



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire

CE146/14 (Fr.)

7 juin 2010

Original : ESPAGNOL

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION, LE CONTRÔLE ET LES SOINS CONTRE LA MALADIE DE CHAGAS

Introduction

1. La maladie de Chagas ou trypanosomiase américaine est une maladie parasitaire causée par le protozoaire *Trypanosoma cruzi* et elle est transmise par des insectes. Les vecteurs de cette maladie, endémique dans 21 pays de la Région des Amériques, sont des hémiptères de la sous-famille *Triatominae* capables de coloniser les habitations rurales, suburbaines ou urbaines insalubre. Bien que moins fréquente, l'infection peut également être transmise par des transfusions, par la contamination des aliments et de la mère à l'enfant via le placenta. Avec une incidence annuelle de 41 000 cas dans la Région des Amériques, il est estimé que la maladie de Chagas touche environ 8 millions de personnes et provoque chaque année environ 12 000 morts en moyenne (de 45 000 dans les années 1980 à 23 000 en 1990). Environ 100 millions de personnes courent le risque de contracter cette maladie (1).

2. Propre aux pays en développement, cette maladie est associée à nombre de facteurs sociaux et environnementaux qui mettent en péril des millions de personnes. Parmi les principaux facteurs, fréquents dans de vastes régions de l'Amérique latine, se trouvent le fait d'habiter dans des logements précaires, en particulier dans les zones rurales et suburbaines, et d'habiter dans des zones économiquement défavorisées, où l'instabilité sociale prévaut ou qui présentent des taux élevés de migration, comme les populations précaires souvent associées au travail saisonnier dans l'agriculture. Cette maladie contribue à perpétuer le cycle de la pauvreté car elle restreint la capacité d'apprentissage et diminue la productivité et la capacité à générer des revenus. La coexistence de plusieurs facteurs environnementaux tels que la présence de vecteurs

triatomes et de mammifères réservoirs, les habitations précaires et les personnes ayant été exposées, crée les conditions d'une transmission active de cette infection et son endémie.

3. La 51^e Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA51.14, a appelé en 1998 à l'élimination de la maladie de Chagas suite à l'élimination de sa transmission d'ici 2010.

4. Lors de la première et de la deuxième réunion conjointe des initiatives infrarégionales pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas en Amérique du Sud (Cône sud, pays andins et amazoniens), tenues dans les années 2007 et 2009 (2,3), respectivement, l'élimination ou l'interruption de la transmission domiciliaire du *T. cruzi* a été considérée comme non durable et que, pour parvenir à l'élimination, il sera nécessaire de mettre en place une surveillance active et de mener des interventions et des activités contre cette forme et d'autres formes de transmission. Il a également été établi qu'il fallait tenir compte de la vaste diversité des conditions et des objectifs fixés, en fonction de la situation épidémiologique de chaque pays. Par conséquent, la proposition contenue dans la résolution WHA51.14 de l'année 2010 ne constitue pas un délai envisageable pour atteindre l'objectif proposé.

5. Lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé, la date de l'année 2010 a été revue de même que les acquis et les défis à venir ont été analysés en termes de reformulation des objectifs et des délais, ce qui a conduit à la proposition contenue dans le rapport du Secrétariat figurant dans le document A63/17 et à la résolution émanant de ce rapport (résolution WHA63.20).

6. Le 49^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté la résolution CD49.R19 (2009) qui prie instamment les États membres à s'engager dans l'élimination ou la réduction pour 2015 des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, y compris la maladie de Chagas, pour qu'elles cessent de représenter des problèmes de santé publique. Étant donné les conditions et la situation actuelle de la maladie de Chagas de même que l'expérience acquise par les pays en matière de prévention et de contrôle (avec le soutien de l'OPS), il a été proposé de considérer comme faisable l'élimination de cette maladie.

7. Le but du présent document est d'attirer l'attention des États membres et de les exhorter à redoubler d'efforts pour renforcer l'initiative visant à éliminer la maladie de Chagas, une maladie infectieuse qui, malgré les progrès, représente toujours un grave problème de santé publique et dont la persistance va de pair avec les populations les plus pauvres et les plus marginalisées de la Région des Amériques.

Antécédents

8. La réponse que les pays où la maladie de Chagas est endémique ont apporté depuis le début des années 1990, en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau), a consisté à créer un système efficace de coopération technique horizontale entre les pays grâce à des initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas. Ces initiatives ont été développées dans le Cône sud¹ (1992), en Amérique centrale² (1997), dans les pays andins³ (1998), dans les pays de l'Amazonie⁴ (2003) et au Mexique (2004) ; elles ont contribué à des améliorations substantielles de la situation par l'interruption de la transmission vectorielle dans les pays ou dans certaines régions d'un pays, par l'élimination des espèces non autochtones des vecteurs, par l'introduction du dépistage universel des donneurs de sang, par la détection des cas congénitaux (tableau 1, annexe A), par la réduction de la prévalence chez les enfants, par une diminution de la morbi-mortalité, par l'expansion de la couverture, par l'amélioration de la qualité du diagnostic et par l'amélioration des soins cliniques et du traitement des personnes infectées et malades (4).

9. La stratégie de prévention et de lutte contre la maladie de Chagas ne doit pas seulement être efficace et permettre de réduire la morbidité, la mortalité et les souffrances humaines, elle se doit également d'être efficace et de permettre aux pays d'économiser des ressources en réduisant les coûts directs et indirects associés à la maladie. Ainsi, non seulement le programme national du Brésil a prévenu 277 000 nouvelles infections et 85 000 décès entre 1985 et 1995, il a également permis des économies de 7,16 dollars pour chaque dollar américain dépensé (5).

10. Dans toutes les zones endémiques, une baisse significative du nombre de cas aigus et de la population de triatomes intradomiciliaires a été observée. Le nombre estimé de décès annuels dans le monde entier a chuté de 45 000 dans les années 1980 à environ 12 000 en 2008. Le nombre estimé de personnes infectées est passé de 30 millions en 1990 à 8 millions en 2006. Au cours de ces 16 années, l'incidence annuelle a diminué de 700 000 à 56 000 et la charge de morbidité de Chagas a diminué, passant de 2,8 millions d'années de vie corrigées du facteur invalidité à moins de 500 000.

11. Bien que des progrès substantiels aient été accomplis, tous les pays n'ont pas atteint les objectifs fixés et il faut relever de nouveaux défis, comme l'arrêt de la dissémination de cette maladie par les mouvements migratoires vers des pays où elle

¹ INCOSUR : Initiative du Cône sud pour le contrôle de la maladie de Chagas.

² IPCA : Initiative des pays d'Amérique centrale pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle et les soins médicaux de la maladie de Chagas.

³ IPA : Initiative des pays andins pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle de la maladie de Chagas.

⁴ AMCHA : Initiative des pays amazoniens pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas.

n'est pas endémique, le besoin de parvenir à la viabilité des programmes, la capacité à faire face aux situations d'urgence et de résurgence et le besoin d'élargir la couverture de diagnostic et de traitements appropriés. Le présent document est présenté en raison de la nécessité de réviser le plan d'action que les pays proposent chaque année devant les initiatives infrarégionales et il a été élaboré avec l'appui technique des 21 pays de la Région où la maladie de Chagas est endémique.

12. En 2010, plusieurs pays de la Région n'ont pas atteint les objectifs de contrôle proposés. L'absence de priorité de ce sujet dans les programmes de santé, l'allocation de limitée de ressource, les problèmes dans la relation entre les niveaux national et local dans le secteur de la santé, les événements de santé émergents qui détournent les ressources sont, parmi d'autres facteurs conjoncturels, responsables du retard sur les attentes escomptées.

Analyse de la situation

13. La maladie de Chagas fait partie du groupe des maladies négligées. La population touchée et à risque, y compris la population autochtone, est en général pauvre et vit dans des conditions précaires, dues en particulier à des logements de mauvaise qualité où toutes les conditions sont réunies pour la colonisation des vecteurs triatomes et leur contact avec les êtres humains (6).

14. Il s'agit de la maladie transmissible tropicale la plus répandue en Amérique latine. En 1990, la charge de morbidité était cinq fois supérieure à celle du paludisme et supérieure à celle générée dans les Amériques par toutes les autres maladies tropicales réunies (7). Bien que la charge de morbidité causée par la maladie de Chagas a fortement diminué entre 1990 et 2001, elle était encore plus élevée en 2001 que la charge de morbidité individuelle du paludisme, de la leishmaniose, de la lèpre et de la schistosomiase (8).

15. La maladie est caractérisée chez l'homme par deux phases : une phase aiguë, avec risque potentiel de myocardite, d'encéphalite et d'autres formes graves disséminées, et une phase chronique, au cours de laquelle les symptômes peuvent apparaître après des décennies d'évolution et entraîner des complications dans 30% des personnes infectées. Parmi les complications les plus graves se trouvent les complications cardiaques, avec des troubles du rythme et de la transmission de l'impulsion, et les cardiomyopathies dilatées difficiles à contrôler, accompagnées parfois d'effets secondaires tels les thromboembolies. Elle peut également provoquer des dilatations digestives comme le mégaoesophage ou le mégacôlon (9). Le faible niveau de parasitémie chez les patients atteints de la maladie de Chagas chronique perdure toute la vie et ne fait pas obstacle à la résurgence de l'infection en cas d'immunodépression, comme celle causée par une infection par le VIH et le sida, entre autres, ce qui peut accroître la létalité de la maladie.

La large diffusion du *T. cruzi* en Amérique latine justifie la présence de personnel de santé formé dans les services de soins primaires, afin de disposer de la capacité et de la coordination nécessaires pour référer les patients vers des services de complexité supérieure.

16. Les objectifs Régionaux que tous les pays doivent mettre en œuvre sont énoncés dans les Orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 1999-2002, adoptées par la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine (10). Il s'agit notamment du dépistage préalable des dons de sang afin de prévenir la transmission transfusionnelle des infections dues aux virus de l'hépatite B et C, au VIH, au *T. cruzi* et à la syphilis et de l'implication de toutes les banques de sang dans les programmes de contrôle de la qualité afin d'améliorer la sécurité transfusionnelle. Ces objectifs ont été réaffirmés dans le Plan Régional de sécurité transfusionnelle 2000-2004 (11). La réponse des pays a permis de réduire le risque estimé d'infection par le *T. cruzi* post-transfusionnelle en Amérique latine de 1 :762 donneurs pour l'année 2000 à 1 :3,377 en 2005 (12). En 2007, 18 des 21 pays endémiques effectuaient des dépistages de tous les dons de sang faits dans toutes les banques de sang. Depuis 2006, la Croix-Rouge des États-Unis d'Amérique a incorporé ce dépistage à son système de banque de sang, qui couvre 65% des dons de sang du pays (13-15).

17. La transmission verticale de l'infection de la mère au fœtus par le placenta peut affecter de 2 à 8% des nourrissons nés de mères infectées par le *T. cruzi*. L'importance et le poids de ce mode de transmission varient selon les pays et la sous-région. Plusieurs pays disposent déjà d'instruments juridiques pour garantir la couverture des services de soins primaires, de même que l'organisation et la formation du personnel de santé en matière de diagnostic de l'infection chez les femmes enceintes. Ils mènent aussi des interventions diagnostiques et thérapeutiques appropriées sur le nouveau-né lors de l'accouchement, avec un suivi pendant les deux semestres suivants. L'infection congénitale est guérie dans la plupart des cas si elle traitée dans les 12 mois après la naissance (16-17).

18. D'autres voies de transmission, certaines d'entre elles émergentes, comme la transmission par voie orale, par transplantation ou par les accidents de laboratoire, doivent être prises en compte par les mesures de prévention, de lutte et de soins. En particulier, la consommation d'aliments contaminés a provoqué des épidémies et des décès dus à des cas de la maladie de Chagas aiguë dans plusieurs pays de la Région (18).

19. Du point de vue de la santé publique, l'un des problèmes les plus urgents en matière de soins de santé contre cette maladie est le manque d'accès à un traitement étiologique, malgré les efforts de l'OPS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour maintenir une offre suffisante de nifurtimox et de benznidazole. Ces médicaments, qui ont prouvé leur efficacité des années durant et sont également indiqués pour les cas aigus et chroniques, ont récemment prouvé leur efficacité tout au long de la phase chronique. Une avancée récente valant la peine d'être mentionnée est celle de la formulation pédiatrique du benznidazole, développée par le Laboratoire Fédéral de Pernambuco, au Brésil, et qui sera disponible fin 2010. Cependant, le progrès et l'innovation en la matière stagnent : l'évolution conceptuelle de la mise en œuvre de traitements et le manque d'incitations économiques pour la recherche concernant ces médicaments et leur production ont parfois conduit à des pénuries. C'est un point d'une importance capitale car, pour soigner la maladie de Chagas, il faut administrer le traitement étiologique aux enfants et aux adolescents atteints, ainsi qu'aux patients adultes correctement diagnostiqués pouvant en avoir besoin et le tolérant. Un essai clinique visant à évaluer la faisabilité du traitement chez les malades chroniques est en cours (19).

20. Habituellement, l'absence de manifestations cliniques rend cette maladie silencieuse, souvent non diagnostiquée et rarement enseignée dans les écoles et centres de formation des professionnels de la santé. De graves lacunes persistent encore dans l'attention médicale qui doivent être surmontées pour le bien des 8 millions de personnes affectées aux Amériques, ainsi que pour celui des personnes ayant immigré vers des pays où la maladie n'est pas endémique, que se soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la Région (20-21).

Proposition

Stratégie

21. La coopération technique internationale entre les pays endémiques sous la forme d'initiatives infrarégionales, avec la participation du secrétariat technique de l'OPS, constitue la stratégie de base des actions de prévention, de lutte et de soins de la maladie de Chagas depuis 1992. Cette coopération a conduit à des améliorations dans les soins médicaux, à la recherche opérationnelle et au renforcement des processus de santé dans les zones rurales. En outre, la vaste expérience accumulée dans la Région des Amériques concernant la mise en œuvre de stratégies pour l'élimination des maladies transmissibles et les progrès accomplis dans la réduction de la charge de ces maladies garantit le succès de cette entreprise à travers la mise en œuvre de stratégies techniquement réalisables, économiquement viables et socialement acceptables. Ces stratégies, énumérées ci-dessous, sont contenues dans le document CD49/9 Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté qui a été présenté lors du 49^e Conseil exécutif, 61^e

session du Comité Régional qui s'est tenue à Washington, D.C., du 28 septembre au 2 octobre 2009.

22. L'élimination des vecteurs intradomiciliaires (lutte antivectorielle intégrée) en utilisant des insecticides à effet rémanent, la surveillance entomologique, l'amélioration du logement et la gestion de l'environnement (qui comprend le logement de remplacement lorsque cela est pertinent et possible) sont des stratégies qui impliquent le lancement d'actions dans les domaines et les situations intersectoriels et interinstitutionnels au sein des structures et des activités de soins de santé primaires, reposant sur la participation communautaire et la coopération horizontale entre les pays grâce à des coordinations et des partenariats adaptés.

23. Le dépistage de tous les donneurs de sang, l'utilisation de réactifs de diagnostic de qualité certifiée (par l'autorité compétente ou une association professionnelle autorisée), la vérification de la qualité interne de l'équipement, les procédures et les réactifs de diagnostic, la vérification des activités et des registres correspondants par des visites régulières, la formation continue du personnel et la participation obligatoire aux régimes d'évaluation du rendement, au niveau national comme au niveau international, constituent d'autres stratégies à employer.

24. Le dépistage de l'infection par le *T. cruzi* chez les femmes enceintes dans le cadre de la surveillance prénatale universelle avec suivi des nouveau-nés dont la mère est infectée et la détection du parasite dans le sang du cordon ombilical ou la sérologie positive pour le *T. cruzi* dans les 6 à 12 mois qui suivent la naissance, avec administration complète du traitement étiologique à tous les nourrissons positifs permettra la réduction de la transmission verticale et ses conséquences.

25. Le diagnostic, les soins médicaux et le traitement étiologique des enfants et des adolescents âgés de 15 ans ou plus et le diagnostic, de même que le diagnostic des adultes infectés et les soins médicaux à leur attention, doivent être garantis au sein de services de soins de santé primaires et intégrés à ces derniers. En outre, les services de niveau supérieur de complexité doivent procéder à un traitement médical ou médico-chirurgical qui soit justifié parmi les personnes infectées par le *T. cruzi* référées par le niveau primaire aux services spécialisés. Le niveau des soins de santé primaires est le champ institutionnel et communautaire approprié qui permet l'intégration des programmes nationaux de prévention, de soins et de lutte contre la maladie de Chagas.

26. La promotion des meilleures pratiques dans la préparation des aliments, afin de prévenir l'infection par le *T. cruzi* par voie orale doit être articulée autour de l'idée que la maladie de Chagas est une maladie d'origine alimentaire.

27. Les activités d'information, d'éducation et de communication doivent cibler la population des zones endémiques et le personnel de santé et éducatif. Étant données les implications de la maladie de Chagas dans différents contextes sociaux, de production et environnementaux des zones endémiques, le succès de la proposition de prévention, de soins et de contrôle dépendra d'une bonne coordination intersectorielle (santé, agriculture, logement et sécurité sociale, entre autres) et interinstitutionnelle (ministères, municipalités, universités, centres de recherche, coopératives agricoles, etc.) pour assurer l'efficacité et la viabilité des actions. Cette stratégie est donc à la fois le support et partie prenante de toutes les autres stratégies préalablement mentionnées.

28. Les partenariats, la coordination et la coopération entre les secteurs public et privé et la société civile dans les pays conjointement à la coopération technique internationale garantissent la viabilité des actions qui visent à atteindre les résultats escomptés en matière de prévention, de soins et de contrôle contre la maladie de Chagas.

29. La qualité des éléments de preuve scientifique disponibles doit être améliorée grâce à des recherches de la plus haute rigueur méthodologique qui serviront de base à la conception des actions et politiques publiques permettant d'atteindre les objectifs proposés dans le Plan d'action.

Plan d'action

Objectifs et buts pour 2015

OBJECTIF 1 : INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DE *T. CRUZI* PAR VOIE VECTORIELLE, TRANSFUSIONNELLE ET AUTRES DANS TOUTES LES SOUS-REGIONS DES AMERIQUES, GRACE A L'EXTENSION DE LA COUVERTURE DES ACTIVITES DE PRÉVENTION ET DE CONTROLE, EN PRENANT EN COMPTE LES CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES DE SANTE ET LES PARTICULARITES ENVIRONNEMENTALES ET ORGANISATIONNELLES DANS CHAQUE SOUS-REGION.

Objectif 1.1 – Interruption de la transmission vectorielle domiciliaire du *T. cruzi*

Indicateurs

- Taux d'infection domiciliaire inférieur à 1% pour certaines espèces de triatomes.
- Séroprévalence inférieure à 1% chez les enfants de moins de 5 ans.
- Aucun cas aigu par transmission vectorielle.

Tâches devant être achevées

- Élimination des espèces de triatomes allochtones.

- Prévention de la transmission à l'homme en présence de triatomes autochtones (domiciliaires ou sauvages qui colonisent ou entrent dans le domicile).

Objectif 1.2 : Interruption de la transmission du *T. cruzi* par transfusion sanguine et par transplantation d'organes

Indicateurs

- Couverture du dépistage de 100% pour le *T. cruzi* chez les donneurs de sang et d'organes.
- Tendances à la baisse de la prévalence des anticorps contre le *T. cruzi* dans les banques de sang.
- Programme de sécurité du sang suivi et évalué.

Tâches devant être achevées

- Dépistage sérologique du sang à transfuser.
- Qualité assurée des réactifs de diagnostic.
- Contrôle en interne de la qualité des équipements.
- Systèmes d'information validés.
- Normes et procédures standardisées, écrites, supervisées et évaluées.
- Formation continue du personnel.
- Participation obligatoire des banques de sang dans les programmes d'évaluation de la performance, au plan national et international.

Objectif 1.3 : Prévention de la transmission du *T. cruzi* par d'autres voies, telles que la voie orale par les aliments contaminés ou par les accidents de laboratoire

Indicateurs

- Nombre de foyers par année où la maladie de Chagas est provoquée par des aliments contaminés.
- Nombre de cas par an (incidence) de l'infection par le *T. cruzi* dus à des accidents de laboratoire.
- Nombre annuel de personnes infectées par le *T. cruzi* dû à l'ingestion d'aliments ou à des accidents de laboratoire.

Tâches devant être achevées

- Promotion de meilleures pratiques dans la préparation des aliments.
- Législation adaptée à la réalité épidémiologique.
- Prévention et contrôle des épidémies de la maladie d'origine alimentaire.

Activités des États membres

- Renforcer les programmes nationaux visant à assurer une utilisation efficace des ressources allouées et à établir des critères de bonnes pratiques pour la lutte antivectorielle intégrée (chimie, gestion de l'environnement et stratégies d'information et de communication).
- Renforcer les capacités nationales de soutien aux départements, provinces, régions ou municipalités dans le domaine de la lutte antivectorielle.
- Établir des plans d'action afin d'assurer la mise en œuvre de programme de dépistage universel du *T. cruzi* chez les donneurs de sang et d'organes dans les pays qui n'en possèdent pas encore et garantir le maintien du programme dans les pays qui en disposent déjà, de garantir l'utilisation des réactifs de diagnostic de qualité éprouvée grâce à la validation par une autorité compétente ou une association professionnelle agréée, de vérifier, par des visites régulières, la qualité de l'équipement, des procédures, des réactifs de diagnostic et de tous les registres recensant les activités, de continuer la formation continue du personnel et d'établir la participation obligatoire des banques de sang aux programmes nationaux et internationaux d'évaluation de la performance.
- Établir des programmes intégrés de contrôle, viables aux niveaux national, Régional et municipal, qui permettent de traiter des maladies coexistantes.
- Établir des stratégies d'évaluation de la performance, tant au niveau national qu'international, dans les pays où ces stratégies ne sont pas encore mises en place.
- Renforcer les efforts pour obtenir la sécurité alimentaire, en partant du fait que la maladie de Chagas est une maladie d'origine alimentaire.
- Mettre en œuvre des programmes durables d'information, d'éducation et de communication avec la participation des communautés et dont l'une de leurs composantes sera un processus d'évaluation continue.
- Renforcer les capacités locales pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'analyse de la recherche à l'appui de la réalisation des objectifs proposés.

Activités du Bureau

- Jouer le rôle de secrétariat technique pour les initiatives infrarégionales et la coopération technique dans le cadre des initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle.
- Convoquer un groupe consultatif technique pour la prévention, le contrôle et l'attention médicale de la maladie de Chagas avec des fonctions de soutien et de coordination des activités et stratégies Régionales dans le domaine, avec l'OPS en tant que secrétariat technique.
- Créer et mettre en œuvre des processus d'évaluation comprenant des missions sur le terrain.

- Maintenir la coopération technique avec les pays dans un système intégré à celui de la prévention d'autres maladies.
- Plaider, conjointement avec les pays, pour obtenir des ressources pour renforcer la collaboration Régionale.
- Fournir des conseils techniques.

OBJECTIF 2 : REDUIRE LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN AUGMENTANT L'ACCES DES PERSONNES INFECTEES, SYMPTOMATIQUES OU ASYMPTOMATIQUES, AUX SERVICES DE SANTE ET ELARGIR LA COUVERTURE DU DIAGNOSTIC, DES SOINS DE QUALITE ET DU TRAITEMENT RAPIDE DES CAS

Objectif 2.1 - Diagnostic et traitement des personnes infectées par le *T. cruzi*

Indicateurs

- 100% de couverture pour le diagnostic, les soins et le traitement parmi les enfants infectés par le *T. cruzi*. ayant été identifiés par des enquêtes de séroprévalence.
- Couverture de 100% pour le diagnostic et le traitement appropriés et en temps opportun des adultes ayant reçu un diagnostic confirmé d'infection ou de maladie de Chagas, selon les normes de traitement du pays.

Tâches devant être achevées

- Intégration du diagnostic de la maladie de Chagas dans le système de soins de santé primaires afin de dispenser des traitements et des soins pour tous les patients infectés par le *T. cruzi*.
- Renforcement de la chaîne d'approvisionnement pour les traitements existants dans les pays afin d'accroître l'accès à ces traitements.
- Établissement de mécanismes de référence et de contre-référence des patients, en fonction de leur complexité clinique.

Objectif 2.2 - Prévention secondaire de la maladie de Chagas congénitale

Indicateurs

- Nombre de pays dotés de programmes opérationnels pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas congénitale.
- Couverture annuelle à tendance croissante du dépistage pour le *T. cruzi* chez les femmes enceintes et les populations à risque.
- Couverture de 100% pour le diagnostic et le traitement des nouveau-nés dont la mère est infectée.

Tâches devant être achevées

- Diagnostic d'infection maternelle par le *T. cruzi* et suivi de l'enfant jusqu'à l'âge de 12 mois.
- Éléments de preuve concernant le fait que la majorité des cas d'infection verticale détectée pour cette période est traitée et guérie (12, 13).

Objectif 2.3 - Recherche et innovation technologique, avec un accent particulier sur le développement de nouveaux médicaments pour le traitement étiologique

Indicateurs

- Nombre de pays ayant accès aux médicaments.
- Nombre de projets de recherche soutenus.

Tâches devant être achevées

- Soutien au développement de projets de recherche visant l'obtention de médicaments nouveaux et meilleurs.
- Production de médicaments en présentations pédiatriques.
- Introduction d'améliorations dans les processus de distribution et d'accès.

Activités des pays

- Augmenter la couverture du diagnostic et du traitement dans les services du premier niveau, y compris les nouveau-nés de mères infectées.
- Établissement de mécanismes de référence et de contre-référence des patients, en fonction de leur complexité clinique.
- Mise en œuvre du dépistage universel de la maladie de Chagas chez les femmes enceintes dans les zones à risque.
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement des traitements existants dans les pays afin d'accroître l'accès des patients au traitement.

Activités du Bureau

- Jouer le rôle de secrétariat technique pour les initiatives infrarégionales et la coopération technique dans le cadre des initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle.
- Convoquer un groupe consultatif technique pour la prévention, le contrôle et l'attention médicale de la maladie de Chagas avec des fonctions de soutien et de coordination des activités et stratégies Régionales dans le domaine, avec l'OPS en tant que secrétariat technique.
- Créer et mettre en œuvre des processus d'évaluation comprenant des missions sur le terrain.

- Maintenir la coopération technique avec les pays dans un système intégré à celui de la prévention d'autres maladies.
- Plaider, conjointement avec les pays, pour obtenir des ressources pour renforcer la collaboration Régionale.
- Fournir des conseils techniques.

Ressources nécessaires

30. Pour le quinquennat 2009-2013, l'OPS devra investir entre US\$ 2 500 000 et 6 000 000 dollars au titre de la coopération technique et les 21 pays endémiques de la Région devront investir environ 71 000 000 dollars par an dans des activités financées par le biais de leurs actions respectives.

31. Ce montant de US\$ 71 000 000 de dollars par an est un montant global pour l'ensemble des 21 pays endémiques de la Région, distribués selon l'investissement de chacun d'entre eux, ainsi que pour chaque sous-région et initiative correspondante.

Relations avec d'autres instances

32. L'interaction, la coordination et la complémentarité avec d'autres organismes tels que les banques de développement, les organisations régionales, les agences nationales, les agences internationales, les organisations non gouvernementales, les fondations et centres sont reconnues comme essentielles.

33. La Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement, la Communauté européenne, l'Agence de coopération internationale du Japon (JICA), l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Centre international de recherche pour le développement (CRDI), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Médecins Sans Frontières (MSF), l'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées (DNDi), la Fundación Mundo Sano Argentine (FMS), les institutions académiques, universités, associations professionnelles et les organisations communautaires participent à la coopération technique pour la prévention, les soins et la lutte contre la maladie de Chagas.

Systèmes de suivi et d'évaluation

34. Les activités de suivi des résultats et les activités de prévention, de contrôle et de soins sur le terrain développées par l'OPS constituent des systèmes de suivi et d'évaluation. Dans le cadre des initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle (INCOSUR, IPA, IPCA et AMCHA) et de celle développée au Mexique, les pays présentent des rapports lors des réunions annuelles et par le biais de missions externes

d'évaluation coordonnées par l'OPS, au cours desquelles les mesures prises, les résultats obtenus et les objectifs atteints sont présentés. Les exercices effectués dans le cadre de la stratégie de coopération avec les pays de l'OPS servent également à contrôler la conformité avec les objectifs et les activités.

35. Les mécanismes d'évaluation des processus et leur répercussion sont planifiés et mis en œuvre en accord avec les pays et les initiatives infrarégionales auxquelles ils souscrivent. Des missions indépendantes internationales effectuent des visites sur le terrain pour surveiller et évaluer les résultats obtenus par un pays. Le rapport correspondant est approuvé, s'il est universellement accepté, par les délégués nationaux lors des réunions intergouvernementales de chaque initiative infrarégionale.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

36. Le Comité exécutif est invité à examiner les informations fournies dans ce document et à envisager l'adoption de la résolution proposée à l'annexe C.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas (Document OPS/HDM/CD/425.06.). Washington, DC, Etats-Unis, 2006.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Reunión Conjunta de las Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de Chagas en América del Sur (Cono Sur, Países andinos y Amazónicos). (Document OPS/HDM/CD/480.07, Montevideo, Uruguay, 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas17.pdf>.)
3. Organisation panaméricaine de la Santé. II Reunión Conjunta de Iniciativas Subregionales de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas. Cono Sur, Centroamérica, Andina, Amazónica y México. Ed.OPS, Belem do Para, Brésil, 2009. Disponible à l'adresse : http://devserver.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=663&Itemid=232.)
4. Organisation panaméricaine de la Santé. La enfermedad de Chagas, a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. (Documento OPS/FMS, OPS/HDM/CD/426.06.). Buenos Aires, Argentine, Fundación Mundo Sano, 2006.

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Análise de custo-efetividade do programa de controle da doença de Chagas no Brasil. Brasília, Brasil, 2000.
6. Organisation mondiale de la Santé. Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities. Genève, 2009.
7. Banque mondiale. Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversión en Salud. Oxford: Oxford University Press, 1993.
8. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. Global burden of disease and risk factors. New York : Oxford University Press, World Bank ; 2006.
9. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet Infect Dis.* 2001; 1:92:100.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Orientaciones Estratégicas y Programáticas, 1999-2002. Washington, DC, Etats-Unis, 1998. Disponible à l'adresse : www.paho.org/spanish/dbi/ecp/spo99_spa.htm .
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement des banques du sang dans la Région des Amériques. CD41/13, San Juan, Puerto Rico, 1999. Disponible à l'adresse : http://www.paho.org/french/gov/cd/cd41_13.pdf.
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y de Latinoamérica en 2006 y 2007. Avance desde 2005 del Plan Regional de Seguridad Transfusional. (Document THR/HT/2009/01 ESP.). Washington, DC, Etats-Unis, 2009.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Chagas disease provider fact sheet. Atlanta, GA : CDC; 2009 [Consulté le 13 mai 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.wellnessproposals.com/health-care/handouts/parasitic-zoonotic-diseases/chagas-no-longer-an-exotic-disease.pdf> .
14. Centers for Disease Control and Prevention. Blood donor screening for Chagas disease. *Morb Mort Weekly Rep.* 2007, 56 (7):141-3[Consulté le 13 mai 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5607a2.htm>.

15. American Association of Blood Banks. Advancing Transfusion and Cellular Therapies Worldwide. Assoc Bull. 2006;6(06-08):1-7. Disponible à l'adresse : <http://www.aabb.org/resources/publications/bulletins/Pages/ab06-08.aspx>.
16. Organisation panaméricaine de la Santé. Consulta OPS sobre la enfermedad de Chagas congénita, su epidemiología y manejo. (Documento OPS/DOPC/CD/301.04). Montevideo, 2004.
17. Carlier Y, Torrico F. Congenital infection with *T. cruzi*: from mechanisms of transmission to strategies for diagnosis and control. *Rev Soc Braz Med Trop*. 2003; 36(6):767-71.
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Enfermedad de Chagas. Guía para vigilancia, prevención, control y manejo clínico de la enfermedad de Chagas aguda transmitida por alimentos. (Documento VP/OPAS/OMS, PAHO/HSD/VP/539.09). Rio de Janeiro, Brésil, PANAFTOSA, 2009.
19. Urbina, J. Bases Científicas del Tratamiento Específico de Pacientes Adultos con Enfermedad de Chagas Crónica: Una Evaluación Crítica. Rapport à l'OPS, 34p. Cincinnati, 2009 [Specific chemotherapy of Chagas disease: relevance, current limitations and new approaches]. Disponible à l'adresse : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1R-4XNF452-1&_user=10&_coverDate=11%2F10%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1335547216&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=95c82b0bdbab8926dad984d9be0f2520.
20. Uranga N, Herranz E. Chagas: enfermedad silenciosa y silenciada. Barcelona (España): Médecins sans frontières ; 2003 [Consulté le 13 mai 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.msf.es/images/chagas_silenciosa_silenciada_tcm3-1376.pdf.
21. Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Roses-Periago M. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLoS Negl Trop Dis* 2(9):e300. doi:10.1371/Journal.pntd.0000300. Disponible à l'adresse : <http://www.plosntds.org/article/info:doi/10.1371/journal.pntd.0000300>.

Tableau 1 :
Fondements, objectifs et étapes dans le nombre de pays avec interruption de la transmission vectorielle ou transfusionnelle de *T. cruzi* pour les 21 pays endémiques aux Amériques.

Groupe de pays	2007	2008-2009	2010		2011	
			Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4
Avec interruption totale de la transmission vectorielle (numérateur) et partielle ^a (dénominateur)	3/1	6/2	--	8/4	10/2	15
Dépistage universel du sang pour la maladie de Chagas	14	18	--	19	20	--

^a Interruption partielle due à une couverture géographique incomplète ou les activités limitées à une espèce particulière de l'insecte vecteur.

-- : semestre sans que l'objectif de répercussion soit atteint.

Tableau 2 :
Situation de la transmission vectorielle, transfusionnelle et verticale du *Trypanosoma cruzi* dans les 21 pays et territoires endémiques de la Région

Pays ou territoire	Transmission vectorielle	Transmission transfusionnelle	Transmission verticale	Initiative infrarégionale
Argentine	Interrompue pour le <i>Triatoma infestans</i> dans 5 provinces (2001). La transmission active persiste dans 18 autres provinces endémiques.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée. Possède un programme de diagnostic et de traitement.	INCOSUR
Belize	Interrompue pour le <i>T. dimidiata</i> .	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Bolivie	Active. A diminué au cours des 10 dernières années grâce à des actions de contrôle. L'infestation domiciliaire, l'infection par triatomés et les cas aigus ont diminués.	Couverture partielle du dépistage dans les banques de sang.	Identifiée, auc sans activité de portée générale.	INCOSUR AMCHA
Brésil	Interrompue pour le <i>T. infestans</i> (2006). Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie. Sous AMCHA, un système de	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée. Prévalence dans le Rio Grande do Sul, où la maladie est	INCOSUR AMCHA

Pays ou territoire	Transmission vectorielle	Transmission transfusionnelle	Transmission verticale	Initiative infrarégionale
	surveillance propre à l'Amazonie a été mis en place et la surveillance des vecteurs est en place dans le reste du pays où la transmission vectorielle est présente.		diagnostiquée et traitée. Peu fréquente, dans le reste du pays.	
Chili	<u>Interrompue pour le <i>T. infestans</i> (1999)</u> . Une surveillance vectorielle existe. <u>Transmission vectorielle interrompue</u> . (<i>Avertissement : Au Chili, le <i>T. infestans</i> est l'unique vecteur.</i>)	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée. Possède un programme de diagnostic et de traitement.	INCOSUR
Colombie	Transmission active par le <i>T. dimidiata</i> et le <i>Rhodnius prolixus</i> . Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie. Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle. Sous AMCHA, un système de surveillance propre à l'Amazonie a été mis en place.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée.	IPA AMCHA
Costa Rica	Transmission active par le <i>T. dimidiata</i> .	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
El Salvador	Interrompue pour le <i>R. prolixus</i> (2009). Transmission active pour <i>T. dimidiata</i> .	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Equateur	Transmission active par le <i>T. dimidiata</i> et le <i>R. ecuadoriensis</i> . Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie. Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle. Sous AMCHA, un système de surveillance propre à l'Amazonie a été mis en place.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée.	IPA AMCHA
Guatemala	Interrompue pour <i>R. prolixus</i> (2008).	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Guyana	Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie. Il existe une surveillance	Dépistage de 100% des donneurs dans toutes les banques de sang, récemment mis	Pas de données.	AMCHA

Pays ou territoire	Transmission vectorielle	Transmission transfusionnelle	Transmission verticale	Initiative infrarégionale
	épidémiologique et vectorielle. Sous AMCHA, un système de surveillance propre à l'Amazonie a été mis en place.	en place.		
Guyane française	Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie. Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle. Sous AMCHA, un système de surveillance propre à l'Amazonie a été mis en place.	Le sang provient de France.	Pas de données.	AMCHA
Honduras	Interrompue pour le <i>R. prolixus</i> (2008).	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Mexique	Interrompue pour le <i>R. prolixus</i> (2009). Transmission active par les espèces autochtones.	Dépistage de 80% des donneurs de sang. Des avancées à ce sujet.	Identifiée.	AUCUNE
Nicaragua	Transmission active pour <i>R. prolixus</i> et <i>T. dimidiata</i> , avec de nets progrès de contrôle sur le premier.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Panama	Transmission active pour le <i>R. pallenscens</i> et le <i>T. dimidiata</i> , avec une surveillance mise en place.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Pas de données.	IPCA
Paraguay	Interrompue pour le <i>T. infestans</i> dans la région de orientale (2008). La transmission persiste dans le Chaco.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée. Possède programme de diagnostic et de traitement.	INCOSUR
Pérou	Interrompue pour le <i>T. infestans</i> à Tacna (2009). Persiste dans quatre autres départements du sud et du nord avec d'autres vecteurs. Transmission sauvage en Amazonie. Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée.	IPA AMCHA
Suriname	Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie.	Dépistage de 100% des donneurs dans toutes les banques de sang, en cours de mise en place.	Pas de données.	AMCHA

Pays ou territoire	Transmission vectorielle	Transmission transfusionnelle	Transmission verticale	Initiative infrarégionale
Uruguay	Interrompue pour le <i>T. infestans</i> (1997). Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée. Possède programme de diagnostic et de traitement.	INCOSUR
Venezuela	Transmission active pour le <i>R. prolixus</i> et le <i>T. maculata</i> ciblé. Transmission sauvage et foyers dus à des aliments contaminés en Amazonie et en dehors de celle-ci. Il existe une surveillance épidémiologique et vectorielle.	Dépistage à 100% des donneurs dans toutes les banques de sang.	Identifiée.	IPA AMCHA

INCOSUR : Initiative du Cône sud pour le contrôle de la maladie de Chagas.

IPA : Initiative des pays andins pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle de la maladie de Chagas.

IPCA : Initiative des pays d'Amérique centrale pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle et les soins médicaux de la maladie de Chagas

AMCHA : Initiative des pays amazoniens pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas.



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

CE146/14 (Fr.)
Annexe B

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

1. Point de l'ordre du jour : 4.6. Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas

2. Unité responsable : Prévention et contrôle de maladies transmissibles, domaine de la surveillance en santé et de la prévention et du contrôle des maladies (HSD/CD)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr. Roberto Salvatella Agrelo

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

- Centre de recherches sur les parasites et les insecticides (CIPEIN) / Institut de recherche scientifique et technique des forces armées (CITEFA), Argentine, Centre collaborateur de l'OMS.
- Institut national de recherche sur la maladie de Chagas Dr. Mario Fatała Chaban (INDIECH), Argentine, Centre collaborateur de l'OMS.
- Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brésil.
- Fundación Mundo Sano, Argentine.
- Surintendance pour le contrôle des maladies endémiques (SUCEN), Brésil.

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

- Réduire les inégalités de santé entre les pays et les inégalités en leur sein. Domaine d'action, alinéa *d*, paragraphe 52-57.
- Réduire les risques et la charge de morbidité. Domaine d'action, alinéa *e*), paragraphe 58-60.

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

Résultat escompté au niveau Régional 1.3 : Les États membres sont soutenus par la coopération technique en vue d'offrir à toutes les populations l'accès aux interventions de prévention, de contrôle et d'élimination des maladies transmissibles négligées, y compris les zoonoses.

Indicateurs :

1.3.7 : Nombre de pays avec un indice d'infestation domiciliaire pour le *T. infestans* (Cône sud) et le *R. prolixus* (Amérique centrale) inférieur à 1%.

1.3.8 : Nombre de pays qui effectuent une inspection complète des banques du sang pour prévenir la transmission de la maladie de Chagas par transfusion.

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

Argentine, Brésil, Chili, Guatemala, Honduras et Uruguay.

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

Pour le quinquennat 2009-2013, il faudra investir entre 2 500 000 et 6 000 000 dollars au titre de la coopération technique et environ 71 000 000 dollars par an correspondant à des activités entreprises par les pays.

L'estimation des chiffres ci-dessus a été effectuée sur base de ce qui est actuellement investi et de ce qu'il faudra investir pour atteindre les résultats proposés. Cette estimation a été effectuée sur la base d'une proposition de portée minimum et une autre de portée maximum.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

CE146/14 (Fr.)
Annexe C
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION, LE CONTRÔLE ET LES SOINS CONTRE LA MALADIE DE CHAGAS

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport « Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas » (document CE146/14),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur de considérer l'approbation d'une résolution formulée selon les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION, LE CONTRÔLE ET LES SOINS CONTRE LA MALADIE DE CHAGAS

Ayant examiné le rapport « Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas » (document CD50/__) et tenant compte de :

- a) L'existence de mandats et de résolutions antérieures de l'Organisation panaméricaine de la Santé, comme la résolution CD49.R19 du 49^e Conseil directeur de 2009 *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* et de la résolution WHA51.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé *Élimination de la transmission de la maladie de Chagas* ;

- b) Le besoin de terminer le « programme inachevé » car la proportion de la population touchée est encore élevée parmi les populations les plus pauvres et les plus marginalisées des Amériques et de s'attaquer aux déterminants de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique que représente la maladie de Chagas ;
- c) La vaste expérience de la Région des Amériques dans la mise en œuvre de stratégies pour l'élimination de maladies transmissibles et concernant les progrès accomplis en matière de réduction du fardeau de la maladie de Chagas, pour la prévention et le contrôle de laquelle il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par rapport aux coûts et
- d) Les succès obtenus par les États membres grâce aux initiatives infrarégionales de prévention et de lutte contre la maladie de Chagas, mais consciente de la nécessité d'élargir les activités existantes.

DÉCIDE :

1. D'approuver le document *Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas*.
2. De prier instamment les États membres :
 - a) d'examiner les plans nationaux ou d'établir de nouveaux plans pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas dans une approche intégrée qui comprend les déterminants sociaux de la santé et en tenant compte de la collaboration interprogrammes et de l'action intersectorielle ;
 - b) de renforcer et de privilégier les initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas, en y ajoutant la composante des soins médicaux pour les personnes touchées de manière à avancer dans la coopération technique entre pays et à atteindre les objectifs proposés ;
 - c) de fournir les ressources nécessaires et mettre en œuvre la stratégie et le plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas ;
 - d) de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif, déjà mis en place, d'élimination du vecteur de transmission *T. cruzi* d'ici 2015 et d'agir sur les modes de transmission transfusionnelle, transplacentaire, par le don d'organes et autres ;
 - e) de mettre en œuvre des stratégies de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de contrôle vectoriel d'une manière intégrée, avec une large

- participation communautaire, de manière à contribuer au renforcement des systèmes nationaux de santé, y compris les systèmes de soins de santé primaires et les systèmes de surveillance, d'alerte et de riposte, en tenant compte des particularités de sexe et des groupes ethniques ;
- f) de soutenir la recherche visant à fournir des preuves scientifiques appropriées dans les domaines du contrôle, de la surveillance, du diagnostic et du traitement de la maladie de Chagas pour atteindre les objectifs fixés dans le plan présent.
3. De demander au Directeur :
- a) de soutenir la mise en œuvre de la *stratégie et du plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas* et de fournir une assistance technique aux pays dans la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
- b) de continuer de plaider pour la mobilisation active des ressources et de promouvoir une coopération étroite pour forger des alliances qui soutiennent la mise en œuvre de cette résolution, tel le cas du fonds d'affectation spéciale destiné à soutenir l'élimination des maladies négligées et des autres maladies infectieuses liées à la pauvreté, cité dans la résolution CD49.R19 de 2009 ;
- c) de renforcer les mécanismes Régionaux pour améliorer l'accès et la distribution du traitement étiologique contre la maladie de Chagas et d'encourager de nouveaux progrès dans ce domaine pour surmonter les obstacles et les difficultés en matière d'accessibilité au traitement ;
- d) de promouvoir et de renforcer la coopération technique entre les pays et de créer des alliances stratégiques pour mener des activités visant à éliminer la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique ;
- e) d'apporter son soutien au renforcement des soins de santé primaires, de même qu'au suivi et à l'évaluation des plans d'action nationaux qui sont mis en œuvre.



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

CE146/14 (Fr.)
Annexe D

**Rapport sur les incidences administratives et budgétaires qu'aura
pour le Bureau le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : 4.6. Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas

2. Lien avec le budget programme :

a) **Domaine d'activité :** Surveillance de la santé et prévention et contrôle des maladies (HSD/CD)

b) **Résultat escompté :** HSD/CD

RER 1.3 : Les États membres sont soutenus par la coopération technique en vue d'offrir à toutes les populations l'accès aux interventions de prévention, de contrôle et d'élimination des maladies transmissibles négligées, y compris les zoonoses.

Indicateurs :

1.3.7 : Nombre de pays avec un indice d'infestation domiciliaire pour le *T. infestans* (Cône sud) et le *R. prolixus* (Amérique centrale) inférieur à 1%.

1.3.8 : Nombre de pays qui effectuent une inspection complète des banques du sang pour prévenir la transmission de la maladie de Chagas par transfusion.

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) :** Pour la période 2009-2013, entre 2 500 000 et 6 000 000 de dollars américains (provenant du budget ordinaire ou de ressources extrabudgétaires) seront investis dans la coopération technique. L'estimation du montant à investir dans la coopération technique a été effectuée sur base de ce qui est actuellement investi et sur ce qu'il faudra investir pour atteindre les résultats escomptés. Cette estimation a été effectuée sur la base d'une proposition de portée minimum et une autre de portée maximum.

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :** 500 000 dollars (provenant des ressources ordinaires ou de fonds extrabudgétaires) seront investis dans la coopération technique.
- c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?** Tous les fonds ont déjà été programmés dans les activités du BPB pour l'exercice biennal.

4. Incidences administratives :

- a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :** niveaux Régional, infrarégional et national.
- b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**
Aucun.
- c) Calendriers (indiquer les calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :** Évaluation à la fin de 2013.