



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



144^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CE144/10 (Fr.)

12 mai 2009

ORIGINAL : ANGLAIS

ÉLIMINATION DES MALADIES NÉGLIGÉES ET AUTRES INFECTIONS LIÉES À LA PAUVRETÉ

Introduction

1. Il relève d'une obligation éthique que d'éliminer des maladies infectieuses qui peuvent être éradiquées d'une manière efficace par rapport aux coûts et qui continuent à affliger les populations les plus pauvres et les plus marginalisées de la Région des Amériques. Un effort concerté doit être déployé pour éliminer ou fortement diminuer, d'ici 2015, le fardeau des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté et les injustices qui en découlent.

2. En Amérique latine et dans la Caraïbe, environ 127 millions de personnes vivent dans la pauvreté et un tel chiffre signifie un fardeau plus élevé de certaines maladies infectieuses. Les maladies négligées sont souvent confinées aux sections marginalisées de la population, comme les pauvres en zones rurales, les habitants des bidonvilles, les ouvriers migrants, les femmes et les populations autochtones¹. Le pauvre porte un fardeau plus élevé de maladies parasitaires et autres maladies liées à un accès insuffisant à l'eau potable, à l'assainissement, à un habitat salubre, à l'éducation et au manque d'accès aux services de santé. Pour les pauvres, les maladies négligées sont tant une cause qu'une conséquence de la pauvreté². La plupart d'entre elles sont la cause de conditions chroniques qui peuvent diminuer les capacités cognitives, la productivité et la capacité de génération de revenus. Une approche intégrale s'avère nécessaire pour lutter contre ces maladies, en vérifiant l'accès aux outils existants de diagnostic et de traitement et en se dotant d'un programme multisectoriel pouvant traiter les déterminants sociaux de ces maladies. On ne

¹ OMS. *Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015*. (WHO/CDS/NTD/2007.3) Genève: OMS, 2007.

² Hotez Peter. Hookworm and poverty. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (1136):38-44, 2008.

pourra atteindre ce but qu'avec un engagement politique assurant une plus grande disponibilité des ressources et de l'assistance internationale.

3. Ce document s'accompagne d'un appel à l'action pour les États membres afin qu'ils renforcent leurs efforts d'élimination de certaines maladies infectieuses liées à la pauvreté ayant déjà été traitées dans des résolutions précédentes, mondiales ou régionales, et qui restent cependant des problèmes de santé publique dans la Région.

Antécédents

4. Les États Membres ont exprimé leur engagement politique pour traiter des problèmes de santé publique qui peuvent être éliminés ou fortement diminués, en approuvant divers mandats ou résolutions. Au titre de ces résolutions : la lèpre (1991³), l'onchocercose (1991⁴ et 2008⁵), la filariose lymphatique (1997⁶), la maladie de Chagas (1998⁷), la syphilis congénitale (1995⁸), le trachome (1998⁹), la schistosomiase et la géohelminthiase (2001¹⁰), la rage humaine transmise par les chiens (2008¹¹), le paludisme (2000¹² 2005¹³) et le tétanos néonatal (1989¹⁴).

³ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA44.9. Élimination de la lèpre. 44^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 1991.

⁴ Organisation panaméricaine de la Santé. Résolution CD35.R14. Status de l'éradication/élimination de certaines maladies de la Région. XXXV Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Washington, DC: OPS; 1991.

⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Résolution CD48/10. Vers l'élimination de l'onchocercose (Cécité des rivières) aux Amériques. XLVIII Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Washington, DC: OPS; 2008.

⁶ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA50.29. Élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS; 1997.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA51.14. Élimination de la transmission de la maladie de Chagas. Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 1998.

⁸ Organisation panaméricaine de la Santé. Résolution CD38.R8. Élimination de la syphilis congénitale aux Amériques. Trente-huitième Conseil directeur. Washington, DC: OPS; 1995.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA51.11. Élimination mondiale du trachome cécitant. 51^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 2001.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Schistosomiase géohelminthiases. WHA54.19. 54^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 2001.

¹¹ Organisation panaméricaine de la Santé. 15^e Réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA): « Agriculture et santé : une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques ». Résolution CD48.R13. 48^e Conseil directeur. Washington DC: OPS; 2008.

¹² Organisation panaméricaine de la Santé. Résolution CD42.R15. Faire reculer le paludisme dans la Région des Amériques. 42^e Conseil directeur. Washington DC: OPS; 2000.

¹³ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA58.2. Lutte contre le paludisme. Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS; 2005.

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA 42.32. Programme élargi de vaccination. 42^e Assemblée mondiale de la Santé, Genève: OMS; 1989.

5. Cet engagement est également présent dans le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012, qui entend lutter contre les maladies transmissibles affligeant outre mesure les populations pauvres et marginalisées des Amériques.¹⁵ Par ailleurs, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, préparé récemment, stipule une réduction du fardeau de certaines maladies transmissibles que les pauvres contractent de manière disproportionnée.

6. La Région des Amériques dispose d'une vaste expérience dans la lutte contre certaines maladies et a su se doter de stratégies efficaces d'élimination et d'éradication contre la variole, la poliomyélite et la rougeole. Et, grâce aux efforts des États membres, certaines maladies négligées sont sur le point d'être éliminées. En effet, des progrès encourageants ont été accomplis au niveau de l'élimination de la filariose lymphatique dont la transmission aurait été interrompue dans trois des sept pays d'endémicité et un net pas en avant est noté dans les foyers restants. En ce qui concerne l'onchocercose, l'objectif d'une couverture de traitement d'au moins 85% de la population à risque a été atteint dans l'ensemble des 13 foyers des 6 pays d'endémicité. Ces deux dernières années, la transmission a été interrompue dans six des foyers et aucun nouveau cas de cécité imputable à l'onchocercose n'a été notifié dans la Région depuis 1995. En ce qui concerne la rage humaine transmise par les chiens, le nombre de cas a diminué de l'ordre de 93% ces 20 dernières années et environ 45 millions de chiens sont vaccinés chaque année dans les pays où la rage est endémique. La prévalence du tétanos néonatal a été ramenée à un niveau si faible que la maladie ne représente plus un problème de santé publique en Amérique latine et dans la Caraïbe, sauf en Haïti. La transmission par vecteur par les principaux vecteurs de la maladie de Chagas a été interrompue en Uruguay, au Brésil, au Chili, au Paraguay et dans certaines provinces de l'Argentine, ainsi que dans les régions du Guatemala où la maladie était auparavant endémique. La maladie a également reculé dans quatre autres pays d'Amérique centrale. La plupart des pays d'Amérique latine sont prêts à réaliser l'objectif de dépistage de la maladie de Chagas dans 100% de leurs banques de sang. Et, la lèpre, en tant que problème de santé publique, a été éliminée dans tous les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe, sauf au Brésil.¹⁶

7. Les experts techniques s'entendent pour dire que le Plan mondial de l'OMS pour combattre les maladies tropicales négligées, 2008-2015¹⁷ contient les outils et stratégies pour combattre les maladies tropicales. L'OPS met en œuvre les axes de ce plan d'action.

¹⁵ Pan American Health Organization. *Strategic Plan 2008-2012*. PAHO, Official document No. 328, Washington DC:PAHO; 2007.

¹⁶ PAHO/HSD/CD. *Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean*. Présenté à la consultation sur un fonds fiduciaire pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses liées à la pauvreté. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. *Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées, 2008-2015*. (WHO/CDS/NTD/2007.3) Genève: OMS, 2007.

8. Le soutien des bailleurs de fonds internationaux pour la lutte contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté a augmenté récemment. Notons à ce propos les US\$ 350 millions de l'Initiative du Président des Nations Unies pour la lutte contre les maladies tropicales négligées en 2008 et un don de \$34 millions de la Fondation Bill et Melinda Gates en 2009 pour diminuer le fardeau des maladies tropicales négligées les plus courantes. Ces contributions renforcent les activités en cours comme les dons ou subventions pharmaceutiques qui font partie des initiatives de coopération bilatérale et les autres types de soutien aux efforts déployés par les pays.

9. Des partenariats avec d'autres intervenants et des consultations avec les parties concernées et les collectivités devront être forgés pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles, dont celle des maladies négligées et autres maladies infectieuses liées à la pauvreté. Aussi, dans cet esprit de collaboration, l'OPS en 2008 s'est alliée à la Banque interaméricaine de développement (BID) et au Réseau global de lutte contre les maladies tropicales négligées/Sabin Institute pour préparer une proposition de création d'un fonds fiduciaire visant à soutenir l'élimination des maladies infectieuses négligées et autres maladies infectieuses liées à la pauvreté au niveau national. Cette proposition a été discutée avec divers partenaires techniques et certains pays lors de la réunion qui s'est tenue les 15 et 16 décembre 2008 au Siège de l'OPS à Washington, D.C.

Analyse situationnelle et choix préliminaire des maladies

Analyse situationnelle

10. Malgré les progrès notables de ces dernières années, il existe encore un grand nombre de personnes en Amérique latine qui sont exposées au risque de contracter certaines de ces maladies. Une étude préliminaire qui a analysé la situation de 10 maladies négligées, en compilant des informations de source secondaire, a constaté que les maladies négligées surviennent à divers degrés dans chaque pays d'Amérique latine et de la Caraïbe. La géohelminthiase est la plus courante, avec 26 millions d'enfants d'âge scolaire au risque de la contracter, suivie par la schistosomiase (25 millions à risque) et la filariose lymphatique (11 millions à risque). L'étude conclut également qu'il existe un volume considérable d'informations disponibles sur la plupart des maladies négligées, bien qu'il faille encore faire des études initiales en utilisant des critères uniformisés.¹⁸

¹⁸ PAHO. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présenté à la consultation sur un fonds fiduciaire pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses liées à la pauvreté. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37

11. Prenons l'exemple de la maladie de Chagas : neuf millions de personnes, d'après les estimations, souffrent d'infection chronique et 40 000 nouveaux cas de la maladie sont recensés chaque année. La maladie de Chagas est présente dans 21 pays de la Région, affectant essentiellement les habitants des zones rurales et les groupes autochtones.

12. La filariose lymphatique est présente dans quatre pays, avec près de 11 millions de personnes au risque de contracter l'infection (90% de la population haïtienne est jugée à risque). En Haïti et en République dominicaine, la maladie afflige essentiellement les populations de descendance africaine vivant dans des quartiers pauvres.

13. L'onchocercose est apparue dans 13 foyers dans 6 pays ces 3 dernières années. D'après les estimations, 500 000 personnes sont exposées au risque de contracter la maladie dans la Région, avec les plus grandes concentrations habitant dans des communautés reculées du nord du Venezuela, le long de la frontière entre ce pays et le Brésil, ainsi qu'au nord du Guatemala et au sud du Mexique. La maladie frappe essentiellement les populations autochtones et les descendants africains vivant dans les régions rurales et montagneuses.

14. Dans 25 pays de la Région, des cas de lèpre ont été recensés ces trois dernières années. En 2007, 49 388 cas de lèpre ont été notifiés aux Amériques et 42 000 nouveaux cas ont été dépistés, la plupart d'entre eux au Brésil.

15. Des données soutiennent l'existence du trachome dans trois pays de la Région ces dix dernières années. Environ 7 000 cas ont été recensés, essentiellement au Brésil. Il convient de noter toutefois que le Brésil est le seul pays qui réalise des enquêtes nationales sur la prévalence de cette maladie. L'existence du trachome a été confirmée dans les états frontaliers du Brésil, nécessitant des enquêtes de prévalence dans les pays voisins. La cécité imputable au trachome est deux à quatre fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.¹⁹

16. Le nombre actuel de cas de rage humaine transmise par les chiens est faible, de l'ordre de 16 cas par an mais le risque persiste car le virus continue de circuler parmi les populations canines. Un ou plusieurs cas humains ont été signalés dans 11 pays ces 3 dernières années, dont la majorité dans des quartiers pauvres à la périphérie des grandes villes, surtout en Haïti et en Bolivie.

17. Le tétanos néonatal a été éliminé en tant que problème de santé publique dans tous les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe, sauf en Haïti, pays qui notifie jusqu'à 60% du nombre total des cas en Amérique latine chaque année. Ces trois dernières

¹⁹ Courtright P, West S K. Contribution of sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma. *Emerging Infectious Disease*. 2004; 10 (11): 2012-6.

années, la prévalence de la maladie dans 16 pays est tombée à un niveau suffisamment faible pour que le tétanos néonatal ne soit plus jugé un problème de santé publique.

18. Il n'existe que peu d'informations sur l'incidence de la syphilis congénitale en Amérique latine et dans la Caraïbe. Sur 15 pays disposant d'une telle information, 7 notifient des taux d'incidence supérieurs à 0,5 cas pour 1000 naissances vivantes, niveau qui est jugé être un problème de santé publique.

19. Le paludisme est endémique dans 21 pays de la Région. Certains sont de faible endémicité (moins d'un cas pour 1000 personnes par an) avec des foyers bien établis. Tous les pays de la Caraïbe sont arrivés à éliminer le paludisme dû à des caractéristiques épidémiologiques locales, sauf Haïti et la République dominicaine. Dans ces deux pays, 26 000 cas ont été notifiés en 2007 (90% d'entre eux en Haïti), d'où le risque continu d'exportation de la maladie vers d'autres îles.

20. La schistosomiase est présente dans quatre pays de la Région. Environ 25 millions de personnes sont exposées au risque de contracter la maladie aux Amériques, la plupart vivant dans les états du littoral du Brésil. D'après les estimations, 1 à 3 millions de personnes sont infectées. Ces 10 dernières années, la présence de la maladie n'a pas été confirmée dans les pays où elle était endémique auparavant. Des études sont toutefois nécessaires pour confirmer son élimination.

21. D'après les estimations, les géohelminthiases sont présentes dans tous les pays de la Région. Les estimations régionales du nombre d'enfants en âge scolaire exposé au risque de morbidité liée aux géohelminthiases indiquent que 26 millions d'enfants en Amérique latine et dans la Caraïbe ont besoin d'un traitement vermifuge chaque année.

22. Des foyers de peste existent dans cinq pays de la Région, où la maladie persiste chez les rongeurs sauvages et occasionnellement des cas humains se présentent (Bolivie, Brésil, Équateur, États-Unis et Pérou). La majorité des cas en Amérique latine ces cinq dernières années se sont présentées au Pérou (93%) ; les 10 cas notifiés en 2007 sont survenus au Pérou. En Amérique latine, la peste se présente chez les populations rurales vivant dans une extrême pauvreté et dans les foyers naturels.

23. *Autres maladies.* La leishmaniose est endémique dans un grand nombre de pays d'Amérique latine et la maladie est en train de s'étendre dans la Région. L'histoire naturelle et les déterminants de la maladie sont bien connus mais les outils disponibles ne sont pas efficaces et les médicaments comportent de sérieux effets secondaires, exigeant un suivi intensif, et ils ne sont pas bien tolérés. La leptospirose est également en train de se propager suite aux inondations plus fréquentes accompagnant les catastrophes naturelles et les changements climatiques. La cysticercose, l'échinococcose et d'autres maladies parasitaires se présentent également en Amérique latine mais il n'existe pas

suffisamment de données, y compris un manque de données de base sur leur prévalence, pour soutenir des objectifs d'élimination.

24. Les maladies susmentionnées dans les paragraphes précédents touchent de manière disproportionnée les populations vulnérables. Et bien qu'aucune recherche n'a été menée au regard du genre, certaines études indiquent que le fardeau de ces maladies est plus élevé chez les femmes. La distribution du travail et des responsabilités déterminée par les facteurs culturels expose davantage les femmes aux facteurs de risque, d'où une prévalence plus élevée de la maladie parmi ces dernières. Par ailleurs, les barrières entravant l'accès aux soins de santé ou aux services préventifs et la stigmatisation et la discrimination qui touchent davantage les femmes sont la cause de conséquences de la maladie plus néfastes pour les femmes.^{20,21,22} Nul doute qu'il nous faut plus d'information sur la manière dont les maladies négligées affectent d'autres populations vulnérables.

Efficacité par rapport aux coûts

25. Des interventions efficaces par rapport aux coûts ont été mises au point et certaines maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté ont été effectivement contrôlées. En ce qui concerne la maladie de Chagas, des études sur l'efficacité des méthodes de contrôle indiquent un taux interne de rendement de presque 30% au Brésil et plus de 60% dans la province de Salta, en Argentine. Pour la filariose lymphatique, le coût-efficacité des trois grandes stratégies intégrées était estimé dans le cadre de différents scénarios avec de très bons résultats du point de vue années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)²³ sauvées.²⁴

26. Le coût des soins de santé par habitant pour le contrôle des maladies négligées est modeste en termes absolus et en relation avec les dépenses totales de santé par habitant.²⁵ Si on veut améliorer les conditions de vie dans les zones géopolitiques

²⁰ Vélez I D, Hendrickx E. Leishmaniosos cutanea en Colombia y género. *Cad. Saúde Pública.*, 2001; 17(1): 171-180.

²¹ Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación ocasional No.7. 2001.

²² Courtright P, West S K. Contribution of sex-linked Biology and Gender Roles to Disparities with Trachoma. *Emerging infectious Disease.* 2004; 10 (11): 2012-6.

²³ Les AVCI pour une maladie ou affection sont calculés comme la somme des années de vie perdues dans la population du fait d'un décès prématuré (AVP) et des années perdues du fait d'une incapacité (API) pour les cas nouveaux de la pathologie considérée. [http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf].

²⁴ Remme J H F, Feenstra P, Lever PR et al. Tropical diseases targeted for elimination : Chagas disease, Lymphahtic filariasis, onchocerciasis, and leprosy. In Jamison D T, Breman Jg, Measham A R et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries* 2ed. Oxford University Press and the World Bank, 2006.

²⁵ Bitrán, Ricardo. *Regional Study to Estimate the Cost of Preventing, Controlling, and Eliminating Selected NTDs in the Americas*. Présenté à la consultation sur un fonds fiduciaire pour la prévention, le

considérées à haut risque pour les maladies négligées (zones prioritaires pour les interventions à cause de leur statut épidémiologique et socioéconomique) et pour que ces améliorations soient durables, il sera nécessaire de forger des partenariats pour traiter des déterminants sociaux des maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté, tels que l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, un habitat adéquat et l'éducation.

Définitions des maladies et critères pour la sélection préliminaire

27. Les deux définitions suivantes seront utilisées pour choisir les maladies ciblées aux fins d'élimination, selon les mandats mondiaux et régionaux précédents : élimination d'une maladie—la réduction à une incidence zéro d'une maladie donnée dans une zone géographique définie en tant que résultat d'efforts délibérés exigeant des mesures d'intervention continues ²⁶—et l'élimination d'une maladie en tant que problème de santé publique—nette réduction du fardeau de la maladie à un niveau acceptable au vu des outils actuels disponibles et de la situation sanitaire dans la Région. A ce niveau, la prévalence de la maladie ne limite pas la productivité sociale et le développement communautaire. Des buts réalistes ont été fixés pour chaque maladie. Dans ce document, les deux définitions seront utilisées pour choisir les maladies ciblées aux fins d'élimination, selon les mandats mondiaux et régionaux précédents.

28. Les critères suivants ont été retenus pour choisir des maladies qu'il serait faisable d'éliminer ou de réduire sensiblement dans la Région : a) le programme non achevé—maladies qui ont déjà été des cibles prioritaires aux fins d'élimination et pour lesquelles, malgré les progrès faits, certains domaines ont pris du retard ; b) la faisabilité technique—y compris la disponibilité des connaissances et des outils pour structurer des interventions permettant d'interrompre ou de réduire la transmission ; c) des preuves régionales montrant que l'élimination est possible—existence d'autres expériences régionales réussies d'élimination aux niveaux national ou infra-national ; d) les critères économiques—le coût unitaire relativement faible des interventions et un coût-efficacité démontré ; e) le fardeau inégal de la maladie—lorsque les populations plus vulnérables (les groupes autochtones et les populations de descendance africaine, les femmes et les enfants exclus par le passé) souffrent d'une prévalence plus élevée et de conséquences sociales plus marquées de ces maladies, perpétuant ainsi le cycle de la pauvreté ; f) la pertinence politique—les maladies doivent être reconnues pour leur importance en matière de santé publique et leur intérêt sur le plan international, ce qui pourrait être communiqué par le biais de résolutions existantes approuvées par l'Assemblée mondiale

contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses liées à la pauvreté. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008. Disponible à

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1231&Itemid=259.

²⁶ OMS. *Élimination et éradication mondiales des maladies en tant que stratégie de santé publique*. Compte-rendu d'une conférence tenue à Atlanta, Géorgie, 23-25 février 1998. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 1998, 76 (2): 22–25.

de la Santé ou le Conseil directeur de l'OPS ; g) les meilleures pratiques—y compris celles utilisées en matière de soins de santé primaire, des interventions bien acceptées comme la chimiothérapie préventive de masse et les campagnes de vaccination à couverture élevée, d'approches intégrées contre les maladies transmises par vecteur et de projets locaux bénéficiant de la participation communautaire pour améliorer la santé par le biais de l'action intersectorielle. Ces exemples de meilleures pratiques existent déjà dans la Région et serviront de fondement pour l'expansion des propositions locales et nationales pour l'élimination des maladies.

29. Les maladies choisies peuvent être divisées en deux groupes—celles présentant les meilleures possibilités d'être éliminées et celles pouvant être nettement réduites avec les outils disponibles. Les paragraphes suivants présentent les maladies dans chaque groupe.

30. **Groupe 1**, maladies présentant les meilleures possibilités d'être éliminées: maladie de Chagas (transmise par vecteur et transmission transfusionnelle, les deux en tant que problème de santé publique) ; la syphilis congénitale (en tant que problème de santé publique) ; la filariose lymphatique (en tant que problème de santé publique) ; l'onchocercose ; la rage transmise par les chiens ; le tétanos néonatal (en tant que problème de santé publique) ; le trachome (en tant que problème de santé publique) ; la lèpre (en tant que problème de santé publique au niveau national et au premier niveau infra-national) ; le paludisme (élimination en Haïti et en République dominicaine et au Mexique et en Amérique centrale) ; la peste (en tant que problème de santé publique).

31. **Groupe 2**, maladies dont le fardeau peut être nettement réduit avec les outils disponibles : schistosomiase et géohelminthiase.

32. Pour d'autres maladies infectieuses, comme la leishmaniose et la leptospirose, le fardeau de morbidité doit encore être évalué, des outils devront être mis au point au même titre que des méthodes et des stratégies pour arriver à un contrôle efficace par rapport aux coûts. Pour ces maladies, comme d'autres pertinentes du point de vue épidémiologique pour certains des pays de la Région, il faudra mener une recherche opérationnelle supplémentaire, évaluer de nouveaux outils et améliorer les systèmes de surveillance, surtout du point de vue de la capacité technique actuelle des centres de recherche de la Région.

33. L'Annexe A indique les pays où se présentent les maladies du Groupe 1 et du Groupe 2. L'Annexe B indique la situation actuelle concernant ces maladies ainsi que les buts et stratégies possibles.

Cadres pour l'élimination des maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté

34. Les stratégies de santé publique qui sont utilisées pour éliminer ou réduire les maladies à des niveaux acceptables vont au-delà des mesures de contrôle ordinaires. Pour renforcer leurs efforts de lutte contre les maladies liées à la pauvreté en tant que groupe, les États membres pourront formuler des plans intégrés entrant dans un même cadre tout en envisageant les aspects suivants:

- a) Plans disponibles aux niveaux mondial, régional ou national pour éliminer ou réduire ces maladies.
- b) Directives disponibles pour les maladies retenues afin de soutenir les pays dans l'atteinte des objectifs d'élimination ou de réduction.
- c) Outils disponibles comme les médicaments et techniques de diagnostic pour soutenir les systèmes de surveillance.
- d) Décisions informées pour le renforcement des systèmes de surveillance sanitaire, la cartographie des maladies pour identifier les foyers restants et le recoupement des maladies dans les zones géographiques à risques pour y déployer une action intégrée.
- e) Diminuer les écarts entre les zones de la Région concernant les maladies négligées pour lesquelles il existe des outils.
- f) Vérifier que les ressources nécessaires sont disponibles pour le système de soins de santé primaire afin de réduire les inégalités en matière de santé.
- g) Mettre en œuvre des interventions inter-programmatiques qui intègrent les divers plans en une vision globale fondée sur les déterminants sociaux de chaque zone à risque retenue aux fins d'intervention. Les interventions devront traiter les facteurs et les mécanismes par le biais desquels les conditions sociales affectent la santé des collectivités et, si possible, les modifier à l'aide de politiques sociales et sanitaires.
- h) Utiliser la participation communautaire et les partenariats intersectoriels : les collectivités, les parties prenantes et tous les acteurs et éventuels acteurs venant de l'intérieur et de l'extérieur du secteur de la santé seront recrutés pour donner une assise durable à l'action.
- i) Utiliser la coopération horizontale : déterminer les pays qui partagent les mêmes problèmes ou qui ont des frontières communes et où se présentent les maladies pour adopter des actions conjointes et des plans inter pays.
- j) Augmenter le soutien des partenaires mondiaux dans la lutte contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

35. Le Comité exécutif est prié d'examiner le document technique pour l'élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté et d'approuver la résolution donnée en Annexe.

Annexes

**Présence de maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, par pays,
et nombre total de pays où survient chaque maladie, Amérique latine et
Caraïbe, selon les critères indiqués ci-après²⁷**

Pays	Maladie											
	Maladie de Chagas	Syphilis congénitale	Rage humaine transmise par les chiens	Lèpre	Filariose lymphatique	Paludisme	Tétanos néonatal	Onchocercose	Peste	Schistosomiase	Géohelminthiase	Trachome
Anguilla	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antigua et Barbuda	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antilles néerlandaises	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentine	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbade	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belize	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolivie	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brésil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Chili	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Colombie	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominique	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Equateur	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
Grenade	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadeloupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guyana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Guyane française	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Haïti	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Iles Cayman	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles Turques et Caïques	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles vierges (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles vierges (RU)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Jamaïque	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Martinique	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Mexique	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Montserrat	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Nicaragua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-

²⁷ OPS/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présentés lors de la consultation sur un fonds fiduciaire d'Amérique latine et de la Caraïbe pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses négligées et autres maladies infectieuses Washington, D.C, 15 et 16 décembre 2008. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

Pays	Maladie											
	Maladie de Chagas	Syphilis congénitale	Rage humaine transmise par les chiens	Lèpre	Filariose lymphatique	Paludisme	Tétanos néonatal	Onchocercose	Peste	Schistosomiase	Géohelminthiase	Trachome
Panama	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Pérou	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
République dominicaine	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Saint Kitts et Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Saint Vincent et les Grenadines	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Sainte Lucie	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinité-et-Tobago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguay	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Nombre total de pays d'Amérique latine et de la Caraïbe où se présentent les maladies	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	tous	3

^a Dans ces pays, la maladie est uniquement présente en tant que problème de santé publique ^b Région auparavant endémique
- Pas de données ... Pas d'information

Critères :

Maladie de Chagas:	indication de tout type de transmission ces 10 dernières années. (1998-2007)
Schistosomiase:	indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)
Filariose lymphatique :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Géohelminthiase:	indication de la maladie ces 10 dernières années (2005-2007)
Lèpre:	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Onchocercose:	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Rage humaine transmise par les chiens :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)
Trachome:	indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)
Tétanos néonatal:	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Syphilis congénitale:	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Paludisme:	indication de la transmission locale continue ces 5 dernières années
Peste:	indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)

Situation épidémiologique, objectifs d'élimination et stratégie d'élimination primaire pour certaines maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.²⁸

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Maladie de Chagas	– Indications de transmission dans 21 pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. – On estime que 8 à 9 millions de personnes sont infectées actuellement. – 40 000 nouveaux cas de transmission par vecteur chaque année. – La transmission par les principaux vecteurs a été interrompue dans plusieurs pays (Uruguay, Chili et Brésil, Guatemala) et dans certaines régions (Argentine et Paraguay). – La plupart des pays d'Amérique latine sont en passe d'atteindre l'objectif de réalisation du dépistage de la maladie de Chagas dans 100% de leurs banques de sang.	– Interrompre la transmission nationale par vecteur de <i>T. cruzi</i> (moins de 1% de la transmission par vecteur, mesurée par la séroprévalence négative chez les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans et moins de 1% des mères séropositives). – Interrompre la transmission transfusionnelle de <i>T. cruzi</i> (100% couverture de dépistage du sang).²⁹	– Eliminer les vecteurs dans les maisons avec l'application d'insecticide. – Programmes de gestion environnementale. – Information/Education/Communication (IEC). – Dépistage d'échantillons de sang dans les banques de sang pour éviter la transmission par transfusion sanguine. – Dépistage des femmes enceintes et traitement pour éviter la transmission congénitale. – Bonnes pratiques de préparation alimentaire pour éviter la transmission par voie orale.

²⁸ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présenté lors de la consultation sur un fonds fiduciaire d'Amérique latine et de la Caraïbe pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses négligées et autres maladies infectieuses. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008. Disponible à :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37

²⁹ Fondé sur : OMS. *Elimination de la transmission de la maladie de Chagas*. WHA51.14. Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé 1998.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Syphilis congénitale	– On estime que 250 000 cas de syphilis congénitale se présentent chaque année dans la Région. – Dans le cadre d'une enquête de 2006, 14 pays ont notifié l'incidence de la syphilis congénitale dans les naissances vivantes, avec une fourchette allant de 0 cas pour 1 000 naissances vivantes à Cuba à 1,56 au Brésil.	– Eliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique (moins de 0,5 cas pour 1000 naissances vivantes).³⁰	– Notification obligatoire de la syphilis et de la syphilis congénitale pour les femmes enceintes. – Dépistage sanguin universel pendant la première consultation prénatale (<20 semaines,) lors du troisième trimestre, pendant le travail et suivant la naissance d'un mort-né et un avortement/fausse-couche. – Traitement rapide et adéquat de toutes les femmes enceintes atteintes de syphilis, ainsi que pour les conjoints et les nouveau-nés.
Rage humaine transmise par les chiens	– La maladie a été présente dans 11 pays ces 3 dernières années. – Même si le nombre de cas humains est faible (16 en 2008) suite aux efforts des pays, le nombre de personnes qui vivent dans des régions à risque de rage canine reste encore élevé. – La majorité des cas se sont présentés en Haïti et en Bolivie.	– Eliminer la rage humaine transmise par les chiens (zéro cas notifié au Système de surveillance épidémiologique pour la rage (SIRVERA) coordonné par l'OPS.³¹	– Vaccination de 80% de la population canine dans les régions d'endémicité. – Soins à 100% de la population à risque exposée avec prophylaxie post-exposition si nécessaire. – Surveillance épidémiologique. – Education et communication pour une meilleure sensibilisation au risque de la rage.

³⁰ Fondé sur: OPS. *Plan d'action pour l'élimination de la syphilis congénitale*. 116.^a Réunion du Comité exécutif. CE116/14. OPS, 1995.

³¹ Fondé sur : OPS. *15^e réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA): "Agriculture et santé : une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques"*. CD48.R13. Quarante-huitième Conseil directeur.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Lèpre	– Il existe 24 pays où la maladie était présente ces trois dernières années. – Le Brésil est le seul pays où la prévalence nationale n'a pas atteint l'"élimination en tant que problème de santé publique" de moins d'un cas pour 10 000 personnes. – En 2007, 49 388 cas de lèpre ont été notifiés aux Amériques et 42 000 nouveaux cas ont été dépistés. – La même année, 3 400 nouveaux cas (8% du total) ont été dépistés avec invalidité de degré 2.	– Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 10 000 personnes) des premiers niveaux politiques/administratifs infranationaux.^{32,33}	– Surveillance intensifiée des contacts. – Traitement avec une association médicamenteuse pour au moins 99% de tous les patients. – Définir l'introduction appropriée de la chimioprophylaxie. – Dépistage des invalidités de degré 2.
Filariose lymphatique	– La maladie est présente au Brésil, en République dominicaine, en Guyana, et en Haïti. – D'après les estimations, jusqu'à 11 millions de personnes courent le risque de contracter l'infection. – La population la plus à risque se trouve en Haïti (90%).	– Eliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins de 1% de prévalence de microfilaria chez les adultes dans les sites sentinelles et sites de contrôle ponctuel dans la zone). – Interrompre sa transmission (pas d'enfant âgés de 2 à 4 ans positifs). – Prévenir et contrôler l'invalidité.³⁴	– Administration massive de médicaments (AMM) une fois par an pendant au moins 5 ans avec couverture au moins de 75% ou consommation de sel de table fortifié avec du diéthylcarbamazine (DEC). – Surveillance de la morbidité de la FL par les systèmes locaux de surveillance sanitaire. – Prise en charge des cas de morbidité. – Intégration/coordination de AMM avec d'autres stratégies. – Stratégies de communication et éducation dans les écoles.

³² Fondé sur : OMS. *Elimination de la lèpre*. Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. WHA44.9. Genève: WHO, 1991.

³³ Fondé sur : OMS. Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Genève: OMS, 2000.

³⁴ Fondé sur : WHO. Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level. Geneva:WHO; 2005.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Paludisme	– Il existe 21 pays où le paludisme est endémique dans la Région. – Certains pays comme le Paraguay et l'Argentine sont de faible endémicité (moins d'un cas pour 1000 personnes à risque) et ont des foyers bien établis. – Dans la Caraïbe, seuls Haïti et la République dominicaine sont jugés à endémicité, notifiant environ 26 000 cas en 2007 (90% en Haïti).	– Eliminer le paludisme dans les régions où l'interruption de la transmission locale est faisable (Argentine, République dominicaine, Haïti, Mexique, Paraguay et Amérique centrale).³⁵ – Elimination (zéro cas locaux pendant 3 années consécutives); pré-élimination (taux de positivité sur lame = < 5 % et <1 case / 1000 personnes à risque).³⁶	– Prévention, surveillance, dépistage précoce et endiguement de l'épidémie. – Lutte intégrée contre le vecteur. – Diagnostic rapide et traitement approprié des cas. – Pharmacovigilance de la résistance possible au traitement et utilisation des résultats pour définir la politique de traitement. – Renforcement des soins de santé primaires et intégration des efforts de prévention et de lutte avec d'autres programmes de santé. – Participation communautaire.
Tétanos néonatal	– La maladie est présente à des niveaux plus bas dans 16 pays ces 3 dernières années. – Un total de 63 cas ont été signalés en 2007 (38 en Haïti). – Il a été éliminé en tant que problème de santé publique dans tous les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe sauf en Haïti.	– Eliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 1000 nouveau-nés par année dans une municipalité ou district).³⁷	– Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer. – Identification des zones à haut risque. – Surveillance adéquate. – Pratiques obstétricales propres au moment de l'accouchement/post-partum.

³⁵ Fondé sur : OPS. Paludisme : Rapport de progrès. 142e Session du Comité exécutif. CE142/16. OPS. 2008.

³⁶ Fondé sur : WHO. *Global control and elimination of malaria : Report of a technical review*. 17-18 January 2008. WHO. 2008. p.9.

³⁷ Fondé sur: Pan American Health Organization. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Onchocercose	– On estime que 500 000 personnes sont à risque dans la Région. – 13 foyers existent au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Guatemala, au Mexique et au Venezuela. – Dans 6 foyers, la transmission semble avoir été interrompue suivant une administration massive de médicaments avec une couverture d'au moins 85% de la population éligible. – Ils sont sous surveillance actuellement pendant trois ans avant la certification de l'élimination.	– Eliminer la morbidité oculaire et interrompre la transmission.^{38,39}	– Administration massive de médicaments au moins deux fois par an pour arriver à couvrir au moins 85% de la population éligible dans chaque zone endémique. – Surveillance pour détecter les signes de morbidité oculaire, microfilaria, nodules. – Soins dermatologiques dans le cadre du système de soins de santé primaire dans les régions où l'infection cutanée est un problème.
Peste	– La maladie est présente dans des foyers sauvages dans 5 pays avec des cas sporadiques: Bolivie (pas de cas signalé pendant les 10 dernières années), Brésil, Equateur, Pérou et Etats-Unis. – Actuellement, le nombre de cas pour l'ensemble de l'Amérique latine est faible (environ 12 cas par an). – La plupart des cas sont signalés au Pérou. – Très peu de cas sont mortels. – Les cas se présentent généralement dans les petits villages d'une extrême pauvreté.	– Eliminer en tant que problème de santé publique (zéro cas de mortalité et éviter les flambées de cas domiciliaires).	– Dépistage précoce et traitement ponctuel. – Surveillance des foyers sauvages. – Amélioration de l'habitat et de l'assainissement. – Contrôle des rongeurs et des vecteurs. – Programmes intersectoriels pour l'amélioration du stockage des céréales. – Elimination adéquate des déchets agricoles. – Installations à l'extérieur pour l'élevage des "cuyes" (type de cochon d'inde utilisé pour la consommation alimentaire).

³⁸ Fondé sur : OPS. *Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques. (CD48/10)*. XLVIII Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Washington, D.C.: OPS; 2008.

³⁹ Fondé sur : OMS. Certification de l'élimination de l'onchocercose humaine : Critères et procédures. Document WHO/CDS/CPE/CEE/2001.18b, OMS, Genève 2001.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Trachome	– Indication de la présence de la maladie au Brésil, Guatemala et Mexique. – Des foyers ont été confirmés dans les états à la frontière du Brésil mais aucune donnée n'existe pour les pays voisins. – On estime que 50 millions de personnes vivent dans des régions à risque et environ 7 000 cas ont été identifiés au Brésil.	– Eliminer les nouveaux cas de cécité causée par le trachome (réduction du trachome folliculaire à moins d'un cas pour 1000 adultes et moins de 5% de prévalence chez les enfants (1-9 ans).^{40,41}	– La stratégie "CHANCE" est utilisée avec les composantes suivantes : • Eviter la cécité avec l'opération de la paupière en corrigeant l'inversion ou entropion de la paupière supérieure ou du trichiasis. • Réduire la transmission dans les zones endémiques en se lavant le visage et en utilisant des antibiotiques.
Schistosomiase	– La maladie est présente dans les pays suivants : Brésil, Sainte-Lucie, Suriname et Venezuela. – Des études sont nécessaires pour confirmer l'élimination dans les régions où la maladie était endémique auparavant dans la Caraïbe. – On estime qu'environ 25 millions de personnes à risque vivent aux Amériques, surtout au Brésil. – Environ 1 à 3 millions de personnes sont infectées selon les estimations.	– Réduire la prévalence et le fardeau parasitaire dans les régions à haute transmission à moins de 10% de prévalence tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.^{42,43}	– Chimiothérapie pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire exposés au risque. – Améliorations des systèmes d'évacuation des excréments et accès à l'eau potable et à l'éducation.

⁴⁰ Fondé sur: OMS. Rapport sur la réunion scientifique globale pour les futures approches à la lutte contre le trachome : OMS; 1996. p. 4-7.

⁴¹ Fondé sur : OMS. Lutte contre le trachome : Un guide pour les responsables de programme. OMS, 2006.

⁴² Fondé sur : OMS. *Chimioprévention des helminthiases chez l'homme*. Genève: OMS; 2006.

⁴³ Fondé sur : OMS. *Schistosomiase et géohelminthiases*. Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. WHA54.19. Genève: OMS, 2001.

GROUPE 1: Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Géohelminthiase	– On estime que la géohelminthiase est présente dans tous les pays de la Région. – D'après les estimations régionales, le nombre d'enfants en âge scolaire exposés au risque de contracter la maladie serait de 26,3 millions en Amérique latine et dans la Caraïbe. – 13 des 14 pays avec des informations disponibles comptent plusieurs zones avec une prévalence supérieure à 20% de l'HTS.	– Réduire la prévalence parmi les enfants d'âge scolaire dans les régions à haut risque (prévalence >50%) à moins de <20% tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.⁴⁴	– Administration régulière de chimiothérapie préventive/administration massive de médicaments pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire à risque. Si la prévalence d'une helminthiase chez les enfants d'âge scolaire est $\geq 50\%$ (communauté à haut risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire deux fois par an. Si la prévalence d'une helminthiase parmi les enfants d'âge scolaire est $\geq 20\%$ et $< 50\%$ (communauté à faible risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire une fois par an. – Promouvoir l'accès à l'eau salubre, à l'assainissement et à l'éducation sanitaire par le biais de la collaboration intersectorielle.

⁴⁴ Fondé sur : OMS. *Chimioprévention des helminthiases chez l'homme*. Genève: OMS; 2006



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/10 (Fr.)
Annexe C

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5. Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.

2. Unité responsable : HSD/CD

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Cristina Schneider

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Banque interaméricaine de développement (BID)
- Réseau mondial pour les maladies tropicales négligées, importante initiative du Sabin Vaccine Institute
- Fondation Bill et Melinda Gates
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- USAID
- OEPA
- Alliance pour la lutte contre la rage

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Elimination et contrôle des maladies négligées et réduction de la pauvreté en allégeant le fardeau de certaines maladies.

6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

OS1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles (RER1.2 et 1.3).

OS2. Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (cette résolution ne traitera que du paludisme en Haïti et en République dominicaine (RER 2.1, 2.3, 2.4, 2.5).

OS12. Améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des technologies et des produits médicaux.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés de pays de la Région des Amériques :

La Région des Amériques compte une vaste expérience en matière de stratégies d'élimination et d'éradication pour des maladies comme la variole, la poliomyélite, la rougeole et d'autres maladies. Grâce aux efforts déployés par les États membres, certaines maladies négligées sont sur le point d'être éliminées et le combat contre la filariose lymphatique a nettement avancé car la transmission de cette maladie semble être interrompue dans trois des sept pays d'endémicité, enregistrant des progrès notables dans les foyers restants. En ce qui

concerne l'onchocercose, le but d'une couverture de 85% de la population à risque a été atteint dans les 13 foyers des six pays d'endémicité. Six des foyers ont interrompu la transmission ces deux dernières années et aucun nouveau cas de cécité causée par l'onchocercose dans la Région n'a été recensé depuis 1995. De plus, le nombre de cas de rage humaine transmise par des chiens a été diminué de 93% ces 20 dernières années et 45 millions de chiens sont vaccinés chaque année dans les pays où la maladie est endémique. Le tétanos néonatal a été réduit à un niveau qui ne représente plus un problème de santé publique dans les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe, sauf en Haïti. Pour la maladie de Chagas, la transmission par les principaux vecteurs a été interrompue en Uruguay, au Brésil, au Chili, au Paraguay et dans certaines provinces d'Argentine ainsi que dans les anciennes régions d'endémicité du Guatemala. La maladie a également reculé dans quatre autres pays d'Amérique centrale. La plupart des pays d'Amérique latine sont proches du but consistant à faire un dépistage de la maladie de Chagas dans 100% de leurs banques de sang. Pour la lèpre, l'élimination en tant que problème de santé publique a été atteinte au niveau national dans tous les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe, sauf au Brésil.⁴⁵

8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question :

Le coût total de 2008 à 2015 pour l'OPS s'élèvera à US \$2 500 000, non compris le don de la Fondation Bill et Melinda Gates. Ce don de \$2 millions sur une période de 2 ans est en train d'être négocié pour l'expansion des activités.

⁴⁵ PAHO. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présenté à la consultation sur un fonds fiduciaire d'Amérique latine et de la Caraïbe pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



144^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

CE144/10 (Fr.)

Annexe D

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉOLUTION

ÉLIMINATION DES MALADIES NÉGLIGÉES ET AUTRES INFECTIONS LIÉES À LA PAUVRETÉ

LA 144^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant revu le document intitulé *Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (document CE144/10) et reconnaissant,

DÉCIDE:

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée selon les termes suivants :

ÉLIMINATION DES MALADIES NÉGLIGÉES ET AUTRES INFECTIONS LIÉES À LA PAUVRETÉ

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant revu le document intitulé *Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (document CD49/__) et reconnaissant,

- a) l'existence de résolutions et mandats précédents de l'OPS et de l'OMS pour lutter contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté qui peuvent être éliminées ou fortement réduites ;
- b) la vaste expérience de la Région des Amériques sur le plan de la mise en œuvre de stratégies d'élimination des maladies transmissibles et les progrès encourageants notés dans la réduction du fardeau de ces maladies ;

- c) la nécessité de terminer le programme non achevé au vu de la proportion élevée de personnes affectées dans les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés des Amériques ;
- d) le besoin de traiter les déterminants sociaux de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté ;
- e) la possibilité actuelle d'éliminer ou de réduire nettement le fardeau de ces maladies avec les outils disponibles ; et
- f) l'impératif éthique commandant d'éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par rapport aux coûts mais qui continuent pourtant à affliger les populations de la Région des Amériques.

DÉCIDE

1. De recommander instamment aux États membres de :
 - a) prendre l'engagement d'éliminer ou de réduire, d'ici 2015, les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté pour lesquelles existent les outils nécessaires, les ramenant à des niveaux tels qu'elles ne sont plus considérées comme étant des problèmes de santé publique ;
 - b) identifier les maladies négligées prioritaires, les populations vulnérables en retard, les écarts dans l'information épidémiologique et les zones géographiques d'intervention prioritaires (« hot spots »), aux niveaux infra-nationaux des pays ;
 - c) revoir les plans nationaux existants pour le contrôle ou l'élimination de ces maladies et, le cas échéant, de se doter de nouveaux plans s'appuyant sur une approche globale et prenant en compte les déterminants sociaux de santé, les stratégies inter-programmatiques et l'action intersectorielle ;
 - d) garantir des ressources suffisantes pour assurer la pérennité des programmes de lutte aux niveaux national et infra-national, y compris le personnel, l'approvisionnement en médicaments, le matériel et autres besoins ;
 - e) mettre en œuvre des stratégies de prévention, de contrôle et d'élimination d'une manière intégrée qui contribue au renforcement des systèmes de santé nationaux de soins de santé primaire ;
 - f) mobiliser des ressources supplémentaires et d'engager les partenaires potentiels à niveau national ainsi que des organismes de développement bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales, des fondations et autres parties concernées ;

- g) renforce les systèmes de surveillance et de fournir des fonds pour la recherche axée sur la mise au point et l'amélioration d'outils, de méthodes et de stratégies pour la lutte contre les maladies négligées ; et
 - h) approuver les objectifs et les indicateurs pour l'élimination et la réduction des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, mentionnées dans les Annexes A et B.
2. De demander à la Directrice de :
- a) continuer à veiller à la mobilisation active des ressources et à encourager une étroite collaboration pour forger des partenariats afin de soutenir la mise en œuvre de la présente résolution ;
 - b) apporter une coopération technique aux pays pour la préparation des plans d'action nationaux ;
 - c) promouvoir l'identification, la mise au point et l'utilisation d'interventions reposant sur des données probantes étayées par une solide base technique et scientifique ;
 - d) encourager l'application des directives actuelles de l'OPS et de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies incluses ;
 - e) encourager une recherche axée sur la mise au point de nouveaux outils, méthodes et stratégies ;
 - f) soutenir le renforcement des systèmes de surveillance et le suivi et l'évaluation des plans d'action nationaux qui sont mis en œuvre ; et
 - g) renforcer la collaboration interfrontalière entre les pays affectés par les mêmes maladies.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/10 (Fr.)
Annexe E

**Rapport sur les incidences administratives et financières
qu'auront pour le Secrétariat le projet de résolution
proposé pour d'adoption**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5. Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.

2. Lien avec le budget programme 2008-2009:

(a) **Domaine d'activité:** OS1, OS2 et OS12

(b) **Résultat escompté :** RER 1.2; 1.3; 2.1; 2.3; 2.4; 2.5; 12.1; 12.2

3. Incidences budgétaires:

(a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US\$ 10 000 près, activités et personnel compris) :**

Le coût total de 2008 à 2015, non compris un don en train d'être négocié, s'élève à US\$ 2 500 000.

Il vient s'ajouter un don (en train d'être négocié) de la Fondation Bill et Melinda Gates pour les maladies tropicales négligées et autres maladies infectieuses en Amérique latine et dans la Caraïbe, pour US \$2 millions, sur 2 ans pour l'expansion des activités.

(b) **Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris):**

2008 : US\$ 230 000

2009 : US\$ 340 000

(c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

2008 : US\$ 230 000

2009 : US\$ 200 000

4. Incidences administratives

(a) indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

HSD/CD – Coordination générale et coordination technique de 8/12 des maladies choisies dans la résolution

HSD/VP – Coordination technique de 2/12 des maladies choisies dans la résolution

HSD/HA – Soutien technique pour le logiciel d'analyse des données

FCH/IM – Coordination technique de 1/12 des maladies choisies dans la résolution

FCH/CLAP – Coordination technique de 1/12 des maladies choisies dans la résolution

THR/HT – Partage de coordination technique de 1/12 des maladies choisies avec HSD/CD

THR/EM – Coordination du Fonds renouvelable

PWR/COL – Partage de coordination technique de 1/12 des maladies choisies avec HSD/CD

PWR/PER – Partage de coordination technique de 1/12 des maladies choisies avec HSD/CD

Sujets généraux – GEH; SDE; HSS

(b) besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Spécialiste supplémentaire en maladies infectieuses et assistant technique tout au long de la mise en œuvre de la résolution. Si le don de la Fondation Bill et Melinda Gates est approuvé, du personnel supplémentaire sera ajouté pour les 18 mois des activités d'expansion.

(c) calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

2008-2009 : Préparation de la proposition de la résolution et documentation technique

2010-2015 : Mise en œuvre et évaluation