensembles essentiels de couverture sanitaire universelle (CSU)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/lymphatic_filariasis/disease/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des lignes directrices sont disponibles pour l'AMM, le suivi et l'évaluation, et la prise en charge de la morbidité et la prévention des handicaps • Des orientations spécifiques pour la surveillance post-validation sont nécessaires • Les critères pour l'élimination de la transmission ne sont pas définis	• Mettre à jour l'aide-mémoire pour la prise en charge de la morbidité en incluant les nouveaux objectifs ; lien avec la CSU • Spécifier les normes minimales pour la surveillance post-validation et la manière dont les activités sont mises en place et maintenues • Définir des critères pour réaliser la vérification de l'interruption de la transmission de la FL
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• L'OMS a lancé en 2000 le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique qui représente les efforts conjoints de toutes les différentes parties prenantes en vue d'éliminer la FL • Alors qu'il existe des interventions et des orientations, les priorités ne sont pas bien définies et certains pays ne réalisent pas une mise en œuvre de grande qualité • Lorsque les programmes échouent à obtenir une couverture efficace, des tournées d'AMM supplémentaires deviennent nécessaires	• Améliorer le soutien aux pays pour l'élaboration/la mise à jour des plans nationaux stratégiques pour les MTN avec des stratégies d'AMM alternatives et un accent mis sur la CSU • Promouvoir la formation transfrontalière pour faciliter l'adoption de bonnes pratiques • Renforcer l'engagement politique, la mobilisation sociale, la microplanification, la supervision et la prise en charge des événements indésirables pour garantir la qualité de l'AMM • Inclure les patients dans la planification, l'élaboration de politiques et la mobilisation • Insister sur l'importance de la surveillance post-validation et des soins aux patients
Surveillance et évaluation	• Manque de ressources pour la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation • L'identification d'une infection focale, résiduelle peut être difficile • Zones limitées dans lesquelles l'endémicité n'a pas été déterminée au démarrage des programmes • Risque d'incitations perverses aux agents de santé et/ou administrateurs de programmes à différents niveaux pour signaler des chiffres de couverture majorés ou une plus faible prévalence	• Cartographier les zones de présence incertaine de l'infection pour déterminer la nécessité d'une AMM • Identifier les contextes épidémiologiques dans lesquels les seuils actuels pour l'arrêt de l'AMM peuvent ne pas être suffisants, définir de nouveaux seuils et élaborer une méthode d'enquête • Élaborer une autre stratégie de suivi et évaluation pour les nouveaux schémas thérapeutiques d'AMM (à savoir, IDA) • Élaborer de nouvelles lignes directrices relatives à la norme de surveillance et aux interventions à maintenir post-AMM et post-validation • Intégrer la surveillance avec les MTN, le paludisme et autres, lorsque cela est possible
Accès et logistique	• MSD, GSK et Eisai offrent l'ivermectine, l'albendazole et la diéthylcarbamazine ; l'approvisionnement mondial a été adéquat à ce jour ; l'IDA augmentera la demande mondiale en ivermectine ; MSD a étendu son offre d'ivermectine pour atteindre 100 millions de traitements par an pour l'IDA jusqu'en 2025 • Difficulté à toucher les communautés rurales reculées, les îles et les zones de conflit	• Améliorer la planification, demander des médicaments et tests diagnostiques en quantité suffisante bien en amont des activités du programme • Prévoir des plans d'urgence pour les évaluations d'impact défaillantes ou les urgences • Vérifier la disponibilité de l'équipement pour la prise en charge du lymphœdème, de la chirurgie de l'hydrocèle et de médicaments pour le traitement des attaques aiguës dans l'ensemble du système de santé
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Capacité restreinte au niveau des soins de santé primaires pour la prestation de l'ensemble essentiel de soins pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités • Capacité restreinte pour la réalisation des enquêtes épidémiologiques recommandées	• Inclure les modules de prise en charge de la morbidité de la FL dans les programmes de formation du personnel de santé ; inclure de la formation sur l'identification des cas et la référence • Inclure les interventions pour la FL dans les ensembles essentiels de la CSU • Vérifier la disponibilité d'activités fonctionnelles de prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique finance le plaidoyer/la mobilisation de ressources avec des donateurs internationaux et locaux • Priorité et octroi de ressources limitées pour l'AMM pour la FL dans certains pays • Un financement d'environ 15 millions de dollars des États-Unis est alloué à la R et D pour la lutte contre la FL[1]	• Mettre en lumière la réussite et le rapport coût/efficacité des interventions pour encourager le support des gouvernements ; augmenter le financement national et donner priorité à tous les niveaux du gouvernement • Encourager un engagement continu post-validation pour éviter la recrudescence • Ressources pour l'amélioration des tests diagnostiques
Collaboration et action multisectorielle	• Collaboration et coordination insuffisantes avec : - le secteur environnemental et la lutte antivectorielle - le système de soins de santé primaires - les programmes de vermifugation contre les géohelminthiases et d'élimination de l'onchocercose - EAH • Les partenaires du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique sont actifs dans le soutien de l'innovation, grâce à la recherche fondamentale et opérationnelle	• Intégrer la gestion des vecteurs et la surveillance (si possible) grâce à l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs afin de compléter l'AMM • Renforcer la prise en charge intégrée des MTN à manifestation cutanée • Créer un lien avec les Initiatives mondiales dans le domaine de la chirurgie pour garantir la disponibilité chirurgicale dans les unités de mise en œuvre dont la charge d'hydrocèle est connue, et avec les services sociaux, la réadaptation et la santé mentale pour renforcer les capacités pour l'évaluation et la référence en vue d'un soutien psychologique • Coordonner avec les programmes relatifs aux géohelminthiases et à l'onchocercose pour une planification fondée sur des preuves lorsque les unités de mise en œuvre font des enquêtes d'évaluation de la transmission et arrêtent l'AMM • Étendre les partenariats locaux pour le maintien de la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités et la surveillance post-validation
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Capacité technique et opérationnelle insuffisante dans certains pays pour la mise en œuvre du programme d'AMM, la mise en œuvre d'évaluations sentinelles et ponctuelles et d'enquêtes d'évaluation de la transmission, et pour la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités • Il est urgent de renforcer les capacités et de réaliser la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités par l'intermédiaire de soins de santé primaires	• Renforcer les capacités pour la mise en œuvre d'évaluations sentinelles et ponctuelles et d'enquêtes d'évaluation de la transmission de grande qualité • Sensibiliser et réduire les stigmatisations liées à la FL au sein de la communauté • Diffuser des boîtes à outils sur la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités (analyse de la situation, méthodes d'estimation des patients, inspection des établissements, modules de prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités) ; augmenter la formation pour les prestataires et les patients

[1] Neglected disease research and development: reaching new heights. G-finder report 2018. Surry Hills (NSW): Policy Cures Research; 2018 (https://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/policy-cures-website-assets/app/uploads/2020/01/09162040/2018-G-FINDER-report.pdf).

Mycétome, chromoblastomycoses et autres mycoses profondes (mycétome)

Le mycétome résulte d'une infection par plusieurs micro-organismes d'origine bactérienne ou fongique ; en fonction de l'agent étiologique responsable de la maladie, celle-ci est classée comme actinomycétome (mycétome bactérien) ou eumycétome (mycétome fongique).

Maladie et épidémiologie

- Le mycétome résulte d'une infection par plusieurs micro-organismes d'origine bactérienne ou fongique ; en fonction de l'agent étiologique responsable de la maladie, celle-ci est classée comme actinomycétome (mycétome bactérien) ou eumycétome (mycétome fongique).
- La maladie provoque une infection chronique de la peau, du tissu conjonctif, des muscles et des os, entraînant tout ou tard des difformités et des handicaps : elle est associée à une grave morbidité et à une augmentation de la mortalité.
- Le mode de transmission est mal connu. La maladie touche des personnes de tout âge et est plus courante chez l'homme que chez la femme. Elle touche principalement les pauvres qui travaillent dans l'agriculture (cultivateurs et éleveurs).

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Sans objet : le mycétome a été classé parmi les maladies tropicales négligées de l'OMS seulement en 2017

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Hygiène personnelle et soins auto-administrés aux membres touchés pour éviter les infections secondaires
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Le traitement dépend de l'agent pathogène : - bactérien : associations d'antibiotiques sur une longue durée - fongique : association d'antifongiques (principalement l'itraconazole) et de chirurgie (allant de l'excision locale à l'amputation, en passant par le débridement) • Soins des plaies (nettoyage, pansement, désinfection)
Autre	• Port de vêtements de protection (manches longues et pantalons) et de chaussures fermées

Risques nécessitant une atténuation

- En l'absence d'un traitement topique indolore, il est très difficile de faire en sorte que les patients qui présentent des lésions mineures se fassent diagnostiquer et traiter
- Pour obtenir les équipements et dispositifs médicaux pour traiter environ 150 000 nouveaux cas par an, il faudra disposer d'environ 7 à 8 millions de dollars des États-Unis. Jusqu'à présent, aucun financement national ou donateur externe n'a engagé ce niveau de financement

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays dans lesquels le mycétome, la chromoblastomycose et les autres mycoses profondes sont inclus dans les programmes nationaux de lutte et les systèmes de surveillance	1/30 (3 %)	4/30 (13 %)	8/30 (27 %)	15/30 (50 %)

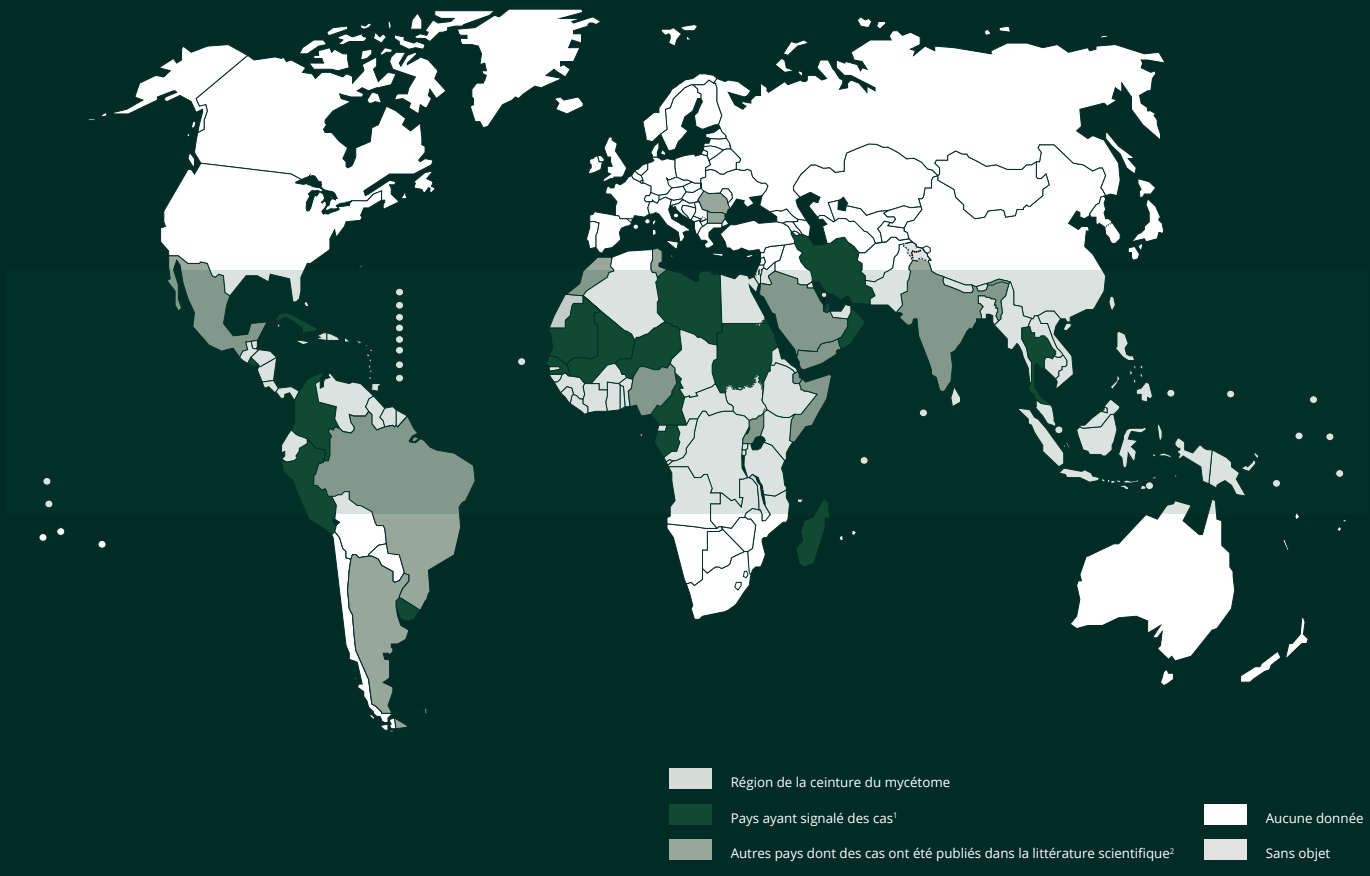
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

La charge de morbidité n'est pas connue

Les agents pathogènes sont présents dans le monde entier, mais sont endémiques dans les régions tropicales et subtropicales de l'Afrique, l'Amérique latine et l'Asie, en particulier les lieux où prévalent les climats secs. Les pays les plus touchés se trouvent dans la « ceinture du mycétome », comprises en les latitudes de 30°N et 15°S.

Répartition du mycétome (cas signalés ou publiés)



[1] Results of the 2017 global WHO survey on mycetoma. Wkly Epidemiol Rec. 2018;93(33):417-28.

[2] van de Sande WWJ. Global burden of human mycetoma: a systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7(11):e2550 and van de Sande W, Fahal A, Ahmed SA, Serrano JA, Bonifaz A, Zijlstra E. Closing the mycetoma knowledge gap. Med Micol. 2018;56(S1):153–64.

Mycétome : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/A. Loke

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Mettre au point un test de diagnostic rapide différentiel et un traitement efficace, et mettre en place une surveillance pour le dépistage et le signalement.
- Elaborer un manuel de terrain normalisé pour le diagnostic et le traitement et former correctement le personnel soignant.
- Donner accès à un diagnostic et à un traitement abordables.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Le mécanisme de transmission du mycétome n'est pas encore bien compris, ce qui a été un frein à l'élaboration d'une stratégie robuste de prévention • La tenue du bétail à l'écart des habitations humaines peut réduire le risque de mycétome	• Compréhension des voies de transmission et des facteurs de risque • Compréhension de la pathologie pour trouver de meilleurs traitements
Tests diagnostiques	• Le diagnostic est en grande partie fondé sur la présentation clinique • Les agents pathogènes sont identifiés au microscope ou par culture des grains, ou par la PCR des biopsies • Des techniques d'imagerie peuvent être utilisées pour évaluer l'étendue des lésions	• Mise au point de tests de diagnostic rapide différentiels ou sérologiques pour améliorer la détection précoce au niveau des soins de santé primaires • Mise au point d'un test de confirmation de la guérison sur le lieu de soins
Intervention efficace	• La promotion de la santé pour augmenter l'utilisation de vêtements de protection et le port de chaussures est en cours • Dans le cas de l'actinomycétome, le taux de guérison avec les antibiotiques est de 60 à 90 %. Dans le cas de l'eumycétome, le taux de guérison avec les antifongiques est d'environ 30 % • Un essai clinique fait actuellement des investigations sur la sécurité et l'efficacité du fosravuconazole pour le traitement de l'eumycétome	• Amélioration de la documentation de l'effet de la tenue du bétail à l'écart des habitations humaines • Élaboration d'orientations pour la reconnaissance des stades précoces de la maladie afin de réaliser une détection précoce • Amélioration des schémas thérapeutiques (durée plus courte et efficacité améliorée)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/buruli/mycetoma/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Absence d'orientations mondiales normalisées pour la prise en charge thérapeutique, la surveillance, la prévention et la lutte • Seule la Jordanie dispose de lignes directrices nationales pour la prise en charge du mycétome	• Élaboration d'orientations mondiale et nationale pour la surveillance avec des indicateurs standards pour le suivi et l'évaluation, la prévention, la prise en charge thérapeutique et la lutte • Élaboration d'un système de notation du mycétome pour évaluer le stade clinique, pour toutes les régions d'endémie
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Seul le Soudan dispose d'un plan national de contrôle dédié au mycétome	• Inclusion du mycétome dans les plans stratégiques de lutte contre les MTN ou élaboration de plans spécifiques dans les pays d'endémie, au sein du cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) • Mise en œuvre de stratégies de recherche active de cas
Surveillance et évaluation	• Absence de protocoles ou de systèmes de surveillance ou d'indicateurs standards pour le suivi et l'évaluation	• Intégration de la collecte de données avec le système d'information sanitaire national • Évaluation de la charge du mycétome par une surveillance intégrée des MTN à manifestation cutanée
Accès et logistique	• Aucun don de médicaments par des fabricants n'est actuellement prévu • Les pays s'approvisionnent et gèrent leur système d'approvisionnement ; la disponibilité et l'abordabilité des médicaments antifongiques restent faibles	• Accès aux médicaments, notamment par la préqualification, l'approvisionnement et la baise des prix • Accès aux médicaments aussi dans les zones reculées
Infrastructures et personnel de soins de santé	• La capacité des systèmes de santé est actuellement insuffisante pour la prestation de services de lutte ou la mise en œuvre de programmes de lutte	• Renforcement du système de santé dans le contexte de la CSU pour garantir la détection, la référence et la prestation de soins pour le mycétome • Accès aux établissements de santé, en particulier pour les soins aux plaies • Garantir une capacité de laboratoire suffisante pour pouvoir poser un diagnostic adéquat et en temps voulu
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Les partenaires et plusieurs institutions de recherche sur le mycétome déploient des efforts importants pour attirer l'attention sur le mycétome • Certains partenaires et gouvernements ont démontré leur engagement, mais il doit s'intensifier	• Démonstration et maintien d'un engagement politique de la part des pays d'endémie pour la mobilisation de fonds et de soutien aux ressources humaines • Augmentation de l'engagement des partenaires pour améliorer l'accès aux médicaments • Augmentation de l'engagement des pays dans le groupe de travail informel sur le mycétome • Engagement et mobilisation de la communauté pour soutenir la mise en œuvre du programme • Coordination avec les parties prenantes de l'EAH pour garantir la disponibilité d'un approvisionnement en eau pour l'hygiène dans les habitations et les établissements de santé, et que le comportement en matière d'hygiène est maintenu
Collaboration et action multisectorielle	• La communication et la collaboration ont été lancées entre les parties prenantes, mais elles sont encore limitées • Un « groupe de travail informel sur le mycétome » a été créé pour traiter de divers aspects de la maladie	• Renforcement de la collaboration entre les institutions de recherche et les développeurs de médicaments et de tests diagnostiques, les fabricants et les donateurs • Mise au point d'une approche intégrée pour la détection et le diagnostic avec d'autres MTN à manifestation cutanée
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Poursuite de l'intégration avec les différentes MTN à manifestation cutanée • Dans de nombreuses régions, la capacité pour la reconnaissance des stades précoces de la maladie par les agents de santé de la périphérie est encore limitée • Dans de nombreux pays d'endémie, la plupart des agents de santé ne disposent pas des connaissances et compétences nécessaires pour la prise en charge des cas	• Formation du personnel de santé et des agents de santé de la communauté au sujet des différentes MTN à manifestation cutanée • Amélioration des capacités de diagnostic et de prise en charge du personnel soignant pour assurer une détection précoce, améliorer le taux de guérisons et éviter les amputations inutiles

Mycétome, chromoblastomycoses et autres mycoses profondes

(chromoblastomycose et autres mycoses profondes)

La chromoblastomycose et les autres mycoses profondes sont des infections fongiques chroniques de la peau et du tissu sous-cutané causées par un groupe de champignons. Elles sont transmises par une inoculation traumatique des micro-organismes correspondants à travers des lésions de la peau.

Maladie et épidémiologie

- La chromoblastomycose (CBM) est une infection fongique chronique de la peau et du tissu sous-cutané causée par un groupe de champignons. Les trois espèces les plus courantes sont *Fonsecaea pedrosoi*, *Cladophialophora carrionii* et *Phialophora verrucose*. D'autres mycoses cutanées profondes touchant des populations vulnérables dans les pays tropicaux sont la paracoccidioïdomycose (PCM) provoquée par des espèces de *Paracoccidioides* et la sporotrichose (ST) provoquée par des espèces de *Sporothrix*.
- La CBM provoque des lésions qui sont polymorphes sur le plan clinique, les plus fréquentes étant de type nodulaire, verruqueux et tumoral. La ST provoque des lésions cutanées qui sont généralement des nodules ou des ulcères uniques ou des chaînes de nodules. La PCM est une infection respiratoire, même si les ganglions lymphatiques, les lésions cutanées et sur les muqueuses sont les sites qui participent le plus à la diffusion dans le système sanguin. Ces manifestations peuvent se produire chez des personnes en bonne santé par ailleurs.
- La CBM, la PCM et la ST sont transmises par une inoculation traumatique des micro-organismes correspondants à travers des lésions de la peau.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Sans objet : la chromoblastomycose et d'autres dermatomycoses profondes n'ont été classées parmi les maladies tropicales négligées de l'OMS qu'en 2017

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• Hygiène personnelle
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	• Contrôle des animaux domestiques dans le cas de la ST pour prévenir la transmission aux humains
Prise en charge thérapeutique	• Il n'existe aucun traitement de référence pour la CBM ; les options thérapeutiques sont notamment des antifongiques (itraconazole), la physiothérapie, des adjuvants immunitaires et la chirurgie pour les lésions mineures • L'itraconazole est le traitement de choix pour la PCM et la ST
Autre	• Port de vêtements et chaussures de protection • Minimisation du contact avec les chats sauvages (ST)

Risques nécessitant une atténuation

- En l'absence d'un traitement topique indolore, il est très difficile de faire en sorte que les patients qui présentent des lésions mineures se fassent diagnostiquer et traiter
- Pour obtenir les équipements et dispositifs médicaux pour traiter environ 150 000 nouveaux cas par an, il faudra disposer d'environ 7 à 8 millions de dollars des États-Unis. Jusqu'à présent, aucun financement national ou donateur externe n'a engagé ce niveau de financement

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

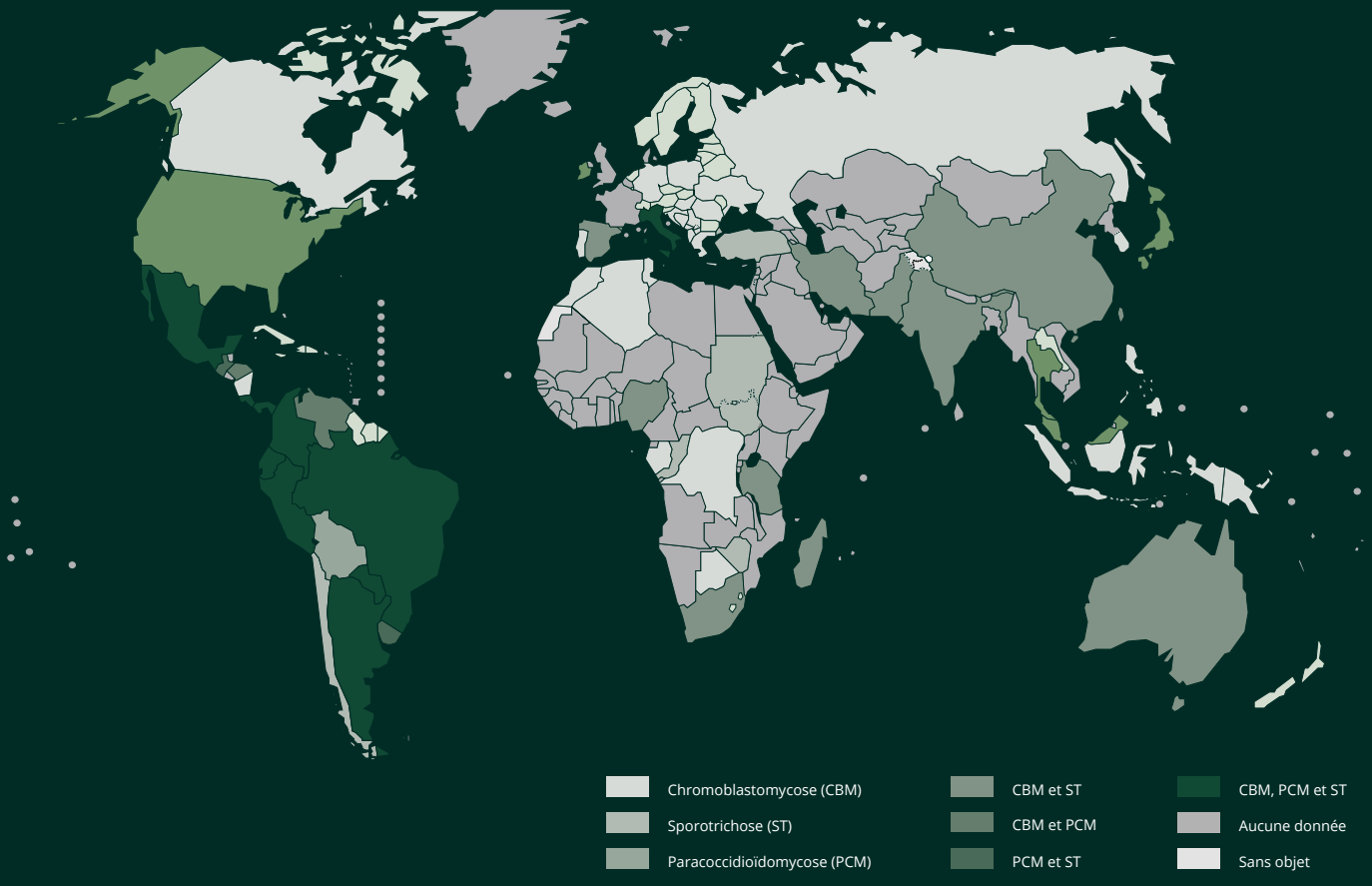
Au moins 10 000

cas de CBM, de PCM et de ST ont été signalés dans le monde depuis les années 1940.
La charge exacte est inconnue et pourrait être plus élevée

La CBM et la ST sont présentes dans le monde entier, tandis que la PCM est uniquement transmise dans la Région des Amériques. Dans l'ensemble, la charge la plus élevée se trouve dans les régions tropicales et subtropicales d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

Madagascar et le Brésil présentent le nombre le plus élevé de signalements de cas de CBM.

Répartition des mycoses profondes



Chromoblastomycose : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Henrietta Allen

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Mettre au point des tests de diagnostic rapide différentiels et un traitement efficace, et organiser une surveillance pour le dépistage et le signalement.
- Élaborer un manuel de terrain normalisé pour le diagnostic et le traitement et assurer une formation correcte du personnel soignant.
- Donner accès à un diagnostic et à un traitement abordables.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension des voies de transmission de la maladie	• Déterminer l'étendue exacte, les tendances et la répartition des maladies et des agents pathogènes correspondants
Tests diagnostiques	• Le diagnostic est fondé sur la manifestation clinique, le lien épidémiologique et la démonstration des agents pathogènes à partir de grattages ou de biopsies de la peau • Aucun test de diagnostic rapide ou test sérologique n'est disponible pour la CBM ou la ST • La détection précoce améliore les résultats	• Mettre au point des tests de diagnostic rapide ou sérologiques pour améliorer la détection précoce au niveau des soins de santé primaires • Évaluer et normaliser les tests cutanés de la sporotrichose pour le diagnostic de la ST • Promouvoir les grattages et les biopsies de peau, la culture fongique et l'évaluation histopathologique des lésions cutanées profondes
Intervention efficace	• La prise en charge thérapeutique par des antifongiques et un traitement local ne permet d'obtenir qu'un faible taux de guérisons et nécessite plusieurs mois de traitement • Aucun traitement optimal n'est défini pour la chromoblastomycose • Une prise en charge précoce et fondée sur des présomptions des cas suspects peut empêcher la progression de la maladie vers des stades avancés • Les chaussures, gants et vêtements de protection facilitent la prévention	• Évaluer l'efficacité de l'itraconazole et d'autres antifongiques par des études prospectives • Améliorer les schémas thérapeutiques (durée plus courte et efficacité améliorée) pour augmenter la réactivité au traitement • Élaborer des outils de prévention innovants fondés sur la compréhension locale de la transmission

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/neglected_diseases/diseases/mycetoma-chromoblastomycosis-deep-mycoses/en/index1.html

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Absence d'orientations mondiales pour la prise en charge thérapeutique, la surveillance, la prévention et la lutte	• Élaborer un système de notation de la CBM pour évaluer le stade clinique, valable pour toutes les régions d'endémie • Élaborer un manuel de terrain sur la prévention, la prise en charge thérapeutique et la surveillance
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Aucune information concernant la présence d'un plan de lutte national dans un quelconque pays	• Inclure la CBM, la PCM et la ST dans les programmes de lutte contre les MTN ou les maladies transmissibles dans les pays d'endémie
Surveillance et évaluation	• Absence de protocoles de surveillance, de systèmes de surveillance ou d'indicateurs standards • Absence d'un système de suivi et évaluation • Il existe au Brésil un système de signalement de la sporotrichose chez les chats	• Élaborer un guide de surveillance avec des indicateurs standards • Créer un système de surveillance pour le dépistage actif • Créer un système de suivi et évaluation ou s'intégrer dans un système d'information sanitaire national
Accès et logistique	• Aucun don de médicaments • Les pays s'approvisionnent et gèrent leur système d'approvisionnement ; la disponibilité et l'abordabilité des médicaments antifongiques restent limitées	• Assurer un accès à de l'itraconazole abordable et de qualité garantie • Prévoir un système abordable pour la biopsie et le traitement d'échantillons pour le diagnostic
Infrastructures et personnel de soins de santé	• La capacité des systèmes de santé est actuellement insuffisante pour la prestation de services de lutte ou la mise en œuvre de programmes de lutte	• Renforcer le système de santé pour apporter des soins dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU) • Garantir une capacité de laboratoire suffisante pour pouvoir poser un diagnostic adéquat et en temps voulu
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Quelques organisations et groupes, y compris le Fonds d'action mondial pour les infections fongiques (GAFFI), la Ligue internationale des sociétés de dermatologie (ILDS) et la Société internationale de mycologie humaine et animale (ISHAM) déploient des efforts de plaidoyer, de sensibilisation et de renforcement des capacités	• Assurer un engagement politique des pays d'endémie et des partenaires pour mobiliser des fonds et des ressources humaines • Engager les communautés et mobiliser un soutien pour la mise en œuvre du programme
Collaboration et action multisectorielle	• Mise en place d'une collaboration avec plusieurs sociétés professionnelles, ONG, instituts universitaires et de recherche • Le GAFFI, l'ILDS, l'ISHAM et d'autres déploient des efforts importants pour le plaidoyer, le renforcement des capacités, des politiques et des stratégies pour la lutte contre les maladies cutanées	• Mettre en place une collaboration avec divers instituts de recherche, des développeurs de médicaments et de tests diagnostiques, des fabricants et des donateurs pour améliorer l'accès au diagnostic et au traitement dans tous les pays d'endémie • Organiser une coordination avec les parties prenantes de l'EAH pour garantir l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de la disponibilité de savon à domicile et dans les établissements de santé
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• La majorité des agents de santé dans les zones d'endémie sont dans l'incapacité de reconnaître la plupart des mycoses profondes au stade précoce et ne disposent pas des connaissances et compétences nécessaires pour la prise en charge des cas • Il existe des cours en ligne pour la microscopie et l'histopathologie • Absence de programmes de formation standards et structurés pour les professionnels de la santé	• Former les professionnels de la santé et les agents de santé de la communauté sur les différentes MTN à manifestation cutanée prioritaires pour améliorer la détection précoce en fonction des contextes épidémiologiques locaux • Améliorer le diagnostic (p. ex. biopsie et histopathologie de la peau) et la gestion des capacités du système de santé national dans les régions d'endémie des pays

Onchocercose

L'onchocercose (cécité des rivières) est une maladie parasitaire provoquée par une infection par le ver *Onchocerca volvulus*. La maladie provoque un prurit sévère, des pathologies cutanées défigurantes et des troubles de la vue qui peuvent entraîner une cécité permanente.

Maladie et épidémiologie

- L'onchocercose (cécité des rivières) est une maladie parasitaire provoquée par une infection par le ver *Onchocerca volvulus*.
- La maladie provoque un prurit sévère, des pathologies cutanées défigurantes et des troubles de la vue qui peuvent entraîner une cécité permanente.
- Une personne est infectée par des piqûres répétées de mouches noires infectieuses du genre *Simulium*, qui se reproduisent principalement le long des cours d'eaux rapides.
- En 2019, 1,8 million de personnes n'avaient plus besoin de traitement (surveillance post-traitement terminée) et l'OMS avait vérifié l'élimination de la transmission dans quatre pays.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Nombre de pays en cours d'élimination de la transmission – Région des Amériques	6 pays d'ici 2022	4
Élimination de la transmission au Yémen	Réalisée en 2015	Non réalisée
Élimination de la transmission en Afrique là où c'est possible	Non définie	0

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• AMM par l'ivermectine dans la communauté une à deux fois par an avec une couverture adéquate pour 10 ans ou plus ; augmentation possible de la fréquence dans certaines circonstances
WASH	S.o.
Lutte antivectorielle	• Pulvérisation sans danger pour l'environnement d'insecticides dans les habitats de la mouche noire et des sites de développement des larves, nouvelle stratégie d'enlèvement de la végétation flottante dans les rivières en cours d'élaboration
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Traitement par ivermectine pour la prise en charge des symptômes, par doxycycline pour la guérison dans des circonstances adéquates ; prise en charge des troubles de la vue
Autre	• Là où la loase est co-endémique, des systèmes pour la prise en charge d'événements indésirables graves doivent être en place ; de nouvelles stratégies de lutte contre la loase sont en cours d'élaboration

Risques nécessitant une atténuation

- L'objectif peut ne pas être réalisable avec les outils actuels dans les pays d'hyperendémie ou d'holo-endémie
- Le coût de la cartographie et des stratégies contre la loase peut être prohibitif
- Résurgence des risques en cas d'arrêt prématuré de l'AMM

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays réalisant la vérification de l'interruption de la transmission	4 (12 %)	5 (13 %)	8 (21 %)	12 (31 %)
Nombre de pays ayant arrêté l'AMM dans ≥1 foyer	9	22	24	34
Nombre de pays ayant arrêté l'AMM pour ≥50 % de la population	6	10	25	>16
Nombre de pays ayant arrêté l'AMM pour 100 % de la population	4	6	10	>12

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

Environ 21 millions
de cas estimés en 2017[1]

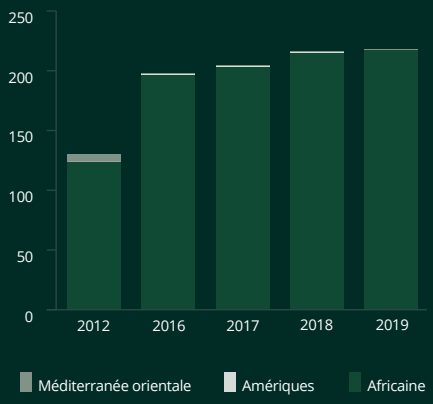
218 millions
de personnes à risque en 2019

Environ 1,3 million
de DALY perdues en 2017[2]

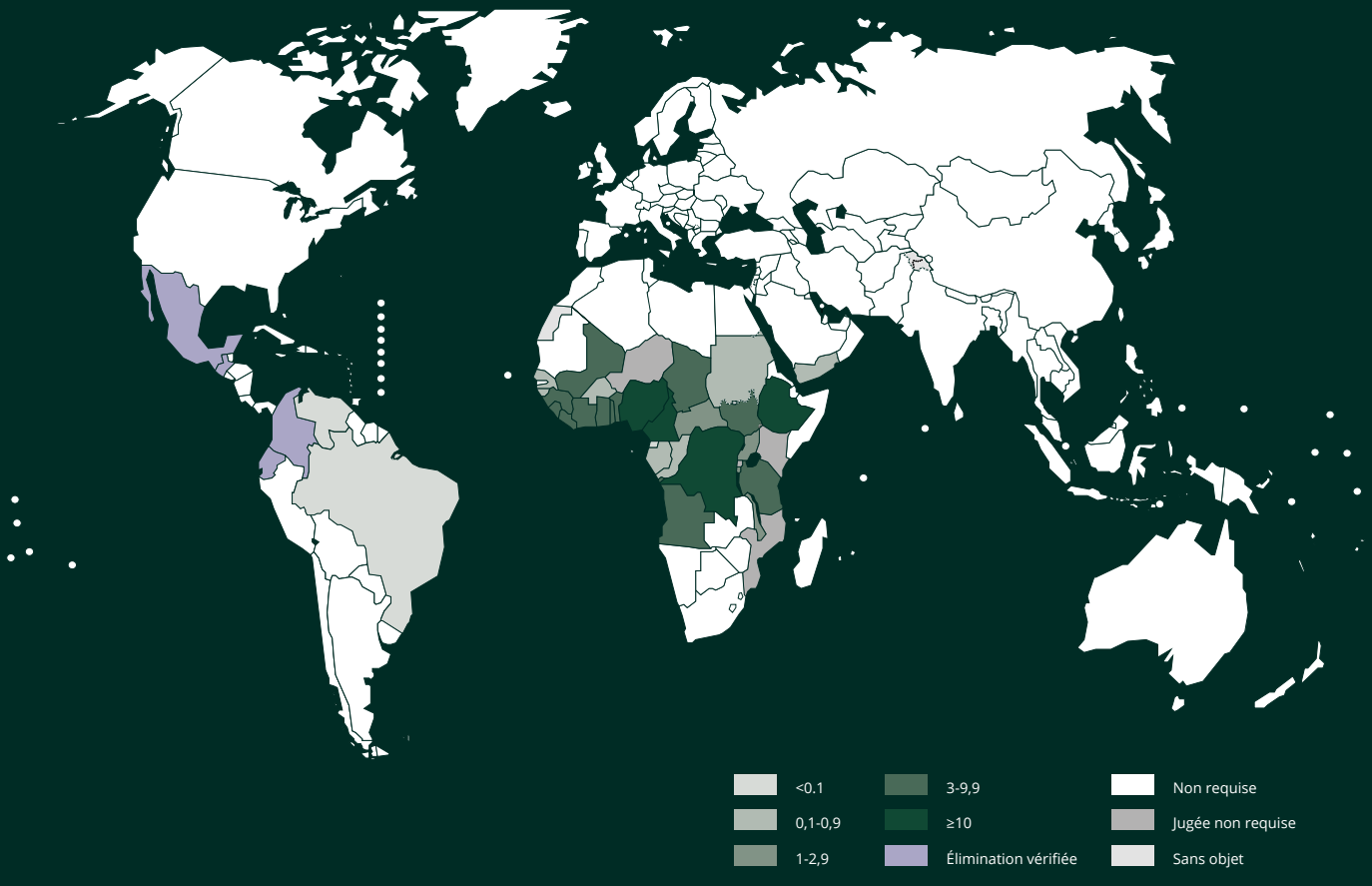
Des progrès importants ont été réalisés à ce jour. En 2019, environ 154 millions de personnes vivant dans des zones à risque d'onchocercose ont reçu un traitement par rapport à 46 millions en 2005 ; plus de 27 millions de personnes ont cessé d'être infectées.

L'augmentation de la population à risque de 2012 à 2019 est principalement due à une étendue de la cartographie de la maladie.[3]

Population nécessitant une chimiothérapie préventive par Région de l'OMS, en millions



Nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive (en millions), 2019



[1] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd).
[2] GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life□adjusted life□years (DALYs). Lancet. 2018;392:1859–922.
[3] En 2013, le Soudan du Sud (5,7 millions de cas) a été transféré de la Région OMS de la Méditerranée orientale à la Région africaine de l'OMS.

Onchocercose : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Olivier Asselin

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Lancement de l'AMM dans toutes les zones d'endémie après la cartographie, amélioration de la mise en œuvre des programmes d'AMM actuels et mise en œuvre d'autres stratégies, le cas échéant.
- Amélioration des tests diagnostiques pour faciliter la cartographie et informer les décisions pour éliminer la transmission ; élaboration d'une meilleure stratégie de diagnostic pour la loase ; augmentation des capacités du programme pour réaliser le diagnostic entomologique et de laboratoire.
- Développement d'un macrofilaricide ou élaboration d'autres stratégies d'élimination pour accélérer l'interruption de la transmission ; conception d'une stratégie de prise en charge des cas ; élaboration et mise en œuvre de stratégies d'élimination pour les zones où la loase est endémique mais l'onchocercose est hypo-endémique.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension de la transmission et du cycle de vie du parasite, mais compréhension insuffisante de l'indicateur sérologique pour l'interruption de la transmission	• Améliorer la compréhension sur la transmission et les seuils de transmission dans les zones d'hypo-endémie pour éclairer les lignes directrices • Surveiller et rechercher la manière dont les changements environnementaux peuvent influer sur la transmission
Tests diagnostiques	• Des tests sérologiques et moléculaires sont disponibles, mais ils gagneraient à être améliorés	• Poursuivre l'évaluation de la performance des tests diagnostiques en cours d'élaboration • Mettre au point des profils de produits cibles pour les tests diagnostiques conçus pour les besoins des programmes • Mettre au point des tests diagnostiques de confirmation à utiliser dans des contextes de faible prévalence susceptibles de faciliter la cartographie, les décisions d'arrêt de l'AMM et la surveillance • Élaborer une stratégie de diagnostic pour l'identification de l'intensité de l'infection par *Loa loa* • Relier la prévalence avec la sérologie aux indices de transmission du vecteur
Intervention efficace	• L'AMM par ivermectine une à deux fois par an est efficace pour arrêter la transmission, mais cela prend 10 à 15 ans, voire plus • L'ivermectine ne peut pas être utilisée en toute sécurité dans des contextes d'AMM dans lesquels la loase est hypo-endémique et l'onchocercose est co-endémique, ce qui limite l'évolution de l'élimination • Lutte antivectorielle lorsque l'AMM deux fois par an est insuffisante	• Développer un macrofilaricide ou élaborer d'autres stratégies d'élimination pour accélérer l'interruption de la transmission ; de nouvelles stratégies de traitement sont particulièrement nécessaires pour les zones où la loase est co-endémique (p. ex. macrofilaricide ou dépistage de *Loa loa*) • Mieux comprendre l'opportunité d'une AMM trimestrielle • Améliorer les recommandations sur le moment où il convient d'utiliser la lutte antivectorielle • Démontrer l'efficacité et la sécurité de la moxidectine chez les enfants et dans un contexte programmatique (la moxidectine pourrait se substituer à une AMM semestrielle par ivermectine)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/onchocerciasis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des lignes directrices sont disponibles pour l'arrêt de l'AMM et la surveillance post-traitement • Il est nécessaire d'améliorer les orientations quant aux étapes requises pour obtenir l'interruption de la transmission • Le seuil sérologique pour l'arrêt de l'AMM est peut-être trop bas	• Donner des orientations claires sur les stratégies dans les zones où l'onchocercose est hypo-endémique et la loase est co-endémique • Mettre à jour les orientations entomologiques pour la vérification et poursuivre la surveillance • Mettre à jour les lignes directrices et les manuels pour les administrateurs de programmes pour y inclure des stratégies (y compris la fréquence et la lutte anti-vectorielle) pour l'élimination et le processus de vérification de l'élimination • Réaliser des recherches pour valider un seuil plus élevé
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Bonne coordination entre les parties prenantes grâce au réseau d'organismes publics non ministériels travaillant sur les MTN, le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) et le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA) • Il est nécessaire de créer des comités nationaux pour l'élimination de l'onchocercose • La couverture signalée a augmenté	• Inclure l'onchocercose dans les ensembles nationaux de couverture sanitaire universelle (CSU) • Créer des comités nationaux de lutte contre l'onchocercose ou des mécanismes similaires dans les pays où il n'en existe pas actuellement • Améliorer la qualité de l'administration de l'AMM pour augmenter la couverture et augmenter la fréquence des AMM pour réduire les délais • Utiliser les outils de couverture actuellement disponibles pour aider à déterminer les modifications à apporter aux interventions (p. ex. mobilisation sociale) • Créer de nouveaux laboratoires capables de satisfaire les normes d'assurance qualité et pour fournir aux comités nationaux des résultats valables et en temps voulu pour la prise de décisions
Surveillance et évaluation	• La cartographie des zones d'hypo-endémie en Afrique est incomplète • Les stratégies de suivi et évaluation sont en cours d'actualisation pour y inclure les outils actuels • Il faut élaborer une stratégie pour les besoins de surveillance post-élimination	• Concevoir une cartographie de l'élimination réalisable ; poursuivre la cartographie de l'élimination de l'onchocercose • Élaborer et diffuser des protocoles pour la normalisation de la cartographie et l'arrêt des évaluations pour garantir la cohérence des données • Améliorer la cartographie et l'échantillonnage dans les zones où *Loa loa* est co-endémique pour pouvoir appliquer des approches de traitement granulaire • Combler les lacunes en termes de données dans les zones d'hypo-endémie grâce à la mise au point d'outils plus faciles à utiliser • Mettre à jour les orientations de suivi et évaluer au fur et à mesure la disponibilité de nouveaux outils et la révision des seuils
Accès et logistique	• Approvisionnement important de médicaments donnés par Merck par l'intermédiaire du Mectizan Donation Program • L'approvisionnement de tests diagnostiques est problématique dans les pays	• Élaborer un plan facilitant l'ajout de nouveaux médicaments à la chaîne d'approvisionnement au fur et à mesure qu'ils deviennent disponibles • Améliorer la planification et la logistique des tests diagnostiques pour l'obtention des nouveaux tests diagnostiques actuellement et à l'avenir
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Tous les pays ne disposent pas des capacités nationales pour la réalisation de tests en laboratoire de qualité garantie	• Poursuivre le renforcement des capacités des pays pour la réalisation de tests diagnostiques de qualité garantie
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• La plupart des programmes sont dépendants du soutien de donateurs externes • L'appropriation des programmes par les pays et leur investissement dans ces programmes est variable	• Élaborer un plan de plaidoyer et poursuivre le plaidoyer pour s'assurer du soutien des donateurs et augmenter le financement national afin de garantir la pérennité • Créer un forum de partenaires pour la lutte contre l'onchocercose pour accélérer le plaidoyer et le financement • Les interventions doivent être d'un bon rapport coût/efficacité et le financement doit être garanti
Collaboration et action multisectorielle	• Les plateformes de coordination incluent le Programme de lutte contre l'onchocercose (fermé), le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (fermé), l'ESPEN, l'OEPA et le Groupe de coordination des organismes publics non ministériels travaillant sur les MTN • De multiples ONG, universités et donateurs soutiennent l'innovation avec l'OEPA et l'ESPEN	• Renforcer la prise en charge intégrée des MTN à manifestation cutanée et utiliser les indicateurs communs • Augmenter la collaboration avec l'écologie et la gestion des vecteurs
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• De nombreux pays ont besoin d'une formation spécifique aux tests, à l'assurance qualité et d'un soutien logistique pour la réalisation des tests de laboratoire nécessaires • Manque de capacités en entomologie	• Poursuivre les efforts pour le renforcement des capacités en entomologie et de laboratoire • Améliorer les programmes de formation pour y inclure la mise en œuvre dans des zones reculées

Rage

La rage est provoquée par une infection par le virus de la rage et d'autres lyssavirus. L'infection provoque une inflammation progressive et mortelle de l'encéphale et de la moelle épinière. Environ 40 % des victimes de la rage sont des enfants de moins de 15 ans.

Maladie et épidémiologie

- La rage est provoquée par une infection par le virus de la rage et d'autres lyssavirus.
- L'infection provoque une inflammation progressive et mortelle du cerveau et de la moelle épinière. La rage existe sous deux formes :
  - la forme « furieuse » (80 % des cas) dans laquelle la personne présente une hyperactivité et une excitabilité. La mort survient en quelques jours ; et
  - la forme « paralytique » (20 % des cas, souvent mal diagnostiquée) dans laquelle les muscles se paralysent progressivement, pour donner lieu ensuite à un coma et à la mort.
- Le virus de la rage est transmis aux personnes principalement par des morsures de chiens domestiques (jusqu'à 99 %), mais aussi d'autres mammifères (comme les chauves-souris).
- Environ 40 % des victimes de la rage sont des enfants de moins de 15 ans.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Current status
Élimination régionale[1]	Amérique latine (2015)	Reporté
	Asie du Sud-Est (2020)	À changer d'ici 2030
	Pacifique occidental (2020)	À changer d'ici 2030

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	• L'accès à l'eau pour le lavage des plaies (p. ex. avec de l'eau et du savon) après l'exposition peut sensiblement diminuer la charge virale dans la plaie
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	• La vaccination de masse des chiens (vaccination de 70 % des populations de chiens dans les zones à haut risque) est une mesure de bon rapport coût/efficacité et reconnue pour rompre le cycle de transmission de la rage • Gestion des populations de chiens
Prise en charge thérapeutique	• Une prophylaxie postexposition avec le vaccin de la rage, ainsi que des immunoglobulines antirabiques pour les expositions de catégorie III sont nécessaires immédiatement après une exposition à un animal enragé • Le nettoyage soigneux de la plaie est primordial
Autre	• Un diagnostic en temps voulu et une évaluation précise des risques des plaies et des circonstances de la morsure sont essentiels • Pour prévenir les morts consécutives à la rage, l'éducation est cruciale, en particulier au niveau des enfants, p. ex. comment éviter de se faire mordre et ce qu'il faut faire en cas de morsure • La vaccination avant l'exposition est recommandée pour les personnes à haut risque d'exposition au virus de la rage, p. ex. le personnel de laboratoire travaillant avec le virus de la rage, les vétérinaires et les personnes manipulant des animaux

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays n'ayant pas signalé de cas de morts de personnes résultant de la rage	80/169 (47 %)	89/169 (53 %)	113/169 (67 %)	155/169 (92 %)
Nombre de pays ayant réduit de 50 % la mortalité des personnes consécutive à la rage transmise par les chiens	100/169 (59 %)	134/169 (79 %)	160/169 (95 %)	169/169 (100 %)
Nombre de pays ayant atteint la couverture vaccinale des chiens de 70 % dans les zones à haut risque	63/169 (37 %)	96/169 (57 %)	116/169 (67 %)	154/169 (91 %)

[1] Aucun objectif n'a été défini pour 2020 pour la Région africaine de l'OMS, la Région OMS de la Méditerranée orientale et la Région OMS du Pacifique occidental.
SOURCE : Toutes les données sont issues de l'OMS (p. ex. Global Health Estimates) sauf indication contraire.

Charge de morbidité

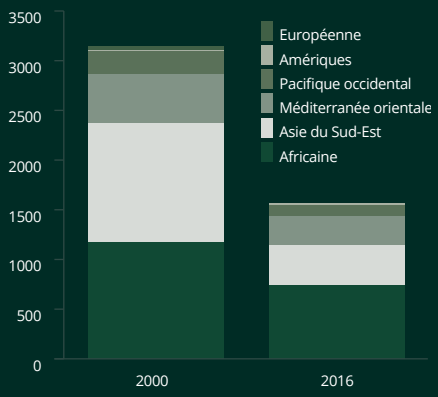
Environ 29 millions
de personnes recevant une prophylaxie postexposition en 2015[1]

Environ 59 000
morts en 2015

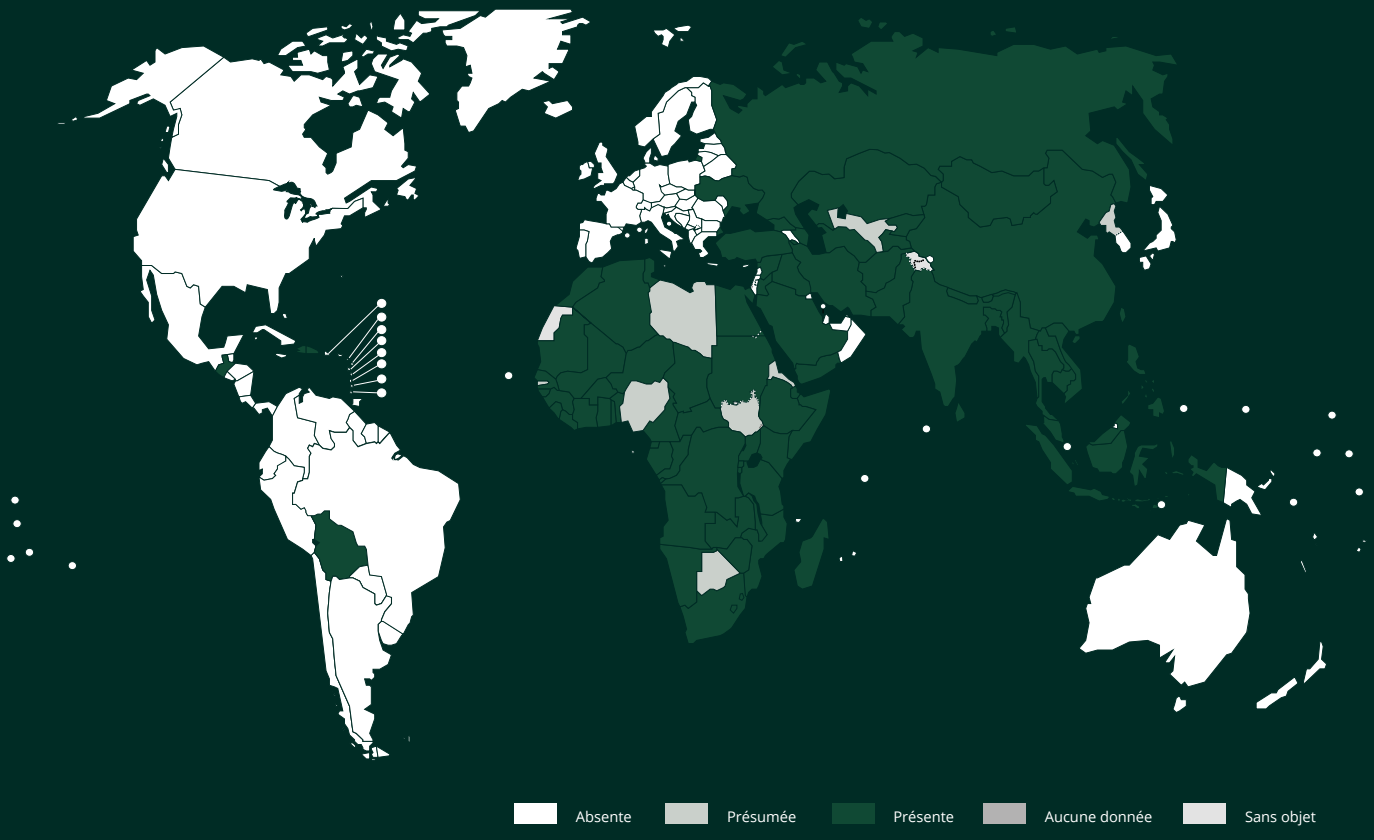
Environ 1,6 million
de DALY en 2016[2]

La rage humaine transmise par le chien est présente ou présumée dans 89 pays, essentiellement en Afrique et en Asie.

DALY par Région, en milliers[3]



Endémicité de la rage humaine transmise par le chien, 2019



[1] Data from Hampson *et al.*, 2015 (Estimating the global burden of endemic canine rabies).
[2] Le nombre estimé de DALY résultant de la rage dans le document de l'OMS Global Burden of Disease (2016) est probablement sous-estimé : une autre estimation des DALY annuelles résultant de la rage du chien est d'environ 3,7 millions (voir : Hampson K, Coudeville L, Lembo T, Sambo M, Kieffer A, Attlan M, et al. Estimating the global burden of endemic canine rabies. PLOS Negl Trop Dis. 2015;9(5):e0003786. doi:10.1371/journal.pntd.0003786.
[3] Le changement des DALY estimées pourrait aussi être la conséquence des différentes méthodes utilisées pour estimer les DALY entre 2000 et 2016 et d'un signalement insuffisant.

Rage : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Budi Chandra

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Amélioration des prévisions de demande de vaccins et d'immunoglobulines antirabiques pour assurer un approvisionnement adéquat dans les établissements, et mise au point d'approches innovantes pour l'administration pour garantir un accès en temps voulu à la prophylaxie postexposition et à la vaccination des chiens.
- Renforcement des capacités nationales des agents de santé (p. ex. évaluation de l'exposition à la rage, diagnostic, administration de la prophylaxie postexposition) et pour la prise en charge des chiens (p. ex. vaccination de masse des chiens).
- Renforcement et institutionnalisation de la surveillance de la rage ; amélioration de la conformité des pays pour le signalement afin d'assurer la disponibilité des données.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension de l'épidémiologie et de la pathologie de la maladie • Le programme de formation de Gavi, l'Alliance du Vaccin stimule l'avancée des recherches	• Aucune entrave à l'objectif
Tests diagnostiques	• Des protocoles de diagnostic bien établis sont disponibles • Des évaluations comparatives de divers tests diagnostiques sont en cours	• Mise au point d'un test de diagnostic *ante mortem* utilisable sur le terrain à utiliser dans les établissements de soins de santé primaires • Validation du diagnostic *post mortem* de la rage chez les animaux (p. ex. collecte d'échantillons non invasive combinée à un test de diagnostic rapide) pour améliorer le traitement post-morsure
Intervention efficace	• Des vaccins préventifs et postexposition efficaces sont disponibles	• Mise au point d'un produit d'anticorps monoclonaux en tant qu'alternative aux immunoglobulines antirabiques • Adaptation des méthodes de vaccination de masse des chiens au contexte (p. ex. développement et homologation d'un vaccin oral pour les chiens)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/rabies/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Plusieurs lignes directrices sont établies, y compris : - WHO TRS No. 1012 guidance on rabies prevention, vaccines, laboratory diagnostics and casemanagement - normes de l'OIE sur la prévention/lutte contre la rage chez les animaux, p. ex. la vaccination de masse des chiens • En 2018, la collaboration « Tous unis contre la rage » a publié un plan stratégique mondial pour la rage : « Zéro cas d'ici 2030 »	• Poursuivre la diffusion des orientations dans les pays • Approfondir la recherche sur la mise en œuvre pour améliorer opérationnellement l'accès à la prophylaxie postexposition chez l'homme et extension des campagnes de vaccination des chiens
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La stratégie mondiale « Zéro cas d'ici 2030 » de Tous unis contre la rage décrit un plan opérationnel sur la manière de réaliser zéro morts d'ici 2030	• Améliorer la coordination nationale des activités pertinentes, y compris la définition claire de la source de financement pour chaque activité • Renforcer le cadre de la lutte contre la rage grâce à la résolution de l'OMS tenant compte de l'approche « Une seule santé »
Surveillance et évaluation	• Le module du WIDP sur la rage a été finalisé • Le Système mondial d'information zoosanitaire (WAHIS) de l'OIE est en place pour le signalement de la rage	• Améliorer la disponibilité et la qualité des données sur le plan national et infranational pour garantir la conformité lors du signalement • Renforcer la surveillance, p. ex. introduction d'un indicateur de mort suspecte après une morsure, élaboration d'un processus pour la collecte d'échantillons
Accès et logistique	• La capacité mondiale est adéquate pour les vaccins antirabiques • La prévision des demandes et la gestion des vaccins sont insuffisantes, ce qui entraîne des ruptures de stock • La Banque de vaccins antirabiques de l'OIE est opérationnelle, bien que ses capacités soient limitées	• Garantir la disponibilité de vaccins de qualité garantie pour l'homme et l'animal, p. ex. collecte de données sur l'utilisation de vaccins/immunoglobulines antirabiques pour prévoir la demande et informer le système d'approvisionnement en vaccins • Renforcer les services antirabiques avec des vaccins du PEV (même chaîne du froid, gestion des stocks) • Mettre au point des approches innovantes pour améliorer les systèmes d'administration et garantir un accès à la prophylaxie postexposition et aux vaccins pour les chiens • Améliorer l'approvisionnement de produits biologiques
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Les infrastructures et établissements de santé sont généralement défaillantes dans les lieux où la rage à tendance à sévir (p. ex. les villages en zone rurale)	• Garantir du matériel dans les établissements de santé pour le nettoyage des plaies et le stockage de vaccins • Garantir la capacité et les capabilités pour un diagnostic rapide et précis de la rage grâce à des laboratoires accessibles et équipés et du personnel formé • Créer des services antirabiques avec un personnel formé pour l'administration intradermique de vaccins et une infiltration des plaies avec des immunoglobulines antirabiques
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• La recherche de donateurs pour Tous unis contre la rage est en cours • Gros investissement de Gavi, l'Alliance du Vaccin dans les vaccins antirabiques • Le Journée mondiale de la rage participe à la sensibilisation	• Assurer un financement complémentaire pour les vaccinations de masse des chiens en soutien à l'initiative de Gavi • Renforcer l'engagement et la volonté politique pour la rage au niveau national ; vérifier que la demande de services antirabiques de la part des communautés est reconnue
Collaboration et action multisectorielle	• Il existe une collaboration « Une seule santé » (impliquant l'OMS, l'OIE, la FAO et la GARC) grâce à la collaboration Tous unis contre la rage • La Banque de vaccins antirabiques de l'OIE soutient la mise en œuvre des campagnes de vaccination des chiens • La collaboration Tous unis contre la rage (OMS, FAO, OIE, GARC) chapeaute une large coalition incluant les pays, les ONG, le secteur privé et d'autres organisations internationales	• Apporter un soutien aux pays pour l'élaboration de plans multisectoriels de lutte contre la rage et l'approfondissement de la collaboration interministérielle • Renforcer l'approche « Une seule santé », p. ex. création d'une plateforme pour l'échange de données relatives à la rage entre l'OMS et l'OIE • Associer les interventions de lutte contre la rage avec celles concernant d'autres maladies (p. ex. leishmaniose, échinococcose, dracunculose) pour favoriser des synergies (p. ex. coûts) • Augmenter la collaboration avec la société civile et le secteur privé (p. ex. pour améliorer les services ou soutenir le plaidoyer)
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Des interventions efficaces sont disponibles, mais il faut renforcer les capacités dans le pays pour les agents de santé et en particulier pour la manipulation des chiens	• Former les agents de santé sur l'évaluation de l'exposition à la rage et le diagnostic, l'administration d'une prophylaxie postexposition, la prévention et l'usage inutile de prophylaxie postexposition • Renforcer les capacités de formation des vétérinaires et des services pour les populations de chiens (pas uniquement le bétail), en particulier pour la vaccination de masse des chiens • Améliorer l'information, l'éducation et la communication (IEC) pour prévenir la morsure par des chiens, améliorer le recours aux soins et gérer les populations de chiens errants

Gale et autres ectoparasitoses

La gale et autres ectoparasitoses sont provoquées par une infection par un acarien microscopique nommé *Sarcoptes scabiei var hominis*. La femelle creuse des galeries dans la peau et pond des œufs, ce qui déclenche la réponse immunitaire qui provoque un prurit intense et un érythème.

Maladie et épidémiologie

- La gale et autres ectoparasitoses sont provoquées par une infection par un acarien microscopique nommé *Sarcoptes scabiei var hominis*.
- L'infection est transmise à l'homme par un contact étroit avec la peau, dans laquelle la femelle creuse des galeries et pond des œufs, ce qui déclenche la réponse immunitaire qui provoque un prurit intense et un érythème.
- Des infections bactériennes peuvent compliquer la maladie et entraîner des conséquences graves comme des infections des tissus mous, une septicémie, une maladie rénale et, éventuellement, un rhumatisme cardiaque.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Sans objet : la gale et autres ectoparasitoses ont seulement été classées en tant que maladie tropicale négligée de l'OMS en 2017

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Administration de masse de médicaments (AMM) par ivermectine orale et des scabicides topiques
WASH	• Les mesures d'hygiène peuvent être utiles dans le cadre de la réponse aux flambées épidémiques dans les institutions • Les mesures d'hygiène réduisent le risque d'infection secondaire des personnes infectées
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Scabicides topiques comme la perméthrine, le benzoate de benzyle, le malathion et le baume à base de soufre • Ivermectine orale • Traitement de tous les contacts du foyer • Prise en charge thérapeutique spécialisée des cas de gale croûteuse
Autre	S.o.

Risques nécessitant une atténuation

- Étant donné que les programmes qui utilisent l'ivermectine ont été arrêtés (p. ex. filariose lymphatique et onchocercose dans certaines zones) dans certains pays, il existe un risque de flambée épidémique ou de résurgence de la gale
- Au fur et à mesure que l'utilisation de l'AMM est généralisée, la surveillance de la résistance gagne en importance

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays ayant intégré la prise en charge de la gale dans l'ensemble de soins de la couverture sanitaire universelle	0	25 (13 %)	50 (26 %)	194 (100 %)
Nombre de pays ayant recours à l'AMM dans tous les districts d'endémie	0	3	6	25

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

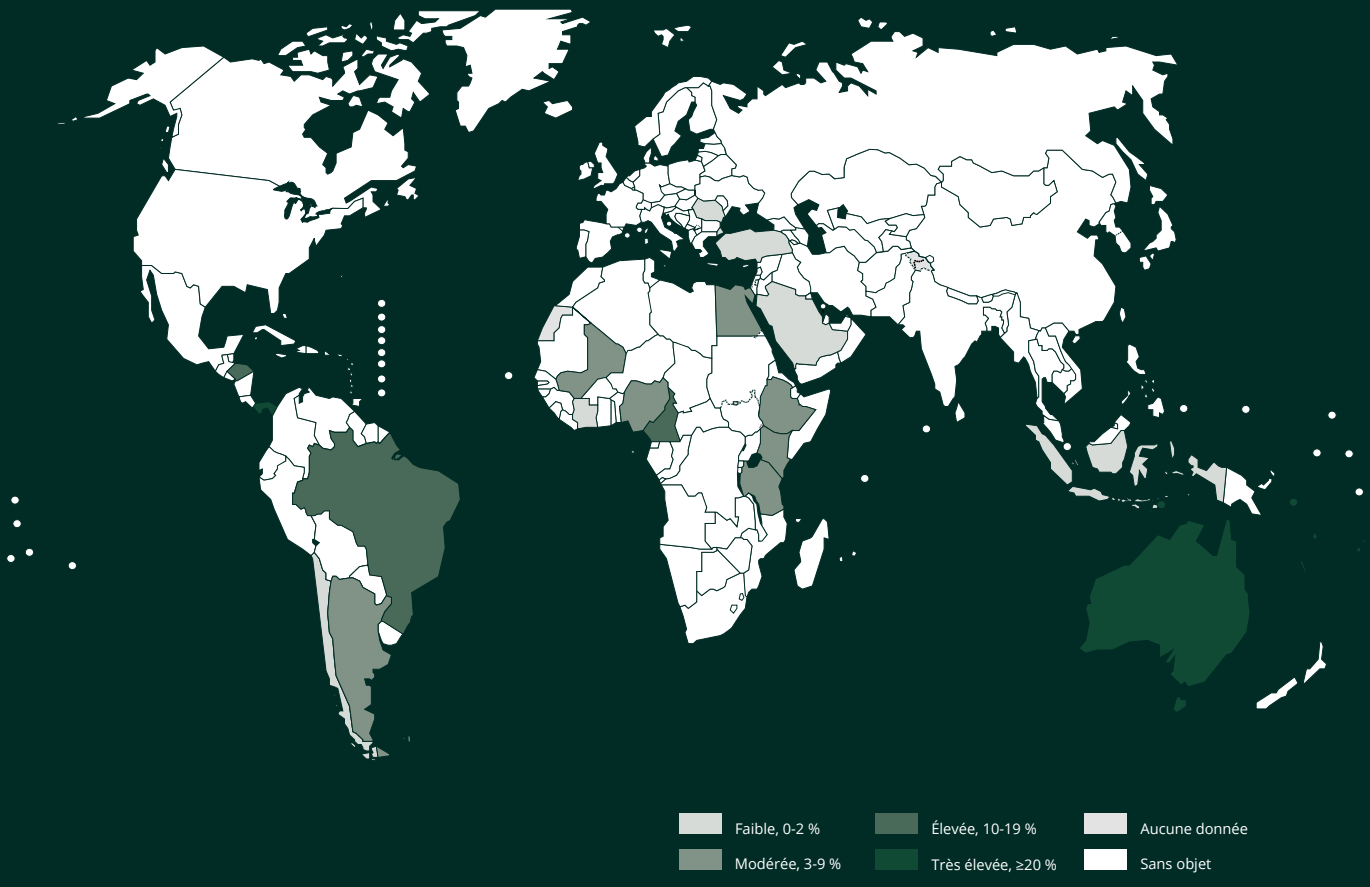
Environ 200 millions
de personnes infectées par la gale à un moment donné

Environ 4,5 millions
de DALY (tous âges confondus) en 2017

Il n'existe pas de données précises sur l'incidence et la prévalence.

La maladie est endémique sur l'ensemble des continents ; la charge la plus élevée est observée en Asie (nombre de cas, de DALY).

Prévalence de la gale, dernière année disponible



Source : Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. Lancet. 2019; 394: 81–82. doi:10.1016/S0140-6736(19)31136-5.

Gale : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Rada Akbar

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Élaborer des orientations et des outils pour la cartographie dans les pays d'endémie pour estimer la charge de morbidité.
- Élaborer des orientations pour la mise en œuvre d'une chimiothérapie préventive.
- Créer un plan de plaidoyer et de financement ; solliciter un financement pour l'ivermectine et les traitements topiques ; préconiser l'inclusion dans la couverture sanitaire universelle.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Des recherches importantes ont été effectuées pour définir l'impact des stratégies d'AMM sur la transmission de la gale • Une recherche initiale sur la charge de la gale a été entamée dans certaines régions	• Évaluer la charge épidémiologique à l'échelle mondiale • Améliorer la compréhension de la recrudescence de la transmission dans des contextes dans lesquels l'AMM par ivermectine pour d'autres MTN a été suspendue • Comprendre le cycle de vie et l'effet des traitements sur les personnes, ainsi que la morbidité associée (p. ex. impétigo et fièvre rhumatismale)
Tests diagnostiques	• Il existe des méthodes pour le dépistage et le diagnostic individuel, mais des tests diagnostiques de confirmation sur le lieu de soins font défaut • Les nouveaux critères issus d'un consensus international en 2019 faciliteront le dépistage programmatique	• Valider les algorithmes de diagnostic clinique pour une utilisation programmatique • Mettre au point des tests diagnostiques au niveau de la population pour faciliter leur intégration dans d'autres activités des programmes d'autres MTN et évaluer les résultats des programmes
Intervention efficace	• Preuves concluantes de l'efficacité de l'AMM par ivermectine associée à des scabicides topiques chez les personnes ne pouvant pas prendre l'ivermectine ; l'ivermectine ne peut pas être utilisée en toute sécurité dans les régions où la loase est co-endémique	• Déterminer l'efficacité de l'AMM à base d'ivermectine à dose unique (au lieu de deux doses à sept jours d'écart) pour une utilisation programmatique • Identifier d'autres stratégies pour l'AMM y compris dans les régions où la loase est co-endémique • Étudier la possibilité de traitement par moxidectine

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Cadre provisoire en cours d'élaboration	• Élaborer des orientations et des outils pour la cartographie dans les pays d'endémie pour estimer la charge de morbidité • Élaborer des orientations pour la mise en œuvre d'une chimiothérapie préventive
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Il existe des instances informelles pour soutenir la coordination • L'organisation et la planification au niveau national laissent souvent à désirer • L'AMM par ivermectine pour la filariose lymphatique ou l'onchocercose a eu un certain effet sur la transmission, même si ces stratégies ne touchent pas certains enfants menacés d'infection	• Inclure la gale et l'impétigo dans la couverture sanitaire universelle nationale et la prise en charge intégrée des lignes directrices pour les maladies infantiles • Intégrer la gale dans la planification du programme national de lutte contre les MTN dans les pays de forte endémie
Surveillance et évaluation	• Mauvaise compréhension de la charge de morbidité et de sa prévalence	• Concevoir des stratégies de cartographie réalisables sur le plan opérationnel • Élaborer et diffuser des protocoles pour la normalisation de la cartographie afin de garantir la cohérence des données • Élaborer un système de suivi des flambées épidémiques de gale ; surveiller en particulier les endroits où les programmes d'élimination de la filariose lymphatique ou de l'onchocercose sont en cours de suspension • Envisager l'intégration des stratégies de suivi et évaluation avec d'autres maladies cutanées
Accès et logistique	• L'ivermectine est ajoutée à la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels pour les ectoparasites (2019)	• Assurer un approvisionnement d'ivermectine et de scabicides topiques à faible prix ; identifier d'éventuels fabricants de génériques de l'ivermectine susceptibles d'obtenir une préqualification par l'OMS • Assurer la disponibilité de scabicides topiques et de traitements pour les infections secondaires
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Le Manuel de l'OMS sur les MTN à manifestation cutanée propose quelques orientations pour le diagnostic et la prise en charge dans les établissements de soins de santé primaires (2018)	• Élaborer des plans nationaux pour la formation du personnel au diagnostic et à la prise en charge de la gale incluant les infections secondaires • Assurer des pratiques de prescription de bonne qualité pour les MTN à manifestation cutanée
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Soutien actuel limité des donateurs et faible priorité nationale dans de nombreux pays	• Créer un plan de plaidoyer et de financement ; solliciter un financement pour l'ivermectine et les traitements topiques ; préconiser l'inclusion dans la couverture sanitaire universelle
Collaboration et action multisectorielle	• La collaboration commence à s'améliorer au fur et à mesure de l'élaboration d'un cadre • L'Alliance internationale de lutte contre la gale et la Ligue internationale des Sociétés de dermatologie aident à coordonner les actions de lutte contre la gale	• Renforcer la prise en charge intégrée des MTN à manifestation cutanée • Organiser une coordination avec d'autres programmes qui utilisent l'ivermectine (p. ex. filariose lymphatique) • Renforcer la collaboration avec l'EAH dans des contextes institutionnels
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Les besoins n'ont pas été évalués, mais devraient être importants	• Il faudrait envisager un renforcement des capacités dans l'ensemble des MTN à manifestation cutanée pour le traitement et la prévention des infections secondaires

Schistosomiase

La schistosomiase est une maladie parasitaire causée par une infection par des trématodes du genre *Schistosoma*. La maladie touche les communautés pauvres en zone rurale, mais progresse vers les zones urbaines et frappe les touristes visitant les zones d'endémie.

Maladie et épidémiologie

- La schistosomiase est une maladie parasitaire résultant d'une infection par des trématodes du genre *Schistosoma*, dont *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi*, *S. guineensis* et les espèces apparentées *S. intercalatum* et *S. haematobium*.
- Elle se manifeste sous deux formes principales :
  - la schistosomiase intestinale, qui provoque douleurs abdominales, diarrhée, sang dans les selles, fièvre de Katayama (principalement *S. japonicum*) et, aux stades avancés, gonflement du foie et de la rate, fibrose, hypertension portale et accumulation de liquides dans la cavité péritonéale ; et
  - la schistosomiase urogénitale (*S. haematobium* uniquement), qui provoque une présence de sang dans les urines, fibrose de la vessie et lésions aux uretères et aux reins ; les formes génitales se manifestent par des douleurs au niveau des testicules et du sang dans le sperme chez l'homme, et des douleurs abdominales et pelviennes chez les femmes, des douleurs pendant les relations sexuelles, grossesse ectopiques et infertilité. Une association avec la transmission du VIH a été démontrée dans les zones de co-endémie.
- Les personnes sont infectées par un contact avec de l'eau (p. ex. toilette, baignade, lavage du linge) infestée par les formes larvaires (cercaires) se transformant en escargots d'eau douce qui sont l'hôte intermédiaire. Un mauvais assainissement augmente le risque de transmission.
- La maladie touche les communautés pauvres en zone rurale, mais progresse vers les zones urbaines et frappe les touristes visitant les zones d'endémie.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Élimination régionale	2015 – plusieurs régions[1] 2020 – plusieurs régions[2]	0
Pourcentage d'enfants d'âge scolaire couverts par la chimiothérapie préventive	75 %	67 %

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Traitement habituel par une administration de masse de médicaments par praziquantel aux groupes à risque (enfants d'âge scolaire, enfants d'âge préscolaire, communautés dans les zones de forte endémie, adultes exerçant des professions impliquant un contact avec de l'eau infestée)
WASH	• Accès à de l'eau salubre • Amélioration de l'assainissement et de la gestion des excréments dans l'ensemble des communautés (y compris déchets animaux) • Éducation à l'hygiène personnelle (p. ex. utilisation de toilettes, hygiène personnelle)
Lutte antivectorielle	• Lutte contre les escargots avec des molluscicides, par l'élimination physique et une modification de l'environnement
Santé publique vétérinaire	• Éloignement des animaux des sites de transmission (pour la transmission zoonotique) en particulier dans les zones d'endémie de *S. japonicum*
Prise en charge thérapeutique	• Traitement des animaux par praziquantel • Traitement au cas par cas par praziquantel et prise en charge individualisée de la maladie (p. ex. chirurgie et soins auto-administrés), le cas échéant
Autre	• Changement comportemental, soins auto-administrés et interventions de gestion environnementale

Risques nécessitant une atténuation

Les réservoirs zoonotiques peuvent faire perdurer la transmission ; la réintroduction de la maladie par migration augmente le risque de recrudescence ; la maladie peut surgir de nouveau si le traitement habituel par AMM est suspendu sans avoir mis en place des interventions de pérennisation (p. ex. WASH et surveillance)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (actuellement définie pour une proportion <1 % d'infections très intenses de schistosomiase)	0	49/78 (63 %)	69/78 (88 %)	78/78 (100 %)
Nombre de pays où l'absence de l'infection des personnes a été atteinte	1/78 (1 %)	10/78 (13 %)	19/78 (24 %)	25/78 (32 %)

[1] Région de la Méditerranée orientale, Caraïbes, Indonésie et bassin du Mekong.
[2] Région des Amériques, Région du Pacifique occidental et certains pays de la Région africaine.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

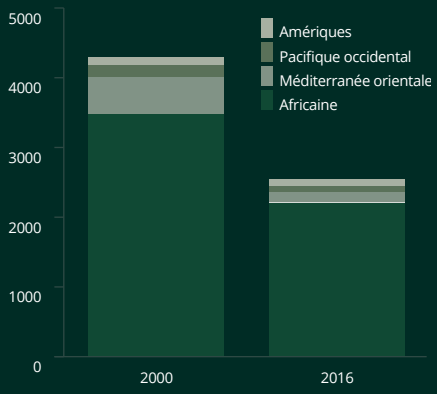
Environ 236 millions
de personnes ont eu besoin d'AMM en 2019

Environ 24 000
morts en 2016

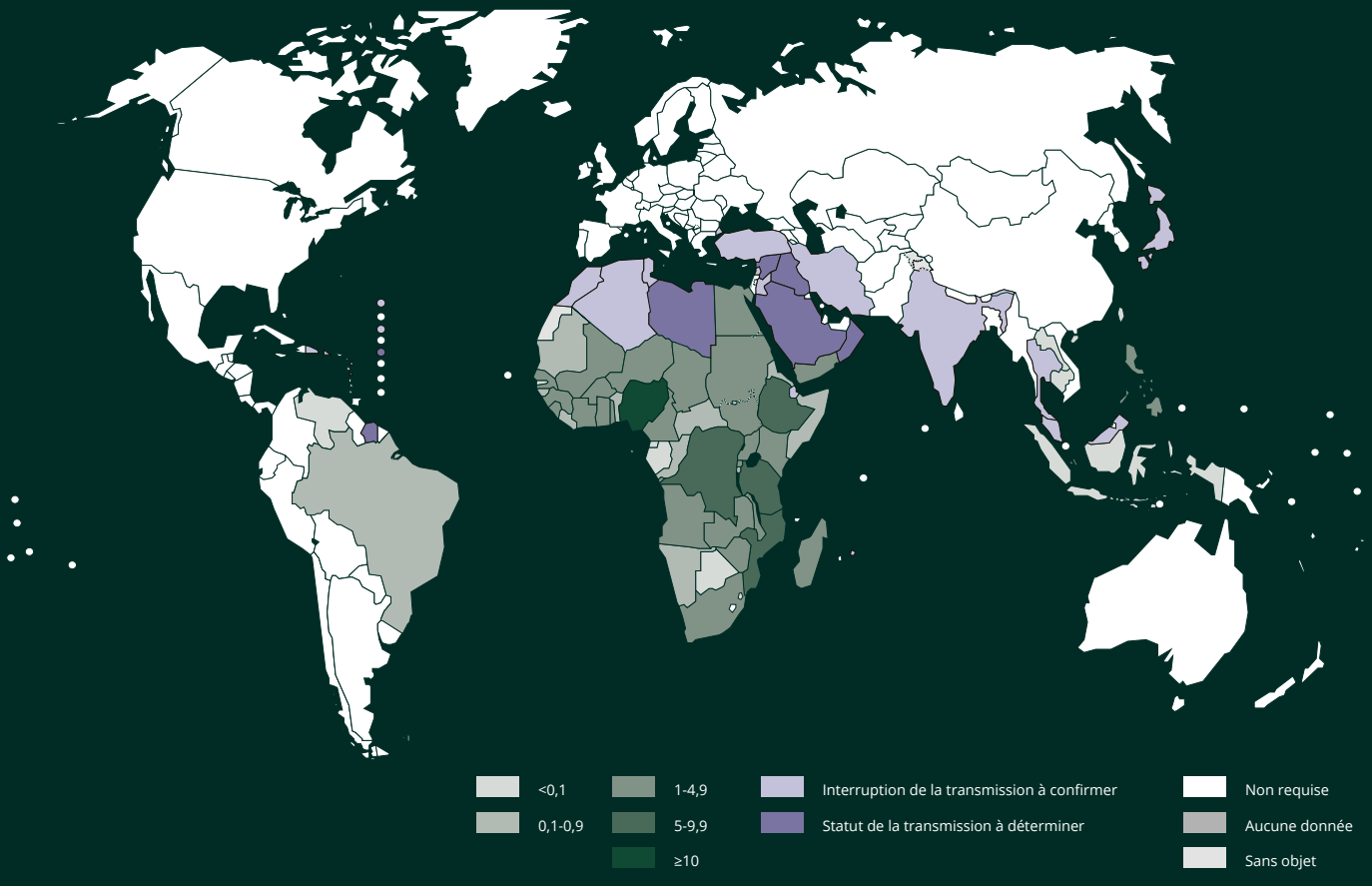
Environ 2,5 millions
de DALY en 2016

En janvier 2020, la schistosomiase était endémique dans 78 pays, dont 51 présentent une transmission modérée à sévère et doivent administrer une chimiothérapie préventive ; plus de 90 % des personnes nécessitant un traitement vivent en Afrique. Le nombre de morts et de DALY est probablement sous-estimé en raison d'un signalement insuffisant, de la méthode utilisée pour évaluer l'incapacité et d'autres facteurs.

DALY par Région, en milliers



Pourcentage de la population mondiale nécessitant une chimiothérapie préventive, 2019



Schistosomiase : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Olivier Asselin

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Définir un indicateur pour mesurer la morbidité.
- Mettre en œuvre des interventions efficaces, y compris l'extension de la chimiothérapie préventive à l'ensemble de la population qui en a besoin et un accès aux médicaments nécessaires : appliquer la lutte contre les escargots selon les lignes directrices actualisées ; poursuivre la micro-cartographie et le ciblage.
- Mettre au point de tests diagnostiques, y compris un diagnostic sur le lieu de soins, et prévoir de nouvelles interventions, y compris des alternatives au praziquantel et des méthodes de lutte contre les escargots.
- Créer des mécanismes efficaces de gouvernance transversale pour une coordination avec les secteurs WASH, la lutte antivectorielle, la santé animale, l'environnement et d'autres secteurs importants.
- Assurer des ressources suffisantes, y compris un financement national, pour l'accès aux interventions (y compris AMM pour les enfants et les adultes et lutte contre les escargots), la mise au point de nouveaux outils et le renforcement des capacités des soins de santé.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension de la transmission et du cycle de vie du parasite • Compréhension insuffisante des voies de résurgence • Lacunes dans la compréhension de certains escargots, des espèces hybrides et des réservoirs zoonotiques ; les réservoirs zoonotiques font perdurer la transmission • Compréhension insuffisante du spectre des morbidités	• Déterminer les causes et des stratégies pour prévenir la résurgence et maintenir l'élimination en tant que problème de santé publique, une fois celle-ci obtenue • Comprendre la transmission zoonotique et les interventions pour éliminer les réservoirs zoonotiques • Déterminer les causes et élaborer des stratégies pour les zones qui ne répondent pas au traitement • Déterminer l'impact de la schistosomiase génitale chez la femme en association avec le VIH • Définir l'impact économique et sanitaire de la morbidité clinique et « subtile »
Tests diagnostiques	• Utilisation de la méthode de Kato-Katz et de la filtration des urines pour mesurer la prévalence et l'intensité, mais les résultats ne sont pas optimaux dans les zones de faible prévalence • Les TDR plus sensibles et spécifiques sont utilisés et d'autres sont en cours de développement	• Mettre au point et introduire des tests diagnostiques normalisés et sensibles sur le lieu de soins pour différents contextes de prévalence et toutes les espèces de schistosomes ; les utiliser pour la cartographie et l'évaluation de la transmission • Créer une banque d'échantillons de sérum, d'urine et de selles pour la mise au point, la validation et l'évaluation des diagnostics • Mettre au point un test pour la résistance au praziquantel • Mettre au point un test moléculaire pour la xénosurveillance et la surveillance • Mettre au point un diagnostic sur le lieu de soins pour la schistosomiase génitale chez la femme
Intervention efficace	• Le traitement régulier par praziquantel par l'intermédiaire de l'AMM ou de tests et traitements réduit les infections et la prévalence • Des recherches sur des formulations améliorées de praziquantel et d'une formulation pédiatrique sont en cours • Une lutte personnalisée contre les escargots est mise en œuvre dans certains pays ; il existe cependant des préoccupations d'ordre environnemental • Il est nécessaire de renforcer les preuves de résultat de mesures WASH efficaces et des interventions de changement comportemental	• Utiliser ou mettre en œuvre les stratégies actuelles conformément aux lignes directrices (p. ex. extension du traitement aux adultes, mise en œuvre de l'EAH) et réaliser simultanément des recherches opérationnelles pour éclairer les interventions futures • Introduire ou améliorer le microciblage de l'AMM et d'autres interventions au niveau de la communauté • Développer de nouveaux médicaments alternatifs en complément du praziquantel en cas de résistance • Mettre au point et lancer une technologie plus sûre, moins onéreuse et plus efficace de lutte contre les escargots tenant compte de l'environnement • Réaliser des recherches opérationnelles pour améliorer les interventions WASH en vigueur et le comportement pour la prévention • Envisager le développement d'un vaccin pour l'homme et les animaux pour prévenir la réinfection et réduire la transmission • Améliorer la prise en charge de la morbidité, y compris la co-infection et l'infection secondaire • Organiser une coordination avec les services WASH pour garantir un accès à de l'eau suffisamment propre pour la toilette et le lavage et proposer une éducation à la santé

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/schistosomiasis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Processus pour la vérification de l'élimination de la transmission en cours d'élaboration • Publication du manuel de l'OMS sur les indicateurs de la morbidité • Les nouvelles orientations incluent le traitement de tous les groupes à risque	• Élaborer des orientations sur la manière de maintenir l'élimination en tant que problème de santé publique et d'éliminer la transmission • Élaborer des orientations méthodologiques pour mesurer les progrès et évaluer l'impact • Élaborer des stratégies d'intervention et de surveillance pour des contextes urbains et périurbains
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Bonne gouvernance entre les parties prenantes • Programmes nationaux à différents stades d'élaboration concernant l'intégration multisectorielle des interventions de lutte contre les escargots, des mesures WASH et du changement de comportement	• Adopter et mettre en œuvre les stratégies en vigueur au plan national (p. ex. extension vers d'autres groupes, y compris les adultes, les enfants d'âge scolaire non scolarisés) ; améliorer la conformité de l'AMM et des mesures WASH par un renforcement de la mobilisation sociale et un changement de comportement • Mettre en œuvre des stratégies de test, traitement et suivi dans les pays s'efforçant d'éliminer la transmission • Élaborer une structure de gouvernance transversale cohérente (p. ex. WASH, vecteurs, éducation, animaux) dans les pays pour une mise en œuvre efficace des interventions ; inclure la schistosomiase dans leur ensemble de couverture sanitaire universelle (CSU)
Surveillance et évaluation	• Actuellement, mauvaise compréhension de l'épidémiologie de la maladie • Création d'un groupe de travail en vue de proposer de nouvelles orientations pour le suivi et l'évaluation, la cartographie granulaire et l'évaluation de l'impact	• Améliorer la qualité des données et la cartographie en soutien de l'objectif et suivre les progrès accomplis au niveau le plus bas ; mettre en œuvre la cartographie granulaire (maîtrisant de nouvelles technologies) en soutien de l'AMM ciblée et d'autres interventions à des niveaux inférieurs dans l'administration ou de la communauté • Collecter des données de suivi et évaluation auprès d'enfants d'âge préscolaire, d'enfants d'âge scolaire et d'adultes pour éclairer la stratégie de traitement • Appliquer les évaluations d'impact en vue d'un éventuel ajustement de la stratégie • Utiliser les données d'endémicité pour cibler les investissements dans les mesures WASH et suivre les progrès accomplis envers l'élimination • Améliorer le signalement sur la répartition, en s'appuyant sur de nouveaux outils • Mettre en œuvre un suivi de l'efficacité du praziquantel et de la résistance à celui-ci • Mettre au point des indicateurs d'impact économique pour évaluer la charge de morbidité et les progrès programmatiques
Accès et logistique	• Don par Merck de 250 millions de comprimés de praziquantel, disponibles pour le traitement d'enfants d'âge scolaire et de quelques adultes par une administration au niveau de la communauté dans la Région africaine • Quelques pays utilisent d'autres sources de praziquantel • La dépendance à l'égard de l'administration du traitement à des enfants scolarisés peut ne pas toucher les enfants qui ne sont pas scolarisés, les enfants d'âge préscolaire et les adultes	• Utiliser les outils de logistiques, de coordination et d'approvisionnement des donateurs pour assurer l'accès à du praziquantel de qualité garantie et en quantité suffisante pour traiter tous ceux qui en ont besoin • Assurer un accès au traitement et à une administration de celui-ci à toutes les populations à risque, y compris les adultes, conformément aux lignes direc-trices (p. ex. par un renforcement des aspects logistiques) • Assurer un accès à la formulation pédiatrique du praziquantel (dès qu'il est disponible) pour les enfants d'âge préscolaire • Assurer un accès aux molluscicides et aux interventions zoonotiques en fonction des disponibilités • Assurer un accès aux tests diagnostiques en fonction des disponibilités
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Variabilité des infrastructures de soins de santé et des capacités des laboratoires, certaines régions manquant de capacités • Faible disponibilité de compétences en malacologie et lutte contre les escargots • Manque de sensibilisation des professionnels de la santé au sujet de la schistosomiase génitale chez la femme	• Intégrer la schistosomiase dans les soins de santé primaires • Renforcer les capacités des laboratoires pour la surveillance • Renforcer les capacités des soins de santé pour l'évaluation de la morbidité et la prise en charge thérapeutique • Renforcer les capacités en malacologie et lutte contre les escargots
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Actuellement, les programmes de traitement dépendent fortement des financements externes qui, dans certains pays, sont de courte durée	• Solliciter les parties prenantes et les décideurs politiques internationaux et nationaux en vue de renforcer l'appropriation des programmes de lutte et d'élimination de la schistosomiase et leur intégration dans la CSU • Mobiliser des ressources supplémentaires en vue de progresser vers l'objectif ultime d'élimination de la transmission, ce qui permettrait de suspendre l'AMM ; mobiliser des ressources pour les médicaments, les molluscicides et d'autres besoins • Élaborer une manifestation d'intérêt pour les investissements dans les mesures WASH dans les zones où la schistosomiase est endémique
Collaboration et action multisectorielle	• Publication du Manuel (2013) et de la Stratégie mondiale WASH et MTN (2015) • Publication du Document de plaidoyer pour la schistosomiase génitale chez la femme et le VIH (2019) • Intégration de niveau avec d'autres secteurs (p. ex. WASH, agriculture, éducation, lutte antivectorielle, environnement) • Les organisations de coordination sont notamment l'Alliance mondiale contre la schistosomiase et le Réseau d'ONG pour les maladies tropicales négligées	• Organiser une coordination des interventions transversales pour la mise en œuvre des stratégies de traitement, WASH et comportementales dans les communautés, les écoles et les établissements de santé ; garantir un accès à de l'eau propre • Intégrer les interventions contre la schistosomiase avec d'autre MTN pour gagner en efficacité (p. ex. AMM/chimiothérapie préventive) • Renforcer la collaboration avec d'autres acteurs du secteur des soins de santé pour la prise en charge des manifestations génitales, des co-infections et de la morbidité sévère • Promouvoir la lutte contre les escargots dans le cadre de l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs et organiser une coordination avec des groupes de protection de l'environnement • Organiser une coordination avec les secteurs de protection des animaux et l'approche « Une seule santé »
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Publication de l'Atlas de la schistosomiase génitale chez la femme pour faciliter les tests diagnostiques (2015) • Manuel sur la prise en charge de la morbidité en cours d'élaboration • Manuel sur la malacologie, plateforme et application de formation en ligne en cours d'élaboration • Publication du Manuel sur l'utilisation de molluscicides sur le terrain (2017)	• Soutenir la formation du personnel de santé aux tests diagnostiques en laboratoire, à la prise en charge clinique des cas et des manifestations génitales, à la malacologie et la lutte contre les escargots ; intégrer les formations avec celles d'autres MTN et secteurs • Renforcer les compétences épidémiologiques du personnel pour évaluer les stratégies de traitement et leur personnalisation • Adopter une stratégie pour la viabilité à long terme et une plus grande appropriation nationale • Sensibiliser le grand public au sujet de la maladie et sa transmission, sa prévention et les interventions WASH et de MTN par la production de manuels

Morsures de serpents venimeux

En mordant, les serpents venimeux injectent un mélange complexe de différentes toxines (« venin »). Certaines espèces de serpents peuvent aussi pulvériser du venin dans les yeux.

Maladie et épidémiologie

- En mordant, les serpents venimeux injectent un mélange complexe de différentes toxines (« venin »). Certaines espèces de serpents peuvent aussi pulvériser du venin dans les yeux.
- Les toxines peuvent provoquer un choc (diminution de la tension artérielle), une paralysie pouvant arrêter la respiration et des troubles sanguins pouvant aboutir à des hémorragies fatales ou d'autres effets tels que des insuffisances rénales aiguës et des destructions tissulaires susceptibles de provoquer des incapacités définitives, l'amputation d'un membre et d'autres séquelles physiques ou psychologiques.
- Les facteurs de risque sont notamment les professions agricoles, le fait de marcher pieds nus, de dormir sur le sol en intérieur ou à l'extérieur sans moustiquaire bien fermée et de marcher dehors la nuit sans lampe.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Sans objet : les morsures de serpents venimeux ont seulement été classées en tant que maladie tropicale négligée de l'OMS en 2017

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	S.o.
WASH	S.o.
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Sérums antivenimeux efficaces, sûrs et de grande qualité disponibles dans les postes de santé ruraux et pouvant être administrés par un personnel soignant qualifié • Traitements auxiliaires comme la ventilation mécanique, le soin de plaies, la lutte contre l'infection, la chirurgie et le traitement du choc
Autre	• Amélioration des logements, y compris lits dotés de moustiquaires pour éviter de dormir sur le sol, meilleur colmatage des fissures dans les murs, les toits et autour des portes • Changements comportementaux, p. ex. port de chaussures, utilisation de lampes à l'extérieur dès la tombée de la nuit et jusqu'au lever du jour • Éducation de la communauté pour réduire les comportements à risque, avoir recours à des soins de santé adéquats et éviter les interventions de premiers secours potentiellement dangereuses et non éprouvées (p. ex. méthodes de traitement traditionnelles)

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays ayant réduit de 50 % la mortalité	Sans objet	39 (30 %)	61 (46 %)	132 (100 %)
Pourcentage de nouveaux producteurs de sérums antivenimeux rejoignant le marché d'ici 2030	Sans objet	5 %	15 %	25 %
Nombre de traitements efficaces pour les morsures de serpents venimeux disponibles dans le monde	50 000	300 000	500 000	3 millions
Nombre minimum de produits antivenimeux polyspécifiques recommandés par l'OMS dans chaque Région	Sans objet	2	3	6

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

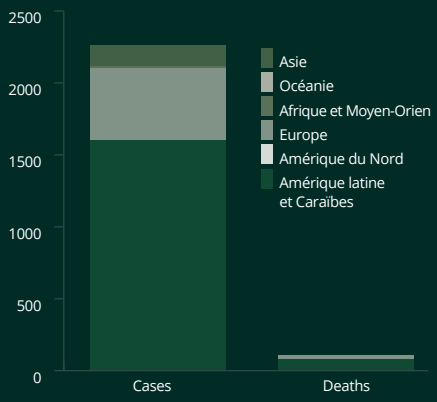
Environ 2,7 millions
de personnes mordues par des serpents venimeux par an

Environ 8000-140 000
morts par an

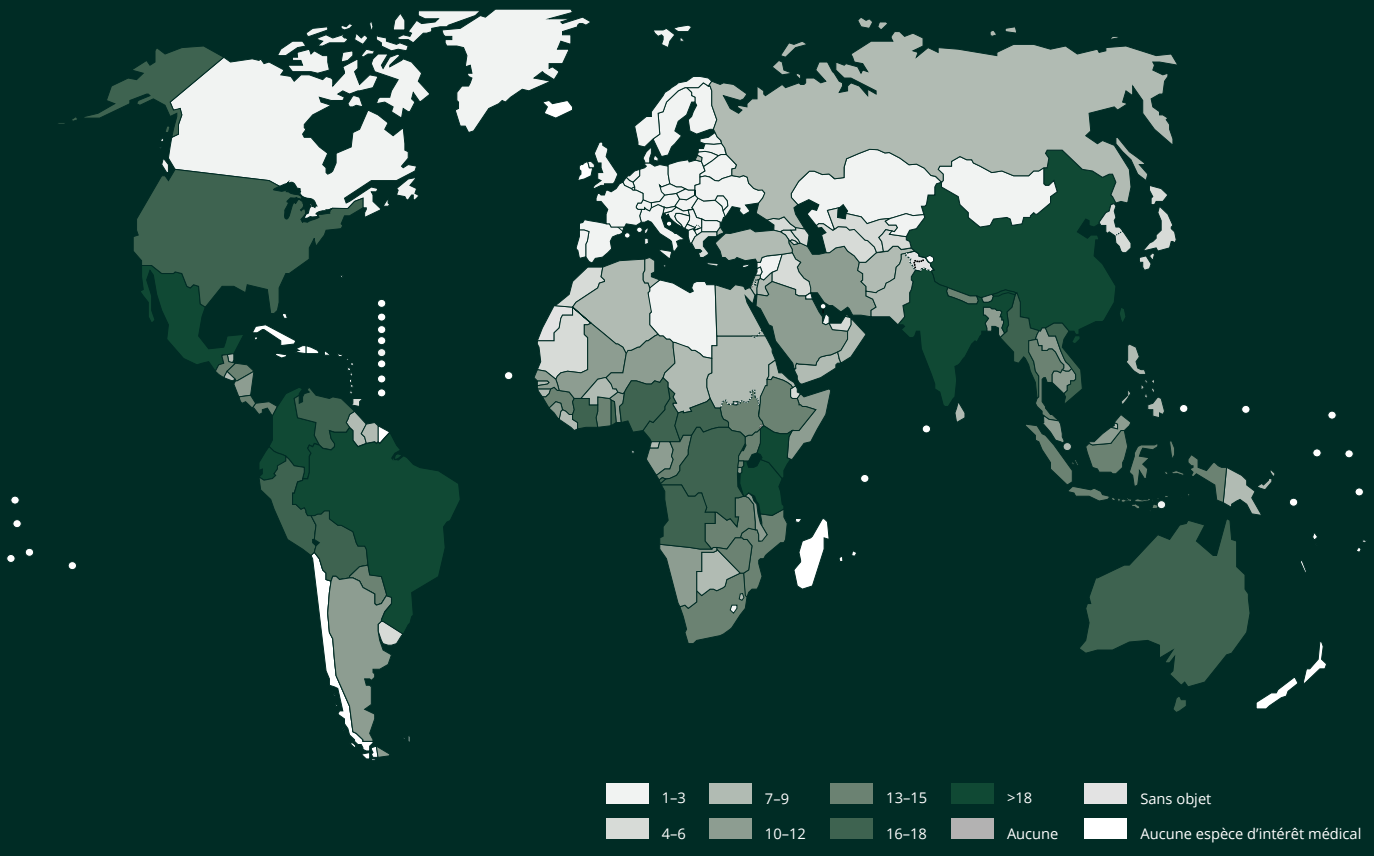
Environ 400 000
personnes handicapées par des morsures de serpents venimeux par an[1]

On estime à 132 le nombre de pays où se produisent des morsures de serpents, même si les données mondiales/régionales/nationales peuvent être incomplètes ou de qualité/exhaustivité variable.

Nombre de cas et de morts par région[2], en milliers, 2016



Nombre d'espèces de serpents venimeux par pays[3]



[1] Snakebites. In : Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM, et al., éditeurs. World report on child injury prevention. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 : Encadré 6.1 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf).
[2] Gutiérrez JM, Calvete JJ, Habib AG, Harrison RA, Williams D, Warrell DA. Snakebite envenoming. Nat Rev Dis Primers. 2017;14;3:17063. doi:10.1038/nrdp.2017.63.
[3] Guidelines for the production, control and regulation of snake venom immunoglobulins. In : WHO Expert Committee on Biological Standardization: sixty-seventh report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 : Annexe 5 (Série des Rapports techniques de l'OMS n° 1004 ; www.who.int/bloodproducts/AntivenomGLrevWHO_TRS_1004_web_Annex_5.pdf).

Morsures de serpents venimeux : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/A. Loke

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Améliorer la formation des médecins sur la prise en charge des morsures par serpents et sensibiliser les communautés aux bonnes pratiques de prévention et de recherche d'aide pour le traitement des morsures par serpents venimeux.
- Améliorer la qualité des sérums antivenimeux et investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits.
- Améliorer la capacité globale de production de produits de qualité garantie et assurer leur disponibilité et accessibilité dans les zones rurales.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne connaissance de la pathologie de la maladie, de la composition du venin et des propriétés immunologiques des venins • Manque de preuves cliniques et précliniques quant à la sécurité et l'efficacité de certains sérums antivenimeux ; obstacle du coût, de la logistique et du manque d'expertise disponible dans les pays	• Créer une base de référence sur l'épidémiologie, l'écologie et la charge de morbidité • Encourager les investissements pour les questions de recherche liées aux besoins stratégiques de l'OMS, p. ex. domaines de recherche socioculturelle, toxinologique, clinique, économique, écologique et épidémiologique • Mettre en balance la demande de preuves cliniques et précliniques plus robustes face aux coûts élevés et d'autres obstacles ; nécessité d'une approche rapide et pragmatique a) est-ce sûr ? b) est-ce efficace ? c) est-ce rentable ?
Tests diagnostiques	• Reconnaissance de syndromes spécifiques liés à certains venins, ce qui facilite le diagnostic • Immunodiagnostic spécifique à l'espèce non essentiel pour un traitement efficace, mais précieux pour la recherche clinique et l'écologie de la maladie	• Normaliser et valider les tests diagnostiques au chevet du patient pertinents sur le plan clinique qui confirment des syndromes cliniques spécifiques (p. ex. 20WBCT pour la coagulopathie) dans des populations données • Mettre au point de tests diagnostiques simples « Oui/Non » (immuno-essais ou autres méthodes de diagnostic pour l'identification de l'espèce incriminée dans la morsure pour l'écologie de la maladie) pour réduire les délais dans l'administration du sérum antivenimeux
Intervention efficace	• Sérums antivenimeux non conformes (en particulier en Afrique et en Asie) et connaissances insuffisantes sur l'efficacité clinique et préclinique = perte de confiance des utilisateurs = réduction de la demande = déclin dans la production = coût plus élevé	• Examiner la conception des sérums antivenimeux et la sélection de sources de venin adéquates sur le plan géographique pour la production • Investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits • Améliorer les voies rationnelles de tests cliniques et précliniques avec une accélération du déploiement sur le marché qui inclut la surveillance post-marketing

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/health-topics/snakebite#tab=overview

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Publication d'une stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les morsures de serpents venimeux (2019) • Publication en cours des résultats de l'évaluation par l'OMS des sérums antivenimeux pour l'Afrique	• Intégrer la prévention efficace, le traitement et la prise en charge des morsures de serpents venimeux dans les systèmes de santé nationaux par l'adoption de la stratégie par les pays, notamment une clarification détaillée des spécifications des sérums antivenimeux adéquats • Élaborer d'autres orientations réglementaires et contrôles, réaliser des évaluations régionales supplémentaires et renforcer les normes et les règles • Étendre l'évaluation de l'OMS sur les produits antivenimeux à d'autres régions
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Nécessité d'un plan de travail avec des résultats mesurables • Besoin de coordination pour les efforts d'application	• Créer et appliquer un cadre de coordination • Créer un petit groupe de travail technique constitué d'experts en soutien à l'OMS
Surveillance et évaluation	• Insuffisance, fragmentation ou déficience de données épidémiologiques de référence ou relatives à la charge de morbidité	• Appliquer le signalement obligatoire pour améliorer les données sur la charge de morbidité • Améliorer la qualité et la portée de la surveillance épidémiologique (avec des définitions communes claires des paramètres) pour une mesure adéquate de la charge de morbidité et la planification des ressources • Mettre au point et appliquer un cadre pour mesurer les résultats et les produits
Accès et logistique	• Le manque de confiance fait baisser la demande et l'approvisionnement, élève les coûts et réduit la disponibilité • La faiblesse des environnements réglementaires facilite la propagation de produits inefficaces et contrefaits • Faiblesse des politiques et pratiques d'approvisionnement, de fourniture et de distribution et besoin d'éducation et de formation	• Investir dans la modernisation de la capacité de production et l'extension de la capacité globale de fabrication de sérums antivenimeux et de plasma hyperimmun • Créer un cercle vertueux : nécessité de produits de qualité garantie, stimulation du marché, suivi et surveillance • Assurer une réglementation nationale et régionale efficace pour arrêter la propagation de produits inefficaces, inférieurs ou contrefaits • Créer une réserve renouvelable de sérums antivenimeux efficaces
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Infrastructures non conformes et manque de matériel médical de base, de consommables et d'autres médicaments essentiels	• Identifier ou créer de sites sentinelles nationaux pour la recherche clinique • Mettre au point des ressources pour soutenir les activités de renforcement du système de santé, comme des listes de matériel, médicaments et consommables pour les divers niveaux des établissements de santé, algorithmes de traitement et diagrammes de sélection de sérum antivenimeux
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Plaidoyer et financement restreints par le besoin d'identifier et de localiser les donateurs et leurs intérêts • Financement programmatique et national limité	• Réaliser la cartographie des donateurs et élaborer une stratégie de mobilisation des ressources fondée sur un plan d'affaires, p. ex. pour la prise en charge de l'empoisonnement, pour l'OMS • Mobiliser un financement national pour les projets au niveau national
Collaboration et action multisectorielle	• La stratégie de l'OMS requiert l'application de mesures dans 10 à 12 pays africains et asiatiques de 2019 à 2020	• Organiser des réunions d'engagement de plusieurs parties prenantes en Afrique et en Asie pour lancer la mise en œuvre de projets pilotes dans certains pays • Créer des approches interdisciplinaires « Une seule santé », p. ex. une recherche pour comprendre l'impact des changements climatiques et d'autres paramètres écologiques sur les morsures par serpents, l'impact des morsures par serpents sur le bétail et l'impact socio-économique correspondant
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Nécessité d'un renforcement des capacités des agents de santé (p. ex. compétences cliniques de base et spécifiques) et des partenaires communautaires • Nécessité de renforcement des capacités de réglementation, du ministère de la santé, du personnel de la santé et des producteurs de sérum antivenimeux	• Mettre au point et déployer des programmes de formation, des ressources et des orientations de mise en œuvre pour le renforcement des capacités, p. ex. formation initiale et continue pour le personnel de santé sur le traitement des morsures de serpents venimeux et des orientations pour les fabricants et les régulateurs • Créer un modèle de bonnes pratiques pour les interventions au niveau de la communauté, p. ex. orientations pour la prévention, les premiers secours et le traitement, et les initiatives de plaidoyer menées par la communauté • Renforcer les systèmes de santé et soutenir les cadres réglementaires efficaces

Géohelminthiases, y compris la strongyloïdose

Les géohelminthiases sont causées par une infection par des parasites intestinaux (*Ascaris lumbricoides* et *Trichuris trichiura*), des ankylostomes (*Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*) et des ascaris (*Strongyloides stercoralis*).

Maladie et épidémiologie

- Les géohelminthiases sont causées par une infection par des parasites intestinaux (*Ascaris lumbricoides* et *Trichuris trichiura*), des ankylostomes (*Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*) et des ascaris (*Strongyloides stercoralis*).
- Les infections provoquent anémie, malnutrition, altération du développement physique et cognitif, douleurs abdominales et diarrhée.
- Les personnes sont infectées par des œufs ou des larves présentes dans les excréments qui contaminent le sol dans des régions où l'assainissement est insuffisant.
- *S. stercoralis* est transmis de la même manière que les autres géohelminthiases, nécessite une méthode de diagnostic différente et peut provoquer un syndrome d'hyper-infection dont l'issue est mortelle ; la maladie n'a pas été traitée en raison d'un manque d'accès à l'ivermectine.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Pourcentage d'enfants d'âge scolaire et préscolaire nécessitant un traitement qui sont habituellement traités	75 %	59 %
Nombre de pays d'endémie avec une couverture de 75 % du traitement chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire	75	21

Principales interventions stratégiques

Chiomiothérapie préventive	• Stratégie chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire : - albendazole et mébendazole contre *A. lumbricoides*, *T. trichiura* et les ankylostomes : • deux fois par an dans les endroits où la prévalence des géohelminthiases est ≥ 50 % • une fois par an dans les endroits où la prévalence des géohelminthiases est ≥ 20 % - L'ivermectine doit être ajoutée dans les endroits où la prévalence de *S. stercoralis* dépasse 10 % et en complément dans les zones de forte prévalence de *T. trichiura* • Les femmes en âge de procréer sont traitées avec les mêmes médicaments tout au long des soins prénatals
WASH	• Fournir un assainissement et des installations de gestion des déchets adéquats • Amélioration des pratiques d'hygiène (p. ex. prévention de la défécation en plein air, lavage des mains) et accès à de l'eau salubre au niveau des foyers et ailleurs (p. ex. dans les écoles)
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• L'administration d'un traitement aux personnes vivant dans des zones d'endémie de géohelminthiases et de *S. stercoralis* est un moyen d'augmenter la couverture sanitaire universelle
Autre	• Éducation visant à changer le comportement ciblant les groupes de population à risque

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur[1]	2020 (référence)	2023	2025	2030
Nombre de pays validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (définie comme <2 % d'infections par géohelminthiases d'intensité modérée à élevée provoquées par *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*)[2]	0	60/101 (60 %)	70/101 (70 %)	96/101 (96 %)
Nombre de pays incluant l'ivermectine dans la chimiothérapie préventive dans toutes les zones d'endémie pour *S. stercoralis*	0	10/101 (10 %)	15/101 (15 %)	96/101 (96 %)

[1] Détails supplémentaires et sous-indicateurs à définir dans la publication intitulée « 2030 targets for soil-transmitted helminthiases control programmes ».
[2] Utilisation de Kato–Katz.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité (*A. lumbricoides*, *T. trichiura* et ankylostomes uniquement)

Environ 1,5 milliard
de personnes estimées comme étant infectées par une géohelminthiase[1] en 2016

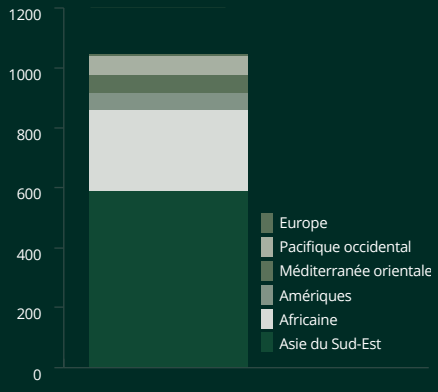
Environ 6300
morts signalées en 2016[1]

Environ 3,5 millions
de DALY en 2016[1]

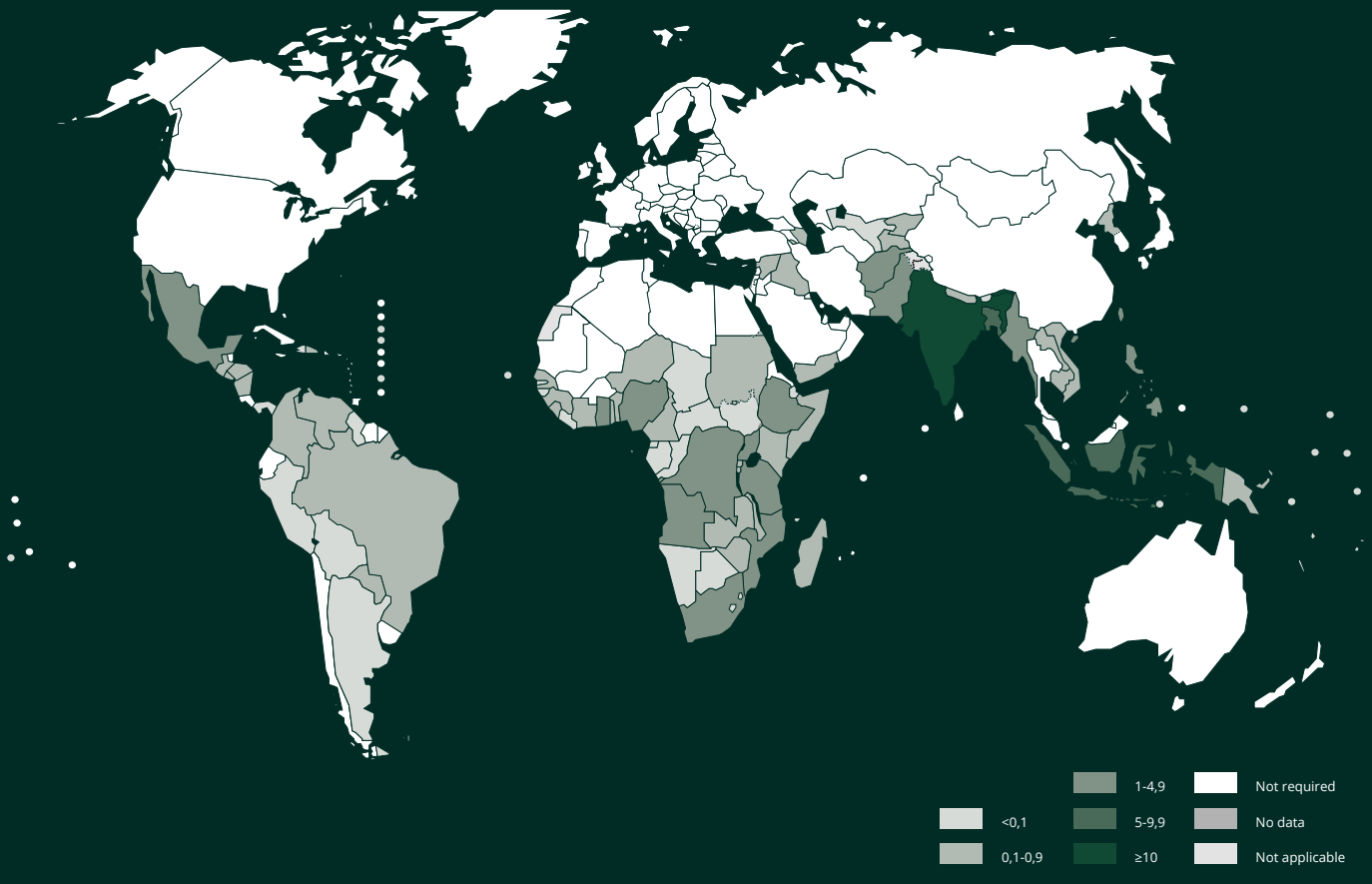
En 2019, 92 pays nécessitaient une AMM, principalement dans les régions tropicales et subtropicales dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et l'Asie.

La charge de *S. stercoralis* devrait être précisément quantifiée.

Population nécessitant une chimiothérapie préventive pour les géohelminthiases par Région de l'OMS (en millions), 2019



Pourcentage d'enfants nécessitant une chimiothérapie préventive à l'échelle mondiale, 2019



[1] La lutte contre la strongyloïdose n'a pas été incluse dans les objectifs pour 2020.

Géohelminthiases : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Yoshi Shimizu

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Renforcer l'engagement politique pour assurer un financement national pérenne.
- Développer des médicaments plus efficaces et des médicaments visant à améliorer les résultats chez les patients et en cas de résistance aux médicaments.
- Élaborer des systèmes de surveillance et de cartographie globaux pour cibler le traitement et surveiller la résistance aux médicaments.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension de l'épidémiologie et de la pathologie • Recherches en cours sur la faisabilité et l'élimination de la transmission	• Estimer précisément l'épidémiologie et la charge de *S. stercoralis*
Tests diagnostiques	• La méthode de diagnostic de Kato-Katz actuelle implique l'examen d'échantillons de selles au microscope • Aucune méthode standard pour le diagnostic de *S. stercoralis*	• Mettre au point des tests diagnostiques rapides, plus sensibles et spécifiques, faciles à utiliser sur le lieu de soins et la surveillance, y compris pour *S. stercoralis* • Mettre au point des biomarqueurs sensibles et spécifiques pour un test sur le terrain • Concevoir des tests utilisables sur le terrain pour détecter la résistance • Normaliser la procédure de diagnostic et élaborer des orientations pour limiter la variation de la prévalence
Intervention efficace	• Les médicaments anthelminthiques sont efficaces, mais se limitent à l'albendazole et au mébendazole, ce qui peut représenter un problème en cas d'augmentation de la résistance aux médicaments • L'ivermectine est très efficace, mais est difficile à se procurer	• Développer des médicaments et des associations de médicaments plus efficaces contre les infections par *T. trichiura* et les ankylostomes • Promouvoir la préqualification de l'ivermectine générique à un coût abordable et/ou les dons d'ivermectine

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/intestinal_worms/disease/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Publication des Lignes directrices sur la chimiothérapie préventive pour la lutte contre les géohelminthiases dans les groupes de population à risque (2017) • Existence du Manuel sur les indicateurs et les procédures pour mesurer la réduction de la morbidité consécutive aux géohelminthiases • Une estimation initiale des besoins en ivermectine, la préqualification d'une ivermectine générique et des interventions pilotes sont en cours pour lutter contre la strongyloïdose	• Élaborer des lignes directrices pour la chimiothérapie préventive pour la lutte contre la strongyloïdose • Élaborer des lignes directrices pratiques pour les interventions auprès des femmes en âge de procréer
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La lutte contre les géohelminthiases est actuellement intégrée dans les Journées de la santé de l'enfant (avec la vitamine A et la vaccination) pour les enfants d'âge préscolaire et dans les programmes de la santé de l'enfant pour les enfants d'âge scolaire • La lutte contre la strongyloïdose peut être facile à intégrer dans les programmes de la santé de l'enfant pour les enfants d'âge scolaire	• Adopter les politiques de contrôle qualité efficace des tests diagnostiques et des médicaments par pays selon les orientations mondiales de l'OMS, y compris les procédures de lutte • Intégrer la vermifugation dans les zones d'endémie dans les politiques et les programmes de CSU • Donner priorité aux efforts de lutte contre la strongyloïdose
Surveillance et évaluation	• Le suivi et l'évaluation se font principalement sur la base des rapports des responsables de la mise en œuvre • Portée actuellement limitée des activités de suivi et évaluation supplémentaires en raison du manque de ressources • Il existe des orientations pour la surveillance continue après la suspension de la chimiothérapie préventive • Il n'existe actuellement aucun signalement de résistance aux médicaments, mais le risque est élevé	• Utiliser des nouvelles technologies (cartographie par drone, ADN environnemental, etc.) pour diminuer les coûts de la surveillance et de la cartographie • Élaborer un guide de surveillance avec des indicateurs standards • Créer un système de suivi et évaluation ou intégrer le suivi et évaluation dans le système d'information sanitaire national • Simplifier l'enquête d'évaluation d'impact • Surveiller l'efficacité des médicaments et la résistance aux médicaments
Accès et logistique	• L'albendazole et le mébendazole pour les enfants d'âge scolaire sont offerts et distribués par l'intermédiaire de l'OMS • L'ivermectine n'est pas offerte ni disponible sous la forme de médicament générique préqualifié	• Améliorer l'accès aux médicaments pour les femmes en âge de procréer et les enfants d'âge préscolaire • Augmenter la disponibilité de l'ivermectine pour la lutte contre *S. stercoralis* et *T. trichiura*
Infrastructures et personnel de soins de santé	• L'albendazole et le mébendazole sont distribués par l'intermédiaire des écoles et des communautés où les professeurs et les agents de santé de la communauté agissent en tant que distributeurs de médicaments • Les professeurs ne sont pas formés à la distribution d'ivermectine	• Inclure la distribution de l'ivermectine • Augmenter le nombre d'établissements de test pour le test de laboratoire de routine des géohelminthiases • Garantir la transition vers des programmes fondés sur les écoles dans les contextes où l'AMM contre la FL est suspendue
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• De nombreux pays sont dépendants des dons de médicaments et des financements externes pour la mise en œuvre du programme • Le nombre de comprimés offerts nécessaires devrait diminuer considérablement au fur et à mesure que les pays peuplés deviennent autosuffisants et que la fréquence de la chimiothérapie préventive diminue après le succès des interventions : le nombre de personnes nécessitant un traitement devrait rester inchangé • Aucun financement ou don n'est actuellement disponible pour la lutte contre la strongyloïdose	• Augmenter le financement national pour assurer la pérennité • Engager des dons de médicaments pour les femmes en âge de procréer et les enfants d'âge préscolaire • Engager des financements pour *S. stercoralis* • Préconiser une amélioration de l'assainissement dans les zones d'endémie et assurer un retour sur investissement pour les investissements en matière d'EAH dans les zones d'endémie des géohelminthiases
Collaboration et action multisectorielle	• La collaboration avec les ministères de l'éducation pour les programmes fondés sur les écoles est en cours et est très productive ; elle peut être utilisée pour la lutte contre la strongyloïdose • La collaboration avec les programmes de vaccination lors des Journées de la santé de l'enfant est très productive	• Intégrer la chimiothérapie préventive dans d'autres programmes (p. ex. nutrition, vaccinations) pour augmenter le rapport coût/efficacité et la couverture • Intégrer la surveillance et la cartographie dans celles de l'ensemble des maladies (p. ex. filariose lymphatique, schistosomiase, onchocercose, poliomyélite, gale) • Assurer des stratégies d'EAH efficaces pour éviter toute résurgence • Organiser une coordination efficace avec d'autres ministères (eau, éducation, logement)
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Les professeurs et les agents de santé de la communauté sont en partie formés • Les techniciens de laboratoire sont formés sur les tests diagnostiques des géohelminthiases, mais rarement sur le diagnostic de la strongyloïdose • Des manuels de formation sont disponibles	• Intégrer la formation dans les activités de routine des établissements de santé

Taeniase et cysticercose

La taeniase et la cysticercose sont causées par une infection par le ver solitaire *Taenia solium*. La taeniase est généralement asymptomatique, alors que la neurocysticercose peut provoquer des céphalées chroniques, l'épilepsie, une hypertension intracrânienne et d'autres symptômes neurologiques.

Maladie et épidémiologie

- La taeniase et la cysticercose sont causées par une infection par le ver solitaire *Taenia solium*.
- Alors que la taeniase est généralement asymptomatique (mais peut provoquer douleurs abdominales, nausées, diarrhée et constipation), la neurocysticercose peut provoquer des céphalées chroniques, l'épilepsie, une hypertension intracrânienne et d'autres symptômes neurologiques.
- Le ver solitaire est acquis par une ingestion de porc contaminé pas assez cuit. La neurocysticercose survient après une ingestion d'œufs du parasite par la voie oro-fécale, la contamination des mains, des aliments ou de l'eau.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Stratégie validée disponible pour la lutte contre la taeniase/cysticercose par *T. solium* et son élimination	Objectif pour 2015	Mise au point d'un cadre validé
Interventions étendues à des pays sélectionnés pour la lutte contre la taeniase/cysticercose par *T. solium* et son élimination	À confirmer	Projets pilotes réalisés dans 13 pays[1]

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Administration de masse de médicaments (AMM) par praziquantel ou une dose unique de niclosamide, ou d'albendazole pendant trois jours de suite
WASH	• Assainissement pour l'élimination en toute sécurité des excréments • Hygiène et sécurité alimentaire (p. ex. préparation des aliments dans un environnement hygiénique pour éviter la contamination des aliments par les mains, cuisson prolongée)
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	• Amélioration de l'élevage des porcs (p. ex. empêcher l'accès des porcs aux excréments humains) • Vaccination des porcs • Traitement anthelminthique des porcs par oxfendazole
Prise en charge thérapeutique	• Taeniase : administration unique de praziquantel ou de niclosamide, ou administration d'albendazole pendant trois jours • Neurocysticercose : doses élevées ou traitement prolongé par praziquantel et/ou albendazole et traitement complémentaire par corticostéroïdes et/ou antiépileptiques ; éventuellement chirurgie
Autre	• Éducation à la santé de la communauté sur WASH, la santé publique vétérinaire et la prévention des infections

Risques nécessitant une atténuation

• Les interventions peuvent ne pas être maintenues à long terme en raison du manque de financement, de volonté politique et du fait que les interventions sont jugées lourdes

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays où la lutte a été intensifiée dans les zones d'hyperendémie[2]	2/64 (3 %)	4/64 (6 %)	9/64 (14 %)	17/64 (27 %)

[1] *Taenia solium :* carte d'endémicité actualisée de l'OMS. Wkly Epidemiol Rec. 9 déc. 2016 ;91:595–9 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251913/WER9149_50_595-599.pdf).
[2] La définition des termes « zone d'hyperendémie » et « lutte intensifiée » sera publiée en 2021 dans le cadre d'orientations sur la détection, la prévention et la lutte.
SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

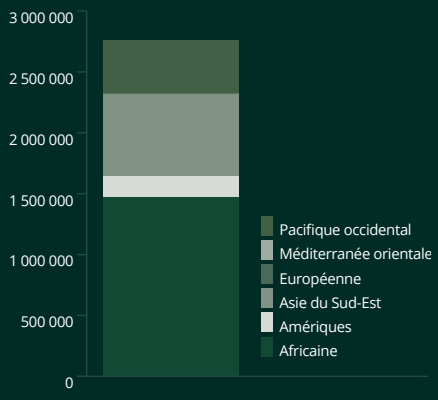
Environ 5,5 millions
de personnes infectées dans le monde[1]

Environ 28 000
morts par an en 2015[2]

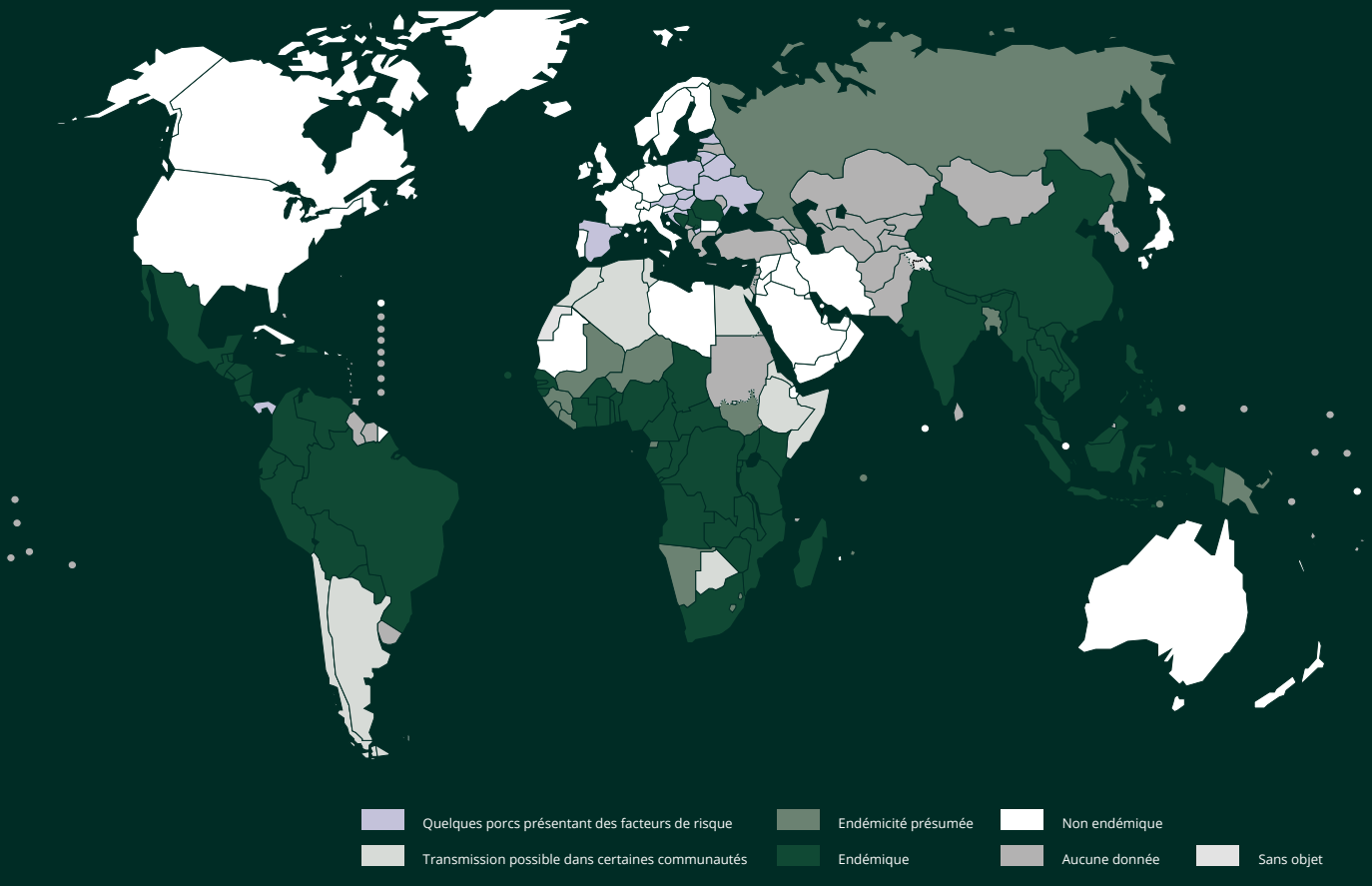
Environ 2,8 millions
de DALY en 2015[2]

La taeniase est endémique dans plus de 75 pays ; la charge la plus lourde est observée en Afrique, Amérique latine et Asie.

DALY par Région en 2016



Endémicité de *Taenia solium*, 2018[3]



[1] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd/data).
[2] WHO estimates of the global burden of foodborne diseases (2015): foodborne diseases burden epidemiology reference group 2007–2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199350/9789241565165_eng.pdf).
[3] *Taenia solium :* carte d'endémicité actualisée de l'OMS. Wkly Epidemiol Rec. 9 déc 2016 ;91:595–9 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251913/WER9149_50_595-599.pdf).

Taeniase et cysticercose : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Anuradha Sarup

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Mettre au point un test à haut débit pour l'évaluation des programmes de lutte dans des contextes où les ressources sont limitées, et cartographier les zones d'endémie.
- Réaliser des interventions ciblées dans les zones de forte endémie.
- Renforcer le plaidoyer de l'OMS, de la FAO et de l'OIE pour élever la priorité de la lutte contre les maladies.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Bonne compréhension du cycle du parasite • Mauvaise compréhension de certains aspects de la transmission	• Comprendre la durée de vie du ver solitaire adulte et la viabilité des œufs • Étudier les processus de régulation de l'acquisition des parasites chez l'homme et chez les porcs • Estimer la charge sanitaire et économique (probablement actuellement sous-estimée), et la répartition par âge des patients
Tests diagnostiques	• La plupart des outils pour la taeniase ne sont pas assez sensibles ; les outils sensibles sont trop onéreux • Les outils pour la cysticercose porcine ne sont pas assez spécifiques	• Mettre au point et valider des outils de diagnostic spécifiques et sensibles pour la cysticercose porcine • Concevoir un test sensible et spécifique pour la taeniase et des tests diagnostiques sur le lieu de soins pour la neurocysticercose dans des contextes de ressources limitées
Intervention efficace	• Des approches intégrées pour le traitement de la maladie chez les animaux et l'homme sont essentielles • L'AMM n'est pas efficace à elle seule • Les interventions réussies et démontrées à ce jour sont onéreuses et difficiles à reproduire • Le vaccin porcin TSOL et les médicaments peuvent empêcher la transmission aux porcs	• Évaluer l'efficacité des stratégies de traitement actuelles • Créer un modèle simple et efficace de maîtrise de la maladie • Déployer la vaccination et le traitement des porcs • Assurer la disponibilité de latrines et la réduction de la défécation en plein air par un renforcement transversal des capacités et un engagement de la communauté • Tester les approches d'intervention à long terme (p. ex. interventions de maintenance minimales chez les porcs) pour évaluer l'impact épidémiologique à long terme

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/taeniasis/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Des orientations relatives à la détection, à la prévention et à la lutte seront disponibles en 2021	• Élaborer une définition normalisée de la lutte (OMS/groupe d'experts)
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Actuellement, planification et gouvernance très limitées dans la plupart des pays d'endémie	• Rendre le signalement de la maladie obligatoire dans les pays d'endémie • Collecter des données de référence • Définir des interventions ciblées dans un contexte de forte endémicité adaptées aux conditions locales • Associer l'AMM dans l'ensemble de la communauté aux interventions « Une seule santé »
Surveillance et évaluation	• Définition de la liste minimale d'indicateurs • Inexistence de systèmes de suivi et évaluation dans la plupart des pays d'endémie	• Mettre au point des programmes globaux de dépistage pour entièrement comprendre l'étendue du problème et cartographier les zones d'endémie • Créer un outil de diagnostic à haut débit pour l'évaluation des programmes de lutte contre la taeniase et la neurocysticercose asymptomatique dans des contextes de ressources limitées
Accès et logistique	• Disponibilité limitée du praziquantel sur le marché • Engagement récent de la part de Bayer envers un don de praziquantel et de niclosamide pour tous les patients âgés de plus de cinq ans ; accord contractuel en cours de finalisation • Étant donné que les dons n'ont été assurés que récemment, la chaîne d'approvisionnement existante est très limitée	• Homologuer le vaccin porcin TSOL18 dans d'autres pays d'endémie • Homologuer l'oxfendazole pour le traitement de la cysticercose porcine dans les pays d'endémie et assurer sa disponibilité • Développer la chaîne d'approvisionnement de médicaments dans les pays d'endémie
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Manque d'infrastructures dans les zones de forte endémie • Le personnel connaît bien la maladie	• Donner accès à l'imagerie pour le diagnostic de la neurocysticercose • Établir un diagnostic de la neurocysticercose, des systèmes de prise en charge thérapeutique et d'orientation dans des contextes de forte endémie • S'intégrer, en particulier dans les services de santé mentale et de diagnostic et surveillance de l'épilepsie dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Manque de plaidoyer pour encourager les gouvernements et les organisations philanthropiques à investir dans la lutte • Manque d'engagement de la part des gouvernements pour investir dans la lutte	• Améliorer le plaidoyer de la part de l'OMS/de la FAO/de l'OIE envers les activités de lutte • Augmenter le financement et le soutien envers la santé animale par la collecte et la diffusion de preuves de pertes économiques • Accroître l'engagement des gouvernements pour donner priorité à la taeniase/cysticercose grâce à la collecte et la diffusion de preuves de pertes économiques chez les animaux domestiques
Collaboration et action multisectorielle	• Collaborations actuellement limitées	• Améliorer la coordination avec les programmes relatifs à la schistosomiase, aux géohelminthiases et à l'épilepsie (p. ex. programmes de sensibilisation de la communauté, mise en œuvre et surveillance) • Organiser la coordination avec les programmes pour les animaux (p. ex. utilisation de la chaîne du froid pour la rage ; vaccination contre la taeniase simultanée à celle contre la peste porcine classique)
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Manque de capacités pour le diagnostic et la prise en charge de la neurocysticercose	• Fournir une éducation adaptée au contexte local et des valeurs pour améliorer l'efficacité (personnes locales, langue/culture locales, santé locale) • Éduquer le personnel de santé aux nouvelles orientations relatives à la neurocysticercose • Renforcer les capacités de triage de la maladie au niveau secondaire • Renforcer les capacités de surveillance

Trachome

Le trachome est une maladie oculaire causée par une infection par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. La maladie entraîne une charge économique considérable pour les personnes et les communautés en termes de perte de productivité (environ 2,9 à 8 milliards de dollars des États-Unis).

Maladie et épidémiologie

- Le trachome est une maladie oculaire causée par une infection par la bactérie *Chlamydia trachomatis*.
- Des épisodes répétés d'infection peuvent laisser des cicatrices sur les paupières et provoquer un retournement des cils vers l'intérieur qui viennent frotter contre la surface de l'œil (trichiasis). Cela provoque des douleurs et peut endommager la cornée de manière permanente, et entraîner une déficience visuelle irréversible ou la cécité.
- L'infection se propage par contact personnel (p. ex. mains, vêtements, literie) ou par des mouches qui entrent en contact avec les écoulements oculaires ou naseaux de personnes infectées. Les facteurs de risque pour la transmission incluent une mauvaise hygiène, des logements surpeuplés, un accès insuffisant à l'eau et un manque d'assainissement.
- Le trachome engendre une charge économique considérable pour les personnes et les communautés en termes de perte de productivité (environ 2,9 à 8 milliards de dollars des États-Unis).[1]

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	2012	Objectif 2020	Statut actuel
Pourcentage de pays dont le statut est d'endémie ou inconnu réalisant l'élimination en tant que problème de santé publique	1/66 (1,5 %)	100 %	10/66 (15 %)

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Administration de masse de médicaments (AMM) par azithromycine et pommade oculaire à la tétracycline pour réduire le réservoir de l'infection oculaire par *C. trachomatis* (le « A » de la stratégie CHANCE[2])
WASH	• Amélioration du nettoyage du visage et de l'environnement (les « N » et « E » de la stratégie CHANCE) • Inclut l'accès à l'eau et à un meilleur assainissement, ainsi que des mesures de changement comportemental
Lutte antivectorielle	• Un meilleur accès à l'assainissement et meilleur usage de celui-ci éliminent les excréments humains de l'environnement, ce qui réduit les sites de reproduction des mouches muscidae qui sont les vecteurs de *C. trachomatis* oculaire
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• Chirurgie pour traiter le trichiasis trachomateux (le « CH » de la stratégie CHANCE)
Autre	S.o.

Risques nécessitant une atténuation

- Possibilité de recrudescence de l'infection dans les populations considérées comme ayant éliminé le trachome en tant que problème de santé publique

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (estimation provisoire)	2023	2025	2030
Nombre de pays validés comme ayant éliminé la maladie en tant que problème de santé publique (défini par i) une prévalence du trichiasis trachomateux « inconnue du système de santé » <0,2 % chez les enfants âgés de ≥15 ans dans chaque district auparavant district d'endémie ; ii) une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire chez les enfants âgés de un à 9 ans <5 % dans chaque district auparavant district d'endémie ; et iii) une preuve écrite comme quoi le système de santé est en capacité d'identifier et de prendre en charge les cas incidents de trichiasis trachomateux, à l'aide de stratégies définies, avec des preuves de ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre de ces stratégies)	10/66 (15 %)	28/66 (42 %)	43/66 (65 %)	66/66 (100 %)

[1] Frick KD, Basilion EV, Hanson CL, Colchero MA. Estimating the burden and economic impact of trachomatous visual loss. Ophthalmic Epidemiol. 2003;10:121–132; Frick KD, Hanson CL, Jacobson GA. Global burden of trachoma and economics of the disease. Am J Trop Med Hyg. 2003;69:1–10.

[2] Chirurgie chez les personnes atteintes de trichiasis, AMM par antibiotiques pour réduire le réservoir d'infection oculaire à Chlamydia, et nettoyage du visage et amélioration de l'environnement.

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

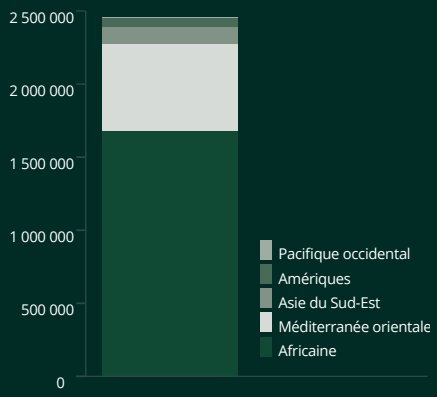
Charge de morbidité

Environ 137 millions
de personnes à risques de trachome, nécessitant les composantes « A », « N » et « E » de la stratégie CHANCE en 2020

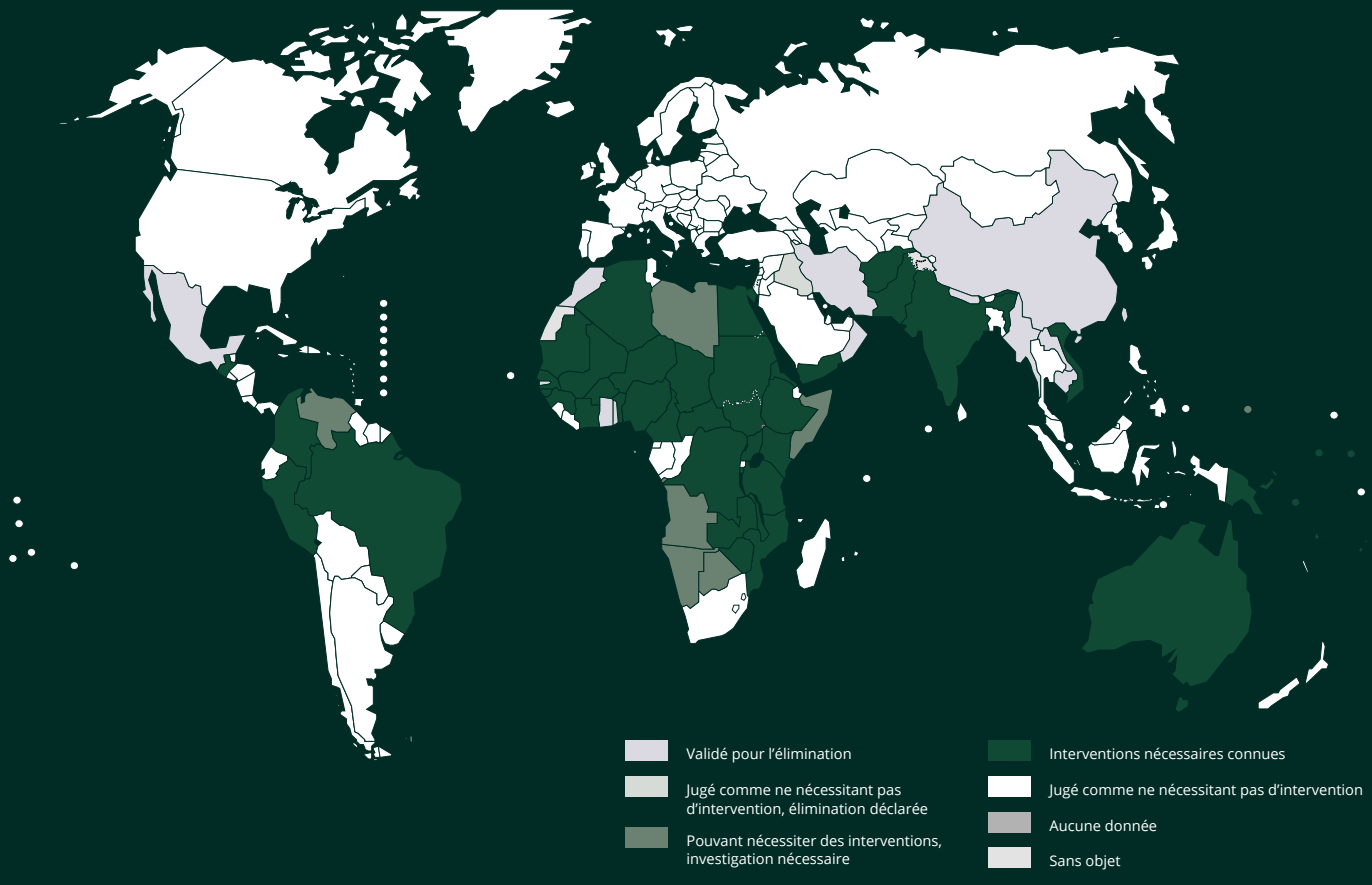
Environ 2,5 millions
de personnes nécessitant une intervention chirurgicale pour soigner le trichiasis trachomateux en 2019

Le trachome est un problème de santé publique dans 44 pays et est responsable de cécité ou de déficience visuelle chez 1,9 million de personnes.[1] Le nombre de personnes à risque de contracter le trachome a diminué de 91 % pour passer de 1,5 milliard en 2002 à à peine plus de 137 millions en 2019. Le nombre de personnes nécessitant une intervention chirurgicale a été réduit de 68 %, passant de 7,6 millions en 2002 à 2,5 millions en 2019.[2]

Estimation des cas de trichiasis trachomateux par Région
Personnes nécessitant une chirurgie, mars 2019



Statut de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique, 2020



[1] Global burden of disease. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (http://www.healthdata.org/gbd).

[2] Eliminating trachoma. WHO announces sustained progress with hundreds of millions of people no longer at risk of infection. In: Neglected Tropical Diseases [news release]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Juin 2019 (https://www.who.int/neglected_diseases/news/Trachoma-WHO-announces-sustained-progress/en/).

Trachome : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© Nepal Netra Jyoti Sangh

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Améliorer l'accès à une chirurgie de grande qualité, le suivi des résultats et la prise en charge du trichiasis trachomateux post-chirurgical ; accélérer la prise en charge des personnes atteintes de trichiasis trachomateux (environ 2,5 millions de personnes en 2019).
- Augmenter les connaissances grâce à la recherche et étendre les partenariats pour augmenter le travail, en particulier le nettoyage du visage et l'amélioration de l'environnement pour réduire la transmission.
- Mettre en place un moyen efficace et rentable pour détecter et suivre la recrudescence de l'infection, ce qui pourrait être important pour la post-validation.
- Accélérer la recherche pour comprendre pourquoi les progrès accomplis dans des contextes de forte transmission sont moins bons et s'il est nécessaire de changer de stratégie dans ces contextes.
- Mobiliser un financement supplémentaire, y compris un financement national important ; coordonner les efforts avec d'autres MTN pour le plaidoyer et le financement, la surveillance et l'EAH.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension insuffisante des voies de transmission, des vecteurs et des réservoirs d'infection • Lacunes spéciales dans la compréhension des différences dans la transmission dans les contextes de forte transmission par rapport à celle d'autres contextes	• Réaliser des recherches scientifiques et opérationnelles dans des contextes de forte transmission et comprendre le besoin de « A », « N » et « E » • Améliorer la compréhension de l'importance de la couverture de « A », « N » et « E » pour la réalisation et le maintien de l'élimination
Tests diagnostiques	• Diagnostic fondé sur l'examen clinique par des évaluateurs cliniques formés	• Réaliser des recherches pour comprendre si les tests pour les infections oculaires antérieures ou actuelles par *C. trachomatis* pourraient aider les programmes à déterminer la nécessité d'interventions ou d'un suivi des populations après la suspension des interventions ; si c'est le cas, envisager l'élaboration de tests sérologiques de diagnostic rapide en appui à l'élaboration et à la surveillance post-élimination
Intervention efficace	• La stratégie CHANCE (chirurgie pour les personnes atteintes de trichiasis, AMM par antibiotiques pour éliminer l'infection oculaire par *C. trachomatis* et nettoyage du visage et de l'environnement pour réduire la transmission) est efficace. Peu de preuves d'interventions « N » et « E »	• Effectuer des recherches pour déterminer la meilleure manière de prendre en charge le trichiasis trachomateux après la chirurgie • Effectuer des recherches pour identifier les interventions « N » et « E » critiques pour la réduction de la transmission de *C. trachomatis* • Améliorer les stratégies d'intervention pour certaines populations (p. ex. les réfugiés)

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/trachoma/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• Les lignes directrices opérationnelles pour la stratégie CHANCE sont clairement définies • Des modèles cohérents sont en place au niveau national	• Tester les algorithmes de décision pour la suspension de l'AMM par antibiotiques • Évaluer le besoin d'adapter les lignes directrices aux contextes de forte transmission • Améliorer les orientations pour la surveillance post-validation • Proposer des orientations supplémentaires pour éviter ou minimiser les événements indésirables • Officialiser les normes de qualité pour les services de sensibilisation et de suivi des patients • Proposer des orientations supplémentaires pour l'intégration dans d'autres programmes
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• La mise en œuvre de la stratégie CHANCE est pilotée par l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 avec le soutien de plusieurs parties prenantes • La mise en œuvre est très poussée au niveau national dans la plupart des pays ; d'autres pays doivent peut-être investir pour diminuer les délais chirurgicaux, coordonner les volets « A », « N » et « E » et intégrer la programmation	• Réduire le nombre de districts qui n'ont pas encore commencé les interventions • Diminuer les délais pour les personnes en attente d'une intervention chirurgicale indispensable • Coordonner les volets « N » et « E » avec l'EAH et les autres parties prenantes au niveau national • Augmenter la disponibilité de soins accessibles et inclusifs (p. ex. stigmatisation, bien-être psychique, réadaptation) • Augmenter l'engagement national envers l'application
Surveillance et évaluation	• Le projet mondial de cartographie du trachome a été mené avec succès, peu de zones restant encore à cartographier d'ici 2016 • L'Observatoire mondial de la Santé de l'OMS et la base de données de la stratégie pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 constituent un référentiel de données mondiales	• Effectuer le peu de cartographie restant • Élaborer des systèmes de suivi des chirurgies et des résultats • Élaborer des méthodes pour effectuer de meilleures surveillance pérenne et surveillance post-validation pour limiter la recrudescence de l'infection • Créer des indicateurs et des suivis communs, le cas échéant • Créer un meilleur indicateur pour le trichiasis trachomateux afin de déterminer l'élimination en tant que problème de santé publique et une meilleure manière pour estimer les délais de prise en charge des cas de trichiasis trachomateux
Accès et logistique	• Pfizer a offert plus de 860 millions de doses d'azithromycine depuis 1992 par l'intermédiaire de l'Initiative internationale de lutte contre le trachome ; le soutien est engagé jusqu'en 2025 • Les systèmes nationaux gèrent la chaîne d'approvisionnement avec l'aide de partenaires	• Poursuivre le maintien, l'examen et l'amélioration des systèmes en fonction des besoins ; maintenir le soutien à la prévention et la prise en charge d'événements indésirables graves
Infrastructures et personnel de soins de santé	• De nombreux pays font face à de longs délais chirurgicaux, mais certains d'entre eux commencent à se pencher dessus (p. ex. l'Éthiopie a lancé une initiative pour accélérer le calendrier chirurgical en incluant une formation du personnel financée en partie par le pays) • Actuellement, renforcement des capacités pour aider les populations à risque et diminuer les éventuelles atteintes aux personnes pendant l'intensification	• Optimiser les méthodes de détection des cas de trichiasis et réduire les délais pour les personnes en attente d'une intervention chirurgicale indispensable • Élaborer un système de suivi des personnes qui ont subi une chirurgie du trichiasis et des résultats • Déployer efficacement des chirurgiens formés • Garantir l'accès des établissements de santé à une eau salubre, à l'assainissement et à des services d'hygiène pour le traitement et les soins, y compris pour la chirurgie du trichiasis
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Les pays assurent impérativement le financement national • Les interventions contre le trachome ont été identifiées comme étant le « meilleur achat » et les donateurs sont des donateurs bilatéraux et privés	• Mobiliser les ressources financières nationales et autres, et la volonté politique pour la mise en œuvre de CHANCE et maintenir l'élimination • Élaborer un argumentaire de retour sur investissement pour les volets « N » et « E » et l'EAH au fur et à mesure de l'acquisition de preuves
Collaboration et action multisectorielle	• L'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 s'est avérée être un forum dynamique pour l'échange d'informations ; les rôles des parties prenantes sont clairement définis ; les données sont mises à jour tous les ans • Un Réseau des centres collaborateurs de l'OMS pour le trachome participe à la coordination et à la définition des priorités pour éclairer l'élimination • La Coalition internationale pour la lutte contre le trachome est un groupe formé par des membres d'organisations non gouvernementales, de donateurs, du secteur privé et universitaires	• Organiser la coordination des volets « N » et « E » et des informations générées grâce aux activités d'EAH avec les parties prenantes pertinentes • Organiser la coordination de la surveillance et de la surveillance post-élimination avec d'autres MTN et groupes pertinents
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Il existe des compétences techniques pour le diagnostic et la chirurgie du trichiasis, mais elles sont limitées dans certains pays • Le système « HEAD START » de formation sur simulateur de la chirurgie du trichiasis facilite la formation des chirurgiens • Training in Tropical Data facilite la formation relative à l'évaluation clinique	• Poursuivre le renforcement des capacités, en particulier pour le diagnostic et la chirurgie du trichiasis, en mettant l'accent sur la sécurité, la qualité et la cohérence • Renforcer les capacités d'EAH du personnel responsable des soins et des soignants pour l'administration de traitements hygiéniques et de soins dans les établissements de santé et à domicile • Renforcer les capacités de surveillance

Pian

Le pian est une maladie chronique de l'enfance causée par une infection par les bactéries spiralées *Treponema pallidum* de la sous-espèce *pertenue*. La maladie touche la peau, les os et les cartilages et provoque une défiguration et une débilitation.

Maladie et épidémiologie

- Le pian est une maladie chronique de l'enfance causée par une infection par les bactéries spiralées *Treponema pallidum* de la sous-espèce *pertenue*.
- La maladie touche la peau, les os et les cartilages et provoque une défiguration et une débilitation.
- La transmission à l'homme intervient par un contact cutané direct au niveau d'éraflures ou de coupures.
- Le pian a été l'une des premières maladies ciblée pour une éradication dans les années 1950 ; le renouvellement des efforts en vue de l'éradication a commencé en 2012.

Progrès en regard des objectifs de l'OMS pour 2020

Indicateur d'impact	Objectif 2020	Statut actuel
Éradication mondiale	194 pays	1 certifié ; 106 sans antécédents de pian

Principales interventions stratégiques

Chimiothérapie préventive	• Dose unique d'azithromycine par voie orale
WASH	• Hygiène personnelle
Lutte antivectorielle	S.o.
Santé publique vétérinaire	S.o.
Prise en charge thérapeutique	• L'azithromycine est utilisée pour le traitement de première intention • La benzathine benzylpénicilline par voie intramusculaire est utilisée pour le traitement de deuxième intention et pour les personnes présentant une résistance avérée à l'azithromycine • Les patients doivent être examinés quatre semaines après ; dans plus de 95 % des cas, le patient guérit complètement
Autre	S.o.

Risques nécessitant une atténuation

- Le traitement ciblé peut ne pas être efficace étant donné que des infections latentes et actives sont souvent présentes dans différentes habitations
- L'objectif d'éradication exige des ressources considérables qu'il peut être difficile de fournir
- Impact des catastrophes artificielles et naturelles sur la réalisation de l'objectif d'éradication

Objectif, sous-objectifs et échéances de l'OMS pour 2030

Indicateur	2020 (référence)	2023	2025	2030[1]
Nombre de pays certifiés exempts de transmission	1	97 (50 %)	136 (70 %)	194 (100 %)

[1] Dans le cas du pian, il y aura une échéance supplémentaire pour 2027, étant donné que la transmission devrait être arrêtée dans tous les pays d'ici 2027 afin de réaliser l'objectif d'éradication pour 2030.

SOURCE : Toutes les données proviennent de l'OMS sauf indication contraire.

Charge de morbidité

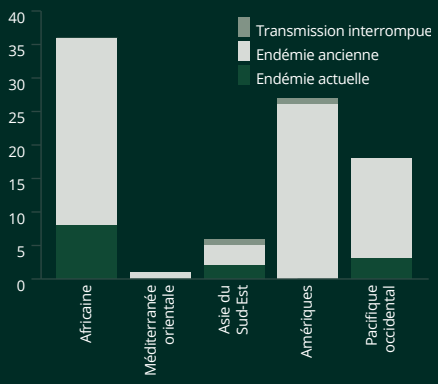
80 247
cas présumés de pian signalés en 2018

1177
cas confirmés signalés en 2018

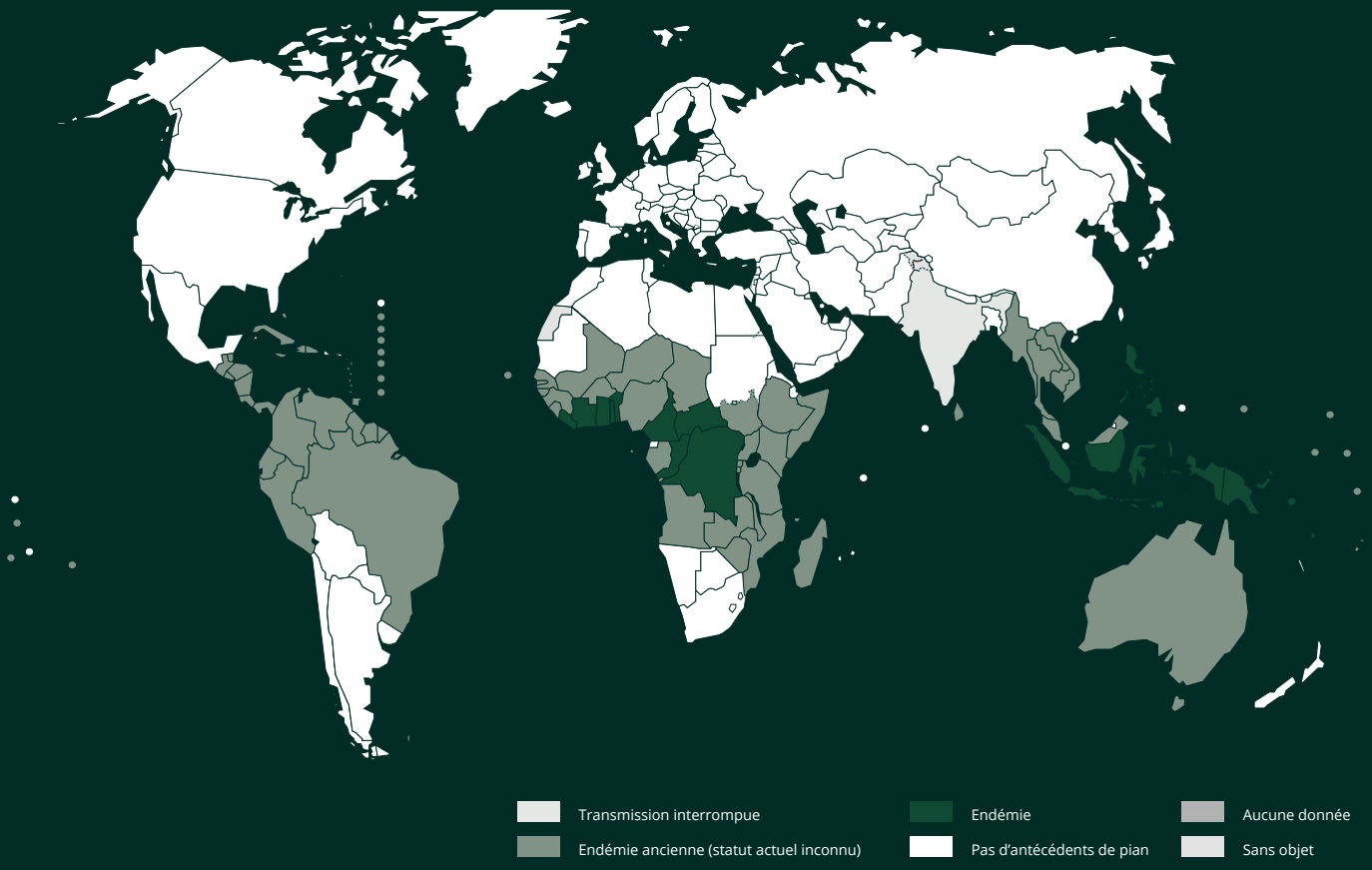
1
pays certifié exempt de transmission en 2019

En 2019, le pian était endémique dans 15 pays ; le statut est inconnu dans 72 pays, principalement dans les Régions africaine, Amériques, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental.

Nombre de pays par statut d'endémicité, 2019



Endémicité du pian, 2019



Pian : évaluation des mesures nécessaires pour la réalisation des sous-objectifs pour 2030

© WHO/Yoshi Shimizu

Résumé des mesures essentielles pour la réalisation des objectifs

- Lancer l'AMM dans toutes les zones d'endémie après la cartographie.
- Renforcer la surveillance active et passive, y compris dans les pays dont le statut est inconnu.
- Assurer une intégration efficace, efficiente et/ou une mise en œuvre conjointe avec d'autres programmes et secteurs (p. ex. gestion intégrée des MTN à manifestation cutanée).
- Augmenter le financement et le plaidoyer pour l'éradication du pian, y compris garantie d'engagements à plus long terme et augmentation de la priorité du pian pour la chimiothérapie préventive en tant que MTN à manifestation cutanée.

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Progrès techniques		
Compréhension scientifique	• Compréhension approfondie de l'épidémiologie • Aucun effet négatif majeur connu du traitement autre que l'éventuelle survenue d'une résistance aux médicaments	• Comprendre le rôle des primates non humains en tant que réservoir potentiel de la maladie
Tests diagnostiques	• Diagnostic à l'aide de tests rapides sur le lieu de soins et de tests sérologiques en laboratoire (TPHA/RPR) • Diagnostic confirmé par un dépistage de la syphilis sur la plateforme à double voie (DPP) et/ou des écouvillons utilisant la PCR	• Mettre au point un test moléculaire sensible sur le lieu de soins (p. ex. PCR) pour faire la distinction entre le pian et d'autres ulcères cutanés (p. ex. *Haemophilus ducreyi*) et pour faire un suivi de la résistance à l'azithromycine
Intervention efficace	• L'AMM vise à réaliser une couverture d'au moins 90 % des zones d'endémie • Le traitement ciblé est utilisé pour un traitement immédiat des cas et des contacts entre les tournées d'AMM prévues	• Lancer l'AMM dans toutes les zones d'endémie après la cartographie • Renforcer la surveillance active et passive, y compris dans les pays dont le statut est inconnu • Mettre au point de nouveaux antibiotiques en tant qu'option de secours en cas de résistance aux antimicrobiens contre l'azithromycine

Pour en savoir plus, consulter le site : www.who.int/yaws/en/

Aucune entrave à l'objectif

Mesures essentielles nécessaires pour la réalisation de l'objectif

Catégorie et évaluation actuelle	Statut actuel	Mesures nécessaires
Stratégie et prestation de services		
Orientations opérationnelles et normatives	• La stratégie de Morges (2012) décrit le moyen d'éradiquer le pian d'ici 2030 • Publication du Guide pour les administrateurs de programmes (2018), du Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie (AFRO, 2010) et des Procédures pour la vérification et la certification (2018) • Le guide technique de l'OMS sur le suivi et l'orientation sera finalisé en 2021	• Proposer des orientations techniques pour la création de comités nationaux sur le pian (et d'autres MTN)
Mise en œuvre de la planification, de la gouvernance et du programme	• Un groupe consultatif mondial ad hoc peut être créé • De nombreux pays disposent de programmes et de plans directeurs pour les MTN ; certains d'entre eux disposent de Programmes nationaux d'éradication du pian	• Assurer une intégration efficace et efficiente et/ou une mise en œuvre conjointe avec d'autres programmes et secteurs (p. ex. gestion intégrée des MTN à manifestation cutanée) • Créer un groupe consultatif mondial sur l'éradication du pian • Étendre l'adhésion de la Commission internationale indépendante pour la certification de l'éradication de la dracunculose pour y inclure une expertise sur le pian
Surveillance et évaluation	• La PCR est utilisée pour faire le suivi de la résistance aux antimicrobiens • Les systèmes de surveillance fonctionnent bien dans certains pays d'endémie	• Établir une surveillance intégrée active et une réponse dans tous les pays d'endémie et d'endémie ancienne (statut inconnu) et augmenter la fréquence de signalement • Évaluer 76 pays d'endémie ancienne pour confirmer le statut actuel vis-à-vis du pian
Accès et logistique	• Garantie de la disponibilité de l'azithromycine pour l'AMM • Disponibilité d'antibiotiques et de tests diagnostiques au sein des établissements de soins de santé primaires pour le diagnostic et le traitement de cas et des contacts (traitement ciblé) entre les tournées d'AMM • Dans les zones reculées, l'accès aux médicaments et TDR/plateformes à double voie peut être difficile	• Améliorer l'accès aux TDR/plateformes à double voie et aux médicaments dans les lieux d'endémie, y compris les foyers isolés (dans le cadre de la CSU) • Assurer la qualité garantie des médicaments pour l'AMM et le traitement ciblé
Infrastructures et personnel de soins de santé	• Le pian est actuellement traité grâce à un programme d'AMM vertical • Le traitement ciblé est réalisé dans le cadre du système de soins de santé primaires	• Renforcer les systèmes de santé et les infrastructures de laboratoire pour la surveillance du pian (y compris l'utilisation de la PCR)
Facilitateurs		
Plaidoyer et financement	• Soutien limité pour la mise en œuvre de la part des politiques et des donateurs/partenaires • Fort engagement de la communauté • Bon soutien de la part de la communauté de la recherche	• Augmenter le financement et le plaidoyer pour l'éradication du pian, y compris les engagements à plus long terme et accroître la priorité du pian en tant que maladie se prêtant à une chimiothérapie préventive et en tant que MTN à manifestation cutanée • Maintenir l'engagement de la communauté pour soutenir la mise en œuvre du programme • Maintenir l'engagement de la communauté de la recherche pour la génération de connaissances et le plaidoyer pour la mobilisation de ressources pour la recherche
Collaboration et action multisectorielle	• Le dépistage est relativement bien intégré dans les programmes de santé scolaire • Les agents de santé de la communauté sont engagés dans le dépistage dans le cadre des MTN à manifestation cutanée intégrées	• S'intégrer dans d'autres programmes pour augmenter la surveillance (p. ex. vaccination, nutrition, santé maternelle et infantile, MTN à manifestation cutanée) • Collaborer avec les programmes de santé scolaire du ministère de l'éducation sur le dépistage et le traitement • Renforcer la prise en charge intégrée des MTN à manifestation cutanée et intégrer l'AMM dans d'autres MTN se prêtant à une chimiothérapie préventive, le cas échéant • Renforcer la collaboration avec les prestataires d'EAH et le gouvernement local
Renforcement des capacités et de la sensibilisation	• Les agents de santé et les agents de santé de la communauté sont formés à la reconnaissance et au signalement du pian • Quelque intégration dans le renforcement des capacités pour l'ensemble des MTN à manifestation cutanée • Les agents de santé sont formés à l'utilisation de TDR/plateformes à double voie pour la collecte d'écouvillons pour la PCR	• Renforcer les capacités des agents de santé et des agents de santé de la communauté pour le dépistage, le traitement et le signalement du pian et d'autres MTN à manifestation cutanée • Collaborer avec WASH pour la sensibilisation des communautés quant à l'importance de l'hygiène personnelle

Le document *Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030* a été établi dans le cadre d'un processus de consultation de grande ampleur en application de la décision EB146(9) adoptée par le Conseil exécutif en février 2020 lors de sa cent-quarante-sixième session. Le document lui-même a été adopté en novembre 2020 par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé.

La feuille de route définit des cibles mondiales et des cibles intermédiaires pour la prévention, l'élimination ou l'éradication de 20 maladies et groupes de maladies, ainsi que des cibles transverses conformes aux objectifs de développement durable. Trois piliers essentiels appuieront les efforts mondiaux pour atteindre ces cibles : l'accélération de l'action programmatique (pilier 1), l'intensification des approches transverses (pilier 2) et le changement de culture et des modèles opérationnels afin de permettre l'appropriation par le pays (pilier 3).

Ce plan centré sur les individus et axé sur les pays vise à relancer l'impulsion par le biais d'actions concrètes menées dans le cadre de plateformes intégrées et destinées à mettre en œuvre des interventions et, partant, à améliorer le rapport coût/efficacité, la couverture et l'étendue géographique des programmes. Le renforcement des capacités des systèmes de santé nationaux permettra de garantir le déploiement des interventions par le biais d'infrastructures existantes, de renforcer la pérennité et l'efficacité des interventions et de permettre un accès équitable pour les individus à tous les aspects des traitements, des soins et des services de soutien. Une coordination étroite et une action plurisectorielle à l'échelle du secteur de la santé et au-delà de ce secteur, englobant non seulement la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, la santé animale et environnementale et l'éducation à la santé, mais aussi, notamment, l'enseignement et le handicap, permettront de maximiser les synergies.

Les synthèses des maladies que l'on trouvera en annexe à la feuille de route détaillent la situation épidémiologique actuelle et la charge de morbidité, les interventions stratégiques essentielles et les progrès pour atteindre les cibles pour 2020 de la précédente feuille de route. Les cibles, les objectifs et les cibles intermédiaires pour 2030, ainsi que les interventions fondamentales nécessaires pour y parvenir, ont été utilisés pour produire les données sur lesquelles s'appuie cette feuille de route adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé