



Maladie de Chagas : lutte et élimination

Rapport du Secrétariat

1. La maladie de Chagas, également appelée trypanosomiase américaine, découverte par le Dr Carlos Chagas en 1909, résulte de l'infection de l'homme par le parasite *Trypanosoma cruzi*. Selon les dernières estimations, quelque huit millions de personnes sont infectées par le parasite dans le monde et l'on a compté environ 11 000 décès en 2008. La maladie de Chagas – endémique en Amérique latine – est transmise localement par un insecte vecteur dans des pays ou territoires comme l'Argentine, le Belize, la Bolivie (État plurinational de), le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Département français d'outre-mer de la Guyane, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, la Guyana, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela (République bolivarienne du). Au cours des dernières décennies, en raison surtout de l'intensification des mouvements de population, le nombre des cas diagnostiqués a aussi augmenté dans des pays de non-endémicité de la Région des Amériques (Canada et États-Unis d'Amérique), ainsi que dans la Région européenne (principalement en Belgique, en Espagne, en France, en Italie, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et en Suisse, mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Croatie, au Danemark, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal, en Roumanie et en Suède) et dans celle du Pacifique occidental (en Australie et au Japon). Cette augmentation présente des risques supplémentaires de transmission du parasite à l'occasion des transfusions sanguines et des transplantations d'organes, ainsi que par infection congénitale.

2. Le triatome – insecte vecteur de la maladie de Chagas – vit dans les logements précaires du sud de l'Argentine au sud des États-Unis d'Amérique et trouve un habitat favorable dans les crevasses des murs et de la toiture des habitations dans les zones rurales ou dans la périphérie des villes. Le triatome s'infecte en piquant un animal ou un homme déjà infecté. Les personnes peuvent être infectées par *T. cruzi* quand les déjections de triatomes infectés (excrétées après la piqûre ou le repas de sang de l'insecte) contaminent un sujet humain par contact avec une lésion cutanée, des muqueuses (conjonctive, lèvres ou bouche) ou des aliments qui sont ensuite consommés crus ; la mère peut aussi transmettre *T. cruzi* à l'enfant *in utero* ou lors de l'accouchement ; enfin, le parasite peut être transmis à travers la transfusion de sang ou la greffe d'organes provenant de donneurs infectés.

3. Le risque d'infection par *T. cruzi* est directement lié à la pauvreté. L'exode rural survenu en Amérique latine dans les années 1970 et 1980 a modifié le tableau épidémiologique classique de la maladie de Chagas pour en faire une infection urbaine qui peut désormais se transmettre principalement par transfusion sanguine. Les taux de contamination des banques du sang de certaines villes du continent américain varient de 3 % à 53 %, ce qui montre que la prévalence de *T. cruzi* peut dépasser celle du VIH et des virus de l'hépatite B et C dans les approvisionnements sanguins.

4. Chez l'homme, la maladie présente deux phases : la phase aiguë, qui généralement dure environ deux mois, est normalement asymptomatique ou mal diagnostiquée mais au cours de laquelle des symptômes peuvent se manifester rapidement après l'infection ; et la phase chronique, permanente en l'absence d'un traitement, dans laquelle les symptômes peuvent apparaître après une période de latence susceptible de durer plusieurs années. Au cours de la phase chronique, jusqu'à 40 % des personnes infectées présentent des lésions affectant de façon irréversible des organes internes, à savoir le cœur, l'œsophage et le côlon ainsi que le système nerveux périphérique. Après plusieurs années d'infection asymptomatique, 20 % à 30 % des personnes infectées présentent des lésions cardiaques (qui peuvent entraîner une mort soudaine), 5 % à 10 % des lésions digestives (mégasplanchnie principalement), alors qu'on observera des atteintes nerveuses périphériques chez les sujets immunodéprimés.

5. Le traitement de la phase aiguë de la maladie et au début de la phase chronique repose sur deux médicaments : le nifurtimox et le benznidazole. À part le recours à un suivi médical étroit et à des activités de pharmacovigilance, le traitement pourrait être amélioré grâce à des médicaments ou à des formulations (pédiatriques, notamment) plus sûrs et plus efficaces. Des données de plus en plus nombreuses montrent que le traitement des patients pendant la phase aiguë et au début de la phase chronique pourrait éviter des complications et en réduire la gravité.

RÉALISATIONS

6. Les initiatives intergouvernementales concernant la maladie de Chagas en Amérique latine visant à améliorer la prévention, la lutte et le traitement sur la base de la lutte contre la transmission vectorielle et transfusionnelle, du diagnostic et de la prise en charge des cas sont les suivantes : l'Initiative du Cône Sud, lancée en 1991 (Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay) ; l'Initiative des pays andins, lancée en 1997 (Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela (République bolivarienne du)) ; l'Initiative des pays d'Amérique centrale, lancée en 1997 (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama) ; et l'Initiative des pays amazoniens pour la surveillance de la maladie de Chagas et la lutte contre celle-ci, lancée en 2004 (Bolivie (État plurinational de), Brésil, Colombie, Département français d'outre-mer de la Guyane, Équateur, Guyana, Pérou, Suriname et Venezuela (République bolivarienne du)). Une initiative nationale a également été lancée au Mexique en 2003.

7. D'importantes réalisations ont été enregistrées ces dernières décennies, mais la situation varie considérablement selon les zones. La transmission de *T. cruzi* par la principale espèce vectrice de triatome a été interrompue dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Guatemala et l'Uruguay, ainsi que – à l'exception de quelques zones – l'Argentine, El Salvador, le Honduras, le Paraguay, le Pérou et le Mexique. Dans toutes les zones d'endémie, des réductions importantes ont été observées en ce qui concerne le nombre de cas aigus et les populations de triatomes intradomiciliaires. Le nombre estimatif annuel de décès dans le monde a été ramené de 45 000 en 1990 à environ 11 000 en 2008, tandis que le nombre estimatif d'infections a été ramené de 30 millions en 1990 à 8 millions en 2006. L'incidence annuelle au cours de cette période de 16 ans a été ramenée de 700 000 à 56 000 cas. La charge de morbidité due à la maladie a été ramenée de 2,8 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité à moins de 500 000.

8. En 2005, la maladie de Chagas a été intégrée à la classification OMS des maladies tropicales négligées en vue de promouvoir une action de sensibilisation et de lutte en synergie avec celle dirigée contre d'autres maladies négligées.

9. En 2009, le Quarante-Neuvième Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD49.R19 invitant instamment les États Membres de la Région des Amériques à s'engager à éliminer les maladies négligées et les autres affections liées à la pauvreté, y compris la maladie de Chagas, ou à les ramener d'ici 2015 à un niveau tel qu'elles ne soient plus considérées comme des problèmes de santé publique. Compte tenu de l'épidémiologie actuelle de la maladie de Chagas et de l'expérience en matière de prévention et de lutte acquise par les pays avec l'aide de l'OPS, cet objectif est jugé réalisable.

10. Confrontée à la réalité épidémiologique et à la propagation de la maladie, l'OMS et l'OPS ont organisé une réunion commune (Genève, 4-7 juillet 2007) visant à déboucher sur une perspective sanitaire d'ensemble pour la maladie afin de mieux appuyer et renforcer les capacités nationales et régionales d'atteindre l'objectif de l'interruption de la transmission de *T. cruzi* et de dispenser des soins aux sujets infectés. Au cours de la réunion, les participants de 28 pays ont proposé le lancement d'une initiative des pays de non-endémicité et le renforcement du réseau de prévention, de lutte et de traitement, dans le cadre de l'engagement renouvelé de l'OMS de combattre les maladies tropicales négligées et de poursuivre les efforts après les succès obtenus en Amérique latine.

11. En 2007, l'OMS a reçu un don de 2,5 millions de comprimés de nifurtimox couvrant une période de cinq ans, qui contribuera à améliorer l'offre et l'accès limités à ce médicament.

NOUVEAUX DÉFIS

12. **Propagation.** Au cours des dix dernières années, la maladie de Chagas s'est étendue à des zones précédemment considérées comme de non-endémicité – telles que le Canada, les États-Unis d'Amérique, de nombreux pays d'Europe et certains du Pacifique occidental – en raison des mouvements croissants de populations entre l'Amérique latine et le reste du monde. De ce fait, des cas de maladie de Chagas peuvent survenir dans des pays n'ayant qu'une connaissance ou une expérience limitée de la maladie et où les mesures de prévention, de lutte, de diagnostic, de prise en charge et de traitement sont insuffisantes, notamment dans les banques du sang, lors des greffes d'organes et dans les services d'obstétrique, de périnatalogie et de pédiatrie.

13. **Pérennité des résultats.** Toutes les parties concernées doivent s'efforcer d'éviter une baisse de l'intérêt politique et des ressources afin de faire en sorte que les réalisations en matière de lutte contre la maladie de Chagas puissent être maintenues et consolidées, y compris dans les zones de faible endémicité. Des activités élargies de surveillance et de lutte s'imposent pour relever les nouveaux défis épidémiologiques.

14. **Émergence.** La maladie de Chagas a fait son apparition dans des régions précédemment considérées comme relativement épargnées, telles que le bassin de l'Amazone, où des vecteurs principalement sylvatiques et non domestiques transmettent le parasite et où des microépidémies locales de maladie transmise par voie orale ont été observées.

15. **Réémergence.** La maladie de Chagas a effectué une réémergence là où la lutte avait pourtant été couronnée de succès, dans des régions comme celle du Chaco, en Argentine et en Bolivie (État plurinational de). Les efforts déployés pour endiguer la maladie, difficiles en raison de la diminution des activités de lutte dans ces zones, sont encore compliqués par l'existence de larges populations extradomestiques des principaux vecteurs et par l'émergence d'une résistance aux insecticides.

16. **Diagnostic et traitement.** Malgré une réduction importante de la transmission, des millions de personnes restent infectées, ce qui montre la nécessité d'un accès accru à un diagnostic et à des soins de santé adéquats. Ce besoin demeurera dans les zones où la maladie est endémique et dans celles où elle ne l'est pas en raison des niveaux de transmission active ou accidentelle auxquels on s'attend à l'avenir, en particulier compte tenu du nombre important de manifestations médicales chroniques.

PERSPECTIVES CONCERNANT L'ÉLIMINATION DE LA MALADIE DE CHAGAS

17. L'engagement en faveur de l'élimination de la maladie de Chagas ne doit pas être pris uniquement par les pays où la maladie est endémique mais également par ceux où elle ne l'est pas, la priorité devant toujours être donnée aux zones d'endémicité. L'un des grands problèmes qui se posent consiste à fournir un soutien accru et à renforcer les moyens nationaux et régionaux pour permettre d'atteindre l'objectif de l'élimination de la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique.

18. Dans ce contexte, les pays d'endémie ont besoin d'urgence d'un soutien coordonné de l'OPS aux initiatives sous-régionales de prévention et de lutte, et les zones où la maladie n'est pas endémique ont besoin d'un soutien de leurs programmes nationaux et régionaux, axé sur :

- la surveillance épidémiologique et des systèmes d'information sanitaire portant sur les aspects entomologiques, l'incidence, la prévalence et d'autres facteurs intéressant la transmission, au niveau communautaire ;
- le renforcement de la mise en œuvre d'activités de lutte antivectorielle visant à interrompre la transmission et à promouvoir la recherche opérationnelle afin d'améliorer les stratégies de prévention ou d'en mettre au point de nouvelles ;
- la prévention de la transmission de *T. cruzi* résultant de la consommation d'aliments contaminés par le parasite dans les zones d'endémie ;
- la mise au point de tests de diagnostic pour le dépistage et le diagnostic de l'infection à *T. cruzi* et la mise au point de nouveaux médicaments pour améliorer le traitement ;
- la prévention de la transmission congénitale et la prise en charge des cas d'infections, congénitale et non congénitale, comprenant des stratégies de dépistage des cas, de diagnostic et de traitement aux différents niveaux de soins (par exemple à travers l'intégration dans les soins de santé primaires, ou au niveau de la communauté, ou dans le cadre d'autres dispositifs), qui puissent être appliquées aussi bien dans les pays d'endémie que dans les pays de non-endémicité ;
- la recherche concernant la maladie de Chagas portant sur la prévention, la lutte et le traitement médical.

19. Une précédente version du présent rapport a été examinée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session¹ et le Conseil a adopté la résolution EB124.R7. En mai 2009, la

¹ Voir le document EB124/2009/REC/2, procès-verbal de la dixième séance.

Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de renvoyer le nouvel examen de la question à la présente Assemblée de la Santé.¹

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

20. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter la résolution que le Conseil exécutif lui a recommandé d'adopter dans sa résolution EB124.R7.

= = =

¹ Voir les documents WHA62/2009/REC/3, procès-verbal de la première séance du Bureau de l'Assemblée, section 1, et WHA62/2009/REC/2, compte rendu in extenso de la deuxième séance.