



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 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 se transmet localement en Argentine, au Belize, en Bolivie, au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, en El Salvador, en Equateur, au Guatemala, au Guyana, en Guyane française, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou, au Suriname et au Venezuela (République bolivarienne du). En raison des migrations, le nombre de cas est en augmentation en Australie, au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique, en Europe et au Japon, et cette augmentation présente des risques supplémentaires de transmission à l'occasion des transfusions sanguines et des transplantations d'organes, ainsi que par infection congénitale.

2. Le triatome vit dans les logements précaires du sud de l'Argentine au sud des Etats-Unis d'Amérique et trouve un habitat favorable dans les crevasses des murs et des plafonds des constructions de mauvaise qualité 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* de plusieurs façons : en touchant leurs yeux, leur bouche ou des blessures ouvertes après avoir été en contact avec les déjections de triatomes infectés ; en consommant des aliments crus contaminés par des déjections de triatome ; les mères peuvent transmettre *T. cruzi* à leurs enfants *in utero* ou lors de l'accouchement ; enfin, le parasite peut être transmis à travers la transfusion de sang contaminé ou la greffe d'organes contaminés.

3. Le risque d'infection par *T. cruzi* est directement lié à la pauvreté. L'exode rural survenu en Amérique latine dans les années 70 et 80 a modifié le tableau épidémiologique classique de la maladie de Chagas pour en faire une infection urbaine qui peut se transmettre 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, au cours de laquelle les symptômes se manifestent rapidement après l'infection, et la phase chronique, dans laquelle les symptômes apparaissent après une période de latence qui peut durer plusieurs années. Au cours de la phase chronique, chez 30 % des personnes infectées les lésions affectent de façon irréversible des organes internes, à savoir le coeur, l'oesophage et le côlon ainsi que le système nerveux périphérique. Après plusieurs années d'infection asymptomatique, 20 % à 30 % des personnes infectées présentent des symptômes cardiaques (qui peuvent entraîner une mort soudaine), 5 % à 10 % des lésions

digestives (mégasplanchnie principalement), et alors qu'on observera des atteintes nerveuses périphériques chez les sujets immunodéprimés.

5. Le traitement de la phase aiguë de la maladie repose sur deux médicaments : le nifurtimox et le benznidazole. 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 après la phase aiguë pourrait éviter des complications et en réduire la gravité.

REALISATIONS

6. Les initiatives intergouvernementales visant à améliorer la lutte contre la maladie de Chagas en Amérique latine sur la base de la lutte contre la transmission vectorielle et transfusionnelle et de la prise en charge des cas sont les suivantes : l'Initiative du Cône Sud, lancée en 1991 (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay) ; l'Initiative des pays andins, lancée en 1997 (Colombie, Equateur, 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) ; l'Initiative des pays amazoniens pour la surveillance de la maladie de Chagas et la lutte contre celle-ci, lancée en 2004 (Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Guyana, Pérou, Suriname et Venezuela (République bolivarienne du)) ; et l'Initiative du Mexique, lancée en 2003.

7. D'importantes réalisations ont été enregistrées ces dernières décennies, mais la situation varie considérablement selon les zones. Des réductions importantes ont été observées en ce qui concerne le nombre de cas aigus et les populations de triatomes intradomiciliaires dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Guatemala et l'Uruguay. 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. Confrontée à la propagation et à la mondialisation de la maladie, l'OMS a créé en juillet 2007 le Réseau mondial pour l'élimination de la maladie de Chagas afin d'élargir le champ d'une préoccupation essentiellement latino-américaine et d'en faire une préoccupation mondiale. L'une des premières initiatives issues de ce Réseau a été l'initiative des pays de non-endémicité, destinée à compléter les initiatives intergouvernementales latino-américaines existantes. En Europe, la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suisse participent à cette nouvelle initiative aux côtés des Etats-Unis d'Amérique et du Japon.

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

NOUVEAUX DEFIS

11. **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 les Etats-Unis d'Amérique et plusieurs pays d'Europe et 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 surveillance et de lutte sont insuffisantes, notamment dans les banques du sang et les services d'obstétrique.

12. **Obtenir des résultats durables.** Toutes les parties concernées doivent s'efforcer d'éviter l'autosatisfaction et 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.

13. **Emergence.** La maladie de Chagas a fait son apparition dans des régions précédemment considérées comme en étant exemptes, 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.

14. **Réémergence.** La maladie de Chagas a effectué une réémergence là où la lutte avait pourtant été couronnée de succès, dans des régions comme la région de Chaco, en Argentine et en Bolivie. 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.

15. **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 un traitement 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 complications médicales.

PERSPECTIVES CONCERNANT L'ELIMINATION DE LA MALADIE DE CHAGAS

16. 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.

17. Le Bureau sanitaire panaméricain est en mesure de fournir un soutien mondial coordonné pour lutter contre la maladie de Chagas et l'éliminer. L'OPS élargit les concepts de base contenus dans les objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs approuvés au niveau international en ce qui concerne les maladies négligées. Elle élargit également ses programmes en faveur d'une lutte durable contre les maladies transmissibles.

18. Il faudrait un système épidémiologique commun, harmonisé et coordonné pour pouvoir suivre l'élimination de la maladie de Chagas. 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 vecteurs, le nombre de cas et d'autres facteurs intéressant la transmission, au niveau communautaire ;
- le renforcement de la mise en oeuvre d'activités de lutte antivectorielle visant à interrompre la transmission et à promouvoir la recherche afin d'améliorer les stratégies de prévention ou d'en mettre au point de nouvelles ;
- la prévention de la transmission de *T. cruzi* par la transfusion sanguine et la transplantation d'organes dans les zones d'endémie et de non-endémicité ;
- 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 sur la lutte contre la maladie de Chagas.

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.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

20. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB124.R7.

= = =

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