

## CHAPITRE 2

### **I des exemples où la cécité due au trachome ait disparu dans des zones d'endémie sans qu'il y ait eu une amélioration significative du niveau socioéconomique ?**

---

Anne-Marie MOULIN

Les leçons de l'histoire consistent à rechercher des modèles de contrôle et d'élimination : quels sont les enseignements des éliminations antérieures et à quelles conditions ce modèle pourrait-il être reproduit ?

La question s'articule avec l'évaluation de l'impact de la stratégie CHANCE qui se distingue des politiques de développement proprement dites et associe éclectiquement des éléments hétérogènes : des éléments proprement médicaux comme la chirurgie et l'antibiothérapie et des éléments qui comme l'hygiène du visage et des mains et l'accès à l'eau ou la lutte contre les mouches (environnement) sont, au moins à première vue, des héritages du passé.

## **Quelques modèles historiques**

Le premier est celui des pays d'Europe eux-mêmes qui ont été discutés plus haut pour essayer de cerner les déterminants les plus marquants de l'élimination de la maladie. Le dépistage et le traitement se sont effectués prioritairement au sein de milieux fermés, collectivités militaires puis collectivités scolaires. En France, suite à la

L'indépendance s'est accompagnée d'un effort important de contrôle du trachome. Il était considéré comme sur le point d'être éliminé en Algérie, mais les troubles né ont

- L'épicier local a disposé, en vente libre, de pommade à l'auréomycine à un faible coût qui représentait un encouragement à l'auto administration du médicament : ce dont les témoins se souviennent aujourd'hui avec vivacité.
- Des campagnes de masse ont tendu à traiter systématiquement par la pommade ophtalmique antibiotique tous les adultes.
- Un dépistage du trichiasis a été effectué par des équipes mobiles, assorti d'interventions dans les dispensaires et les hôpitaux (il faut se souvenir que la Tunisie est un petit pays avec de faibles distances et très urbanisé, à la différence du Maroc et surtout de l'Algérie ; nombre de petites villes y jouissent du statut de la citoyenneté).

Pendant cette période, l'électrification a commencé dans les campagnes. La scolarisation, embryonnaire sous la colonisation, a été menée tambour battant chez les garçons mais aussi chez les filles, atteignant des taux de 70 % et couvrant quasiment l'ensemble du pays. Le revenu par tête a augmenté modérément. Cependant, l'effort de construction a permis des logements plus grands tandis que les travaux d'adduction d'eau en facilitaient l'accès dans les villes et les villages du nord et du Sahel.

Dans les années qui ont suivi, les efforts se sont concentrés sur la région du sud. À partir de l'hôpital de Sfax, mené par des médecins ophtalmologues, avec l'aide d'infirmiers spécialisés dans les soins oculaires, cela a abouti à la disparition actuelle du trachome. À plusieurs reprises, des spécialistes du trachome ont visité la Tunisie, il a été impossible de leur recruter un cas de trachome actif. Bientôt le problème se posera de former, avec la multiplication des facultés de médecine en Tunisie, des médecins capables de reconnaître le trachome et de faire la différence entre l'infection et des lésions de la cornée dues au port des lentilles et à l'usage de solutés allergisants !

### **Le Maroc**

Le Maroc offre un point de comparaison particulièrement pertinent. En effet, sur une endémie déjà en déclin, la stratégie CHANCE, avec ses composantes multisectorielles, a été conduite avec succès et des résultats tangibles.

Le royaume chérifien a, de longue date, été touché par le trachome avec une prévalence probablement comparable à celle des autres pays, bien que les premières données statistiques ne remontent qu'à 1927.

Dans les premières années de l'indépendance, entre 1953 et 1971, le pays a déployé de grands efforts pour limiter l'endémie. Comme en Tunisie, les gens ont gardé la mémoire de la mise à disposition, dans les bureaux de tabac et chez l'épicier du village, d'une pommade ophtalmique (à la tétracycline) et de leur frayeur d'enfants quand l'instituteur appliquait la pommade *manu militari*. Avec la confiance dans les progrès obtenus, les programmes de lutte contre la cécité se sont poursuivis mais sans évaluation périodique de leurs effets.

Au début des années 1990, la redécouverte d'une prévalence persistante atteignant 30 % dans les régions défavorisées du sud a suscité une reprise de l'activité

anti-trachome et une volonté politique d'en finir avec une maladie stigmatisante. Les responsables de la santé publique ont tiré les leçons du passé en mobilisant tous les secteurs concernés : éducation, eau, assainissement. Une campagne diffusant des messages à l'égard des écoles et des femmes s'est déroulée pendant qu'intervenaient, dans les zones rurales, des équipes « avancées » comportant un nombre important d'ophtalmologistes et d'infirmiers formés aux soins oculaires. En 1992, la prévalence a diminué nettement, mais sans qu'on puisse démêler avec exactitude l'impact des actions menées simultanément.

La stratégie CHANCE a été introduite au Maroc en 1997 et a concerné sept provinces. Plusieurs actions ont été menées de front dont de nombreuses interventions sur trichiasis. Les centres de santé ont pris le relais des hôpitaux (avec plusieurs milliers de trichiasis opérés par an). C'est un traitement relativement agressif et coûteux qui comporte 14 % de récurrences et 6 % de refus. L'immense majorité des personnes a été traitée par les agents de santé en traitement de masse par doses d'azithromycine sans rencontrer de refus important. Les agents communautaires ne distribuent pas d'antibiotique et ne jouent sur place qu'un rôle facilitateur. La lutte contre le trachome a été intégrée parmi les autres causes à la lutte contre la cécité.

Ce n'est pas un hasard si la classification des signes du trachome, qui est encore en usage aujourd'hui, porte le nom d'un ophtalmologue anglais arrivé au Caire en 1903, Arthur MacCallan. Il avait pour mission de créer un réseau de centres de soins oculaires dans le pays. Le premier hôpital mobile est créé en 1904. En 1918, il y a huit dispensaires mobiles et quatre centres permanents pour les soins oculaires. Les services sont fournis gratuitement à la part la plus pauvre de la population. En 1913, un demi-million d'habitants aurait ainsi subi un examen oculaire, sur une population qui ne comptait alors que 13 millions environ, et 11 000 interventions sur trichiasis auraient été effectuées. D'après le médecin grec Jacovides, la plupart des malades traités sont des hommes, les femmes fréquentaient moins les centres de soins ; ce qui devait influencer sur la transmission de l'infection aux enfants.

L'Institut du Giza Memorial Ophthalmic Research, connu populairement comme l'Institut du trachome, est créé par le roi Fouad en 1926. Rowland Wilson, directeur de l'institut, assez agnostique quant à la cause du trachome, était frappé par le rôle de la pauvreté et de l'hygiène défectueuse et tenté par l'hypothèse d'un facteur de malnutrition. Il préconisait des mesures éclectiques allant de l'instruction des filles à la protection des bébés vis à vis des mouches à l'aide d'un voile protecteur.

L'ouvrage de MacCallan, *Trachoma and its complications in Egypt*, paru en 1913, demeure aujourd'hui un ouvrage de référence. Sa classification comportait trois stades contagieux I, II et III en tenant compte des conjonctivites qui facilitent ou majorent le trachome (sans pouvoir faire la part exacte des uns et des autres) et un stade IV, non contagieux, celui des complications cécitantes. La classification était purement clinique en l'absence d'identification précise du germe (isolé comme on l'a vu, en 1952).

Dans ce cadre clinique, les enfants étaient considérés comme la catégorie la plus touchée, leur infection commençant au cours de la première année. La prévalence tournait alors autour de 90 % de trachome dont 20 % de trachome évolutif. Un pour cent

marché sera jugée plus difficile à appliquer. Elle engluie les cils et les enfants la redoutent.

Après la deuxième guerre, la Fondation Rockefeller installée en Égypte finança en 1948 dans le delta une enquête révélant des taux d'infection allant jusqu'à 90 %. L'épandage d'insecticide (arrivée du DDT) est alors célébré comme la solution miracle pour les affections à transmission vectorielle comme le paludisme et la Fondation l'adopte contre le trachome. Mais, après deux ans, elle doit y renoncer en raison de l'émergence rapide des résistances des mouches. La victoire sur le trachome reste hors de portée en dépit de l'utilisation sporadique des sulfamides.

1952 marque l'arrivée au pouvoir de Nasser et des Officiers Libres. La santé publique est une préoccupation prioritaire du nouveau gouvernement qui crée des centres de santé à la campagne et institue la gratuité des soins. Nasser vise particulièrement le trachome dans sa politique énergique de santé publique et de gratuité des soins.

Après la fin de la période nassérienne, en vertu du mythe qui entoure rapidement cette période, il a été implicitement admis que la maladie avait cessé de constituer un problème de santé publique à l'échelle de la nation. Elle devenait, dans un pays qui se voulait désormais moderne, un aspect très stigmatisant. À partir des années 1970, le gouvernement égyptien, sans le dire ouvertement, a tendu à considérer le trachome tout au plus comme un sous-produit du sous-développement, éliminable par défaut, c'est-à-dire sans prendre de mesures particulières ni lui attribuer une ligne budgétaire particulière. Ce n'est qu'en 2000, après les enquêtes de l'institut de Guizeh dans l'ensemble du pays, que le trachome a repris sa dimension de fléau national en concernant probablement entre 30 et 60 % des enfants dans certains villages sans que l'on dispose de véritables statistiques exhaustives.

S'il existe alors en Égypte une amélioration nette de l'hygiène et du niveau de vie à la campagne : électricité, disposition d'eau avec des robinets dans la maison, présence de latrines et éloignement des animaux, elle ne coïncide pas nécessairement avec le recul du trachome ; ce qui impose une analyse plus précise des facteurs socio-anthropologiques impliqués. Le rôle des mouches demeure relativement flou, notamment les espèces impliquées. L'installation de robinets en Égypte dans les maisons n'a pas immédiatement retenti sur la façon dont les mères nettoient le visage de l'enfant, ne serait-ce qu'en raison des habitudes d'économie de l'eau. Souvent, d'autre part, rien n'a été prévu pour l'élimination des eaux usées et les cuvettes d'eau réemployées à plusieurs reprises servent à leur tour de réservoir de réinfection pour la communauté familiale.

La pharmacopée locale à base d'oxydes de zinc ou d'antimoine continue à être très utilisée au village, concurremment avec la pommade antibiotique en vente libre.

Le trachome, sans atteindre les dimensions d'avant guerre, sévit donc encore en Égypte qui ne saurait servir de modèle. Son expérience historique comporte néanmoins une leçon. Il est probable que la persistance du trachome reflète d'abord la faillite du système de santé en zone rurale. Dans un pays qui compte de nombreux médecins et une pyramide d'établissements sanitaires - dont certains fort prestigieux -, la persistance

paradoxe du trachome s'explique par l'absence d'examen de l'œil et de la paupière dans les écoles et les dispensaires, l'absentéisme des médecins à la campagne, l'insuffisante formation ou le laisser-aller des fonctionnaires des centres de santé. Le trachome a du mal à exister comme objet de recherches à l'heure de la biologie moléculaire. Dans un pays en pleine transition épidémiologique, il ne touche pas les catégories de la population qui se font entendre en haut lieu. La faiblesse de la représentation populaire et des associations de malades est aussi en cause. La réforme du système de santé, impulsée par la Banque Mondiale et les organisations internationales, en Égypte comme ailleurs mais ici spécifiquement soutenue par l'USAID, est en cours avec pour objectif la réhabilitation des centres de santé au niveau du district, mais pour le moment elle ne s'est concrétisée que dans des sites pilotes, non encore évalués. Les cliniques islamiques qui ont eu pour objectif de pallier les insuffisances du système se sont développées dans les villes où le trachome n'existe plus guère (mais que sait-on encore des banlieues et des habitats informels ?).

### *L'Union soviétique*

En matière de santé publique, le rôle des régimes autoritaires a été souvent bénéfique. L'Union soviétique a fait décroître le nom



comportements. Le gouvernement vietnamien a impulsé la recherche de substances traditionnelles : l'usage d'un crayon à base d'os de seiche enduit d'une substance extraite de l'ail, très présente dans la pharmacopée locale, a été préconisé un certain temps pour gratter les granulations des conjonctives. La réalisation de films, l'apposition de vignettes illustrant la lutte contre le trachome sur les boîtes d'allumettes et les couvertures des cahiers des écoliers, illustrent la propagande menée énergiquement par le gouvernement communiste.

Dans les années 60, les minorités ethniques dans les montagnes étaient considérées comme moins à risque, en raison d'une surpopulation moins flagrante que dans les villes et villages du delta. Peut-être s'agissait-il surtout d'une méconnaissance des réalités locales. En effet, aujourd'hui, le trachome est considéré par le représentant du gouvernement du Viêt-Nam comme une maladie des minorités pauvres et sous-développées qui n'ont pas bénéficié au même titre que leurs homologues vietnamiens des mesures d'assainissement du milieu, de scolarisation et des campagnes d'hygiène.

### *Le Sénégal*

Un mot pour finir sur un pays d'Afrique de l'Ouest qui, sans avoir éliminé le trachome, semble avoir entamé une évolution nettement favorable. La baisse du trachome au Sénégal ne saurait être attribuée à une intervention massive de santé publique qui n'a pas eu lieu. La comparaison des données socio-économiques laisse à penser que le développement socioéconomique y a œuvré silencieusement, entraînant la diminution de la fréquence de l'infection chez les enfants. Les indicateurs démographiques (le taux de mortalité globale, le taux de mortalité infantile et l'espérance de vie) et le PIB paraissent en effet meilleurs au Sénégal que dans le reste de l'Afrique de l'Ouest. Le taux de fertilité commence à décroître (5,1 contre 6,8 au Mali). Le Sénégal pourrait entamer sa phase de transition épidémiologique comme l'indique simultanément la moindre fréquence des diarrhées. Si la part du produit national brut (PNB) consacrée aux services de santé y est sensiblement identique, la structure économique est de forme plus avancée au Sénégal, la part de l'agriculture diminuant constamment au profit de celle des services. Tous les indicateurs concordent donc pour indiquer une évolution favorable avec diminution importante des trichiasis et des cécités dus au trachome dans un proche avenir.

Avant le lancement de la stratégie CHANCE, au cours de ces trente dernières années, d'autres pays se sont illustrés par une évolution favorable, comme l'Arabie saoudite et le Myanmar qui ont instauré des mesures spécifiques contre le trachome. Dans le cas de l'Arabie saoudite, le haut niveau de vie des Bédouins sédentarisés a été probablement le facteur principal d'évolution comme en témoignent tous les rapports. Cette amélioration s'est accompagnée d'une activité curative intense dans les dispensaires. En revanche, au Myanmar, la décroissance du trachome ne saurait être attribuée à une élévation spectaculaire du niveau de vie et le mérite en revient, semble-t-il, aux campagnes de traitement de masse.

## Conclusion

Si l'on compare les pays où le trachome a disparu ou diminué rapidement, on constate que l'élévation du niveau de vie a été très inégale d'un cas à l'autre. Des revenus modérés, dans le cas de la Tunisie ou des pays de l'Asie centrale soviétique, par exemple, peuvent aller de pair avec l'élimination du trachome, surtout si certaines conditions sont réalisées comme :

- une prise de conscience officielle des réalités du trachome dans les populations qui, soit se traitent spontanément elles-mêmes, soit se présentent dans des dispensaires qui fonctionnent bien,
- la réalisation de campagnes spectaculaires qui tendent à augmenter la visibilité sociale de l'affection,
- le rôle favorisant des actions de santé publique dans les villages,
- l'accessibilité de méthodes de traitement relativement aisées à appliquer, peu chères ou gratuites.

Les lois de l'Histoire sont marquées au sceau de la contingence. Ce qui veut dire que les mêmes causes, ou presque, ne produisent pas tout à fait les mêmes effets et que la reproduction à l'identique est impossible. En matière de santé publique, toute réalisation est toujours contextuelle et doit s'évaluer à ses effets concrets. Néanmoins, la stratégie CHANCE s'efforce de retrouver les termes d'une synergie proche de celle qui s'est révélée spontanément efficace dans le passé, entre des mesures sociales telles que l'éducation et l'assainissement du milieu et des mesures médicales comme les traitements curatifs, sans attendre une modification spectaculaire du niveau de vie. Toute altération du système de santé, due par exemple à un démantèlement du service public, comme cela a été observé dans plusieurs pays, peut entraîner une méconnaissance du niveau de l'endémie et faire croire à sa disparition.

Plusieurs facteurs se potentialisant mutuellement devraient permettre la poursuite d'un mouvement historique d'extinction de la maladie.

## Bibliographie

- BOBB A.A. JR., NICHOLS R.L., 1969 – Influence of environment in clinical trachoma in Saudi Arabia. *American Journal of Ophthalmology*, 67(2) : 235-243.
- CUENOD A, NATAF R., NICOLLE CH., 1930 – *Le trachome, avec 39 figures originales en noir et en couleurs*. Paris, Masson, 238 p.
- DAGHFOUS M.T., ROMDHANE K., KAMOUN M., TRIKI F., DAWSON C.R., HOSHIWARA I., 1979 – Le trachome après 20 ans de contrôle. *Revue internationale du trachome et de pathologie oculaire tropicale et subtropicale*, 56(1) : 39-53.

- EZZ AL ARAB G., TAWFIK N., EL GENDY R., ANWAR W., COURTRIGHT P., 2001, The burden of trachoma in the rural Nile delta of Egypt: a survey of Menofiya governorate. *British Journal of Ophthalmology*, 85: 1406-1410.
- GODWIN P., 1983 – Training health workers: what needs to be taught and who should teach it. *Social Sciences and Medicine*, 17(22): 1819-1825.
- HEYBAH A., 1833 – *Quelques mots sur les trois principales maladies endémiques de l'Égypte*. Paris, Didot le jeune, Thèse de doctorat en médecine, 33 p.
- KOSKAS C., 1938 – *Étude et prophylaxie du trachome en Tunisie*. Thèse de doctorat en médecine, 70 p.
- MACCALLAN A.F., 1913 – *Trachoma and its complications in Egypt*. Cambridge UP.
- NATAF R., 1952. *Le trachome : historique, clinique, recherches expérimentales et étiologie, thérapeutique, prophylaxie*. Paris, Masson, 426 p.
- NEGREL A.D., KHAZRAJI Y.C., AKALAY O., 1992 – Le trachome dans la province de Ouarzazate, Maroc. *Bulletin de l'OMS* 70 (4) 451-456.
- NGUYEN DUY HOA, 1987 – *Le trachome ; monographie médico-sociale*. Vietnam, Hanoi, Éditions The Gioi, 135 p.
- NGUYEN GOC HA, 1963 – *La lutte contre le trachome au Nord-Viet-nam*. Paris, thèse de doctorat en médecine.
- ZERIHUN N., 1997 – Trachoma in Jimma zone, South Western Ethiopia. *Tropical Medicine and International Health*, 2(12): 1115-1121.