



## **Lutte contre la maladie**

### **Lutte contre les maladies tropicales : maladie de Chagas et lèpre**

#### **Rapport du Directeur général**

En 1991, les Ministres de la Santé de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, du Paraguay et de l'Uruguay ont lancé l'"initiative du Cône Sud pour l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas". Des rapports des programmes nationaux de lutte décrivant les progrès accomplis sur la voie de l'élimination ont été publiés par l'Argentine, le Brésil, le Chili et l'Uruguay. Une fois atteinte la cible fixée, l'incidence de la maladie baissera dans toute l'Amérique latine de plus de 70 %. Les initiatives des pays andins et des pays d'Amérique centrale ont été lancées en 1997, et l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas dans leurs territoires sera réalisée en 2010.

En mai 1991, dans sa résolution WHA44.9, l'Assemblée de la Santé a fixé comme cible, pour l'élimination mondiale de la lèpre en tant que problème de santé publique, la réduction de la prévalence à moins d'un cas pour 10 000 habitants avant l'an 2000. Cette résolution a aidé à stimuler d'importants progrès dans le monde et elle a étendu la couverture des programmes et l'application de la polychimiothérapie, entraînant une réduction de 76 % de la prévalence mondiale depuis 1990. Le nombre des pays d'endémie a été ramené de 122 en 1985 à 55 au début de 1997. De nouvelles initiatives ont été mises en oeuvre au moyen des campagnes d'élimination de la lèpre et des projets d'action spéciale pour atteindre les malades encore non découverts ni soignés. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre acte du rapport et à examiner les résolutions dont le Conseil exécutif a recommandé l'adoption dans ses résolutions EB101.R6 et EB101.R7.

## MALADIE DE CHAGAS

1. La maladie de Chagas, du nom du médecin brésilien Carlos Chagas qui a été le premier à la décrire en 1909, n'existe que sur le continent américain. Elle est due à un parasite, *Trypanosoma cruzi*, transmis à l'être humain par les triatomes. Géographiquement, l'infestation humaine par *T. cruzi* s'étend du Mexique au sud de l'Argentine. De 16 à 18 millions de personnes sont touchées par cette maladie et quelque 100 millions, soit environ le quart de la population de l'Amérique latine, sont exposées au risque de contracter la maladie de Chagas. Après une période asymptomatique de plusieurs années suivant la phase aiguë, les personnes infestées présentent des symptômes cardiaques qui peuvent entraîner une mort soudaine et des lésions de l'appareil digestif, principalement des mégaviscères.
2. La maladie de Chagas est directement liée à la pauvreté : le triatome hématophage qui transmet le parasite trouve un habitat favorable dans les fentes des murs et des toits des maisons des zones rurales pauvres et des taudis urbains périphériques.
3. Les migrations entre zones rurales et urbaines qui ont eu lieu en Amérique latine dans les années 70 et 80 ont modifié le schéma épidémiologique traditionnel de la maladie de Chagas pour en faire une infestation urbaine pouvant être transmise à l'occasion d'une transfusion sanguine. Les chiffres relatifs au sang infesté dans les banques de sang de certaines villes du continent oscillent entre 3 % et 53 %, soit une prévalence de sang infesté par *T. cruzi* de 10 à 20 fois plus élevée que celle de l'infection par le VIH et de l'hépatite B et C.
4. Les pertes économiques dues à la mortalité précoce et aux incapacités s'élèvent actuellement pour le continent à US \$8,2 milliards par an.
5. **Initiative du Cône Sud** : En 1991, les Ministres de la Santé de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, du Paraguay et de l'Uruguay ont lancé l'"initiative du Cône Sud pour l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas". Le vecteur principal est *Triatoma infestans*, triatome domiciliaire. Des données concernant les progrès accomplis en Uruguay, au Chili, en Argentine et au Brésil sur la voie de l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas par des vecteurs et à l'occasion d'une transfusion ont été recueillies (OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, Genève, 6:38-40, 1994; 3:13-16, 1995; 2:12-15, 1996; 1:1/2-1, 1997). Selon les données actuelles concernant la désinsectisation des habitations, le dépistage dans les banques de sang et la sérologie des enfants et des jeunes adultes, la transmission de la maladie de Chagas par des vecteurs et à l'occasion d'une transfusion sanguine sera interrompue en Uruguay et au Chili en l'an 2000, et au Brésil et en Argentine en 2003 (voir les Figures 1 et 2).
6. Les activités de lutte progressent comme prévu dans les autres pays associés à cette initiative tels que la Bolivie et le Paraguay mais, au stade actuel, il n'existe pas de données entomologiques ou épidémiologiques permettant d'évaluer l'impact des programmes de lutte dans ces deux pays et d'estimer la date à laquelle l'interruption de la transmission pourrait être réalisée. Le Pérou, dont la région méridionale est aussi infestée par *T. infestans*, s'est associé à l'initiative en mars 1997.
7. **Initiative des pays andins** : Dans les pays andins, Colombie, Equateur, Pérou et Venezuela, les contrôles dans les banques de sang progressent comme prévu et tous ont adopté une législation. L'élimination de la transmission par des vecteurs a été lancée lors d'une réunion intergouvernementale qui s'est tenue à Bogotá en février 1997 et a dressé des plans d'action détaillés pour chaque pays.
8. **Initiative des pays d'Amérique centrale** : Dans les pays d'Amérique centrale, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua et Panama, les contrôles dans les banques de sang progressent aussi comme prévu et tous les pays sauf un ont adopté une législation rendant obligatoire la recherche sérologique de *T. cruzi*. De même, l'élimination de la transmission par des vecteurs a été mise en route lors d'une réunion intergouvernementale qui s'est tenue à Tegucigalpa en octobre 1997.

FIGURE 1

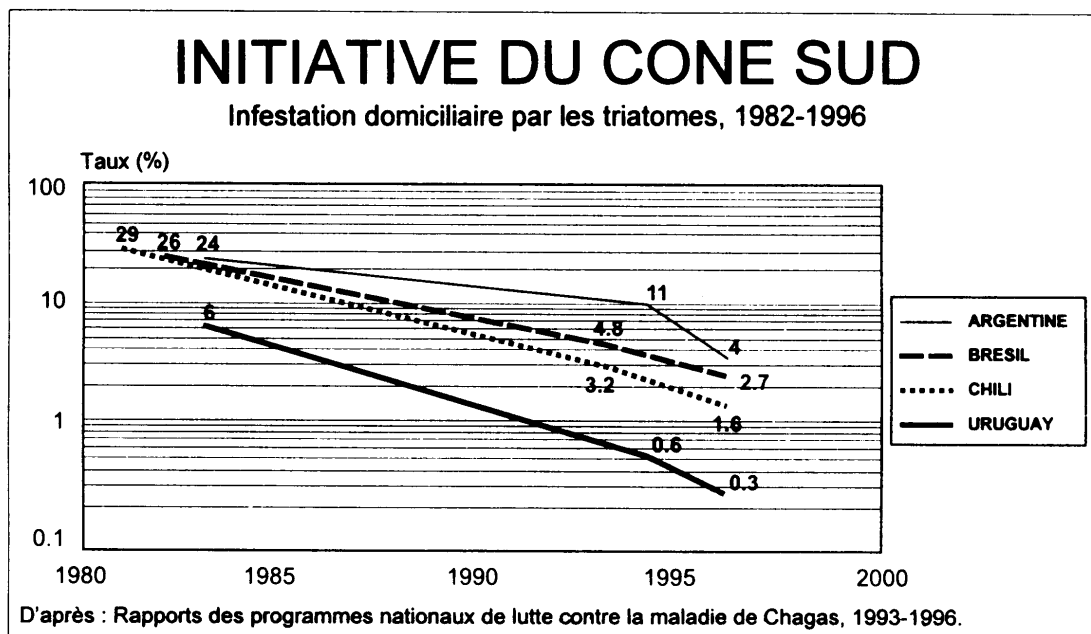
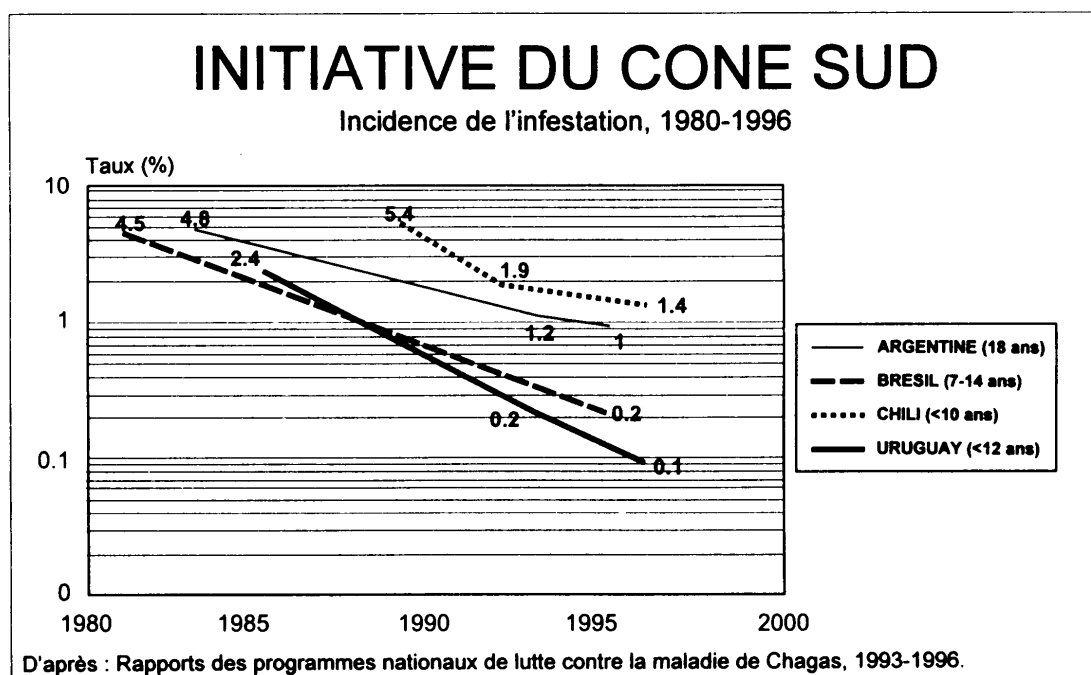


FIGURE 2



## LEPRE

9. La résolution WHA44.9 de l'Assemblée de la Santé a suscité une volonté politique considérable d'atteindre la cible dans les pays où la lèpre est endémique; elle a aussi facilité la fourniture d'un soutien accru par la communauté internationale des bailleurs de fonds et encouragé l'élaboration de stratégies et de plans d'action définis dans le temps aux niveaux national, régional et mondial. Comme l'indique le Tableau 1, le nombre des cas enregistrés a baissé de 76 % et la couverture par le programme a été améliorée, ainsi qu'en témoigne l'augmentation du nombre des cas dépistés, et le nombre cumulatif des cas guéris atteignait 8,4 millions au début de 1997.

10. Le Groupe consultatif pour l'élimination de la lèpre, créé en 1994, joue un rôle important dans la surveillance du programme et de sa stratégie, avec la participation accrue d'organisations non gouvernementales.

**TABLEAU 1. CAS DE LEPRE ENREGISTRES, 1990 ET 1997, ET CAS NOUVEAUX DEPISTES, 1996, PAR REGION OMS**

Région OMS	Cas enregistrés 1990		Cas enregistrés 1997		Cas nouveaux 1996	
	Nombre	Taux pour 10 000 habitants	Nombre	Taux pour 10 000 habitants	Nombre	Taux pour 10 000 habitants
Afrique	482 669	9,20	82 758	1,39	46 489	7,80
Amériques	301 704	4,20	127 866	1,63	43 783	5,59
Asie du Sud-Est	2 693 104	20,50	637 413	4,50	457 921	32,36
Europe	7 246	0,10	732	0,10	37	-
Méditerranée orientale	99 913	2,60	13 038	0,16	5 761	1,25
Pacifique occidental	152 739	1,00	26 533	0,01	12 613	0,77
<b>Total</b>	<b>3 737 375</b>	<b>7,10</b>	<b>888 340</b>	<b>1,54</b>	<b>566 604</b>	<b>9,84</b>

11. Malgré les progrès considérables qui ont été faits sur la voie de l'élimination, les activités devront être intensifiées dans certains des principaux pays d'endémie et dans des régions d'autres pays pour améliorer l'accès à la polychimiothérapie et la couverture par ce traitement.

12. L'OMS continue d'apporter son soutien aux pays pour l'accélération des activités d'élimination de la lèpre. L'engagement politique a été stimulé par deux Conférences internationales sur l'élimination de la lèpre organisées la première à Hanoï en juillet 1994 et la deuxième à New Delhi en octobre 1996. La coordination des activités entre les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales internationales et l'OMS s'améliore régulièrement dans la plupart des pays, parfois par la conclusion d'accords tripartites officiels. L'OMS collabore avec la Banque mondiale en Inde et au Bangladesh, et elle aide à planifier et à mettre en oeuvre les campagnes nationales et locales d'élimination de la lèpre et les projets d'action spéciale.

13. L'OMS a assuré la disponibilité et la gratuité des médicaments pour la polychimiothérapie, en plaquettes thermoformées, dans tous les pays où ils sont nécessaires et dans tous les établissements de santé. En 1995-1997, l'OMS a acheté et fourni les médicaments pour soigner par la polychimiothérapie plus de 2,3 millions de malades dans 52 pays d'endémie.

14. Plus de 2200 responsables des activités antilépreuses ont été formés depuis sept ans dans le cadre de 110 ateliers organisés dans 22 pays; l’OMS apporte aussi son soutien à la recherche sur les systèmes de santé dans le domaine de la lèpre.

15. Une initiative spéciale pour la surveillance de l’élimination de la lèpre, lancée en 1996, a fourni des informations détaillées précieuses sur les réalisations du programme, y compris la logistique pharmaceutique. Un système d’information géographique sur la lèpre a aussi été mis au point.

16. L’OMS continue de promouvoir la prévention et la prise en charge des incapacités et la réadaptation communautaire comme éléments intégrants des programmes antilépreux. Des manuels sur la prévention des incapacités et la chirurgie essentielle pour la lèpre ont été publiés et diffusés. La recommandation formulée par le Comité OMS d’experts de la Lèpre dans son septième rapport (1997)<sup>1</sup> quant à la nécessité d’élaborer une stratégie nouvelle de prévention des incapacités et de réadaptation pour atteindre le plus grand nombre de personnes fait l’objet d’un suivi en collaboration avec les organisations non gouvernementales.

17. Pour améliorer le traitement de la lèpre, un appui continue d’être fourni à la recherche, y compris la recherche fondamentale sur *Mycobacterium leprae*, sur les outils diagnostiques pour le dépistage précoce et sur la prévention primaire, et les études sur les réactions lépreuses et les lésions nerveuses. Ces études sont coordonnées par les comités d’orientation pour la chimiothérapie et l’immunologie dans le cadre du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales.

18. Un plan accéléré pour réaliser l’élimination avant l’an 2000 a été mis au point pour dépister et soigner par la polychimiothérapie quelque 2 millions de cas. Cela sera possible une fois les ressources nécessaires mobilisées, à condition que l’urgence de l’élimination de la lèpre soit pleinement reconnue et que toutes les parties intéressées travaillent ensemble. Le plan recouvre les campagnes d’élimination de la lèpre et les projets d’action spéciale, en plus des mesures devant permettre à tous les services de santé périphériques de distribuer gratuitement la polychimiothérapie.

19. L’initiative spéciale pour les campagnes d’élimination de la lèpre vise à dépister les cas parmi les personnes qui ne se présentent pas aux services de santé à cause de l’ostracisme social, de la difficulté d’accès et/ou de la méconnaissance de la maladie et des possibilités de guérison; à sensibiliser la communauté de façon à permettre aux services de santé locaux de diagnostiquer et de soigner les patients; et à atteindre les groupes insuffisamment desservis tels que les réfugiés et les nomades par des approches novatrices destinées à dépister et soigner les cas en temps opportun.

## QUESTIONS PORTEES A L’ATTENTION DE L’ASSEMBLEE DE LA SANTE

20. L’Assemblée de la Santé est invitée à examiner les résolutions dont l’adoption lui a été recommandée par le Conseil exécutif dans ses résolutions EB101.R6 et EB101.R7.

= = =

---

<sup>1</sup> OMS, Série de Rapports techniques, N° 874, 1998.