

# Un Cadre Intégré et Durable pour l'Élimination des Maladies Transmissibles dans les Amériques



**OPS**



Organisation  
Panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
Amériques

Un cadre intégré et durable pour l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques.

Note conceptuelle  
OPS/CDE/19-008

© Organisation panaméricaine de la Santé 2019

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sont disponibles sur son site web ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou traduire, entièrement ou partiellement, les publications de l'OPS doivent être adressées au Programme des publications ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

Citation suggérée. Organisation panaméricaine de la Santé. Un cadre intégré et durable pour l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques. Note conceptuelle. Washington, D.C. : OPS, 2019.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://iris.paho.org>.

Les publications de l'Organisation panaméricaine de la Santé bénéficient d'une protection du droit d'auteur conformément aux dispositions du Protocole 2 de la Convention universelle sur les droits d'auteur.

Les appellations employées et la présentation de l'information dans cette publication n'impliquent de la part de l'Organisation panaméricaine de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation panaméricaine de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation panaméricaine de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation panaméricaine de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# Table des matières

<b>I</b>	Liste des sigles	5
<b>II</b>	Contexte	6
<b>1</b>	Introduction : cadre intégré et durable d'une élimination des maladies transmissibles et interdépendances	7
<b>2</b>	Cadre conceptuel et objectif	11
<b>3</b>	Élaboration du cadre d'élimination des maladies transmissibles	15
<b>4</b>	Aperçu de l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques	27
<b>5</b>	Vision, objectif et cibles de l'élimination intégrée des maladies transmissibles	39
<b>6</b>	Axes d'intervention pour l'élimination intégrée des maladies transmissibles	43
<b>7</b>	Structure organisationnelle et mise en œuvre proposées pour l'élimination intégrée des maladies transmissibles	55
<b>III</b>	Références	59
<b>IV</b>	Annexes	61
	<b>Annexe 1.</b> Stratégies et plans d'action de l'OPS, de l'OMS et des Nations Unies les plus appropriés à l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques	
	<b>Annexe 2.</b> Activités clés suggérées pour les actions proposées au niveau du Siège de l'OP	
	<b>Annexe 3.</b> Options de riposte intégrée pour une élimination des maladies fondée sur un ensemble d'intervention	



# I. Liste des sigles

<b>AMM</b>	Administration Massive de Médicaments
<b>AVAI</b>	Année de Vie Ajustée sur l'Incapacité
<b>CDE</b>	Maladies transmissibles et déterminants environnementaux de la santé (Département de l'OPS)
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>CTP</b>	Chimiothérapie Préventive
<b>EPSP</b>	Élimination en Tant que Problème de Santé Publique
<b>ET</b>	Élimination de la Transmission
<b>ETME</b>	Élimination de la Transmission Mère-Enfant
<b>ETME+</b>	Élimination de la Transmission Mère-Enfant Plus
<b>FPL</b>	Famille, Promotion de la Santé et Parcours de Vie (Département de l'OPS)
<b>GIV</b>	Gestion Intégrée des Vecteurs
<b>GMPI</b>	Gestion de la Morbidité et Prévention des Incapacités
<b>HA</b>	Analyse en Santé [Département des Données Probantes et Renseignements pour l'Action Sanitaire] (Unité de l'OPS)
<b>HSS</b>	Systèmes et Services de Santé (Département de l'OPS)
<b>ITFDE</b>	Groupe de Coordination International pour l'Éradication des Maladies (Centre Carter)
<b>MIN</b>	Maladie Infectieuse Négligée
<b>MT</b>	Maladie Transmissible
<b>MTN</b>	Maladie Tropicale Négligée
<b>NMH</b>	Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale (Département de l'OPS)
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OPS</b>	Organisation Panaméricaine de la Santé
<b>PHE</b>	Urgences Sanitaires (Département de l'OPS)
<b>SGI-dengue</b>	Stratégie de Gestion Intégrée de la Dengue (OPS)
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>TME</b>	Transmission Mère-Enfant
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'Hépatite C
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VPH</b>	Virus du Papillome Humain
<b>WASH</b>	Eau, Assainissement et Hygiène

# II. Contexte

## APERÇU HISTORIQUE DE L'ÉLIMINATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES DANS LES AMÉRIQUES


Au XIXe siècle, dans les années 70, une épidémie de fièvre jaune a frappé l'Argentine, le Brésil, le Paraguay et l'Uruguay et, en l'espace de huit années, s'est propagée aux États-Unis où elle a tué plus de 20 000 personnes. À la fin du XIXe siècle, le transport maritime, qui s'est développé rapidement avec le commerce international, était la principale voie de propagation internationale des maladies. La nécessité de lutter contre la propagation des épidémies d'un pays à l'autre afin de protéger la santé des personnes et les économies des pays a conduit à la création, en décembre 1902, de ce que l'on connaît aujourd'hui sous le nom d'[Organisation panaméricaine de la Santé](#) (OPS). Au cours d'une histoire de plus de 110 ans, l'OPS a joué un rôle clé dans les importantes réalisations menées à bien sur le plan de l'élimination des maladies au niveau de l'hémisphère et du monde. L'organisation a en particulier dirigé l'éradication de la variole et de la poliomyélite dans les Amériques, et appuyé les pays dans l'élimination de la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole, ainsi que du syndrome de rubéole congénitale. Aujourd'hui, le monde est au seuil d'un succès historique de santé publique avec l'éradication imminente de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) et de la poliomyélite. De plus, les pays des Amériques, avec leurs partenaires mondiaux et l'appui technique de l'OPS, sont proches de l'élimination régionale du paludisme et de plusieurs maladies infectieuses négligées (MIN), parmi lesquelles la lèpre, la filariose lymphatique et l'onchocercose (cécité des rivières). Ces pays ont également obtenu d'importantes réductions en termes de répercussions négatives de la maladie de Chagas, des géohelminthiases, de la schistosomiase et de la fasciolose chez les enfants et d'autres populations à risque. En ce qui concerne la transmission mère-enfant (TME) de maladies virales et bactériennes, l'un des meilleurs exemples de succès est celui de Cuba qui, en 2015, a été validé par l'OPS/Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant le premier pays à avoir éliminé la TME de l'infection à VIH et de la syphilis (Caffe et coll. 2016). L'élimination de la TME de l'infection à VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas dans les Amériques est maintenant à portée de main. Ces succès illustrent les grandes qualités de cette Région, comparativement aux autres Régions, en matière d'éli-

mination des maladies. Les succès régionaux d'élimination et de lutte contre les maladies appuieront également de manière directe les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, comme nous le verrons un peu plus loin.

## LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DES NATIONS UNIES ET LA SANTÉ

Alors que les pays du monde gèrent la transition des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 2000-2015) des Nations Unies aux [17 objectifs de développement durable actuels](#) (ODD 2016-2030), les États Membres des Nations Unies adoptent une nouvelle langue pour accompagner un glissement de paradigme que vient confirmer une reconnaissance de la nécessité de garantir la pérennité des efforts déployés pour atteindre ces nouveaux objectifs, dont un grand nombre sont relatifs à la santé. Cependant, tout au long de cette transition, d'anciennes menaces persistent tandis que de nouvelles ont un impact sur la Région, comme l'introduction, la propagation et l'endémisation du virus du chikungunya et du virus Zika, la progression de la charge de maladies et d'états de santé non transmissibles (diabète, cancers et obésité), ainsi qu'une dégradation de l'environnement et des changements climatiques considérables, qui créent un espace pour l'émergence ou la réémergence de zoonoses pouvant éventuellement se transformer en menaces épidémiques ou pandémiques (Ostfeld 2017).

L'ODD 3 (Donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges) cible directement les améliorations de la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que l'élimination et la lutte contre les maladies transmissibles. L'ODD 3.1 est établi pour ramener la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. L'ODD 3.2 met l'accent sur une réduction de la mortalité néonatale et sur l'élimination des décès de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, par des interventions préventives ajustées de santé publique. L'ODD 3.3 vise à mettre fin, d'ici à 2030, aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées, mais aussi à lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles, qui incluent les maladies vectorielles.



Introduction : cadre intégré  
et durable d'une élimination  
des maladies transmissibles  
et interdépendances

# 1. Introduction : cadre intégré et durable d'une élimination des maladies transmissibles et interdépendances

## VALEUR DE L'INTERDÉPENDANCE AVEC LES ODD

Du fait de l'adoption des ODD par les États Membres des Nations Unies, l'OMS et ses bureaux régionaux ont le mandat de concevoir et concrétiser les modalités de réalisation de l'ODD 3, y compris l'ODD 3.3, d'ici à 2030. En tant que bureau régional de l'OMS pour les Amériques, l'OPS aura comme priorité non seulement de mettre fin à ces épidémies, mais également d'éliminer ces maladies. De plus, l'Assemblée mondiale de la Santé s'est engagée à parvenir à la couverture sanitaire universelle dans un cadre de prestations de services de santé qui inclut un accès amélioré aux médicaments, la formation de personnel en soins de santé, le renforcement des systèmes de laboratoire, la prestation de services intégrés et équitables (y compris l'intensification des SSP) et le financement de l'ensemble. Le cadre pour l'élimination des maladies transmissibles (MT) décrit dans cette note conceptuelle est étroitement aligné sur l'ODD 3.3 (et les autres ODD relatifs à la santé), et il prévoit de progresser vers les ODD par une approche envisageant tout le parcours de vie, ce qui permet l'intégration et la pérennité des prestations de services de santé sous la forme d'un grand éventail d'interventions.

Les interventions pour éliminer non seulement la transmission, mais aussi les effets négatifs des MT sur la santé, nécessiteront d'être pérennes jusqu'en 2030 et même au-delà, après la phase d'élimination de chaque maladie concernée. Pour garantir cette pérennité, le cadre d'élimination des maladies devra s'aligner sur la [Stratégie de l'OPS pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle](#) (2014) et le [cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé](#) (OMS 2007) chercher des possibilités de poursuivre l'élimination intégrée des MT dans le cadre du plaidoyer pour la [Santé dans toutes les politiques](#), et utiliser les uns et les autres pour mobiliser des fonds et d'autres ressources. De la même manière, les États Membres se sont engagés à respecter les ODD des Nations Unies, dans le cadre desquels ils ont accepté d'essayer de parvenir à la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Le cadre d'élimination régionale des maladies d'ici à 2030 exposé ici énonce un objectif et un

programme audacieux pour cette échéance, qui œuvrent à la fois en faveur d'un accès universel à la santé et d'un renforcement des systèmes de santé. En tant que tel, ce cadre peut tirer grand parti de l'approche de la Santé dans toutes les politiques.

Explorant la relation entre ce cadre intégré d'élimination des MT et le cadre élargi des ODD, nous allons tout d'abord envisager l'ODD 3 de manière plus détaillée. L'OMS et ses partenaires universitaires ont récemment décrit comment les efforts transversaux pour mettre fin à la transmission des maladies tropicales négligées (MTN) contribueront directement à atteindre l'ODD 3.3 et, directement ou indirectement, à atteindre presque tous les autres ODD (Bangert et coll. 2017). Des intérêts semblables ont été relevés concernant la contribution de l'élimination du [paludisme](#) et de l'infection à VIH, et la lutte contre [l'hépatite virale](#), (dont l'élimination régionale dans les Amériques est une cible). L'ODD 3.7 est établi pour « d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux », cibles auxquelles contribuera l'élimination de la TME de l'infection à VIH, du virus de l'hépatite B, de la syphilis et de la maladie de Chagas. L'ODD 3.8 vise à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. » L'articulation des services de soins primaires et des services sanitaires qui délivrent en amont les médicaments, les vaccins et les traitements nécessaires à l'élimination de plusieurs MT, comme le paludisme et la lèpre, ainsi que de l'élimination de la TME de l'infection à VIH, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas, contribueront à la dernière cible de l'ODD 3.8.

L'ODD 3 est lié à l'ODD 5, qui vise à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles. L'ODD 5 vise l'égalité d'accès des femmes et des filles à l'éducation, aux soins de santé, à un travail





1. Adapté d'une communication personnelle du Dr Mirta Roses Periago, ancienne Directrice de l'OPS, 5 septembre 2017.

2. Un accès à de l'eau propre en quantités suffisantes est nécessaire pour remettre en état les murs et les sols, et réparer les lézardes et les fissures des maisons dans lesquelles certains vecteurs de la maladie de Chagas cherchent abri et se cachent.

décent et à une représentation dans les processus de prise de décisions politiques et économiques. Un accès égal aux soins de santé primaires (SSP) nécessaires pour l'élimination des MT peut être concrétisé en améliorant les services de soins de santé destinés aux femmes et aux filles (concernant par exemple l'infection à VIH, le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C, le VPH, la syphilis, la maladie de Chagas et la toxoplasmose), ce qui contribuera à l'ODD 5. Les incapacités, la stigmatisation et la discrimination liées à l'infection au VIH/sida, à la lèpre et aux autres MTN affectent les femmes et les filles d'une manière disproportionnée, directement mais aussi en tant qu'aïdantes d'autres personnes dans leurs familles et leurs communautés. Simultanément, l'anémie et la malnutrition résultant de certaines MTN pénalisent la croissance et les capacités cognitives indispensables à de bons résultats scolaires, et entraînent ainsi une charge supplémentaire pour les femmes et les filles<sup>1</sup>.

Dans les communautés à risque, l'accès à des quantités suffisantes d'eau potable et sûre et à un assainissement de base est également nécessaire pour réduire, voire interrompre, la transmission de la schistosomiase et des géohelminthiases, du trachome, du choléra et même de la maladie de Chagas<sup>2</sup>, et mettre fin à la défécation en plein air. Deux des huit cibles de l'ODD 6 des OMD concernant la propreté de l'eau et l'assainissement (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau) seront appuyées par l'élimination réussie de ces cinq maladies dans les Amériques : « D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable » (cible 6.1) et « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable » (cible 6.2). Les responsables des efforts d'élimination des MT doivent examiner comment ces efforts, et les projets qu'ils génèrent, pourront être utilisés pour les rapports transmis à l'OMS et aux Nations Unies quant à leurs répercussions en matière de réalisation des ODD.

## VALEUR DES INTERDÉPENDANCES AVEC LES STRATÉGIES MONDIALES ET RÉGIONALES

Au cours du travail qui nous attend pour éliminer la charge des multiples MT, nous devons rester conscients de la manière dont ce travail sera non seulement lié aux ODD et cadré par eux les ODD, mais aussi par les stratégies régionales et mondiales en cours des Nations Unies, de l'OMS et de l'OPS pour

améliorer la santé et le bien-être. Ces stratégies, ainsi que les ODD et leurs indicateurs, peuvent être particulièrement utiles pour éclairer les interventions intersectorielles et communautaires dans le contexte de la réduction de la pauvreté, de la lutte contre les maladies et de l'accès universel aux soins de santé.

**Au cours du travail qui nous attend pour éliminer la charge des multiples MT, nous devons rester conscients de la manière dont ce travail sera non seulement lié aux ODD et cadré par eux les ODD, mais aussi par les stratégies régionales et mondiales en cours des Nations Unies, de l'OMS et de l'OPS pour améliorer la santé et le bien-être.**

Les stratégies et les plans d'action de l'OPS et de l'OMS concrétisent un important travail de santé publique, et servent de point de départ à l'élimination intégrée des maladies, mais aussi aident à en concevoir la vision, l'objectif et les cibles. Le cadre de l'élimination intégrée des maladies décrit dans cette note conceptuelle englobe ainsi les stratégies mondiales des Nations Unies et de l'OMS, et il s'articule à travers les résolutions et les stratégies régionales de l'OPS, et leurs plans d'action et cibles connexes. Les stratégies et les plans les plus importants sont énumérés à l'annexe 1. Au printemps 2017, le nouveau Directeur général de l'OMS a établi cinq Initiatives OMS emblématiques pour contribuer de manière importante à la réalisation des ODD d'ici à 2030, l'une d'entre elles étant une « réforme accélérée de l'élimination. » En août 2017, la première ébauche de rapport du groupe de travail de l'OMS sur les initiatives pour le changement a présenté les grandes lignes de cette réforme accélérée de l'élimination, dont on s'attend à ce qu'elles incluent une notification et une validation, des communications et un partenariat, des informations stratégiques, une collecte de fonds, des ressources en gestion et des ressources humaines, ainsi que des normes. Toutes les régions de l'OMS ont été invitées à participer à cette initiative. Le cadre intégré d'élimination des maladies décrit dans cette note conceptuelle est bien aligné, avec ses échéances cibles progressives proposées jusqu'en 2030, sur l'ébauche des grandes lignes de cette réforme accélérée.



Cadre conceptuel  
et objectif

## 2. Cadre conceptuel et objectif

### CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel pour l'élimination intégrée des MT a pour objectif de réduire leur charge et de prendre des mesures pour l'élimination d'un ensemble de MT prévalentes dans les Amériques. Ce cadre est à la fois stratégique et normalisé, et il peut être adopté, adapté et mis en œuvre par les États Membres, les Membres associés et les États participants possédant des territoires dans la Région. Pour que l'élimination des MT concerne toute la Région en effet, cette élimination devra être réalisée sur l'ensemble des 52 États Membres et territoires des Amériques. Le cadre nécessitera un engagement financier et politique ciblé et à long terme, comme cela a été observé antérieurement (au plan mondial) dans le cadre de la participation des pays à l'éradication de la rougeole et de la poliomyélite dans les Amériques.

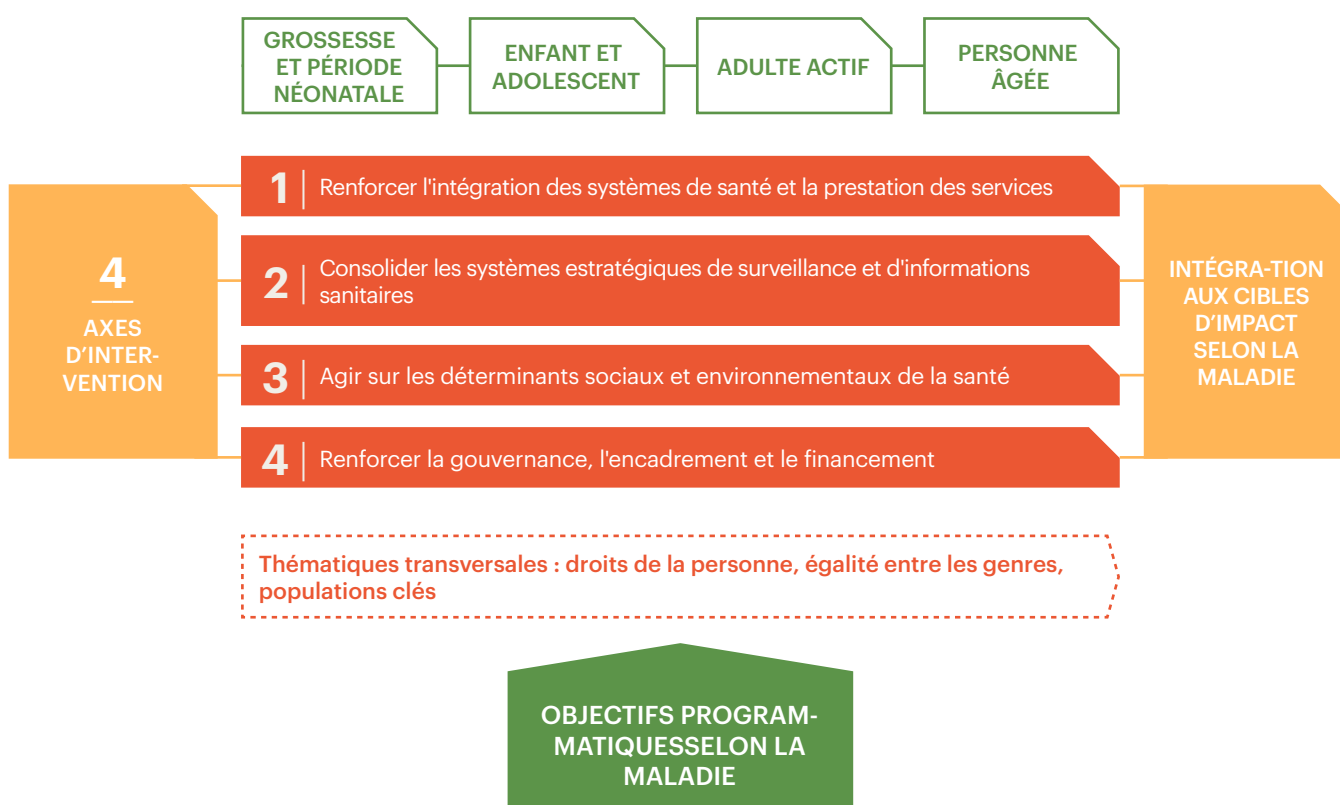
De plus, la réalisation des objectifs d'élimination sera facilitée par les approches de santé publique promues par l'OMS et basées

sur les principes de simplification, de normalisation, de décentralisation, d'équité, de participation des patients et des communautés et d'utilisation optimale des ressources humaines mises à disposition.

**Le cadre conceptuel pour l'élimination intégrée des MT a pour objectif de réduire leur charge et de prendre des mesures pour l'élimination d'un ensemble de MT prévalentes dans les Amériques.**

Dans de nombreux cas, la prévention de la transmission exige des interventions séquentielles ciblant des étapes particulières du parcours de vie (p. ex., grossesse, mères et nourrissons, enfants d'âge préscolaire et scolaire, adolescents, adultes actifs dans les domaines de l'agriculture, du commerce et de l'industrie, et personnes âgées). Des interventions complémentaires menées par une action directe ou dans le cadre d'une collaboration peuvent cibler d'autres populations

**FIGURE 1.** CADRE CONCEPTUEL : AXES D'INTERVENTION POUR L'ÉLIMINATION INTÉGRÉE DES MALADIES TRANSMISSIBLES DANS LES AMÉRIQUES SUR L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE VIE



clés à risque : communautés autochtones et d'ascendance africaine, handicapés, chômeurs, personnes vivant dans la pauvreté ou sans domicile fixe, populations carcérales. Le cadre conceptuel s'appuie sur ces interventions et cible ces populations d'intérêt, et il comporte cinq axes d'intervention qui respectent les principes des droits de la personne, de l'égalité des genres, de l'équité et de la participation des communautés et de la société civile à la réduction de la pauvreté (figure 1).

## OBJETIF

L'objectif de cette note conceptuelle et du cadre dont elle donne les grandes lignes est l'élimination d'un groupe de MT et d'affections connexes, ainsi que la suppression de leurs effets pénalisants sur la santé (maladies énumérées au tableau 1 ci-dessous) qui, pris globalement, génèrent une charge tangible pour les personnes touchées, pour leurs familles et leurs communautés, ainsi que pour les systèmes de soins de santé les prenant en charge sur l'ensemble de la Région.

**On peut en déduire qu'il existe un coût social intangible de misère, de désespoir et de détresse chez les personnes, dans les familles et dans les communautés tout entières, qui n'est pas évalué dans les études sur la charge des maladies.**

3. AVAI : année de vie ajustée sur l'incapacité, soit un indicateur synthétique de la santé d'une population fondé sur les estimations de mortalité prématurée et de morbidité. Les AVAI estiment le nombre d'années de vie perdues en raison d'un décès prématuré, ainsi que les années de vie en bonne santé perdues en raison d'une incapacité relative à une maladie/mauvaise santé ou à un traumatisme.

Bien qu'il n'existe pas de consensus établi concernant les mesures à prendre les plus fiables pour la santé d'un public et la situation épidémiologique d'une nation, il est courant de mesurer la charge d'une maladie par les taux s'y rapportant (incidence, prévalence, etc.), les taux de mortalité propres à la maladie, des taux comparatifs de morbidité et de mortalité, sa distribution géographique et les années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI)<sup>3</sup>. La situation épidémiologique actuelle, y compris les données sur les taux propres aux maladies ou sur la distribution géographique des maladies au tableau 1, est discutée ci-dessous à la section 4. Hotez et coll. (2008) ont été les premiers à examiner les charges des AVAI en Amérique latine et aux Caraïbes relativement aux MTN, à l'infection à VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose telles qu'elles se présentaient il y a environ 10 ans, et à les comparer aux charges actuelles. Bien que les charges régionales de la tuberculose, du paludisme et des MIN soient légèrement inférieures à ce qu'elles étaient il y a 10 ans, des heures de travail (et d'école) sont toujours perdues en raison de maladies, de décès prématurés ou d'incapacités, et la nécessité d'intensifier les efforts

d'élimination des maladies est évidente dans toutes les communautés vivant dans des conditions de vulnérabilité.

On peut en déduire qu'il existe un coût social intangible de misère, de désespoir et de détresse chez les personnes, dans les familles et dans les communautés tout entières, qui n'est pas évalué dans les études sur la charge des maladies. Collectivement, la charge des maladies et ses coûts sociaux difficiles à évaluer empêchent la réalisation pleine et entière de la santé en tant que droit de la personne, et révèlent l'aspect éthique de l'intensification des efforts d'élimination des maladies dans les Amériques, au bénéfice des personnes, des familles et des communautés les plus négligées et défavorisées dans la société d'aujourd'hui.

## JUSTIFICATION DE L'ÉLIMINATION DES MALADIES POUR LES PERSONNES, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTÉS DANS LES AMÉRIQUES

Justification de l'élimination des maladies pour les personnes, les familles et les communautés dans les Amériques Bien que les noms de maladies soient énumérés au tableau 1, chacune d'entre elles correspond véritablement à une histoire concernant des personnes, des familles et des populations négligées. C'est la famille migrante de l'intérieur aride du Brésil vivant maintenant au bord d'un lac, dans la favela de Lagoa do Olho d'Água à Jaboatão dos Guararapes (à côté de Recife), dont ses membres pêchent leur dîner et travaillent comme ouvriers ou vendeurs de rue. C'est aussi le clan familial Yanomami avec leur mode de vie de chasseur-cueilleur et qui exploitent la terre le long de la forêt tropicale frontalière du Brésil et du Venezuela. C'est encore l'histoire de ce jeune couple rural qui a faim, parvenant à peine à subsister dans un village de la forêt tropicale sèche à côté de Villa Nueva (Chinandega), au nord du Nicaragua, ou de la famille migrante du sud du Mexique vivant dans un hameau du Comté de Hidalgo, au sud du Texas, sans eau courante ni élimination des eaux usées, ou encore l'histoire de cette famille haïtienne malnutrie survivant avec ses chèvres dans une case à flanc de colline dénudée, près de Léogâne. Ces personnes et leurs familles nous racontent l'histoire réellement terrible d'être négligées, l'iniquité réelle de leur quotidien, la lourde charge résiduelle des maladies transmissibles dans notre Région, et elles illustrent pourquoi il est de notre devoir d'éliminer ces maladies.

Le cadre d'élimination des MT est bien adapté pour bénéficier aux populations vivant dans des conditions de vulnérabilité (groupes où la plupart de ces maladies surviennent) et appuyer l'abolition des iniquités (tel qu'exprimé dans le cadre des droits à la santé). En tant que tel, il s'aligne sur les stratégies de réduction de la pauvreté de la Banque mondiale et de la Banque interaméricaine de développement, dont certains programmes actuels appuyant les transferts conditionnels de liquidités pour la santé, l'éducation, le logement et le développement urbain, ou le programme *Piso Firme*, dédié à l'amélioration de l'habitat, au développement et à la santé, peuvent soutenir, de manière directe ou indirecte, des activités spécifiques du programme d'élimination des MT (concernant les géohelminthiases et la maladie de Chagas, par exemple).

Si l'on envisage ces données et ces informations dans leur globalité, l'élimination de cet ensemble de MT permettrait de ramener les taux de ces maladies à zéro, ou du moins à une fréquence proche de zéro. Cette élimination devrait également contribuer indirectement à réduire les coûts sociaux difficiles à évaluer, si elle s'accompagne d'un renforcement des systèmes de soins de santé de chaque pays, de l'accès à un financement suffisant et d'un capital managérial et politique suffisant pour l'élimination des MT jusqu'en 2030. Le cadre remet en question le mode actuel de prestation des soins de santé, et offre des grandes lignes pour modifier ce qui est actuellement réalisé et nous conduire à l'objectif régional d'élimination des MT ; il répertorie et organise des interventions aujourd'hui éparpillées ou regroupées de manière approximative. Il facilitera donc, en les encourageant, les liens, les synergies et la collaboration entre départements, poursuivant ainsi l'objectif d'une organisation clairement structurée. La liste des problèmes et des risques sanitaires existant dans les Amériques s'étend bien au-delà des maladies

énumérées au tableau 1 et, en tant que telle, cette note conceptuelle n'envisagera, par exemple, ni les maladies courantes de l'enfance évitables par la vaccination (comme le tétanos néonatal ou les oreillons) ni certains autres problèmes relatifs aux MT (comme la résistance antimicrobienne et les MIN générant une charge moindre). Nous illustrerons et démontrerons le *fond* (ce qui est possible) plus que la forme (manière exacte dont cela peut être réalisé). Pour suggérer ce qui est possible, nous nous inspirons des enseignements tirés, des meilleures pratiques et des excellents résultats d'interventions fondées sur des données factuelles, non seulement en matière de MT, mais aussi dans d'autres domaines de la santé publique. Ce faisant, c'est une réelle possibilité d'intégrer (et de rendre opérationnels) l'accès universel à la santé et l'élimination des maladies infectieuses qui est présentée ici, et des mesures quantitatives et qualitatives peuvent être établies en ce sens.

Le programme actuel de l'OPS pour l'élimination des MT devra être accéléré, particulièrement face à la transition épidémiologique caractérisée par l'augmentation concomitante de la charge des maladies non transmissibles (dont certaines se superposent ou interagissent déjà avec les MT) et des contraintes croissantes en termes de ressources, au niveau des pays comme à l'OPS ; autrement dit, il existe un risque réel de ralentir, voire de perdre, les avancées réalisées dans la Région vers une presque élimination de MT comme la filariose lymphatique, le trachome, la maladie de Chagas, le paludisme et la tuberculose. Il est temps de passer à l'étape suivante du programme d'élimination des maladies de la Région.



Élaboration du cadre  
d'élimination des maladies  
transmissibles

### 3. Élaboration du cadre d'élimination des maladies transmissibles

Schématiquement, le cadre d'élimination des maladies transmissibles comprend un ensemble de définitions et une terminologie commune à utiliser, une description des maladies, leurs dimensions respectives et une proposition d'échéances, ainsi qu'une discussion sur l'argumentaire d'investissement de leur élimination.

#### DÉFINITIONS

Entre le travail du [Groupe de coordination international pour l'élimination des maladies](#) (ITFDE) du Centre Carter, dans les années 80 et le travail plus récent du [Comité consultatif technique et stratégique de l'OMS \(STAG\) sur les maladies tropicales négligées](#), nous avons constaté au cours des trois dernières décennies une évolution des définitions scientifiques propres aux termes comme « contrôle », « élimination » et « éradication » (voir encadré 1 à l'annexe). Les définitions ont évolué (et se sont améliorées) alors que nous constatons des situations épidémiologiques de plus en plus complexes pour certaines maladies, avons une compréhension plus nuancée des cycles de leur transmission et découvrons de nouveaux vecteurs ou réservoirs et de nouvelles interventions en matière de prévention, de traitement et de guérison. Par exemple, la définition de l'élimination est passée d'un arrêt de la transmission d'une maladie dans un pays, un continent, ou toute autre aire géographique limitée unique (première définition de l'ITFDE) à des définitions et des termes aujourd'hui plus subtils, tels que les utilise l'OMS. Ainsi, *l'élimination en tant que problème de santé publique* (EPSP) est définie par la réalisation de cibles mondiales mesurables établies par l'OMS relativement à une maladie particulière (p. ex., pour la TME de la syphilis, pour la filariose lymphatique) qui, une fois atteintes, nécessitent des interventions continues pour maintenir ces cibles ou progresser vers l'élimination de la transmission. La procédure de documentation de l'EPSP est appelée *validation*. *L'élimination de la transmission* (ET) est définie par la réduction à zéro, en déployant des efforts délibérés, de l'incidence d'une affection due à un pathogène spécifique dans une aire géographique définie, et ce avec un risque minimal de réintroduction. Le processus de documentation d'une ET est appelé *vérification*. L'EPSP et l'ET se distinguent de *l'éradication*, qui est la réduction à zéro permanente d'un pathogène précis, en déployant des efforts délibérés, et ne s'accompagne d'aucun risque de réintroduction. Le processus de documentation de l'éradication (p. ex., pour le pian) est appelé *certification*. Se reporter à l'encadré 1 pour des détails supplémentaires.

Le cadre de cette note conceptuelle repose sur un ensemble de définitions communes d'élimination et d'éradication des maladies, issues d'un récent travail du Comité consultatif technique et stratégique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées (2014-2015) et d'autres récents comités d'experts de l'OMS, comités consultatifs, ou programmes techniques sur le paludisme, la tuberculose, l'infection à VIH et les maladies sexuellement transmissibles.

En résumé, nous disposons aujourd'hui d'une clarification scientifique nouvelle et d'un accord de la communauté de santé publique quant au fait que les termes « élimination » et « éradication » ne sont pas synonymes (et que le terme « élimination » est nuancé). Il existe, de plus, une vraie distinction biologique entre l'élimination, l'éradication et l'extinction. Un défi persiste cependant : ces trois termes ne font qu'un dans les médias, et les béotiens les confondent souvent en communication courante, lors de conversations et dans leurs écrits.

De manière compréhensible, l'accent mis sur la prévention et la lutte contre les MT était historiquement d'arrêter la transmission de la maladie, par l'élaboration et le déploiement de vaccins, d'insecticides, de quarantaines, ou autres mesures cliniques et techniques. Cependant, l'élimination des effets négatifs des MT sur la santé se situe bien au-delà de l'interruption de la transmission, et doit également comprendre d'autres dimensions qui correspondront mieux à la définition de la santé par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette perspective élargie est explicitée par les quatre dimensions abordées dans la section suivante.

#### MALADIES, DIMENSIONS ET ÉCHÉANCES

Pour déployer dans ce cadre nos efforts régionaux d'élimination, de nouvelles dimensions d'élimination sont proposées. Tel que présenté au tableau 1 (ci-dessous), le cadre comporte une liste de maladies, une description des dimensions des interventions d'élimination existantes et proposées (nouvelles)





Campagne de santé intégrée visant à prévenir la lèpre, la cécité due au trachome et les helminthes transmis par le sol chez les enfants d'âge scolaire, Pernambuco, Brésil

et, pour chaque maladie, des échéances (et non simplement des cibles) cohérentes avec les dates cibles d'élimination actuelles de l'OPS et de l'OMS. Ce cadre propose aussi de nouvelles échéances d'élimination et des dimensions qui n'étaient pas envisagées dans les résolutions et les plans d'action antérieurs de l'OPS et de l'OMS, et ne le sont pas non plus dans les résolutions et plans actuels.

Outre l'EPSP, ce cadre inclut quatre autres dimensions d'élimination des MT. Pour que nous ayons un autre regard sur ce que nous essayons de réaliser par un travail de santé publique approfondi visant à éliminer la charge de chaque maladie d'ici à 2030, ces dimensions sont soulignées selon la maladie elle-même, ses modes de transmission et sa situation épidémiologique. Ces dimensions nous offrent une perspective plus quantitative de l'élimination, c.-à-d., des facteurs facilement comptables. Elles incluent également davantage tous les âges et toutes les populations clés, et ciblent l'amélioration de la qualité de vie, en cohérence avec les normes éthiques actuelles des agences de santé publique, des ODD et du concept de l'OMS La santé pour tous.

Quand il n'y aura plus de transmission de maladies, les nouvelles générations ne feront plus face à leurs morbidités respectives, non plus qu'aux incapacités et aux décès prématurés qui leur sont liés. Au cours du processus qui nous conduira à cette absence de transmission et compte tenu du fardeau hérité, soit la charge actuelle en termes de santé d'un grand nombre de MT, comme la lèpre, la filariose lymphatique et la maladie de Chagas chronique, nous devons non seulement continuer à atteindre l'EPSP, mais aussi à prendre des mesures élargies à l'égard des dimensions que sont la mortalité (décès), la morbidité (maladie) et l'incapacité. Pour chaque maladie sont présentées au tableau 1 les dates cibles établies par l'OPS/OMS et les nouvelles échéances que l'OPS propose d'envisager ; celles-ci s'échelonnent à partir de la période 2015 (dates cibles échues) selon différents intervalles, et ce jusqu'à 2030. Dans certains pays, les échéances d'élimination de certaines maladies sont évidentes, comme c'est le cas pour l'élimination de la schistosomiase à Sainte-Lucie ou du trachome au Guatemala.

**FIGURE 2.** QUATRE DIMENSIONS D'ÉLIMINATION DE LA CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES



**TABLEAU 1.** MALADIES TRANSMISSIBLES ET AFFECTIONS CONNEXES PROGRAMMÉES POUR UNE ÉLIMINATION RÉGIONALE DANS LES AMÉRIQUES : DATES BUTOIRS ACTUELLES, DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030, ÉCHÉANCES ASSOCIÉES ET DESCRIPTIONS

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADICA- TION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>RAGE HUMAINE,</b> transmise par le chien	<b>2030</b> : cible OMS de mettre fin d'ici à 2030 aux décès dus à la rage transmise par le chien <b>2022</b> : cible OPS, pour 35 pays, d'éli- mination de la rage humaine transmise par le chien et de mise en place de mesures pour pré- venir la résurgence ou la réintroduction de la maladie			✓ aucun décès d'ici à 2022 dus à la rage humaine transmise par le chien			<b>2022</b> – accélération proposée dans les Amériques, ajout de l'absence de décès dû à une infection par le virus rabique transmis par le chien [peut-être réalisable d'ici à 2020]. S'il ne survient pas de cas de rage transmise par le chien (en raison d'un taux élevé de couverture vaccinale canine ou parce que toutes les victimes de morsures de chien reçoivent rapidement une prophylaxie post-exposition), il ne devrait survenir aucun décès. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>TME-VIH</b>	<b>2030</b> : cible OMS d'ETME (validation) <b>2020</b> : cible OPS de réduction du taux de TME du VIH à 2% ou moins			✓ aucun décès d'enfants dû à une TME d'ici à 2020			<b>2020</b> – ajout de l'absence de mortalité relative à une TME chez les enfants, dans la me- sure où cette voie de con- tamination doit être éliminée et que tous les cas pédiatriques de TME doivent avoir accès au traitement antirétroviral pour combattre le VIH. Mettre en œuvre la stratégie ETME Plus de l'OPS (2017).
<b>TME-VHB</b>	<b>2030</b> : cible OMS d'ETME (validation) <b>2020</b> : cible OPS de réduire à 0,1 % ou moins la prévalence de l'antigène HBs chez les enfants de 4 à 6 ans			✓ aucun décès d'enfants d'ici à 2020		✓ aucune inca- pité sévère qui nécessiterait une transplantation chez les enfants	<b>2020</b> – ajout de l'absence, dans la Région, de décès pédiatrique et d'incapaci- té grave qui nécessiterait une transplantation chez l'enfant, dans la mesure où les nouveaux cas pédiatriques ne devraient pas évoluer jusqu'au décès ou jusqu'à un stade clinique nécessitant une transplantation, et ce grâce à la vaccination pédiatrique, au dépistage et à une prise en charge clinique appropriée. Mettre en œuvre la stratégie ETME Plus de l'OPS (2017).
<b>ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE</b>	Pas de cible OMS (2017)		✓ aucune nouvelle épidémie de FJ urbaine transmise par <i>Aedes aegypti</i>	✓ aucun décès parmi les nouveaux cas, 2018-2030			<b>2018-2030</b> – établissement d'un Objectif de maintien de l'ET pour 2018-2030, préservant l'absence de nouvelle épidémie de FJ urbaine par <i>Aedes aegypti</i> ; rendu possible par la pleine mise en œuvre des composantes vectorielles de la stratégie SGI-dengue de l'OPS. Ajout de l'absence de mortalité due aux nouveaux cas de FJ urbaine, grâce à la détection et à la prise en charge rapides des cas.

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADICA- TION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>CANCER DU COL DE L'UTÉRUS</b> (dû au VPH)	<b>2030</b> : objectif d'élimination en tant que problème de santé publique pour l'OPS, pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus à moins de 4 cas pour 100 000, et diminuer d'un tiers d'ici à 2030 la mortalité prématurée (décès) qui lui est liée						<b>Note</b> : Il n'y a pas d'interven- tions supplémentaires ou de dates ajoutées.  Poursuivre l'objectif de l'OPS pour 2030
<b>MALADIE DE CHAGAS</b> <i>Trypanosoma cruzi</i>	<b>2015</b> : cible OPS d'ET par transfusion sanguine ; cible atteinte  <b>2020</b> : cible OPS d'ETME avec ≥ 90 % d'enfants guéris de l'infection par le parasite de la maladie de Chagas et présentant une sérologie post-traitement négative  <b>2020</b> : cible OPS/ OMS d'ET due aux principaux vecteurs interdomiciliaires  <b>2022</b> : cibles OPS, pour 16 pays, d'élimi- nation de la maladie de Chagas et de mise en place de mesures pour préve- nir sa résurgence ou sa réintroduction			✓ aucune mor- bidité néonatale d'ici à 2025			<b>2025</b> – ajout de l'absence de morbidité néonatale, grâce au traitement rapide des infections congénitales des nouveau-nés. Ajout d'un nouveau dépistage prénatal systématique et du traitement des femmes à risque avant la grossesse. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles. Mettre en œuvre la stratégie ETME Plus de l'OPS (2017).
<b>PALUDISME</b> <i>P. falciparum</i> et <i>P. vivax</i>	<b>2030</b> : Meta de la OMS de eliminación de la transmisión por <i>P. falciparum</i> and <i>P. vivax</i>  <b>2016</b> : El plan de acción de la OPS (do- cumento CD55/13) procura obtener una mayor reducción de la morbilidad y las de- funciones por malaria de un 40% o más (se- gún cifras oficiales del 2015); y la aplicación de iniciativas para eliminar la malaria en 18 de los 21 países con endemividad y el logro del estado de libre de malaria en al menos cuatro países.			✓ aucun décès dus à <i>P. falcipa- rum</i> et <i>P. vivax</i> chez les enfants à risque d'ici à 2030			<b>2030</b> – ajout de l'absence de mortalité due à <i>P. falciparum</i> et <i>P. vivax</i> chez les enfants à risque [si mesurable], dans la mesure où un dépistage sans délai et un traitement rapide doivent permettre d'éviter la mortalité et de contribuer à l'ET.  Mettre en œuvre le plan d'action CD55/13 de l'OPS sur l'élimination du paludisme (2016), atteindre les indicateurs cibles en matière de réduction de la morbidité, de la mortalité et de l'élimination [transmis- sion] relatives au paludisme et mettre en œuvre des approches innovantes pour relever les défis des pays où la progression a été limitée ; prévention de la résurgence du paludisme dans les pays qui ont été déclarés exempts de paludisme.

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADICA- TION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>LEISHMANIOSE CUTANÉE/ CUTA- NÉOMUQUEUSE (LC/LCM)</b> Complexes <i>Leish- mania braziliensi</i> et <i>L. mexicana</i>	<b>2022</b> : cible OPS de réduire de 50 % la proportion d'enfants atteints de LC/LCM dans 8 pays				✓ aucune mor- bidité chez les enfants à risque âgés de moins de 10 ans d'ici à 2030		<b>2030</b> – ajout de l'absence de morbidité chez les enfants à risque âgés de moins de 10 ans, soit un indicateur du succès de la surveillance, du dépistage et du traitement des enfants vivant dans des zones à risque. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles. Mettre en œuvre le nouveau plan d'action de l'OPS pour la lutte contre la leishmaniose (2017).
<b>LEISHMANIOSE VISCÉRALE (LV) :</b> <i>Leishmania chaga- si/infantum</i>	<b>2022</b> : cible OPS de réduire de 50% le taux de létalité de la leishmaniose viscérale dans 8 pays			✓ réduction à zéro du taux de létalité dans les zones urbaines d'ici à 2030			<b>2030</b> – ajout de la réduction à zéro du taux de létalité dans les zones urbaines, grâce à une amélioration de la prise en charge des cas cliniques et à un contrôle des réservoirs canins pour réduire la transmission, mesures complétées par l'amélioration de la gestion des déchets solides pour lutter contre les vecteurs. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles. Mettre en œuvre le nouveau plan d'action de l'OPS pour la lutte contre la leishmaniose (2017).
<b>SCHISTOSOMIASE</b> <i>Schistosoma mansoni</i>	<b>2015</b> : cible OMS d'ET dans les Ca- raïbes [ET en cours, échoué]. <b>2020</b> : cible OMS d'ET sur l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes			✓ aucun décès dans les popu- lations à risque d'ici à 2030		✓ aucune incapacité due à la neuroschisto- somiase d'ici à	<b>2030</b> – ajout de l'absence de nouvelle mortalité et de nouveaux cas de neuroschistosomiase. Possible grâce au dépistage, aux tests et au traitement des populations à risque et/ou à l'administration d'une chimiothérapie préventive (CTP) ou d'une administration massive de médicaments (AMM) ciblée dans les populations à risque. Si l'ET survient d'ici à 2020, aucun nouveau cas de mortalité ; et aucun nouveau cas de neuroschistosomiase ne devrait survenir après 2030. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>GÉOHELMIN- THIASES</b> (4 espèces de nématodes chez l'homme)	<b>Directives ac- tuelles de l'OMS</b> : réduire à < 1% le nombre d'infec- tions d'intensité modérée à élevée chez les enfants à risque d'âge préscolaire et scolaire			✓ aucun décès d'enfants par obstruction intestinale due à une ascarirose d'ici à 2030			<b>2030</b> – ajout de l'absence de mortalité par ascarirose (obstruction intestinale) notifiée chez les enfants, selon les dossiers hospitaliers. Si la couverture anthelminthique par CTP ou AMM chez les enfants à risque d'âge préscolaire ou scolaire est ≥ 75% dans les zones d'endémie d'intensité modérée à élevée, les décès d'enfants par obstruction intestinale due à <i>Ascaris lumbricoïdes</i> devraient être évitables. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADI- CATION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>ONCHOCERCOSE</b> (cécité des rivières) <i>Onchocerca</i> <i>volvulus</i>	<b>2015</b> : cible OPS/ OMS d'ET (véri- fication) ; [ET en cours, mais échue ; seuls deux foyers persistent] <b>2022</b> : cible OPS, pour six pays, d'avoir éliminé l'on- chocercose et mis en place des mes- ures pour prévenir sa résurgence ou sa réintroduction				✓ aucune morbi- dité oculaire d'ici à 2022	✓ aucune cécité, entre maintenant et 2030	<b>Entre maintenant et 2030</b> – ajouter un Objectif de maintien concernant l'absence de nouveaux cas de cécité, entre maintenant et 2030 (et au-delà), dans la mesure où l'élimination (prévention) de nouveaux cas de cécité a été concrétisée avant 2009.  Ajout de l'élimination de la morbidity oculaire d'ici à 2022, qui est presque atteinte dans les deux foyers actifs restants dans la mesure où une AMM est administrée jusqu'à quatre fois par an [éventuellement réalisable d'ici à 2020]  Utiliser les directives 2016 de l'OMS pour la vérification de l'élimination de l'onchocercose humaine. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>FILARIOSE LYM- PHATIQUE (FL)</b> <i>Wuchereria</i> <i>bancrofti</i>	<b>2020</b> : cible OMS d'EPSP au niveau mondial (valida- tion) <b>2022</b> : cible OPS, pour six pays, d'avoir éliminé la FL et mis en place des mesures pour prévenir sa résurgence ou sa réintroduction	Cible OMS d'EPSP au ni- veau mondial			✓ aucune crise aiguë, ou derma- tolymp-phangioa- dénite aiguë, d'ici à 2025 ;  ✓ aucune morbidity par lymphœdème non traité d'ici à 2025 (gestion de la morbidity)	✓ aucune inca- pacité due à une hydrocèle d'ici à 2025 (prévention de l'incapacité)	<b>2025</b> – ajout de l'absence de crises aiguës et de lymphœ- dème non traité grâce à la prestation de SSP. Ajout de l'absence d'incapacité liée à une hydrocèle, les actes chirurgicaux en retard ayant été réalisés. Utili- ser les directives 2017 de l'OMS pour la validation de l'élimination de la FL comme problème de santé publique, ce qui inclut la transmission vectorielle, l'infection et un ensemble de soins minimaux de gestion de la morbidity et prévention de l'incapacité (GMPI).  Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>CYSTICERCOSE à</b> <i>Taenia solium</i>	<b>2020</b> : cible OMS de garantir la couverture par CTP pour au moins 75 % de la population mondiale la néces- sitant			✓ aucun décès d'enfant d'ici à 2030	✓ aucune mor- bidity dans les communautés à risque d'ici à 2030	✓ aucun nou- veau cas de neu- ro-cysticerco- se chez l'enfant d'ici à 2030	<b>2030</b> – ajout de l'absence de mortalité chez l'enfant, grâce à l'amélioration de la détection précoce des cas et de leur prise en charge et de leur trai- tement, tel que mesuré par les dossiers cliniques/hospitaliers et par les certificats de décès. Ajout de l'absence de morbi- dity dans les communautés à risque, grâce à une CTP ou une AMM contre les vers adultes <i>T. solium</i> , tel que mesuré par les dossiers des programmes de CTP. Ajout de l'absence de nouveaux cas de neurocysti- cerco- se chez l'enfant, grâce à l'amélioration de la détection des cas et de leur prise en charge, mise en évidence par les données factuelles des dossiers hospitaliers.  Mettre en œuvre le plan d'ac- tion CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADI- CATION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>FASCIULOSE</b> liée à <i>Fasciola hepatica</i>	<b>2020</b> : cible OMS de garantie d'une couverture par CTP pour au moins 75 % de la population mondiale la nécessitant			✓ aucun décès d'enfant d'âge scolaire à risque d'ici à 2030	✓ aucune morbidité chez les enfants d'âge scolaire à risque et chez les adultes d'ici à 2030		<b>2030</b> – ajout de l'absence de décès chez les enfants d'âge scolaire à risque, par le dépistage et le traitement précoce ou CTP/AMM, tel que mesuré par les dossiers hospitaliers/cliniques et les certificats de décès. Ajout de l'absence de morbidité grave (lésions hépatiques et anémie sévère) chez les enfants d'âge scolaire à risque et chez les adultes, grâce au dépistage et au traitement précoce ou à une CTP/AMM périodique, tel que mesuré par les dossiers des programmes et ceux de CTP. Complété par une sécurité alimentaire (légumes), une éducation sanitaire et une gestion du bétail. Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>TRACHOME</b> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<b>2015</b> : cible OPS d'EPSP, à l'aide de la stratégie SAFE* [EPSP en cours, mais échue] <b>2020</b> : cible OMS d'EPSP au niveau mondial, à l'aide de la stratégie SAFE (validation)	Cible OMS d'EPSP au niveau mondial, à l'aide de la stratégie SAFE					<b>Note</b> : pas d'interventions ou de dates supplémentaires ajoutées. Poursuivre l'objectif OMS de 2020.  EPSP, par réduction à < 1 cas/1000 de la prévalence des cas de trichiasis trachomateux « inconnu du système de santé » et réduction à < 5% de la prévalence de l'inflammation trachomateuse – folliculaire (signe de trachome actif) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, à l'aide de la stratégie SAFE. Faire le lien entre SAFE et les normes concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.
<b>LÈPRE</b> <i>Mycobacterium leprae</i>	<b>2020</b> : cible OMS d'EPSP au niveau mondial <b>2020</b> : cible OMS de zéro incapacité chez les nouveaux patients pédiatriques et taux d'incapacité de grade II d'1 cas pour 1 million de personnes	Cible OMS d'EPSP au niveau mondial, par traitements multimédicamenteux et GMPI, plus une législation contre la discrimination					<b>Note</b> : pas d'interventions ou de dates supplémentaires ajoutées. Poursuivre l'objectif OMS de 2020.  EPSP, par dépistage et traitement de toutes les personnes à risque et par GMPI. L'EPSP signifie également qu'il n'existe plus, d'ici à 2020-2030, de pays possédant une législation discriminatoire visant les personnes atteintes de lèpre.  Utiliser la Stratégie mondiale OMS (2016) contre la lèpre 2016-2020.  Mettre en œuvre le plan d'action CD55/15 de l'OPS (2016) et atteindre les indicateurs cibles.

MALADIE/ INFECTION/ AFFECTION	DATES BUTOIRS ACTUELLES DE L'OPS/ OMS POUR L'ÉLIMINATION (OU L'ÉRADICA- TION)	ÉLIMINA- TION EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP)	DIMENSIONS DES RÉALISATIONS POSSIBLES D'ICI À 2030				ÉCHÉANCES RÉGIONALES PROPOSÉES PAR L'OPS (dates d'élimination) et description des réalisations possibles d'ici à 2030 au plus tard (pour les maladies ou les réalisations d'élimination non ciblées antérieurement par l'OPS)
			AUCUNE TRANSMISSION À L'HOMME (y compris élimination de la transmission [ET] et élimination de la transmission mère-enfant [ETME])	AUCUNE MORTALITÉ (décès)	AUCUNE MORBIDITÉ (maladie)	AUCUNE INCAPACITÉ	
<b>SYPHILIS, TME</b> <i>Treponema palli- dum ssp. pallidum</i>	<b>2015</b> : cible OPS d'ETME [en cours, mais échue] <b>2030</b> : cible OMS d'ETME au niveau mondial (valida- tion)			✓ aucun décès de nouveau-né infecté d'ici à 2020			<b>2020</b> – ajout de l'absence de mortalité et de décès néonataux dus à une TME de la syphilis (selon les dossiers hospitaliers et de consulta- tion), grâce à la prévention par dépistage sérologique des femmes à risque et au traitement par pénicilline des femmes enceintes lors des consultations anténatales.
<b>PIAN</b> <i>Treponema palli- dum ssp. perentue</i>	<b>2030</b> : cible OMS au niveau mondial						Pas de données factuelles de transmission dans les Amériques. Le pian est une cible d'éradication au niveau mondial. La confirmation de l'éradication au niveau mondial nécessitera une certification par l'OMS, qui inclura les données factuelles concernant chacune de ses Régions.
<b>TUBERCULOSE (TB)</b> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>				✓ aucun décès par TB d'ici à 2030 (TB multirésis-tante exclue)			<b>2030</b> – ajout de l'absence de décès, conséquence d'un dé- pistage approprié, ainsi que de tests et de traitement des cas suspectés et des populations à risque élevé. <b>Note</b> : les indicateurs devront exclure ou tenir compte de la mortalité par TB multirésistante.
<b>CHOLÉRA</b> <i>Vibrio cholerae</i>	<b>2030</b> : cible OMS d'EPSP en réduisant de 90% le nombre de décès dus au choléra d'ici à 2030	Cible OMS d'EPSP		✓ aucun décès dû à une épidé- mie de choléra d'ici à 2030			<b>2030</b> – ajout de l'élimina- tion des décès dus à une épidémie de choléra dans les Amériques. (La cible OMS de réduire de 90% le nombre de décès dus au choléra a été établie en octobre 2017.)
<b>FIÈVRE APTEUSE</b>	<b>2020</b> : dans les Amériques	Éradication chez les bovins domestiques	✓				<b>2020</b> - pas de transmission à l'homme (cas très rares)
<b>DÉFÉCATION EN PLEIN AIR</b> (déterminant environnemental de la santé)	<b>2030</b>	Élimination en tant que problème de santé					<b>2030</b> - Correspond à l'ODD 6.2.
<b>UTILISATION DE COMBUSTIBLES CONTAMINANTS POUR CUISINER</b> (déterminant environnemental de la santé)	<b>2030</b>	Élimination en tant que problème de santé publique d'ici à 2030					<b>2030</b> - Correspond à l'ODD 3.9 et 7.1.

✓ signifie ajouter la maladie ou ses caractéristiques à une liste des réalisations possibles d'ici à 2030 comparativement aux objectifs, aux cibles et aux pratiques actuelles, tout en se basant sur des données factuelles ou scientifiques.

\* Trachome SAFE : chirurgie (S), pour tous les cas de trichiasis trachomateux ; antibiotiques (A), pour réduire le réservoir de l'infection oculaire ; nettoyage du visage (F) et améliorations de l'environnement (E) pour réduire la transmission.



Les interventions et les recommandations de cette note conceptuelle sur l'élimination des MT réduiront les charges importantes liées à la transmission, la mortalité, la morbidité et/ou l'incapacité, infléchissant ainsi le cycle de la pauvreté et bénéficiant à la vie de nombreuses personnes et populations négligées ou en situation de vulnérabilité. Les maladies sélectionnées sont celles pour lesquelles, selon les critères de Hopkins (2013), il existe des données factuelles quant à la faisabilité scientifique de leur élimination, et qui sont considérées par l'OPS comme étant accessibles (de manière quelque peu variable) à la volonté politique et au soutien populaire.

En résumé, cette note conceptuelle anticipe l'élimination d'un grand nombre de MT en passant de l'élimination de huit maladies infectieuses négligées (et de la lutte contre cinq autres) au [Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022](#) ; elle ajoute également à cette liste plusieurs infections virales transmises de la mère à l'enfant, ainsi que le paludisme, le choléra et la prévention des épidémies de fièvre jaune. Elle intègre également les recommandations et les conclusions de la consultation régionale de l'OPS sur l'élimination des maladies dans les Amériques (OPS 2015, projet disponible auprès de l'OPS/CDE). L'effort à venir ne part cependant pas de zéro ; les pays de la Région ont en effet réalisé des avancées importantes en matière d'élimination et de contrôle des maladies au cours de ce siècle, comme cela est montré dans l'encadré 2 (voir annexe) et le rapport 2017 de l'OPS sur [La Santé dans les Amériques](#).

## ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT

L'argumentaire d'investissement pour l'élimination de ces maladies dans les Amériques nécessitera d'être approfondi, mais certains chercheurs ont déjà abouti leur réflexion pour plusieurs maladies, au niveau mondial. Par exemple, dans un examen systématique de la documentation, au niveau mondial, de la lutte contre le paludisme par rapport à l'élimination de cette maladie, Shretta et coll. (2016) ont calculé que le coût annuel par personne de la lutte contre le paludisme pour un système de santé s'échelonne de US\$0,11 à \$39,06 (médiane : \$2,21) tandis que celui de l'élimination du paludisme s'échelonne de \$0,18 à \$27 (médiane : 3,00 \$). Parallèlement, les rapports coût-bénéfice des fonds investis dans la lutte contre le paludisme et dans l'élimination de cette maladie s'échelonnaient de 2,4 à plus de 145. En 2014, un aide-mémoire du [programme de l'OMS Halte à la tuberculose](#), rapporte que la tuberculose

a été établie comme l'une des meilleures cibles des OMD, avec un retour sur investissement de \$43 pour chaque dollar dépensé en diagnostic et en traitement, tandis que [Stop TB Partnership](#), estime que le Plan mondial sur cinq ans pour mettre fin à la tuberculose 2016-2020 produirait un retour sur investissement global de \$1,2 trillion, avec un retour de \$85 pour chaque dollar investi. L'argumentaire d'investissement concernant la tuberculose est décrit plus en détail par Kunii et coll. (2016).

L'argumentaire d'investissement au niveau mondial pour l'élimination des MTN a été décrit pour 17 maladies dans le troisième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, *Investir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées* (OMS 2015a), dans lequel l'argumentaire d'investissement a été établi à la fois sur des bases de coût-efficacité et d'équité. Le rapport note que les MTN devront être intégrées à la couverture sanitaire universelle, faute de quoi l'effort déployé pourrait ne pas aboutir. Hollingsworth et coll. (2015) ont établi l'argumentaire d'investissement pour appuyer la réalisation des objectifs OMS 2020 d'élimination mondiale concernant neuf MTN, à l'aide d'analyses quantitatives et d'une modélisation des mesures de transmission et de lutte. De Vlas et coll. (2016) décrivent le gain en termes de santé (en termes de mortalité évitée et de réduction des AVAI relatives aux incapacités) grâce aux efforts concertés d'élimination et de lutte contre les MTN. Pour la période 2015-2030 et selon l'OMS (2015a), les estimations récentes d'investissements nationaux en matière d'élimination et de lutte contre les MTN à réaliser par l'intermédiaire de la couverture universelle se montent à \$33 milliards, plus \$4,3 milliards supplémentaires provenant de la communauté internationale de donateurs et incluant les dons pharmaceutiques continus. Au plan mondial, Redekop et al (2017) ont calculé le bénéfice économique, pour les personnes, d'atteindre les cibles 2020 de cinq MTN (filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, géohelminthiase et trachome) traitées par AMM, soit une chimiothérapie préventive : les bénéfices nets attendus en gain de productivité étaient respectivement de 27,4 \$ et 42,8 \$ pour chaque dollar investi au cours des périodes 2011-2020 et 2021-2030. Cet impact est variable d'une MTN à l'autre et d'une région à l'autre, dans la mesure où il est déterminé par la prévalence de la maladie et l'ampleur de la perte de productivité qui lui est liée (Redekop et coll. 2017). Des argumentaires d'investissement pour l'élimination de quelques MIN particulières dans les Amériques ont également été établis ; par exemple, la charge de la cysticercose en Amérique latine a été décrite par Torres (2015), tandis que l'OMS (2016) a exposé trois

raisons essentielles d'investir dans l'élimination de la neurocysticercose à *Taenia solium*, une cause majeure d'épilepsie évitable. L'argumentaire général d'investissement pour l'élimination de la lèpre est exposé par Tiwari et Richardus (2016).

Quand c'est possible, le retour sur investissement attendu, les coûts projetés de l'inaction (statu quo ou lutte, pas d'élimination) et les bénéfices positifs attendus en termes de réduction de la pauvreté doivent être exploités, estimés, compris et comparés aux coûts projetés de l'élimination pour notre Région. Ce sont des tâches parfaites pour les économistes de la santé et pour les experts des centres collaborateurs de l'OMS. Des activités de recherche et développement peuvent être nécessaires pour combler des lacunes dans la connaissance, comme en matière de modélisation de l'élimination des MT, d'analyses de coûts et de coût-efficacité relatives à des interventions groupées, et d'impacts des changements climatiques sur le rythme et la pérennité de l'élimination des MT dans notre Région.

L'argumentaire d'investissement pour l'élimination intégrée des MT nécessite également d'être réalisé par des économistes et des experts en ressources naturelles au regard des changements climatiques régionaux et mondiaux, pour lesquels on s'attend à constater une plus grande variation et des changements systémiques des écosystèmes entraînant potentiellement l'augmentation de la transmission ou de la propagation des MIN et autres MT (voir Moreno 2006), un plus grand nombre de communautés déplacées par ces changements climatiques et des intrusions de l'homme plus importantes dans

des habitats naturels autrefois non perturbés, qui abritent des maladies, des vecteurs et des réservoirs. Bien que les coûts économiques des effets sur la santé des événements climatiques extrêmes ne soient pas encore bien estimés en Amérique latine et aux Caraïbes (Schmitt et coll. 2016), étant donné la direction de la plupart des analyses de tendances climatiques, le coût d'opportunité pour l'élimination des maladies que nous ciblons dans l'effort ici évoqué ne fera qu'augmenter avec l'intensification des changements climatiques. Il faut donc prendre en compte les coûts d'opportunité de retarder la mise en œuvre élargie et rapide des efforts d'élimination des MT.



Aperçu de l'élimination  
des maladies transmissibles  
dans les Amériques

## 4. Aperçu de l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques

Le nombre des MT dans les Amériques étant élevé, et leur éventail large, le cadre présenté ici ne cible qu'un groupe de maladies clés qui font peser une charge importante sur les populations les plus vulnérables de la Région, et n'envisage ni les maladies courantes de l'enfance évitables par la vaccination ni la lutte contre les autres MIN, comme l'échinococcose kystique et la strongyloïdose.

Plusieurs faits saillants de la progression régionale de l'élimination des MT pour la période 2009-2017 sont présentés dans l'encadré 2. La situation épidémiologique actuelle de chaque maladie est ici brièvement décrite, tandis que des réponses clés nécessaires sont exposées ici et un peu plus loin, d'une manière qui montre que les interventions peuvent être à la fois envisagées à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, mettant ainsi en évidence comment un cadre intégré d'élimination de la charge des MT peut être réalisé (voir le tableau 2 de l'annexe). Il faut noter que toutes les MT évoquées dans le programme d'élimination ne sont pas présentes dans tous les pays. Chaque pays analysera sa propre situation épidémiologique et déterminera à quelles maladies il s'attaquera et pour quelles maladies il redoublera d'efforts dans ses actions et ses interventions. Par exemple, le Mexique a maintenant éliminé l'onchocercose et le trachome, mais fait encore face à des défis concernant le paludisme, la lèpre, la rage humaine par morsure de chien, la maladie de Chagas, la tuberculose et la cysticercose. Il est important de noter que ce ne sont pas toutes ces maladies qui sont présentes dans tous les pays et tous les territoires, et qu'il ne sera donc pas nécessaire de travailler dans tous les pays sur chacune d'entre elles. Schneider et coll. (2011) ont cartographié la présence de plusieurs MIN dans la Région, et le personnel de l'OPS a ensuite publié des études propres aux distributions actuelles de la leishmaniose, des géohelminthiases, de la schistosomiase, de la rage, du paludisme et de la fièvre jaune.

**RAGE HUMAINE (transmise par le chien).** Les efforts remarquables déployés ces quatre dernières décennies par les pays d'endémie, l'OPS et d'autres partenaires ont réduit la charge de la rage humaine en Amérique latine de 285 cas en 1970 à 10 cas seulement en 2016 (notifiés seulement au Guatemala et à Haïti). Presque tous les cas de rage humaine étant la conséquence de morsures de chien, l'élimination de la rage canine doit être intégrée aux efforts régionaux d'élimination chez l'homme des décès dus à une rage transmise par le chien. Tant que les zones sensibles où la rage transmise par le chien sévit encore

et que les populations de chiens errants restent importantes, les personnes vivant dans ces zones sensibles resteront à risque (Velasco-Villa et coll. 2017). Des interventions éducatives sur la manière d'éviter les morsures de chien et les mesures à prendre en cas de morsure (c'est-à-dire, recourir immédiatement à une prophylaxie post-exposition auprès d'un prestataire de soins de santé) sont essentielles et doivent être intégrées à toutes les campagnes de vaccination canine.

**INFECTION À VIH/SIDA.** On estime à deux millions le nombre de personnes porteuses du VIH en Amérique latine et aux Caraïbes, qui ont le taux de couverture le plus élevé au monde en matière de traitement antirétroviral dans les milieux de revenus faibles à intermédiaires (55% en 2015). Ce taux de couverture a permis une réduction de 25% des décès liés au sida depuis 2010, mais il est insuffisant pour infléchir les occurrences continues de nouvelles infections. Depuis 2008, selon les estimations, surviennent chaque année dans la Région 100 000 nouvelles infections à VIH, dont 64% concernent des populations clés et leurs contacts sexuels. Les pays « champions » de la Région, comme le Brésil, ont été rapides à mettre en œuvre la recommandation de « traitement pour tous » de l'OMS, qui diminuera les lacunes de la prise en charge thérapeutique et contribuera à une réduction du taux de nouvelles infections. De plus, les pays progressent dans l'adoption d'une approche de « prévention combinée » et dans la mise en œuvre d'interventions de prévention d'ampleur modulable ciblant les populations clés. En tant que tel, le renforcement du travail intersectoriel pour dépasser les obstacles structurels pénalisant l'accès des populations clés aux services sanitaires et à une prestation suivie des soins, y compris les obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination, reste un défi dans la perspective d'une élimination réussie d'ici à 2030.

**VIH ET TME.** L'un des plus grands succès de santé publique, au plan mondial et en particulier dans les Amériques, a été l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions visant à prévenir la TME de l'infection à VIH. La couverture par traitement antirétroviral chez les femmes

enceintes vivant avec le VIH a augmenté de 55% en 2010 à 88% en 2015, tandis que le taux estimé de TME a décliné de 15% en 2010 à 8% en 2015. Le taux de nouvelles infections à VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) a diminué de 55% entre 2010 et 2015, passant de 4700 cas en 2010 à 2100 cas en 2015, et on estime que 28 000 nouvelles infections au VIH ont été évitées sur cette période. Cependant, pour parvenir au taux cible de 2% de TME, et le maintenir, les services de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et génésique, et l'accès à ces services, nécessitent d'être renforcés pour la prise en charge des adolescents et des adultes en situation de vulnérabilité.

**VHB.** Dans les Amériques, plus de 125 000 décès sont, chaque année, associés à une hépatite virale, dont 99% sont dus aux virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. On estime également que 2,8 millions de personnes vivent avec une hépatite B, dont 2,1 millions en Amérique latine et aux Caraïbes. Environ 88 000 nouveaux cas d'infection par l'hépatite B étaient attendus dans la Région en 2016, ainsi que 10 000 nouveaux cas d'hépatite B chronique (dont 56% étaient transmises de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement). La vaccination au cours des 24 premières heures de vie prévient la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant. Près de 21 pays et territoires des Amériques recommandent, de manière universelle, la vaccination contre l'hépatite B des nouveau-nés, et 15 pays et territoires recommandent de vacciner les enfants nés de mères présentant la maladie. La morbidité et la mortalité de l'hépatite virale sont la conséquence d'une affection chronique par le virus de l'hépatite B ou celui de l'hépatite C (voire de l'hépatite D), évoluant en cirrhose, éventuellement en cancer du foie. L'hépatite virale est responsable d'environ 80% de la charge du cancer du foie au niveau mondial. Si l'interruption de la transmission empêche la survenue de nouvelles infections, le traitement par des antiviraux ralentit la progression de l'atteinte hépatique et sauve des vies en prévenant une cirrhose, voire un cancer du foie. En 2013, on estimait à 125 700 le nombre de décès dus à une hépatite virale dans la Région, dont 80% étaient le fait du VHC. Cela correspondait à une augmentation de 134% depuis 1990. En 2015, les États Membres de l'OPS ont approuvé le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales, afin d'orienter les interventions régionales et de pays visant l'élimination et la lutte contre ces infections. Ce plan était aligné sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale (approuvée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2016), qui comportait comme objectif l'élimination de l'hépatite virale en tant que menace de santé publique d'ici à 2030.

**ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE.** La fièvre jaune est endémique dans quatorze pays de la Région, mais seuls cinq ont notifié des cas de fièvre jaune sur la période 2011-2016. Entre 2010 et 2016, un total de 269 cas confirmés a été notifié. En dépit de la présence répandue et quelquefois très dense de populations d'*Aedes aegypti* dans de nombreuses villes, grandes et petites, d'Amérique latine, des Caraïbes et de certaines parties des États-Unis d'Amérique, la fièvre jaune urbaine a été considérée pendant des décennies comme étant éliminée des Amériques. La Région a été épargnée par les flambées de fièvre jaune urbaine jusqu'en 2008, année où le Paraguay (avec l'appui de l'OPS) a mis fin à une flambée locale de fièvre jaune urbaine dans une population non vaccinée de San Lorenzo, un faubourg d'Asunción. Cette flambée ayant pris fin, la Région est de nouveau considérée comme exempte de fièvre jaune urbaine typique. Cependant, des épizooties urbaines continues de fièvre jaune dans certaines villes de la côte centrale du Brésil ont débuté en décembre 2016, qui étaient, au 17 mars 2017, associées à 448 cas humains et 144 décès. Dans ce cas précis, le vecteur en cause pourrait être une espèce de moustique du couvert forestier, et non *Ae. Aegypti*, ce qui fait bien ressortir la nécessité incontournable d'éviter les débordements épizootiques du virus dans les populations domestiques d'*Ae. aegypti* et d'éliminer la menace de la fièvre jaune transmise par *Ae. aegypti* dans les zones urbaines des Amériques. Une surveillance active de la fièvre jaune, la vaccination des populations à risque élevé, et une lutte soutenue et continue contre *Ae. Aegypti* sont nécessaires pour réduire à zéro le risque de transmission dans les zones urbaines. Tout récemment, l'OPS et ses collaborateurs ont publié une nouvelle évaluation des caractéristiques géographiques et des facteurs environnementaux associés à la présence de fièvre jaune humaine dans les Amériques (voir Hamrick et coll. 2017).

**CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.** Chaque année dans les Amériques, 72 000 femmes environ reçoivent le diagnostic de cancer du col de l'utérus, pour lequel presque tous les décès sont consécutifs à une infection par certains types du virus du papillome humain (VPH), une infection sexuellement transmissible. Plus de 34 000 femmes en moyenne sont mortes d'un cancer du col de l'utérus, et ce cancer figure parmi les principales causes de décès par cancer chez les femmes dans 23 pays de notre Région. Cependant, le cancer du col de l'utérus peut être prévenu par la vaccination anti-VPH, ainsi que par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Le vaccin anti-VPH est recommandé chez les filles de 9 à 14 ans et, depuis 2018, il est offert dans 35 pays de la Région. Néanmoins, dans la majorité des pays, le taux de

couverture par les deux doses recommandées de vaccin anti-VPH n'atteint pas 80% de la population cible. Le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui peut sauver des vies quand il est associé à un traitement, est principalement recommandé chez les femmes de 30 à 49 ans et l'on estime à 32 millions le nombre de femmes de la Région qui y sont admissibles.

En ce qui concerne l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région, la cible régionale est de diminuer le nombre de nouveaux cas (incidence) et de réduire le nombre de décès d'au moins un tiers d'ici à 2030. Cette cible peut être atteinte par la prévention primaire, y compris la diffusion de l'information, l'éducation et la vaccination anti-VPH qui doit être administrée en sus d'un dépistage amélioré du cancer du col de l'utérus et du traitement des lésions précancéreuses, ainsi que du renforcement de l'accès au diagnostic de ce cancer et à son traitement, mais aussi à la réadaptation et aux soins palliatifs.

**MALADIES INFECTIEUSES NÉGLIGÉES.** En 2016, les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé le Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022, qui traite de la surveillance, de la gestion, du contrôle et de l'élimination d'un groupe de 13 maladies : la maladie de Chagas, l'échinococcose kystique/l'hydatidose, la fasciolose, la peste humaine, la leishmaniose, la lèpre (maladie de Hansen), la filariose lymphatique, l'onchocercose, la rage transmise par le chien, la schistosomiase, les géohelminthiases, la téniaise/la cysticercose et le trachome. Ce plan sur six ans offre six axes d'intervention pour réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité, combattre la stigmatisation et accélérer les efforts d'élimination de ces MIN en tant que problèmes de santé publique, tout en les éliminant complètement quand cela est possible. Il comporte des approches multipathologies incluant d'autres maladies, et des actions intersectorielles pour atteindre les cibles établies. Plusieurs de ces MIN, ainsi que d'autres MT, sont discutées plus en détail ci-dessous.

**MALADIE DE CHAGAS.** La maladie de Chagas est la plus courante de toutes les maladies infectieuses négligées dans les Amériques. L'infection touche généralement les zones périurbaines et rurales les plus pauvres d'Amérique latine et des Caraïbes, où 80% des cas sont dus à des insectes qui transmettent la maladie. Cependant, la migration vers des zones urbaines et la transmission congénitale modifient peu à peu cette épidémiologie. La transmission survient principalement lors de morsures contaminantes du vecteur de la maladie, une punaise domi-

ciliaire appelée triatome, mais aussi lors de transfusions sanguines (et de transplantations d'organes), lors d'une TME, ou encore par transmission orale due à des boissons et des aliments contaminés. La maladie est endémique dans 21 pays des Amériques. À l'heure actuelle, 70 millions de personnes environ vivent dans des zones d'endémie et risquent de contracter cette infection. Celle-ci touche près de 6 millions de personnes et, chaque année, environ 30 000 nouveaux cas résultant d'une transmission vectorielle sont notifiés. On estime que 1,1 million de femmes en âge de procréer sont infectées et que de 8 000 à 15 000 nouveau-nés sont infectés chaque année au cours de la grossesse (infection congénitale). Outre les améliorations concernant les domiciles (qui nécessitent cependant l'accès à des capitaux et à d'autres ressources), la surveillance des vecteurs, la lutte contre les vecteurs domestiques par des pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent et l'innocuité du sang sont les principales interventions visant à éliminer cette transmission. L'éducation familiale concernant la sécurité alimentaire et les inspections sanitaires des établissements offrant des services alimentaires contribueront à prévenir la transmission orale. Les femmes enceintes devront faire l'objet d'un dépistage vis-à-vis de cette maladie et être traitées selon les directives de l'OPS. Celles concernant la prise en charge clinique et le traitement de la maladie de Chagas dans les Amériques sont en cours d'élaboration dans le cadre du programme de l'OPS visant la maladie de Chagas, lequel, dans l'intervalle, recommande que toutes les personnes porteuses d'une infection active ou d'une infection chronique inactive reçoivent certains médicaments contre la maladie, et ce à presque toutes les étapes de la vie (mais pas les femmes enceintes). Les bébés de mères infectées doivent faire l'objet d'un dépistage et, en cas d'infection, être traités avec les formules pédiatriques de ces médicaments visant la maladie de Chagas. La nouvelle stratégie de l'OPS *Élimination de la transmission mère-enfant (ETME) Plus* inclut l'élimination de la TME de la maladie de Chagas. Enfin, une étude pilote récente réalisée dans une zone rurale du Guatemala a fait la preuve du succès d'une stratégie de dépistage néonatal communautaire dans le premier mois de vie des nouveau-nés (Pennington et coll. 2017).

**PALUDISME.** Le paludisme est dû aux parasites *P. falciparum* et *P. vivax*. Entre 2000 et 2015, le nombre de cas de paludisme dans les Amériques a diminué de 62%, passant d'environ 1,18 million de cas à 451 242 cas. Les décès dus au paludisme ont décliné, sur cette même période, de 410 à 98, faisant la preuve que l'élimination régionale du paludisme est réellement à portée de main. L'OMS définit l'élimination du paludisme comme « l'interrup-



Les femmes enceintes bénéficient d'une attention particulière pour prévenir la transmission du VIH et de la syphilis congénitale de la mère à l'enfant à Cuba.

tion de la transmission locale d'une espèce parasitaire spécifiée du paludisme dans une zone géographique définie. Des mesures continues sont nécessaires afin d'éviter le rétablissement de la transmission ». Les pays qui sont parvenus à zéro cas local de paludisme durant au minimum trois années consécutives sont habilités à postuler pour la certification par l'OMS de l'élimination du paludisme. Actuellement, 18 (sur 21) pays des Amériques dans lesquels le paludisme est endémique expriment un engagement officiel à éliminer cette maladie, dans le cadre d'initiatives récentes comme Malaria Zero Alliance qui cible l'élimination du paludisme sur l'île Hispaniola, que se partagent Haïti et la République dominicaine. L'Argentine et le Paraguay ont obtenu la certification de l'élimination du paludisme (2019) et on s'attend à ce que treize autres pays suivent dans les années proches. Les autres pays cependant sont toujours confrontés à des défis difficiles. En septembre 2016, le Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD55.R7, un Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020, qui comporte les cinq axes stratégiques d'interventions suivants pour orienter les efforts régionaux : 1) accès universel à des interventions de prévention du paludisme, à un contrôle intégré des vecteurs et au diagnostic et traitement du paludisme de bonne qualité, 2) surveillance renforcée du paludisme tendant à des processus décisionnels et des réponses basées sur des données probantes, 3) renforcement des systèmes de santé, de la planification stratégique, de la surveillance et évaluation et de la recherche opérationnelle des capacités au niveau des pays, 4) sensibilisation, communications, partenariats et collaborations stratégiques et 5) efforts ciblés et approches adaptées pour faciliter l'élimination du paludisme et prévenir la réintroduction dans les zones exemptes de paludisme. L'OMS a également publié, en avril 2017, son *Cadre pour l'élimination du paludisme*, actuellement en cours d'adaptation pour les Amériques, et son Plan d'action.

**LEISHMANIOSE CUTANÉE ET CUTANÉOMUQUEUSE.** La leishmaniose cutanée et cutanéomuqueuse est endémique dans 18 pays de la Région, dont 17 ont notifié des cas à l'OPS/OMS entre 2001 et 2015, pour un total de 845 775 cas notifiés, soit une moyenne de 54 742 cas par an (OPS 2017a). Dans les Amériques, la transmission, la prévention et le traitement de la leishmaniose sont complexes. Le nouveau Plan d'action de l'OPS pour la surveillance et la lutte contre les leishmanioses (y compris les formes cutanées/cutanéomuqueuses) offre des objectifs et des indicateurs pour la surveillance, le diagnostic, le traitement et la lutte contre les vecteurs des leishmanioses (OPS 2017a), de même que le Plan d'action de l'OPS pour l'élimination des maladies infectieuses négli-

gées et activités après la phase d'élimination 2016-2022.

**LEISHMANIOSE VISCÉRALE.** Au cours de la période 2001-2015, 52 176 cas de leishmaniose viscérale ont été enregistrés par l'OPS/OMS, qui se distribuaient sur 12 pays de la Région. Bien que 96 % de ces cas (50 176) aient été notifiés par le Brésil, il était observé depuis 2001 une augmentation du nombre de cas notifiés en Argentine et au Paraguay. En 2015, 3 456 cas ont été enregistrés par l'OPS/OMS, dont 257 (7,4 %) étaient des co-infections leishmaniose viscérale/infection à VIH. La proportion de co-infections est restée inchangée de 2012 à 2015, avec une moyenne annuelle de 7 %. En 2015 ont également été notifiés à l'OPS/OMS 268 décès soit un taux de létalité de 7,7 %, semblable à la moyenne annuelle des quatre dernières années (6,9 %) (OPS 2017a). Pour les formes cutanées/cutanéomuqueuses, le nouveau Plan d'action OPS pour la surveillance et la lutte contre les leishmanioses (OPS 2017a) offre aussi des objectifs et des indicateurs de surveillance, de diagnostic, de traitement, et de lutte contre les vecteurs et les réservoirs pour la forme viscérale ; il envisage également le problème de la co-infection leishmaniose viscérale/infection à VIH.

**SCHISTOSOMIASE à *S. mansoni*.** En 2015, on a estimé qu'environ 1,6 million d'enfants nécessitaient un traitement contre la schistosomiase dans la Région, principalement au Brésil et au Venezuela, et des programmes de traitement actif sont en cours dans ces deux pays, où les principaux défis subsistent. Deux pays de la région (Antigua et la République dominicaine), ainsi que deux départements français d'outre-mer de la Guadeloupe et de la Martinique, le territoire britannique d'outre-mer de Montserrat et le Commonwealth des États-Unis de Porto Rico, ont pu éliminer la transmission de la schistosomiase. Une enquête épidémiologique récemment réalisée sous la direction de l'OPS à Sainte-Lucie, et finalisée en 2017, n'a pas trouvé de données factuelles en faveur d'une transmission de la schistosomiase. Des évaluations plus approfondies sont nécessaires au Suriname, bien que celui-ci puisse être proche d'éliminer cette transmission. Une détection active des cas et leur cartographie, une chimiothérapie préventive ciblée avec des médicaments reçus en dons et délivrés par le système de soins primaires, une éducation de la santé, la fourniture d'un assainissement de base et d'une eau potable, et l'amélioration de l'hygiène sont les piliers de la lutte contre la schistosomiase et de son élimination dans la Région, parallèlement à la gestion environnementale de la lutte contre le gastéropode hôte.

**GÉOHELMINTHIASES.** En 2016, dans les Amériques, 43,9 millions d'enfants âgés de 1 à



14 ans et vivant dans 24 pays sont toujours à risque de morbidité (rachitisme, anémie) relative à une géohelminthiase. Environ 7,95 millions d'enfants d'âge préscolaire ont été traités par AMM en 2016 dans la Région, dont 36% au total nécessitaient un traitement, ainsi que 31,4 millions d'enfants d'âge scolaire, dont 26,3 millions nécessitaient un traitement et l'ont effectivement reçu. Comme pour la schistosomiase, une surveillance active et une cartographie des cas, une chimiothérapie préventive ciblée avec des médicaments reçus en dons (pour les enfants), une éducation sanitaire et la fourniture d'un assainissement de base, l'amélioration de l'habitat, la fourniture d'une eau potable et l'amélioration de l'hygiène sont les interventions principales pour lutter contre ces infections liées à un vers intestinal et prévenir les décès par ascarirose évoluée. La lutte contre les géohelminthiases et leur élimination sont ainsi liées à l'application des normes concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).

**ONCHOCERCOSE.** Sur les six pays d'endémie initiale et les 13 foyers d'onchocercose humaine (cécité des rivières), 11 foyers ont éliminé en 2017 la transmission de cette maladie (et quatre pays vérifiés par l'OMS fin 2016 étaient exempts de transmission et de morbidité oculaire), et il ne subsiste actuellement que deux foyers, où le niveau de transmission est faible. En 2016, environ 21 000 personnes ont été traitées sur les 29 000 personnes environ qui nécessitaient un traitement ; tous ces patients habitaient dans la zone autochtone Yanomami, dans les deux foyers voisins à la frontière entre le Brésil et le Venezuela. Le renforcement de la coopération entre le Brésil et le Venezuela dans les zones frontalières constitue ainsi un élément clé pour intensifier les efforts d'élimination régionale. La surveillance entomologique active (potentiel infectant du vecteur), la chimiothérapie préventive par AMM deux à quatre fois par an avec des médicaments reçus en dons, et l'éducation sanitaire constituent les clés reconnues de l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques. Partenaire de l'OPS, le Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques a établi un processus formel de surveillance et d'actions à mener après l'élimination de l'onchocercose dans la Région, dont la surveillance est assurée par l'OPS.

**FILARIOSE LYMPHATIQUE.** En 2016, environ 7,8 millions de personnes vivant dans quatre pays des Amériques ont nécessité une chimiothérapie préventive pour une filariose lymphatique, principalement dans des zones d'Haïti, mais également au Guyana et dans un foyer d'endémie de la République dominicaine. Cette même année dans la Région, environ 4,1 millions de personnes admis-

sibles ont été traitées. En 2017, la transmission avait été éliminée dans plusieurs États du Brésil et dans presque toute la zone métropolitaine de Recife. Le Guyana a repris la chimiothérapie préventive par AMM. Comme pour l'onchocercose, l'éducation sanitaire et l'AMM une fois par an en utilisant des médicaments reçus en dons sont les clefs démontrées de l'élimination de la transmission de la filariose lymphatique dans la Région. Ces interventions doivent (mais ne le sont pas toujours aujourd'hui) être accompagnées d'une surveillance active des cas de lymphoœdème-éléphantiasis, d'hydrocèle et de dermatolymphangioadénite aiguë, ainsi que d'un accès à un traitement continu pour tous ceux qui souffrent de ces trois manifestations de la maladie (c.-à-d., gestion de la morbidité et prévention de l'incapacité). Des enquêtes d'évaluation de la transmission normalisées et périodiques sont utilisées pour offrir des étapes de vérification d'interruption de la transmission. De manière concomitante, des améliorations de base en matière d'assainissement, de drainage et de gestion des déchets solides viennent compléter les actions liées au programme WASH visant le vecteur de la filariose lymphatique, ce qui réduit également les expositions à certaines autres MT. Les enseignements tirés de l'élaboration de l'argumentaire d'investissement pour l'éradication de la filariose lymphatique (et non seulement son élimination) sont décrits par Kastner et coll. (2016) ; ce travail conclut que l'élargissement de la couverture par AMM à toutes les communautés d'endémie procure immédiatement les résultats les plus favorables à la progression vers l'élimination et ouvre la voie à une possible éradication (dans la mesure où il n'existe pas de réservoir animal pour la forme humaine de la maladie).

**CYSTICERCOSE.** À côté de cas importés et de quelques cas acquis localement notifiés aux États-Unis d'Amérique, la cysticercose à *T. solium* affecte principalement la santé et les moyens d'existence de populations rurales en Amérique latine et aux Caraïbes. En fait, outre qu'elle mène à l'épilepsie et au décès chez l'homme, la cysticercose rend également le porc impropre à la consommation et diminue de ce fait sa valeur commerciale. Bern et coll. (1999) ont estimé, sur la base de taux moyens de prévalence compris entre 6 et 10 % dans les zones d'endémie, qu'il existe entre 23 500 et 39 000 cas de neurocysticercose symptomatique au seul Pérou. En Amérique latine, selon les estimations, 75 millions de personnes vivent dans des zones où la cysticercose est endémique, et environ 400 000 présenteraient des symptômes de la maladie. La cysticercose contribue de manière importante aux maladies neurologiques au Pérou et dans tous les pays d'Amérique latine. En 1993, elle a été identifiée par l'ITFDE comme pouvant être, théoriquement, contrôlée et

déclarée éradicable sous réserve de la mise à disposition de nouveaux outils. De nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques, et de nouvelles interventions, sont maintenant offerts pour rendre réalisable l'élimination de la transmission de *T. solium* (et donc de la cysticercose) et la prévention des décès par cysticercose et neurocysticercose dans les Amériques. Les interventions principales pour interrompre la transmission et réduire, directement ou indirectement, le nombre de cas de neurocysticercose (se manifestant sous la forme d'une épilepsie) sont les suivantes : accès au traitement, surveillance, cartographie, identification et traitement des cas de taenia, éducation sanitaire, amélioration de l'assainissement et de l'accès à l'eau potable, amélioration des élevages de porcs, traitement anthelminthique (et même vaccination) des porcs, amélioration de l'inspection de la viande et de la transformation des produits carnés. Se reporter à Okello et Thomas (2017) pour un examen récent de la documentation.

**FASCIULOSE.** En Amérique latine, et principalement dans deux pays de la sous-région andine des hauts plateaux, on estime que 250 000 personnes vivant dans des communautés autochtones sont à risque de fasciolose à *Fasciola hepatica*, une zoonose parasitaire souvent mortelle si elle n'est pas traitée. L'OPS/OMS et la Bolivie ont prouvé, chez des enfants d'âge scolaire, l'intérêt des principes d'innocuité et d'efficacité d'une chimiothérapie préventive par AMM annuelle avec des médicaments reçus en dons, sous la forme d'une réduction des taux d'œufs du parasite et de la proportion des affections de gravité élevée (Villegas et coll. 2012). Une campagne subséquente dans le département de La Paz a entraîné une chute de la prévalence de la maladie, qui est passée de 17% en 1997 à 2% en 2013 (OPS 2016), indiquant par là même le potentiel de réduire cette prévalence à zéro. Une chimiothérapie préventive régulière avec les médicaments indiqués reçus en dons et une éducation sanitaire peuvent prévenir le décès chez les enfants et les adultes. L'éducation peut cibler la préparation sans risque des aliments (légumes et plantes d'eau douce) et la localisation de sources d'eau potable, qui peuvent jouer un rôle supplémentaire dans la prévention de l'infection. Dans l'approche « Un monde, une santé », il est obligatoire de lutter contre la fasciolose chez le bétail domestique, car cela peut contribuer à réduire sa transmission à l'homme, et de surveiller cette infection chez l'animal hôte.

**TRACHOME.** En 2016, on estimait que 5,2 millions de personnes réparties sur trois pays des Amériques nécessitaient une chimiothérapie préventive pour un trachome (données du Bulletin épidémiologique hebdomadaire

de l'OMS, no 40, 6 octobre 2017). En 2016, l'élimination du trachome au Mexique a été validée par l'OMS, tandis que le Guatemala démarre ce processus et que la Colombie et le Brésil poursuivent la cartographie des cas et l'élargissement des traitements médicamenteux et de la chirurgie oculaire. Cependant, le Pérou a récemment constaté des cas de trachome dans la zone frontalière avec la Colombie. La possibilité de conditions favorables au trachome dans d'autres pays de la Région doit encore être explorée, des données factuelles étant actuellement colligées pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. Les stratégies clés pour éliminer le trachome et prévenir la cécité sont évidentes dans la stratégie SAFE (chirurgie, antibiothérapie, nettoyage du visage et amélioration de l'environnement) et elles incluent, au moins une fois, une chimiothérapie préventive par administration massive de médicaments reçus en dons, la chirurgie oculaire du trichiasis trachomateux selon les indications cliniques et, en matière de prévention primaire, la fourniture d'eau potable et d'un assainissement, une éducation sanitaire dans les communautés pour améliorer l'hygiène (particulièrement le lavage du visage et celui des mains) et des améliorations de l'environnement.

**LÈPRE.** En 2016, les Amériques ont enregistré environ 19 384 nouveaux cas de lèpre répartis sur six pays, principalement le Brésil. L'objectif d'élimination régionale d'un seul cas pour 10 000 habitants est visé par l'ensemble des principales divisions administratives de chacun des pays. Tous les pays, sauf le Brésil, ont rempli cet objectif au niveau national, mais le Brésil est très proche d'y parvenir. Les pays visent également le second objectif d'avoir moins d'un seul cas par million de nouveaux cas présentant une incapacité de grade 2 d'ici à 2020 ; en 2016, le Brésil n'a notifié que 1736 cas de ce type sur une population d'environ 209 millions de personnes. Les stratégies clés d'élimination de la lèpre et de la prévention de l'incapacité dans la Région incluent une détection précoce et active des cas (en particulier chez les enfants), la recherche et le traitement des contacts, la détection précoce des cas, le diagnostic et l'utilisation d'associations médicamenteuses personnalisées, la gestion de la morbidité (rééducation) et la prévention de l'incapacité - toutes interventions réalisées dans le cadre d'une offre de services intégrés dédiés à la lèpre au niveau du système de SSP, ce qui est loin d'être opérationnel, encore moins d'être parfait. Là encore, l'éducation sanitaire est un élément clé pour créer une prise de conscience quant à la maladie et à la possibilité de sa guérison, un autre objectif étant de combattre la stigmatisation sociale que vivent les patients concernés et leurs familles, et d'y mettre fin. L'élimination de la lèpre est maintenant orientée par la Stratégie

mondiale de l'OMS de lutte contre la lèpre 2016-2020, publiée en 2016.

**SYPHILIS.** En arrière-plan de la situation de la TME de la syphilis congénitale dans les Amériques (discutée plus loin), l'OMS a estimé, en 2012, à environ 2 millions le nombre d'adolescents et d'adultes atteints d'une affection syphilitique dans les Amériques, et à presque 1 million le nombre de nouveaux patients infectés chaque année dans la Région. Tandis que la charge de la syphilis présente de grandes variations d'un pays à l'autre des Amériques, des groupes spécifiques de populations sont affectés de manière disproportionnée par cette maladie. Par exemple, tandis que la séroprévalence de la population générale de la Région est estimée à 0,4%, la séroprévalence médiane parmi les travailleuses du sexe est de 2,3%, et elle atteint 10,3% chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Bien qu'il soit difficile de trouver des données actualisées, Kitayama et coll. (2017) ont récemment publié leur protocole pour un examen systématique de la documentation concernant la prévalence de la syphilis et son incidence dans quatre groupes à risque élevé sur la période 1980-2016, ce qui offrirait ainsi un tableau actualisé de la syphilis dans les Amériques. Dans le cadre de la réalisation et du maintien des cibles régionales et mondiales 2030, la réduction d'incidence de l'infection syphilitique reste un défi majeur pour la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Pour relever ce défi, les États Membres de l'OPS ont approuvé en 2016 le Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. L'OPS appuie le déroulement de ce plan au niveau national par une coopération technique avec les pays et des réunions infrarégionales avec les responsables des programmes concernant les infections sexuellement transmissibles.

**SYPHILIS CONGÉNITALE ET TME.** En 2015, l'OPS a estimé à 22 800 le nombre de cas de syphilis congénitale dans la Région des Amériques et à 1,7 le nombre de cas pour 1000 naissances vivantes, soit une tendance à la hausse de l'un et l'autre de ces chiffres. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes examinées au moins une fois en consultation prénatale s'est accru de six points de pourcentage depuis 2011, atteignant ainsi 83% en 2015, tandis que la couverture thérapeutique de la syphilis a stagné depuis 2011, avec un taux estimé de 84% en 2015. L'adoption et la mise en œuvre de politiques clés montrent le fort engagement politique en matière d'élimination de la TME de l'infection à VIH et de la syphilis depuis l'approbation de la stratégie ETME par les États Membres de l'OPS en 2010. Cependant, la concrétisation de cet engagement politique national a été plus dif-

ficile et plus complexe pour l'élimination de la syphilis congénitale que pour celle de l'infection à VIH. Tandis que, dans la Région, les taux de couverture de l'ensemble des soins anténatals sont élevés, le manque d'accès ou un accès tardif aux soins, et la médiocre qualité des soins anténatals concernent encore, selon les estimations, 14% des femmes enceintes d'Amérique latine et des Caraïbes. Si l'on envisage les progrès réalisés, mais aussi les lacunes de la Région dans la perspective d'un objectif d'élimination, il est encore nécessaire de déployer une riposte renforcée, focalisée, intersectorielle et plus efficace, qui intègre des innovations fondées sur des données factuelles. Une deuxième phase de la stratégie d'élimination régionale, la phase ETME Plus, a été lancée pour garantir l'élimination réussie des TME de l'infection à VIH et de la syphilis, mais aussi des TME d'autres infections et maladies, comme la maladie de Chagas et l'hépatite B périnatale.

**PIAN.** Le pian (infection par le spirochète bactérien *Treponema pallidum* ssp. *pertenue*) est considéré par l'OPS comme étant éliminé dans les Amériques, les derniers cas notifiés (et traités) étant survenus sur la côte de l'Équateur dans les années 1990 (Solomon et coll. 2015). Cependant, dans le cadre du processus OMS de certification d'éradication mondiale d'ici à 2020, une surveillance ou des enquêtes peuvent devenir nécessaires lors de cette décennie, dans le cadre de la préparation d'un dossier régional faisant la preuve de son éradication au niveau de l'hémisphère. Étant donné que le trachome et le pian sont connus pour survenir dans les mêmes populations isolées et souvent très marginalisées, la surveillance et les enquêtes pourraient être combinées (voir Solomon et coll. 2015) et conduites dans le cadre du système de SSP.

**TUBERCULOSE (*M. tuberculosis*).** En 2015, les Amériques ont été la première Région à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de tuberculose (p. ex., interrompre l'incidence croissante des cas de tuberculose et commencer à renverser la tendance, diminuer de moitié la prévalence et la mortalité comparativement aux niveaux des années 90). Le premier objectif des pays d'Amérique latine et des Caraïbes est d'atteindre une faible incidence de cas de tuberculose (définie comme < 10 cas pour 100 000) tout en visant l'élimination de cette maladie. L'OPS (2017b) note un total de 218 700 cas de tuberculose diagnostiqués et notifiés en 2015, pour une incidence de 22,1 cas pour 100 000, tandis que l'incidence globale de la période 2000-2015 a décliné d'une moyenne de 1,8% par an. D'un autre côté, il y avait dans la Région 4508 cas de tuberculose multirésistante en 2015. Une mesure indépendante a permis à l'OMS d'estimer

que 268 500 cas de tuberculose étaient encore survenus dans la Région en 2015 (taux d'incidence de 27,1 cas pour 100 000), parmi lesquels les 218 700 cas notifiés. Plus de la moitié des cas incidents était concentrée sur quatre pays : Brésil, Haïti, Mexique et Pérou. Le taux de mortalité était de 1,9 % pour 100 000 avec 19 000 décès estimés (excluant les décès par co-infection TB/VIH). Quelque 12 % des cas de tuberculose étaient également infectés par le VIH (une co-infection par le VIH est l'un des plus grands facteurs de risque pour le développement d'une tuberculose et un décès dû à cette maladie). Ces défis importants constituent une réalité et ils ont été reconnus quand les États Membres de l'OPS ont approuvé en 2015 un [Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose](#). Ce plan d'action s'appuie sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose élaborée par l'OMS en 2015, qui comporte des cibles de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose pour 2030. Il appuie le cadre d'action de l'OMS qui, avec ses huit interventions prioritaires, se place dans la perspective d'une élimination de la tuberculose dans les pays où l'incidence est faible. C'est à partir de ce cadre que l'OPS a appuyé l'élaboration de la *Hoja de Ruta para la Eliminación de la Tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe 2016-2025* [Feuille de route pour l'élimination de la tuberculose en Amérique latine et dans les Caraïbes] par l'*Asociación Latinoamericana del Tórax* [Association latinoaméricaine du thorax], qui inclut huit composantes, ainsi que des interventions spécifiques et des indicateurs, pour poursuivre l'élimination de la tuberculose dans la Région (Rendon et coll. 2016). Cinq pays de la Région sont considérés par l'OPS comme étant en voie d'atteindre bientôt l'élimination : Canada, Chili, Costa Rica, Cuba et États-Unis d'Amérique. Les autres, comme certains pays des Caraïbes, suivront très probablement. Une lutte efficace contre la tuberculose doit comporter une collaboration interprogrammatique avec les programmes de lutte contre l'infection à VIH et contre le diabète, et avec d'autres programmes de santé publique, selon les facteurs de risque prédominants dans chaque pays. Il est par ailleurs nécessaire d'opérer une planification et une mise en œuvre soigneuses pour assurer le succès de la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, dont plusieurs utilisent maintenant le cadre spécial à huit composantes de l'initiative de l'OPS pour le [contrôle de la tuberculose dans les grandes villes](#).

**CHOLÉRA.** Au cours de la période 2010-2016, des cas de choléra n'ont été notifiés que dans quatre pays de la Région (Cuba, Haïti, Mexique et République dominicaine). Haïti a notifié environ 179 000 cas et 3390 décès en 2010, et 340 311 cas en 2011, soit le nombre

le plus important dans un pays de la Région. Le choléra se poursuit en Haïti, où il est maintenant considéré comme endémique, avec 36 045 cas notifiés en 2015. Entre le début de la flambée en 2010 en Haïti et la fin de l'année 2013, des cas ont également été notifiés à Cuba (469 cas et 3 décès), au Mexique (203 cas et 1 décès) et en République dominicaine (32 778 cas et 488 décès). Avant 2010, Haïti avait été exempt de choléra pendant plusieurs décennies, et le nombre déclinant de cas et de décès montre le potentiel du pays (tout en respectant l'exemption de la République dominicaine voisine vis-à-vis de cette même maladie) à éliminer une fois de plus le choléra ; un travail d'Ivers (2017) offre des détails sur la manière dont Haïti pourrait explorer cette possibilité. Les piliers de la lutte contre la propagation du choléra et de la prévention des décès sont l'intensification de la surveillance des cas et l'administration de traitements de réhydratation orale pour tous les cas de choléra suspectés ou connus, en parallèle à d'autres interventions sanitaires et médicales, l'éducation concernant la santé et l'hygiène, de même que et la fourniture d'une eau potable en quantités suffisantes et d'un assainissement de base.

**FIÈVRE APHTEUSE.** La fièvre aphteuse est, de manière historique, une maladie dévastatrice, compromettant dans les Amériques la production d'un grand nombre d'animaux biongulés domestiques et affectant particulièrement l'industrie du bétail ; il s'agit rarement d'une zoonose. L'Amérique du Nord, l'Amérique centrale et les Caraïbes sont des territoires exempts de fièvre aphteuse sans l'aide de la vaccination. Depuis 2018, les pays d'Amérique du Sud, le Venezuela excepté, sont maintenant reconnus par l'Organisation mondiale de la santé animale comme étant exempts de fièvre aphteuse, avec ou sans l'aide de la vaccination. Cela représente plus de 334 millions de têtes de bétail protégées de cette maladie en Amérique du Sud. La cible régionale est maintenant l'élimination (dans ce cas, l'éradication régionale) du virus de la fièvre aphteuse dans les troupeaux domestiques et ceux de buffles. Le principal outil mis à disposition dans les Amériques pour lutter contre cette infection, et l'éliminer, est la vaccination de tous les troupeaux domestiques dans les dernières zones où existe un risque de fièvre aphteuse. Le défi essentiel de la Région aujourd'hui est de progresser dans l'élimination du virus de la fièvre aphteuse dans les troupeaux domestiques du Venezuela, et d'appuyer dans ce pays le programme d'élimination fondé sur la vaccination régulière des troupeaux domestiques et de buffles à risque sur une période de temps suffisante pour interrompre la transmission virale, puis de parvenir au statut de pays exempt de fièvre aphteuse sans l'aide de la vaccination. À la suite de l'élimination de ce



Une femme passe un test de dépistage de la maladie de Chagas en Chile

virus, le risque de transmission de la fièvre aphteuse et de sa survenue chez l'humain sera pratiquement nul.

**DÉFÉCATION EN PLEIN AIR.** En 2015, dans la Région, presque 19 millions de personnes – 14 millions à la campagne et 5 millions en ville – pratiquaient encore la défécation en plein air, les plus grands nombres se trouvant à Haïti et en Bolivie. Cependant, certains pays de la Région ont déjà progressé dans la réduction de la défécation en plein air. Par exemple, selon les données de l'OMS et de l'UNICEF, 29% de la population du Mexique rural pratiquaient la défécation en plein air en 2000, mais ce chiffre était réduit à 6% en 2015, tandis qu'à Cuba ces proportions respectives étaient de 5% et 1% et en Uruguay, de 5% et 0,6%. Dans un contexte où l'objectif est de parvenir à l'accès à un assainissement approprié et équitable et à une hygiène pour tous, la cible d'élimination régionale est de mettre un terme à la défécation en plein air d'ici à 2030, en accordant une attention particulière aux femmes et aux filles, ainsi qu'aux personnes en situation de vulnérabilité. Des outils sont mis à disposition pour atteindre cet objectif, qui incluent le développement élargi à tous les foyers des systèmes d'assainissement de base et d'eau potable dirigés par les communautés. Une fois terminé, ce développement protégera des millions de personnes supplémentaires des effets nocifs pour la santé auxquels contribue la défécation en plein air, qui vont des infections accidentelles par des bactéries, des virus ou des parasites entériques, aux répercussions de cette défécation chez les enfants sous la forme d'anémie, de dénutrition, de rachitisme et, à long terme, de déficits cognitifs. Il sera, de la même manière, mis un terme à la stigmatisation et aux menaces physiques auxquelles font face les femmes et les filles lorsqu'elles sont obligées de pratiquer la défécation en plein air.

**COMBUSTIBLES DE CUISSON POLLUANTS ISSUS DE LA BIOMASSE.** L'utilisation de combustibles solides, comme le bois et le charbon, et de kérosène pour cuisiner dans les foyers, produit une pollution aérienne intradomestique, l'un des principaux facteurs de risque environnementaux dans les Amériques, qui concerne quelque 90 millions de personnes et a entraîné en 2016, selon les estimations de l'OPS, 83 000 décès et plus de 2,3 millions de DALY. Globalement, dans 14 des 35 pays de la Région, 10% de la population, voire plus, utilisent encore des combustibles polluants pour la cuisson des aliments. Ce type de pollution est directement associé à un certain nombre d'effets très nocifs pour la santé, et il constitue un danger particulièrement grave pour les femmes enceintes et leurs fœtus. Les combustibles de cuisson polluants issus de la biomasse augmentent chez les enfants le risque d'infections respiratoires basses aiguës comme la pneumonie, chez les adultes le risque de pneumopathie obstructive chronique, de cancer du poumon, de cataracte, de cardiopathie ischémique et d'accidents vasculaires cérébraux, chez tous, jeunes et vieux, le risque d'états incapacitants chroniques comme l'asthme et les pathologies pulmonaires obstructives chroniques et, quelquefois chez les adultes et les personnes âgées, le risque de maladies mortelles comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et le cancer du poumon. Elles contribuent également à l'affaiblissement des systèmes immunitaires de tous, entraînant ainsi une plus grande vulnérabilité à la tuberculose et à l'infection au VIH. Des technologies alternatives, des sources plus propres d'énergie (p. ex., l'électricité) et d'autres combustibles de cuisson (p. ex., du propane liquide) existent, qu'il faut favoriser et mettre à disposition en tant qu'alternatives abordables aux combustibles de cuisson polluants issus de la biomasse, pour mettre un terme à ce problème de santé publique d'ici à 2030.



Vision, objectif et cibles  
de l'élimination intégrée  
des maladies transmissibles

## 5. Vision, objectif et cibles de l'élimination intégrée des maladies transmissibles

Au lieu de pérenniser le statu quo, la vision de ce cadre est de libérer les générations futures de la charge d'un ensemble de MT dans les Amériques, à partir de 2030 au plus tard. L'objectif global est d'éliminer en continu les MT invalidantes d'ici à 2030.

L'objectif d'élimination des MT peut être atteint par des efforts permanents d'élimination en tant que problème de santé publique, et en appliquant une formule élargie « à quatre dimensions » d'élimination des MT, avec une élimination réussie en 2030, voire avant cette échéance :

- Cible absence de transmission : rage humaine transmise par le chien, TME du VIH, TME du VHB, fièvre jaune urbaine réémergente, maladie de Chagas, paludisme (*Plasmodium falciparum* et *Plasmodium vivax*), leishmaniose viscérale dans les zones urbaines, schistosomiase, onchocercose, filariose lymphatique, TME de la syphilis, et pian.
- Cible absence de mortalité : rage humaine transmise par le chien, TME du VIH chez les enfants, TME du VHB, fièvre jaune urbaine réémergente, paludisme à *P. falciparum*, leishmaniose viscérale, schistosomiase, géohelminthiase (ascariodiose), cysticercose à *T. solium*, fasciolose (*F. hepatica*) chez les enfants d'âge scolaire, TME de la syphilis, tuberculose et choléra épidémique.
- Cible absence de morbidité (trois maladies) : géohelminthiase (obstruction intestinale), trachome et filariose lymphatique (crises aiguës, lymphœdème) ;
- Cible absence d'incapacité : TME du VHB (cas cliniques nécessitant une transplantation), leishmaniose cutanée/cutanéomuqueuse, schistosomiase (neuroschistosomiase), onchocercose (cécité), filariose lymphatique (hydrocèle), cysticercose à *T. solium* (neurocysticercose), trachome (cécité) et lèpre.

Des possibilités existent également pour éliminer la fièvre aphteuse chez le bétail et, de la même manière, réduire les effets nocifs pour la santé et pour l'environnement de la défécation en plein air et de la pollution aérienne intradomiciliaire due à l'utilisation pour cuisiner de biocombustibles non efficaces.

Pour chaque maladie, l'OPS utilisera les définitions épidémiologiques et/ou cliniques spécifiques et des indicateurs d'absence de transmission, d'absence de mortalité, d'absence de morbidité et/ou d'absence d'incapacité approuvés par l'OPS ou par l'OMS. Par ailleurs, en travaillant avec des parties prenantes clés, l'OPS créera un nouvel ensemble d'indicateurs programmatiques d'élimination pour les rapports de surveillance et de progression.

La vision, l'objectif et les cibles reflètent le concept de cadre intégré d'élimination des MT. Pour s'attaquer aux quatre dimensions de l'élimination des MT, certains des États Membres et des territoires de la Région devront redoubler d'efforts pour le renforcement, l'élargissement et l'intégration de plusieurs classes d'interventions au cours de différentes étapes du parcours de vie. Le tableau 3 montre à quels niveaux chaque maladie peut être le plus facilement ciblée pour des interventions spécifiques au cours des quatre étapes majeures du parcours de vie : grossesse et période néonatale, enfance et adolescence, adultes actifs, personnes âgées. Les politiques et les plans d'action programmatiques visant l'élimination des maladies pour chaque étape du cycle de vie ou chaque groupe d'âge, et/ou les populations clés (vulnérables) de chaque groupe, peuvent être élaborés au niveau local/national.



MALADIE	ÉTAPE DU PARCOURS DE VIE				COMMENTAIRES
	GROSSESSE ET PÉRIODE NÉONATALE	ENFANCE ET ADOLESCENCE	ADULTE ACTIF	PERSONNE ÂGÉE	
RAGE HUMAINE		✓	✓	✓	Pas de prophylaxie post-exposition au cours de la grossesse
TME du VIH	✓				
TME du VHB	✓	✓	✓		
Mettre fin aux épidémies de FIÈVRE JAUNE		✓	✓	✓	Pas de vaccin au cours de la grossesse
MALADIE DE CHAGAS, y compris TME	✓	✓	✓	✓	
PALUDISME, à <i>P. falciparum</i>	✓	✓	✓	✓	
PALUDISME, à <i>P. vivax</i>	✓	✓	✓	✓	
LEISHMANIOSE CUTANÉE/CUTANÉOMUQUEUSE		✓	✓	✓	Pas de traitement en période néonatale
LEISHMANIOSE VISCÉRALE		✓	✓	✓	Pas de traitement en période néonatale
SCHISTOSOMIASE	✓ Diagnostic seulement	✓	✓	✓	
GÉOHELMINTHIASE	✓ 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres	✓	✓	✓	
ONCHOCERCOSE		✓	✓	✓	
FILARIOSE LYMPHATIQUE	✓	✓	✓	✓	
CYSTICERCOSE à <i>T. solium</i>	✓ Diagnostic seulement	✓	✓	✓	
FASCIIOSE ( <i>F. hepatica</i> )	✓ Tôt lors de la grossesse	✓	✓	✓	
TRACHOME	✓	✓	✓	✓	
LÈPRE	✓ Diagnostic seulement	✓	✓	✓	
SYPHILIS, TME	✓				
PIAN	✓	✓	✓		
TUBERCULOSE	✓	✓	✓	✓	
CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE	✓	✓	✓	✓	



Vaccination contre le Papillomavirus humain au Venezuela

The background is a solid orange color. On the left side, there are two large, white, semi-circular shapes. The top one is a semi-circle with its flat edge on the right. The bottom one is a larger semi-circle, also with its flat edge on the right, partially overlapping the one above it. The text is positioned to the right of these shapes.

Axes d'intervention pour  
l'élimination intégrée des  
maladies transmissibles

## 6. Axes d'intervention pour l'élimination intégrée des maladies transmissibles

L'élimination intégrée des MT peut être abordée à plus grande échelle en planifiant la prestation des services de soins de santé pour des groupes géodémographiques de plus grande taille (tels que ceux vivant dans les zones urbaines, périurbaines ou rurales). Comme le montre le tableau 3, cette élimination peut également être appréhendée dans une perspective de parcours de vie, en précisant des espaces propres aux étapes de ce parcours où peuvent être délivrés des services de santé intégrés qui appuient l'élimination des MT chez les personnes se trouvant à ces étapes respectives de vie, c.-à-d. le domicile, l'école, le site/lieu de travail et les espaces publics (p. ex., marchés communautaires, places et parcs, centres de voisinage et lieux de culte).

**Les actions de santé publique se déroulent donc au niveau du pays et la mise en œuvre des interventions est locale, qu'il s'agisse de zones urbaines, périurbaines ou rurales.**

Les actions de santé publique se déroulent donc au niveau du pays et la mise en œuvre des interventions est locale, qu'il s'agisse de zones urbaines, périurbaines ou rurales. C'est en ce sens que la promotion de la santé, de la sécurité humaine et de la *Santé dans toutes les politiques* est la plus essentielle pour les vies des personnes défavorisées, et là aussi que s'inscrivent des mouvements importants comme *Villes-Santé* et *Espaces-Santé*. Les axes d'intervention du cadre intégré de l'élimination des MT au niveau de pays (soulignés ci-dessous) se complètent mutuellement et définissent conjointement une offre exhaustive d'interventions nécessaires pour prévenir les nouvelles infections, interrompre (ou réduire) la mortalité, interrompre (ou réduire) la morbidité et prévenir ou corriger/réduire au minimum l'incapacité. Leur efficacité ultime et leur capacité à atteindre les cibles d'élimination dépendent de l'engagement et des investissements en termes de ressources des bureaux de pays de l'OPS, des ministères de la Santé (et autres autorités gouvernementales), des partenaires locaux et des partenaires extérieurs au cadre intégré d'élimination des MT. Pour chacun des quatre axes d'intervention, le bureau de pays de l'OPS devra fournir aux pays une coopération technique, tandis que les niveaux centraux du gouvernement et tous les partenaires devront appuyer les interventions au niveau local/municipal. En matière d'interventions au niveau de pays et avec les part-

naires locaux, les propositions suivantes sont formulées :

### **AXE D'INTERVENTION 1: RENFORCER L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LA PRESTATION DES SERVICES**

#### **INTERVENTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU PAYS**

- Accroître la dissémination, aux niveaux local et national, d'informations stratégiques sur l'élimination des MT par l'intermédiaire des services de santé maternelle et infantile, des services dédiés à la famille et au parcours de vie, des services de santé communautaire, des consultations spécialisées et des services de santé environnementale ;
- Entreprendre des ajustements administratifs, opérationnels et structurels des tâches, des calendriers, etc. pour finaliser le programme d'élimination des MT au niveau du pays ;
- Élaborer un programme au niveau du bureau de pays pour appuyer l'objectif institutionnel d'élimination des MT, en collaborant avec les cinq départements techniques du Siège de l'OPS : Maladies transmissibles et déterminants environnementaux de la santé (CDE), Données probantes et renseignements pour l'action sanitaire (EIH), Famille, promotion de la santé et parcours de vie (FPL), Maladies non transmissibles et santé mentale (NMH), Systèmes et services de santé (HSS) ;
- Garantir que les médicaments, les tests diagnostiques et les fournitures sont mis à disposition localement à un prix abordable ;
- Renforcer les services diagnostiques et les services de laboratoire au niveau des soins primaires et aux niveaux plus spécialisés de services ;
- Offrir de la formation et un renforcement des capacités aux personnels de SSP et aux personnels/bénévoles de santé communautaire, sur le fonctionnement de l'intégration au niveau local et au niveau des SSP ;
- Appuyer le ministère de la Santé pour créer des ressources humaines, présen-



Lavage des mains afin de prévenir la transmission des maladies infectieuses en Haïti

ver la rétention des talents et offrir des parcours professionnels au personnel de soins de santé et aux bénévoles appuyant les programmes d'élimination des maladies, du fait en particulier que leur travail peut être terminé une fois la maladie éliminée ;

- Améliorer au niveau local les réseaux nationaux de laboratoire, la qualité de ces laboratoires et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (services de laboratoires cliniques et environnementaux, services de transport et services d'approvisionnement) des médicaments, des trousseaux de tests diagnostiques et autres trousseaux, des insecticides, des tests de laboratoire concernant l'environnement et des fournitures destinées à la surveillance environnementale ;
- Promouvoir et fournir une coopération technique locale au ministère de la Santé pour la prestation de soins de santé intégrés, particulièrement au niveau des SSP, afin de parvenir à l'élimination des MT.

#### OPS/OMS AVEC LES PARTENAIRES

- Fournir à chaque pays et à chaque sous-région une coopération technique, de la formation et une consultation sur le renforcement des systèmes de santé locaux ;
- Poursuivre la recherche d'un soutien supplémentaire de la part des partenaires internationaux pour le renforcement des réseaux nationaux de laboratoire, de la qualité de ces laboratoires et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- Fournir une coopération technique, de la formation et une consultation sur l'amélioration des réseaux nationaux de laboratoire, de la qualité des laboratoires et des normes et pratiques de gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris une assurance et un contrôle de la qualité quand cela est nécessaire ;
- Appuyer les prestations intégrées de soins de santé, particulièrement au niveau des SSP, pour parvenir à l'élimination des MT.

### AXE D'INTERVENTION 2 : CONSOLIDER LES SYSTÈMES STRATÉGIQUES DE SURVEILLANCE ET D'INFORMATIONS SANITAIRES

#### INTERVENTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU PAYS

- Envisager l'élimination des MT à partir des systèmes sanitaires, des services de santé et des programmes existants ;

- Renforcer la surveillance et la cartographie des MT, leur contrôle, leur élimination, leur prévention et leur surveillance après la phase d'élimination au niveau du pays ;
- Entreprendre une cartographie combinée de toutes les maladies et conditions ciblées pour l'élimination, des populations humaines à risque et de leurs caractéristiques clés géographiques et démographiques ;
- Entreprendre une cartographie et réaliser une modélisation des vecteurs et des réservoirs, de la résistance des vecteurs aux insecticides, et des tendances ;
- Établir au niveau de pays des groupes de travail avec le ministère de la Santé, pour élaborer des documents d'orientation sur l'intégration du contrôle, de l'élimination, de la prévention, ainsi que de la surveillance et de l'évaluation au cours de la phase post-élimination, à partir des directives de l'OPS et de l'OMS, des rapports techniques et des orientations données par les groupes consultatifs techniques, de manière à élaborer les normes et les règlements nécessaires (p. ex., l'obligation de notifier certaines maladies, certains états de santé, ainsi que les diagnostics et les traitements).

#### OPS/OMS AVEC LES PARTENAIRES

- Offrir un appui pour l'enrichissement et l'amélioration des banques de données stratégiques ;
- Échanger des informations et des données d'évaluation et de suivi ;
- Offrir une coopération technique, de la formation et une consultation sur les informations sanitaires, sur leur analyse et sur la surveillance environnementale de santé publique ;
- Mobiliser des ressources pour finaliser l'élimination des MT d'ici à 2030.

### AXE D'INTERVENTION 3 : AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

#### INTERVENTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU PAYS

- Par une collaboration intersectorielle du bureau de pays de l'OPS et du ministère de la Santé, agir sur les déterminants sociaux et environnementaux courants de la pauvreté qui pénalisent l'accès aux services sanitaires, la participation sociale, le développement durable et l'équité en santé nécessaires pour parvenir à l'éli-



**L'élimination  
intégrée des MT  
peut être abordée  
à plus grande  
échelle en planifiant  
la prestation  
des services de  
soins de santé  
pour des groupes  
géodémographiques  
de plus grande taille.**



mination des MT ; cette démarche devra envisager des interventions pour, de manière simultanée, atteindre les ODD et s'appuyer sur les initiatives existantes développées pour les programmes *Villes-Santé*, *Municipalités-Santé* et *Espaces-Santé* ;

- Promouvoir, et contribuer à, la mise en œuvre d'une collaboration intersectorielle locale pour améliorer l'accès à une eau potable et à un assainissement, à une élimination des eaux usées, à une gestion des déchets solides, à une amélioration de l'habitat et des élevages d'animaux, toutes interventions nécessaires pour une élimination réussie des MT, pour une élimination de la défécation en plein air et pour un remplacement des biocombustibles de cuisine polluants par des formes plus sûres d'énergie ;
- Appuyer le ministère de la Santé et les autres ministères clés pour le suivi environnemental au niveau de pays ; surveiller les déterminants environnementaux clés des MT ciblées, incluant la déforestation, la croissance périurbaine, la chaleur et la sécheresse (récolte et bétail), les nouvelles installations et les nouvelles routes, les nouveaux barrages et les projets de gestion de l'eau ;
- Promouvoir la participation sociale, et y faire appel, ainsi que la planification et le recensement de la participation locale, pour établir les voies essentielles de l'élimination des MT ;
- Cartographier les ressources au niveau local, comme les écoles, les mairies et les *Villes-Santé/Municipalités-Santé*, pour développer la collaboration intersectorielle et enrichir les enseignements à tirer des communautés locales, afin de progresser rapidement dans l'élimination des MT.

#### OPS/OMS AVEC LES PARTENAIRES

- Travailler à l'appui financier continu et accru de partenaires internationaux, pour une collaboration sectorielle orientée sur une amélioration de l'accès à une eau potable et à un assainissement, sur élimination des eaux usées, sur la gestion des déchets solides, et sur une amélioration de l'habitat et des élevages d'animaux et, d'une manière plus large, orientée sur le programme de développement durable pris dans son ensemble ;
- Fournir une coopération technique coordonnée, de la formation et des consultations sur la collaboration intersectorielle

pour améliorer l'accès à une eau potable et à un assainissement, à une élimination des eaux usées et à une gestion des déchets solides, l'habitat et les élevages d'animaux, ainsi que les sources d'énergie pour cuisiner ;

- Mobiliser des ressources collectives, et autres, pour compléter et finaliser l'élimination des MT d'ici à 2030 ;
- Appuyer les investissements financiers pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les lacunes socio-économiques relatives à la pauvreté et à l'endémisation des MT, ce qui en retour aidera les pays à parvenir à l'équité en santé et aux objectifs de développement durable.

### AXE D'INTERVENTION 4 : RENFORCER LA GOUVERNANCE, L'ENCADREMENT ET LE FINANCEMENT

#### INTERVENTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU PAYS

- Approfondir la confiance et les partenariats avec les gouvernements municipaux et la société civile dans la perspective de l'objectif collectif d'élimination des MT ;
- Faire promouvoir l'approche de la *Santé dans toutes les politiques* par le bureau de pays de l'OPS et le ministère de la Santé, et leur faire utiliser cette approche en matière de gouvernance, d'encadrement et de financement, pour faciliter l'élimination des MT ;

#### OPS/OMS AVEC LES PARTENAIRES

- S'assurer de l'appui continu et accru de partenaires internationaux pour renforcer les gouvernements municipaux, la participation de la société civile et l'engagement des communautés, afin de faciliter l'élimination des MT ;
- Offrir une coopération technique, de la formation et une consultation sur le renforcement des gouvernements municipaux, la participation de la société civile, et l'engagement des communautés envers le développement durable et l'équité en santé, ce qui conduira à l'élimination des MT et à une amélioration des conditions environnementales ;
- Mobiliser des ressources régionales, infrarégionales et locales pour compléter et finaliser l'élimination des MT d'ici à 2030 ;
- Offrir un appui pour établir et développer l'approche de la Santé dans toutes les

politiques en matière de gouvernance, d'encadrement et de financement, pour faciliter l'élimination des MT.

## ACTIVITÉS ET ENSEMBLES DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS APPUYANT LES QUATRE AXES D'INTERVENTION

Pour appuyer le cadre présenté à la figure 1 (dans la section 2 ci-dessus) avec ses quatre axes d'intervention, il existe un éventail commun d'activités et d'ensembles de prestations de services de santé intégrés qui incluent (ou peuvent inclure) les MT ciblées pour l'élimination, et peuvent être appliqués de manière régionale à des étapes choisies du parcours de vie et à différentes échelles : domicile, école, travail, établissements sanitaires, communautés (groupe de maisons, voisinage/village/municipalité).

Lors du processus de contrôle et d'élimination des MT, la personne malade ou sa famille prend contact avec, ou a accès à, un service de soins de santé, que ce service soit délivré à domicile, à l'école ou sur le lieu de travail, ou que la personne se rende à une consultation de soins primaires ou vienne consulter un autre prestataire local de services de santé. C'est ensuite l'examen initial, voire le dépistage, suivi d'un diagnostic (clinique ou de laboratoire), puis d'un traitement à court ou long terme et d'une prise en charge du cas qui comporte, selon les besoins, une orientation et des services de conseil.

Ci-dessous des exemples d'activités et d'ensembles intégrés de services de santé qui appuient l'élimination des MT et sont actuellement utilisés dans certains pays, tandis que d'autres ne sont présentés qu'à titre de suggestions (et non de prescriptions) et en tant que concepts pour une discussion en interne au sein de l'Organisation.

### ACTIVITÉS

- **Surveillance et suivi intégrés.** Exemples : garantir que les admissions à l'hôpital et les notifications de décès couvrent l'ensemble des MT ciblées pour l'élimination ; ajout de certaines MT ciblées pour l'élimination aux activités existantes adéquates de surveillance (p. ex., dans les zones de co-endémie, intégrer la surveillance de la neuroschistosomiase à celle du syndrome de paralysie flasque aiguë) ;
- **Dépistage, diagnostic précoce et traitement rapide par les services sanitaires intégrés des mères et des enfants d'âge préscolaire.** Exemples : au cours des rendez-vous périnataux et des consultations de bébé en bonne santé, dépistage (suivi de la planification d'un traitement ou d'une orientation) de certaines MT ciblées pour l'élimination, comme la lèpre, la maladie de Chagas et la leishmaniose cutanée, chez les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants ; dans le cas de l'infection à VIH et de la syphilis, l'élimination peut être atteinte en profitant des services de santé de la mère et de l'enfant ou des plateformes de vaccination pour optimiser l'accès aux services prenant en charge les maladies transmissibles, et la mise à disposition de ces services, et en faisant participer d'autres programmes de santé publique comme le programme de santé de la mère et de l'enfant, le Programme élargi de vaccination, le programme de santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, ainsi que le programme de santé de l'adolescent ;
- **Cadre BEST pour les MTN.** Développé en 2017 par le réseau des ONG travaillant sur les MTN (NNN), le **cadre BEST**, offre une démarche transsectorielle et globale vers leur contrôle et leur élimination, créant des liens entre les changements comportementaux (respecter la santé comme un droit de la personne), l'inclusion sociale (respecter les ODD), les traitements (cohérents avec la couverture sanitaire universelle et visant les personnes selon les différentes étapes de vie/les groupes d'âge) et l'environnement (y compris la perspective Un monde, une santé) ; une autre possibilité est d'inclure les services de gestion de la morbidité et de prévention de l'incapacité (GMPI) à ceux de SSP au niveau communautaire local ; Marchal et coll. (2011) ont établi la justification d'inclure les programmes de lutte contre les MTN aux services généraux de santé.
- **Chimiothérapies préventives intégrées pour les enfants et les adultes.** Exemples : dans le cadre de l'administration massive de médicaments, l'administration d'anthelminthiques chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire et chez les adultes a permis d'offrir des traitements simultanés contre les géohelminthiases et la filariose lymphatique, les géohelminthiases et l'onchocercose, ainsi que les géohelminthiases et la fasciolose, pour les enfants comme pour les adultes ; le dépistage de la leishmaniose cutanée pourrait être ajouté dans les zones à risque ; le dépistage de l'onchocercose (nodules), du trachome, de la leishmaniose cutanée et d'autres maladies cutanées (gale, etc.) est réalisé dans la zone Yanomami du Venezuela et du sud de la Colombie (onchocercose exclue) ; au Venezuela, les équipes de SSP de la **CALCET**, assurent déjà, dans les communautés Yanomami, un dépistage et un traitement du paludisme, de l'onchocercose, de la

...ga esta ventana abierta  
...tenga la transmisión  
de la tuberculosis



**DESECHOS PUNZOCORTANTES**

Sign for sharps disposal, featuring icons of needles and syringes, and a red bin with a biohazard symbol.



gale et de la tungose au cours de consultations trimestrielles ; dans d'autres communautés rurales autochtones ou isolées de la Région, de tels programmes intégrés peuvent être réalisés en regroupant, de la même manière ou différemment, des maladies endémiques ;

- **Dépistage et traitement intégrés pour les enfants d'âge scolaire.** Exemples : au Brésil, les campagnes de masse annuelles récentes contre les MIN pour offrir un dépistage et une orientation éventuelle aux enfants d'âge scolaire à risque de lèpre et de trachome, et une AMM pour les géohelminthiases, la schistosomiase et le trachome ; au Salvador, le succès du dépistage intégré du paludisme et des géohelminthiases chez les enfants d'âge scolaire ;
- **Association des campagnes de vaccination ou des services communautaires programmés en poste avancé à d'autres interventions d'élimination des MT.** Exemples : combinaisons possibles des campagnes de rattrapage des vaccins de l'enfance et de la vaccination des chiens contre la rage dans les zones à double risque, avec collaboration entre les SSP et les services de lutte contre les zoonoses (dans la perspective *Un monde, une santé*) ; d'autres ensembles intégrés comportent un déparasitage concernant les géohelminthiases, la fasciolose ou la schistosomiase, ou encore la vaccination des enfants avec la distribution de vitamine A dans un programme de santé de la mère et de l'enfant ;
- **Intégration de la santé environnementale à l'élimination des MT.** Les déterminants environnementaux de la santé, les facteurs de risques environnementaux et les interventions environnementales sont souvent très importants dans les efforts de santé publique déployés pour prévenir, contrôler et éliminer les MT, peut-être même particulièrement dans les environnements urbains (l'Amérique latine et les Caraïbes sont urbaines à plus de 70%) ; les conditions sanitaires des rues et des marchés dépendent de la prolifération vectorielle (rongeur), de l'état des infrastructures urbaines comme l'assainissement et les canalisations d'eau courante et la collecte et l'élimination des déchets solides, de la surveillance de la qualité de l'eau, son contrôle et sa mise à disposition, autant de paramètres qui jouent un rôle dans l'état de santé de toutes les familles, y compris celles touchées par une MT ; les changements climatiques régionaux et mondiaux constituent également des macrofacteurs influant sur l'état de santé, les maladies, la résilience communautaire au cours des épidémies, et pouvant pénaliser les efforts à moyen et long terme d'élimination de la transmission

des maladies, particulièrement des maladies vectorielles ; plusieurs MT liées à l'environnement sont ciblées pour l'élimination, dont le trachome, les géohelminthiases, la filariose lymphatique et la schistosomiase : si l'on inclut l'environnement bâti, on peut ajouter à cette liste la maladie de Chagas et la tuberculose ; il est ainsi nécessaire de déployer des efforts coordonnés entre les programmes de santé environnementale et ceux d'élimination des MT, pour optimiser la prévention et l'élimination de ces maladies.

## ENSEMBLES DE SERVICES

- **Plateforme consolidée de la stratégie ETME+ de l'OPS.** Conscient de l'avantage d'une plateforme partagée pour la prestation des services de santé concernant les MT, l'OPS et l'OMS ont mis sur pied en 2016 le Groupe interprogrammatique sur l'ETME+ (OPS 2017c) ; l'objectif de ce groupe est d'élargir le modèle de travail de l'élimination de multiples maladies organisée au niveau des SSP, élimination déjà mise en œuvre dans cette Région et qui poursuivra son expansion ; au-delà de l'objectif actuel d'éliminer la transmission verticale du VIH et la syphilis congénitale, cette plateforme offre une possibilité unique d'agir, dans les zones d'endémie des Amériques, sur l'ETME d'autres infections, comme l'hépatite B et la maladie de Chagas ; dans le programme ETME+, un dépistage conjoint est réalisé pour la syphilis, l'infection à VIH, l'hépatite B et la maladie de Chagas, et un traitement ou une orientation sont organisés pour les femmes enceintes et les nouveau-nés.
- **Gestion intégrée des vecteurs (GIV) - multiples vecteurs.** Quand il existe une superposition géographique des maladies (comme c'est le cas pour le paludisme urbain, la dengue urbaine, la maladie de Chagas urbaine) ou quand plusieurs maladies sont le fait du même vecteur (p. ex., *Ae. aegypti*, qui transmet la dengue, le chikungunya et le virus Zika), les principes de la GIV et sa planification peuvent être, et ont été, utilisés avec succès pour lutter contre la transmission et progresser vers l'élimination de cette transmission ; dans le cadre de la Stratégie OPS de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue dans les Amériques (SGI-dengue), des mesures sont actuellement prises contre les vecteurs de la dengue en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui incluent le diagnostic clinique et le traitement des cas, les examens de laboratoire et la prise en charge des patients.
- **Modèle SAFE du trachome et activités WASH.** Une revue systématique de la do-

documentation et une méta-analyse récentes (Stocks et coll. 2014) des activités et des interventions WASH ont mis en évidence un effet positif remarquable de l'amélioration en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène sur la prévention et la lutte contre le trachome, ce qui montre clairement que les activités WASH appuient en partie le modèle SAFE appliqué pour l'élimination de cette maladie ; comme le montrent les auteurs, il existe « ...de solides données factuelles pour appuyer les composantes F et E de la stratégie SAFE. Malgré des limites, incluant une hétérogénéité modérée à élevée et la faible qualité de certaines études, ainsi que l'absence de définitions normalisées, ces résultats appuient l'importance de WASH dans les stratégies d'élimination du trachome et la nécessité d'élaborer des approches normalisées pour mesurer les paramètres WASH dans les programmes de lutte contre le trachome ».


- **Activités WASH pour de multiples maladies.** Traditionnellement, les programmes WASH ont été mis en œuvre pour lutter contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra, et contre certaines maladies transmises par les aliments ; les programmes concernant ces maladies transmises par l'eau et les aliments peuvent également inclure la lutte contre le trachome (hygiène des mains et du visage) et celle contre les géohelminthiases, et ils peuvent être associés à des améliorations de l'habitat (secteur du logement) ; comme pour WASH et SAFE, une revue de la documentation et une méta-analyse récentes des activités et interventions WASH dans le cadre des géohelminthiases (Strunz et coll. 2014) ont mis en évidence un effet positif remarquable de l'amélioration en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène sur la prévention et la lutte contre les géohelminthiases ; comme le notent les chercheurs, « bien que des travaux de recherche supplémentaires soient nécessaires pour établir l'ampleur du bénéfice des interventions WASH dans la lutte contre les géohelminthiases, ces résultats plaident en la faveur d'ensembles d'interventions multisectorielles intégrées et ajustées aux contextes socio-écologiques ». Freeman et coll. (2013) et Waite et coll. (2016) ont établi la justification d'une collaboration intersectorielle et un argumentaire probant détaillé pour une intégration de WASH aux mesures de lutte contre les MTN, qui contribueront également à mettre un terme à la défécation en plein air.
  - **GMPI et gestion intégrée des MT chroniques.** Pour gérer la morbidité (maladies chroniques) et prévenir ou traiter l'incapacité, il est possible de regrouper les personnes souffrant d'éléphantiasis et d'hy-
- drocèle (dus à une filariose lymphatique), de lèpre et/ou de tuberculose ; certains aspects de leurs programmes de dépistage, de diagnostic, de traitement et de gestion des cas (et peut-être aussi des interventions concernant la prévention primaire et la stigmatisation) peuvent en effet être coordonnés et gérés par l'une des branches responsables des services sanitaires du ministère de la Santé, comme les programmes nationaux concernant la tuberculose et la lèpre ou les MIN, ou par les services de SSP, dont le personnel est formé et qui possèdent une capacité en place pour la gestion des cas.
- **Gestion des MNT avec l'élimination des MT.** La gestion de certaines maladies chroniques non transmissibles, comme le diabète évolué se manifestant aux membres inférieurs, peut également bien être incorporée à certains aspects des programmes d'élimination des MT, comme la prise en charge des patients également atteints de lèpre ou présentant un lymphoedème de la jambe ou du pied dû à une filariose lymphatique - une autre perspective de gestion de la morbidité et de la prévention de l'incapacité.
  - **Modèle de maladie cutanée tropicale intégrée.** Dans un examen récent de la documentation clinique et politique, Mitjà et coll. (2017) ont discuté en détail les données factuelles étayant la possibilité d'offrir une formation, une évaluation, un traitement et une orientation intégrés, ainsi qu'une prévention et une gestion des maladies cutanées tropicales négligées, incluant la lèpre et d'autres MIN, et les possibilités pratiques de tout aborder de front pour envisager également d'autres maladies souvent observées dans le cadre d'une co-infection (comme la tuberculose).
  - **Dépistage par tests multiplex.** Le dépistage de multiples maladies basé sur la PCR et les tests sérologiques multiplex (voir Arnold et coll. 2017) pourrait se montrer très intéressant pour les programmes d'élimination et de lutte contre les MT, si cette technologie émergente va au terme de sa validation et que ces tests sont plus souvent mis à disposition dans la Région ; les personnes qui montrent une réponse positive vis-à-vis des infections dépistées par un test multiplex peuvent ensuite être orientées pour le traitement, la gestion de la maladie et la prévention de l'incapacité ; la méthode sérologique multiplex est en cours de validation à Haïti par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et leurs partenaires, et elle est même en cours d'adaptation pour pouvoir être réalisée sur du sang séché élué recueilli par une piqûre au doigt et

placé sur du papier-filtre, au lieu d'échantillons sanguins liquides prélevés dans une veine ou un capillaire.

- **Cible « Un monde, une santé ».** Les services de SSP et de lutte contre les zoonoses peuvent travailler ensemble au niveau de pays pour vacciner, dépister et traiter/orienter les patients vers les SSP et autres établissements de soins de santé ; par exemple, dans les zones de co-endémies ou de co-enzooties, la coordination interprogrammatique ou les services de santé intégrés peuvent agir sur plusieurs zoonoses graves et courantes, comme la rage, la leishmaniose viscérale et, éventuellement, le virus de la fièvre jaune ; en ce qui concerne les réservoirs animaux, les responsables zootechniques ou vétérinaires urbains peuvent élargir le cercle des réservoirs animaux zoonotiques domestiques et sauvages qui font l'objet d'une surveillance régulière.
- **Intégration de l'élimination et de la lutte contre le paludisme.** Sur le modèle du Plan d'action de l'OPS pour l'élimination du paludisme 2016-2020, objectif 4.2, « ... intégrer les efforts concernant le paludisme aux services de santé de la mère et de l'enfant des programmes de santé communautaires et locaux, mais aussi les communications et la mobilisation sociale, les interventions de promotion de la santé et l'éducation sanitaire, les programmes sur les maladies négligées, et la santé professionnelle... » (p. ex., pour les mineurs et les ouvriers travaillant dans les exploitations forestières ou les champs de canne à sucre).
- **SGI-dengue.** L'OPS, ses États Membres et ses territoires ont appliqué avec succès la [Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue](#),

récemment élaborée, qui comporte sept composantes clés interactives : épidémiologie, laboratoire, environnement, soins des patients, GIV, communication sociale et, plus récemment, vaccination ; SGI-dengue procède actuellement à une adaptation qui devrait permettre de mieux aborder la maladie, la surveillance vectorielle et la gestion des cas, pour les personnes infectées ou co-infectées par la dengue, le chikungunya et/ou le virus Zika, ou à risque d'infection par le virus de la fièvre jaune ; il pourrait également être possible d'évaluer d'autres arboviroses transmises par les moustiques (arboviroses encéphalitiques) ; SGI-dengue est une composante essentielle d'une vision plus large, celle de la Stratégie de l'OPS pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (OPS, CD55/16, 2016).

- Il est possible d'imaginer, et de tester, d'autres ensembles de services.



Structure organisationnelle  
et mise en œuvre proposées  
pour l'élimination intégrée  
des maladies transmissibles

## 7. Structure organisationnelle et mise en œuvre proposées pour l'élimination intégrée des maladies transmissibles

### INTERVENTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU SIÈGE DE L'OPS

Il est proposé d'établir l'élimination des MT en tant qu'objectif institutionnel. À l'OPS, une approche « objectif unique » sera nécessaire pour garantir le succès de cette élimination. Au niveau du Siège de l'OPS, une structure organisationnelle efficace pour un programme d'élimination (et de post-élimination) intégré nécessitera d'établir un secrétariat opérationnel sous la responsabilité des départements CDE, HSS et FPL. L'approche conventionnelle sera de réorganiser le travail des différents départements techniques selon leurs fonctions transversales propres et les maladies envisagées (ce qui pourrait nécessiter l'approbation de la Direction générale). On s'attend à un soutien important de la part des groupes consultatifs techniques constitués qui appuient, avec l'OPS, divers objectifs de prévention et d'élimination. Un ou plusieurs groupes de travail interdépartementaux déploieront également des efforts à long terme pour l'élimination intégrée d'un ensemble de maladies et les activités après l'élimination (CDE avec HSS, FPL et le Fonds stratégique, CDE avec Urgences sanitaires [PHE] contre les arbovirus), tandis que des équipes spéciales limitées dans le temps prendront en charge d'autres tâches intégrées (p. ex., CDE et NMH, CDE et PHE, CDE et Relations extérieures, partenariats et mobilisation des ressources [ERP] pour la mobilisation des ressources destinées à un programme d'élimination intégrée des MT). Le secrétariat et les groupes de travail pourraient fournir des rapports annuels à la Direction générale ou au Groupe consultatif stratégique. À ce jour, l'OPS n'a pas couramment fait appel à des groupes de travail et à des équipes spéciales, sauf en cas d'urgences épidémiques ou d'initiatives au niveau de la Direction. Il sera donc nécessaire d'encourager, et de gérer, un changement de culture si des unités techniques issues de différents départements commencent à travailler en synergie pour appuyer ce cadre.

Il faudra décider s'il s'agit simplement de coordonner les investissements et l'appui de chaque département pour l'élimination des MT, peut-être par le biais de groupes de travail ou d'équipes spéciales, ou si un changement de l'architecture et de la structure de certains

départements est nécessaire pour donner une impulsion à la coopération technique intégrée entre pays et atteindre un objectif institutionnel d'élimination des MT. Ces questions doivent être tranchées par l'établissement d'un secrétariat avec des groupes de travail et des équipes spéciales ciblant une véritable intégration sur l'ensemble de l'organisation, et de décider des mandats nécessaires à élaborer pour orienter un tel changement. Des investissements coordonnés des ressources de l'OPS (financières, humaines, matérielles et technologies de l'information) seront nécessaires pour remplir l'objectif institutionnel. En même temps, il faudra examiner les évolutions souhaitables en termes de ressources humaines et déterminer les possibilités de financement de ce cadre, actuelles et à venir. Des activités clés suggérées pour les interventions proposées au niveau du Siège de l'OPS sont fournies à l'annexe 2.

Il est possible que des donateurs bilatéraux existants comme l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Canada et l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement portent un grand intérêt au cadre intégré et durable d'élimination des MT, dans la mesure où ils ont fait ces 10 dernières années des investissements indépendants pour lutter contre, voire éliminer, les MTN, l'infection au VIH, le paludisme et la tuberculose, tout en appuyant la lutte antivectorielle. De nouveaux donateurs potentiels des secteurs publics et privés pourraient également être intéressés à appuyer cette cause, y compris les fondations régionales d'importance variable et les agences bilatérales de pays scandinaves, ces derniers ayant exploré au cours de leur histoire des approches innovantes pour résoudre les problèmes mondiaux et portant un intérêt tout particulier aux ODD et à l'équité. De fait, comme le note le Dr Isabella Danel, Directrice adjointe de l'OPS : « ... la meilleure manière d'établir l'équité est d'éliminer les maladies. »

### INTERVENTIONS PROPOSÉES AVEC LES BUREAUX DE PAYS DE L'OPS ET LES CENTRES PANAMÉRICAINS

Comme les experts sont nombreux au sein du personnel des bureaux de pays et des centres panaméricains, leur participation aux



groupes de travail et aux équipes spéciales de certains pays et centres sera adéquate, si les représentants de l'OPS/OMS et les directeurs de centres l'autorisent. En retour, le travail des groupes de travail et des équipes spéciales devra être coordonné par des bureaux de pays ciblés et par les trois centres de l'OPS (Centre panaméricain de la fièvre aphteuse [PANAFTO-SA]), Centre latino-américain pour la périnatalogie, la santé de la femme et la santé reproductive [CLAP/WR], Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes [BIREME]). Par ailleurs, certains bureaux de pays (représentants de l'OPS/OMS) et directeurs de centre pourraient trouver pratique d'établir leur propre groupe de travail et équipe spéciale internes pour travailler de manière intégrée à l'élimination des MT ou participer aux efforts déployés après l'élimination. En réalité, les véritables fondations de la collaboration technique avec les ministères de la Santé et les autres ministères devront être mises en place dans chaque pays. Les représentants de l'OPS/OMS devront adopter pleinement le cadre établi pour réussir ce projet et atteindre les cibles dans les délais.

## INTERVENTIONS PROPOSÉES ENTRE L'OPS/OMS ET LES

Les groupes de travail et équipes spéciales de l'OPS peuvent trouver un avantage à la participation de spécialistes externes ou d'autres représentants, au besoin : ces personnes peuvent être invitées comme observateurs, ou bien être des membres *ex officio* ou réguliers. Pour les donneurs clés de certaines interventions d'élimination (p. ex., soutien de l'USAID pour l'élimination du paludisme, de l'infection à VIH, de la tuberculose et des MIN), de telles participations peuvent être importantes. De la même manière, pour des interventions intersectorielles comme l'amélioration de la fourniture en eau potable, de l'assainissement et de l'habitat, il peut être conseillé d'incorporer à un groupe de travail de l'OPS un expert d'une autre agence des Nations Unies (Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [FAO]), de banques ou d'agences multilatérales (p. ex., du programme *Piso Firme* de la Banque mondiale), des agences et des fondations mondiales ciblant la santé (Centre Carter, ITFDE, Task Force for Global Health, Fondation Bill et Melinda Gates), d'agences gouvernementales et bilatérales (Département de la santé et des services humains, Centers for Disease Control and Prevention, Service de la santé publique, USAID, Fogarty/Instituts nationaux de santé, Agence de réglementation des aliments et des drogues, Agence de protection de l'environnement, Académie nationale des sciences, Agence nationale de l'aéronautique et de l'espace, Département de la défense, pour ce qui est du gouvernement

des États-Unis, Département pour le développement international du Royaume-Uni, Agence espagnole de coopération internationale pour le développement, Canada), de centres collaborateurs de l'OMS et de centres régionaux d'excellence (universités et instituts de recherche). Il en est de même des agences infra-régionales comme l'Agence de santé publique des Caraïbes et des banques de développement infrarégionales.

Il peut être utile, particulièrement pour les bureaux de pays, d'inviter des observateurs du ministère de la Santé, des législateurs et des régulateurs aux niveaux locaux et nationaux (p. ex., des responsables ou des représentants du gouvernement municipal dans les conseils municipaux), ou des experts ciblés provenant des départements municipaux des infrastructures, de l'environnement et de la santé, si cela est approprié selon le contexte politique du pays et le profil de coopération technique du bureau de pays. Le bureau de pays peut également trouver des avantages à inviter des experts ou des observateurs d'ONG et d'organisations non gouvernementales de développement, tout comme des groupes clés de la société civile et des entreprises, pour participer à certains groupes de travail ou équipes spéciales. Comme le Siège de l'OPS et les bureaux de pays organisent la mise en œuvre du programme d'élimination intégrée des MT, les leaders, les représentants et les experts d'un sujet donné peuvent être utiles pour favoriser la réalisation des cibles.

À l'issue de l'approbation de cette note conceptuelle, et pour progresser dans la préparation du cadre intégré d'élimination des MT, l'étape suivante sera de préparer deux outils supplémentaires déjà proposés : 1) une annexe contenant une plateforme technique générale des différentes interventions ciblant les populations au long du parcours de vie et 2) un tableau servant à identifier les facteurs critiques et les barrières transversales qui peuvent entraver la faisabilité de l'élimination des MT choisies, dans les Amériques et d'ici à 2030.

Il reste maintenant à rallier l'appui politique du niveau national au niveau municipal, avec nos partenaires et les nombreuses branches de la société civile, ainsi qu'à préparer ou amender les plans d'action nécessaires pour remplir notre objectif d'élimination des MT dans les Amériques.



# III. Références

- Arnold BF, van der Laan MJ, Hubbard AE, Steel C, Kubofcik J, Hamlin KL, et al. Measuring changes in transmission of neglected tropical diseases, malaria, and enteric pathogens from quantitative antibody levels. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(5):e0005616. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005616>
- Bangert M, Molyneux DH, Lindsay SW, Fitzpatrick C, Engels D. The cross-cutting contribution of the end of neglected tropical diseases to the sustainable development goals. *Infectious Diseases of Poverty* 2017;6:73. doi: 10.1186/s40249-017-0288-0
- Bern C, Garcia HH, Evans C, Gonzalez AE, Verastegui M, Tsang VC, et al. Magnitude of the disease burden from neurocysticercosis in a developing country. *Clin Infect Dis* 1999 Nov;29(5):1203-1209.
- Caffe S, Perez F, Kamb ML, Gomez Ponce de Leon R, Alonso M, Midy R, et al. Cuba validated as the first country to eliminate mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus and congenital syphilis: lessons learned from the implementation of the global validation methodology. *Sex Transm Dis* 2016 Dec;43(12):733-736. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000528.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the international task force for disease eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42(RR-16):1-38.
- de Vlas SJ, Stolk WA, le Rutte EA, Hontelez JA, Bakker R, Blok DJ, et al. Concerted efforts to control or eliminate neglected tropical diseases: how much health will be gained? *PLoS Negl Trop Dis* 2016;10(2):e0004386. doi: 10.1371/journal.pntd.0004386.
- Dowdle WR. The principles of disease elimination and eradication. *Bull WHO* 1999;76(2):22-25.
- Dowdle WR, Hopkins DR, eds. *The eradication of infectious diseases. Dahlem Workshop Report*. J. Lupp, series ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1998.
- Freeman MC, Ogden S, Jacobson J, Abbott D, Addiss DG, Amnie AG, et al. Integration of water, sanitation, and hygiene for the prevention and control of neglected tropical diseases: a rationale for inter-sectoral collaboration. *PLoS Negl Trop Dis* 2013;7(9):e2439. doi: 10.1371/journal.pntd.0002439.
- Hamrick PN, Aldighieri S, Machado G, Leonel DG, Vilca LM, Uriona S, et al. Geographic patterns and environmental factors associated with human yellow fever presence in the Americas. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(9):e0005897. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005897>
- Hollingsworth TD, Adams ER, Anderson RM, Atkins K, Bartsch S, Basáñez MG, et al. Quantitative analyses and modelling to support achievement of the 2020 goals for nine neglected tropical diseases. *Parasit Vectors* 2015;8:630. doi: 10.1186/s13071-015-1235-1.
- Hopkins DR. Disease eradication. *N Engl J Med* 2013 Jan 3;368(1):54-63.
- Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. 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* 2008;2(9):e300. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000300>
- Ivers LC. Ending cholera transmission in Haiti. *N Eng J Med* 2017;376(2):101-103.
- Kastner RJ, Stone CM, Steinmann P, Tanner M, Tediosi F. Lessons learned from developing an eradication investment case for lymphatic filariasis. *Adv Parasitol* 2016;94:393-417. doi: 10.1016/bs.apar.2016.08.004.
- Kitayama K, Segura ER, Lake JE, Perez-Brumer AG, Oldenburg CE, Myers BA, et al. Syphilis in the Americas: a protocol for a systematic review of syphilis prevalence and incidence in four high-risk groups, 1980-2016. *Syst Rev* 2017;6:195. doi: 10.1186/s13643-017-0595-3 2017.
- Kunii O, Yassin MA, Wandwalo E. Investing to end epidemics: the role of the Global Fund to control TB by 2030. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2016;110(3):153-154. doi: 10.1093/trstmh/trw005
- Marchal B, Van Dormael M, Pirard M, Cavalli A, Kegels G, Polman K. Neglected tropical disease (NTD) control in health systems: the interface between programmes and general health services. *Acta Tropica* 2011;120:S177-S185. doi: 10.1016/J.ACTATROPICA.2011.02.017
- Mitjà O, Marks M, Bertran L, Kollie K, Argaw D, Fahal AH, et al. Integrated control and management of neglected tropical skin diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(1):e0005136. doi: 10.1371/journal.pntd.0005136
- Moreno AR. Climate change and human health in Latin America: drivers, effects, and policies. *Reg Environ Change* 2006;6(3):157-164. <https://doi.org/10.1007/s10113-006-0015-z>
- Okello AL, Thomas LF. 2017. Human taeniasis: current insights into prevention and management strategies in endemic countries. *Risk Manag Healthc Policy* 2017;10:107-116.
- Ostfeld R. 2017. Comment: Biodiversity loss and the ecology of infectious disease. *Lancet Planet Health* 2017;1(1):e2-e3. [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30010-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30010-4)
- Organisation panaméricaine de la Santé. Consultation régionale sur l'élimination des maladies dans les Amériques (projet). Département des Maladies transmissibles et de l'Analyse de la santé, OPS, non publié. Washington, DC : OPS. 2015; 87 p.
- Organisation panaméricaine de la Santé. *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022*. Washington, DC : OPS ; 2016.

- Organisation panaméricaine de la Santé. 2017a. Plan d'action pour renforcer la surveillance et la lutte contre la leishmaniose dans les Amériques 2017-2022. Washington, DC : OPS ; 2017a.
- Organisation panaméricaine de la Santé. 2017b. *La santé dans les Amériques, 2017. Résumé des perspectives régionales et des profils de pays*. Washington, DC : OPS ; 2017b. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=en>
- Organisation panaméricaine de la Santé. 2017c. *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans les Amériques. Version actualisée 2016*. Washington, DC : OPS/OMS ; 2017c.
- Pennington PM, Juárez JG, Arrivillaga MR, De Urioste-Stone SM, Doktor K, Bryan JP, et al. Towards Chagas disease elimination: neonatal screening for congenital transmission in rural communities. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(9):e0005783. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005783>
- Redekop WK, Lenk EJ, Luyendijk M, Fitzpatrick C, Niessen L, Stolk WA, et al. The socioeconomic benefit to individuals of achieving the 2020 targets for five preventive chemotherapy neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11(1):e0005289. doi: 10.1371/journal.pntd.0005289.
- Rendon A, Fuentes Z, Torres-Duque CA, Granado MD, Victoria J, Duarte R, et al. Roadmap for tuberculosis elimination in Latin American and Caribbean countries: a strategic alliance. *Eur Respir J* 2016;48:1282-1287. doi: 10.1183/13993003.01549-2016
- Schmitt LH, Graham HM, White PC. Economic evaluations of the health impacts of weather-related extreme events: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(11):1105. <http://doi.org/10.3390/ijerph13111105>
- Schneider MC, Aguilera XP, da Silva Jr JB, Ault SK, Najera P, Martinez J, et al. Elimination of neglected diseases in Latin America and the Caribbean: a mapping of selected diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5(2):e964. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000964>
- Shretta R, Avanceña AL, Hatefi A. The economics of malaria control and elimination: a systematic review. *Malar J* 2016;15:593 doi: 10.1186/s12936-016-1635-5.
- Solomon AW, Marks M, Martin DL, Mikhailov A, Flueckiger RM, Mitjà O, et al. Trachoma and yaws: common ground? *PLoS Negl Trop Dis* 2015 Dec 3;9(12):e0004071. doi: 10.1371/journal.pntd.0004071.
- Stocks ME, Ogden S, Haddad D, Addiss DG, McGuire C, Freeman MC. Effect of water, sanitation, and hygiene on the prevention of trachoma: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2014;11(2):e1001605. doi: 10.1371/journal.pmed.1001605.
- Strunz EC, Addiss DG, Stocks ME, Ogden S, Utzinger J, Freeman MC. Water, sanitation, hygiene, and soil-transmitted helminth infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2014;11(3):e1001620. doi: 10.1371/journal.pmed.1001620.
- Tiwari A, Richardus JH. Investment case concepts in leprosy elimination: a systematic review. *Lepr Rev* 2016 Mar;87(1):2-22.
- Torres JR. Cysticercosis disease burden in Latin America. In C. Franco-Paredes, J.I. Santos-Preciado, eds. *Neglected Tropical Diseases – Latin America and the Caribbean*. Vienna: Springer-Verlag; 2015.
- Velasco-Villa A, Escobar LE, Sanchez A, Shi M, Streiker DG, Gallardo-Romero NF, et al. Successful strategies implemented towards the elimination of canine rabies in the Western Hemisphere. *Antiviral Res* 2017 Jul;143:1-12. doi: 10.1016/j.antiviral.2017.03.023.
- Villegas F, Angles R, Barrientos R, Barrios G, Valero MA, Hamed K, et al. Administration of triclabendazole is safe and effective in controlling fascioliasis in an endemic community of the Bolivian Altiplano. *PLoS Negl Trop Dis* 2012;6(8):e1720. doi: 10.1371/journal.pntd.0001720
- Waite RC, Velleman Y, Woods G, Chitty A, Freeman MC. Integration of water, sanitation and hygiene for the control of neglected tropical diseases: a review of progress and the way forward. *Int Health* 2016;8(suppl 1):i22-i27. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw003>
- Organisation mondiale de la Santé. 2015a. *Troisième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, Investir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées*. Genève : OMS. 2015a.
- Organisation mondiale de la Santé. 2015b. *L'eau, l'assainissement et l'hygiène pour accélérer et pérenniser les progrès dans la lutte contre les maladies tropicales négligées : stratégie mondiale 2015-2020*. Genève : OMS ; 2015b. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204451/WHO\\_FWC\\_WSH\\_15.12\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204451/WHO_FWC_WSH_15.12_fre.pdf?sequence=1)
- Organisation mondiale de la Santé. *Preventable epilepsy: Taenia solium infection burdens economies, societies and individuals: a rationale for investment and action*. Genève : OMS ; 2016.

# IV. Annexes

## ANNEXE 1. STRATÉGIES ET PLANS D'ACTION DE L'OPS, DE L'OMS ET DES NATIONS UNIES LES PLUS APPROPRIÉS À L'ÉLIMINATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES DANS LES AMÉRIQUES

- [Objectifs de développement durable des Nations Unies](#) (particulièrement ODD 3) (2015)
- OMS, [Cadre d'action du renforcement des systèmes de santé](#) (2007)
- OMS, [Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent](#) 2016-2030 (2016)
- ONUSIDA, [Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie](#) (2011)
- OMS, [Stratégie pour mettre fin à la tuberculose](#): stratégie mondiale et cibles de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose après 2015 (2014)
- OMS, [VIH, hépatite virale et maladies sexuellement transmissibles](#) 2016-2021 (2016)
- OMS, [Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme](#) 2016-2030 (2015)
- OMS, [Cadre pour l'élimination du paludisme](#) (2017)
- OMS, [Feuille de route sur les MTN](#) (2012) et [résolution sur les MTN](#) (2013)
- OMS, Stratégie mondiale [WASH et MTN](#) 2015-2020 (2015)
- OPS, [Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture universelle](#) (2014)
- OPS, [Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques](#) (2014) et [Feuille de route pour la Santé dans toutes les politiques](#) (2015)
- OPS, [Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales](#) (2015)
- OPS, [Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles](#) 2016-2021 (2016)
- OPS, [Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose](#) (2015)
- OPS, [Plan d'action en matière de vaccination](#) 2016-2020 (2015)
- OPS, [Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas](#) (2010)
- OPS, [Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses](#) (2016)
- OPS, [Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination](#) 2016-2022 (2016)
- OPS, [Plan d'action pour l'élimination du paludisme](#) 2016-2020 (2016)
- OPS, [Feuille de route pour l'élimination de la tuberculose en Amérique latine et dans les pays caribéens : une alliance stratégique](#) (2016)
- OPS, [Plan d'action pour renforcer la surveillance et la lutte contre la leishmaniose dans les Amériques 2017-2022](#) (2017)
- OPS, [Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique](#) (2010)
- OPS, [Cadre ETME Plus](#) (2017)
- OPS, [Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les Amériques](#) 2013-2019 (2013)

## ANNEXE 2. ACTIVITÉS CLÉS SUGGÉRÉES POUR LES ACTIONS PROPOSÉES AU NIVEAU DU SIÈGE DE L'OPS

### AXE D'INTERVENTION 1

- Garantir un appui politique, financier et administratif, et une priorité à l'élimination intégrée des MT au Siège de l'OPS (et à celui de l'OMS) pour cibler la phase à long terme/phase finale de l'élimination de ces maladies ;
- Réorienter le travail et l'organisation de CDE (et des autres départements et centres participants) pour cibler la phase à long terme/phase finale et l'élimination des MT en tant qu'objectif institutionnel ; la même intervention s'applique au niveau des bureaux de pays ;
- Établir des groupes de travail et des équipes spéciales pour accroître la coordination interunités, interdépartements, interagences et interpartenaires (sièges et bureaux de pays) ;
- Établir un groupe de travail pour déterminer comment fonder au mieux le cadre d'élimination intégrée des MT dans une démarche de couverture sanitaire universelle, dans la mesure où les soins de santé eux-mêmes ont évolué pour inclure des domaines de travail relativement nouveaux (élimination et lutte contre les MT) qui étaient par le passé, ou sont encore actuellement, des programmes isolés, ayant peu de liens avec les services élargis de soins de la santé ;
- Accroître la coordination au niveau du Siège (et des pays) pour améliorer l'accès aux vaccins, aux antipaludéens, aux anthelminthiques et autres médicaments contre les MIN, et l'accès à des fournitures clés comme les moustiquaires à effet rémanent, les produits de lutte antivectorielle grâce aux Fonds spéciaux de l'OPS, ainsi que les équipements de désinfection de l'eau et les plateformes sanitaires (latrines) grâce à d'autres sources, selon les besoins ;
- Multiplier les informations stratégiques sur l'élimination des MT dans le cadre des services de la santé de la mère et de l'enfant, des services de la famille et du parcours de vie, des services de santé communautaire, des consultations spécialisées et des services sanitaires relatifs à l'environnement ;
- Intégrer verticalement les interventions d'élimination des maladies transmissibles aux unités existantes de lutte contre ces

maladies, y compris la santé publique vétérinaire (PANAFTOSA) et EIH/HA ;

- Garantir une collaboration et une coordination étroites entre CDE, HSS, les Fonds spéciaux de l'OPS, ainsi que FPL et NMH ;
- Accroître l'accès aux Fonds spéciaux de l'OPS et améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement (médicaments, trousse de tests diagnostiques, insecticides, autres trousse et fournitures) ;
- Amplifier la mobilisation des ressources extérieures pour garantir que l'élimination des MT soit finalisée d'ici à 2030 ;
- Améliorer les réseaux nationaux de laboratoires de la Région et la qualité des laboratoires dans les pays (assurance qualité/contrôle qualité), en coordination avec CDE et HSS/MT ;
- Améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement (services de laboratoires cliniques et environnementaux, services de transports et de livraisons) pour les médicaments, les trousse de tests diagnostiques et autres trousse, les insecticides, les équipements de laboratoires pour l'environnement et les fournitures de surveillance environnementale ;
- Faire appel au concept de fonctions de la santé publique afin de déterminer les voies optimales de prestation des services de santé pour appuyer l'élimination des MT ;
- Coordonner, promouvoir et fournir aux États Membres et aux territoires une coopération technique de niveau régional pour la prestation intégrée des services de santé, particulièrement au niveau des SSP, de manière à parvenir à l'élimination des MT.

### AXE D'INTERVENTION 2

- Caractériser les déterminants des MT, leur distribution spatiale et la charge qu'ils représentent au niveau régional ;
- Améliorer les capacités d'analyses sanitaires à tous les niveaux, en travaillant avec des partenaires universitaires locaux et les centre collaborateurs de l'OMS ;
- Établir une banque de données stratégiques pour l'élimination des MT ; dé-

terminer les besoins en données et en informations et leur mise à disposition et modifier la banque de données du système d'informations sanitaires existant, qui sera nécessaire au travail d'élimination des MT fourni par l'OPS, et devra inclure la surveillance et l'évaluation de la progression de cette élimination ;

- Analyser les enseignements tirés des succès de la Région en matière d'élimination de la polio, de la rougeole, etc. pour éclairer les modifications à apporter à la banque de données actuelle du système d'informations sanitaires ;
- Conceptualiser et élaborer un programme et un plan d'action d'élimination régionale intégrée des MT, en s'appuyant sur les données stratégiques et sur leur analyse ;
- Renforcer au niveau du Siège l'organisation et la coordination de la surveillance et de la cartographie régionales des MT, de leur contrôle, de leur élimination, de leur prévention et de la surveillance après la phase d'élimination ;
- En prenant en compte les domiciles et les voisinages, cartographier et analyser au niveau régional les besoins de base en infrastructures, en les réorientant pour favoriser la finalisation du programme d'élimination des MT ;
- Mettre en place pour la Région un observatoire de l'élimination des maladies transmissibles, pour diffuser les enseignements tirés et les orientations de politiques de niveau national aux décideurs de haut niveau (voir les modèles du *Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab* et du *Massachusetts Institute of Technology* et de *Public Health England*), ainsi que pour éclairer les directives de l'OPS et de l'OMS et leurs notes techniques sur l'élimination intégrée des maladies.

### AXE D'INTERVENTION 3

- Renforcer les infrastructures de base relativement aux résultats sanitaires souhaités, comme celles nécessaires au programme WASH, à la gestion des déchets solides, à l'habitat et aux élevages animaux, et, ce faisant, établir un lien avec les autres ODD relatifs à la santé, particulièrement les ODD 5 et ODD 6 ; établir une coordination ou un partenariat avec la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale et autres investisseurs en infrastructures de base, afin d'appuyer l'élimination des MT ;

- Surveiller au niveau régional les déterminants environnementaux clés des MT ciblées, y compris les perspectives régionales et frontalières en matière de déforestation, de croissance périurbaine, de changements climatiques, de modifications de l'agriculture et de l'élevage du bétail, de nouvelles installations, de projets de barrages importants et de projets de gestion de l'eau ;
- S'attaquer, dans le cadre d'une collaboration intersectorielle, aux déterminants sociaux courants de la pauvreté qui pénalisent l'accès aux services de santé, la participation sociale et l'équité, de manière à ce que personne ne soit laissé pour compte lors du processus d'élimination des MT ; CDE et les autres départements techniques peuvent renforcer leur coopération avec CDE pour accélérer et soutenir les efforts d'élimination des MT.

### AXE D'INTERVENTION 4

- Renforcer la participation de la société civile et nationale et l'engagement des communautés (action directe, collaboration), y compris par des initiatives locales comme Villes-Santé et Espaces-Santé ;
- Faire participer les gouvernements nationaux et la société civile (organisations de la société civile, groupes confessionnels, universités et institutions de recherche, secteur privé) pour offrir un encadrement et financer le programme d'élimination au niveau local ;
- Promouvoir la *Santé dans toutes les politiques*, et utiliser cette démarche en matière de gouvernance, d'encadrement et de financement nationaux, ainsi que pour négocier avec les donateurs.

## Encadré 1. Évolution des termes

### GRUPE DE COORDINATION INTERNATIONAL POUR L'ÉRADICATION DES MALADIES 1989-1992<sup>4</sup>

**Contrôle** : réduction de l'incidence et de la prévalence d'une maladie ou d'un état de santé ; des mesures de contrôle sont encore nécessaires ;

**Élimination** : renvoie à l'interruption de la transmission d'une maladie dans un pays, un continent, ou toute autre zone géographique circonscrite, plutôt qu'à une éradication mondiale (p. ex., la polio dans les Amériques) ; il est aussi théoriquement possible « d'éliminer » une maladie chez l'homme, tandis que le microbe responsable est toujours en liberté (p.ex., tétanos néonatal) ; bien qu'une maladie puisse elle-même persister, une de ses manifestations cliniques particulièrement indésirables peut être entièrement prévenue (p. ex., cécité du trachome) ou une nouvelle transmission être interrompue (p. ex., pian infectieux) ; contrôle d'une maladie ou de ses manifestations à un niveau qui n'est plus considéré comme celui d'un problème de santé publique, défini de manière arbitraire par un niveau de contrôle de la maladie qualitatif (p. ex., absence d'onchocercose en Afrique de l'Ouest) ou quantitatif (p. ex., incidence de la lèpre < 1 cas pour 10 000) ;

**Éradication** : réduction à zéro, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence mondiale d'une maladie, ce qui supprime la nécessité de déployer davantage de mesures de contrôle ; une réelle éradication nécessite en général l'élimination du micro-organisme lui-même ou son élimination complète dans la nature.

4. Centers for disease control and prevention des États-Unis. 1993. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. MMWR 42(RR-16):1-38. Lien : <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4216.pdf>

### RAPPORT DE L'ATELIER DE DAHLEM 1997

**Contrôle** : réduction, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité ou de la mortalité d'une maladie à un niveau acceptable localement ; des mesures d'intervention continues sont nécessaires pour maintenir cette réduction. Exemple : les maladies diarrhéiques ;

**Élimination d'une maladie** : réduction à zéro, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence d'une maladie donnée dans une zone géographique donnée ; des mesures d'intervention continues sont nécessaires. Exemple : le tétanos néonatal ;

**Élimination des infections** : réduction à zéro, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence d'une infection due à un pathogène donné dans une zone géographique donnée ; des mesures continues sont nécessaires pour empêcher le rétablissement de la transmission. Exemple : la rougeole, la poliomyélite ;

**Éradication** : réduction à zéro permanente, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence mondiale d'une infection due à un agent donné ; les mesures d'intervention ne sont plus nécessaires. Exemple : la variole ;

**Extinction** : l'agent infectieux donné n'existe plus dans la nature ou dans les laboratoires. Exemple : aucun.

**Sources**: Dowdle and Hopkins, eds., 1998<sup>5</sup>; Dowdle 1999<sup>6</sup>

5. Dowdle WR and Hopkins DR, dir. 1998. The Eradication of Infectious Diseases. Rapport de l'atelier de Dahlem/Dahlem. J. Lupp, dir. de série. Chichester : John Wiley & Sons. Lien : <https://tinyurl.com/y3pnlkjm>

6. Dowdle WR. 1999. The principles of disease elimination and eradication. Bull. de l'OMS ;76(2):22-25. Lien : <http://www.who.int/iris/handle/10665/260633>



## GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE ET STRATÉGIQUE DE L'OMS SUR LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES 2014, TEL QU'AMENDÉ EN MAI 2015<sup>7</sup>

**Contrôle** : réduction, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité et/ou de la mortalité d'une maladie à un niveau acceptable localement ; des mesures d'intervention continues sont nécessaires pour maintenir la réduction ;

**Élimination en tant que problème de santé publique (EPSP)** : terme lié à la fois à l'infection et à la maladie, et défini par la réalisation de cibles de niveau mondial mesurables et établies par l'OMS selon une maladie donnée ; une fois l'élimination atteinte, des interventions continues sont nécessaires pour maintenir les cibles et/ou progresser vers l'interruption de la transmission ; le processus de documentation d'une élimination en tant que problème de santé publique est appelé validation ;

**Élimination de la transmission (ET) (ou encore « interruption de la transmission »)** : réduction à zéro, à la suite d'efforts délibérés, de l'incidence d'une infection due à un pathogène donné dans une zone géographique donnée, avec réduction au minimum

du risque de réintroduction ; il peut être nécessaire de poursuivre certaines interventions pour prévenir le rétablissement d'une transmission ; le processus visant à documenter l'élimination d'une transmission est appelé vérification ;

**Éradication** : réduction à zéro permanente d'un pathogène donné, à la suite d'efforts délibérés, et ce sans aucun risque de réintroduction ; le processus visant à documenter l'éradication est appelé certification.

**Extinction** : éradication d'un pathogène donné, qui n'existe alors plus dans la nature ou dans les laboratoires, ce qui peut survenir avec ou sans efforts délibérés.

**Note du rédacteur en chef** : la certification est le fait d'une commission internationale. Au cours d'un processus semblable, dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la Région des Amériques de l'OMS a été certifiée exempte de polio en 1994.

<sup>7</sup> Rapport du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées 2015, 8e réunion. Lien : [https://www.who.int/neglected\\_diseases/NTD\\_STAG\\_report\\_2015.f?ua=1](https://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_report_2015.f?ua=1)

## Encadré 2. Points saillants des progrès régionaux 2009-2017

- La Colombie, l'Équateur, le Mexique ont été les premiers pays au monde à recevoir la vérification OMS d'élimination de l'onchocercose humaine ; le Guatemala a été vérifié en 2016. Le nombre de personnes nécessitant un traitement pour une onchocercose dans la Région a décliné de plus de 336 000 en 2009 à un peu plus de 25 000 en 2015.
- En 2017, le Mexique a été validé par l'OMS comme ayant éliminé le trachome en tant que problème de santé publique.
- Dix-sept pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ont éliminé la transmission vectorielle de la maladie de Chagas dans certaines parties de leurs territoires nationaux, voire sur l'ensemble de ces territoires.
- Tous les pays des Amériques, excepté le Brésil, ont éliminé la lèpre en tant que problème national de santé publique.
- Quatorze pays sont considérés comme étant exempts de transmission locale du paludisme.
- Trois pays - Costa Rica, Suriname, Trinité-et-Tobago - ont été rayés en 2011 de la liste des pays d'endémie en ce qui concerne la filariose lymphatique et n'ont notifié, depuis lors, aucune transmission locale, tant que le Brésil, Haïti et la République dominicaine sont proches de l'élimination de cette transmission.
- Plus de 5 millions d'enfants d'âge préscolaire de la Région ont été traités pour une géohelminthiase en 2015, ce qui correspond à 40% des besoins thérapeutiques totaux ; et parmi les 32 millions d'enfants d'âge scolaire, 20,4 millions nécessitant un tel traitement l'ont reçu.
- Six pays et territoires des Caraïbes pourraient avoir éliminé la transmission de la schistosomiase, mais il existe encore des zones où subsiste une transmission dans des foyers circonscrits.
- Les cas de rage humaine transmise par le chien restent limités à un petit nombre de zones géographiques.
- En 2017, 20 pays et territoires ont notifié des données compatibles avec les cibles d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, et 15 pays avec celle de la syphilis congénitale, parmi lesquels Cuba a été validé par l'OMS en 2015, puis six pays et territoires des Caraïbes.
- Le nombre de cas notifiés de tétanos néonatal est passé de 22 en 2011 à 10 en 2014 ; il n'y a qu'en Haïti que cette maladie reste un défi de santé publique.

**ANNEXE 3: TABLEAU 2.** OPTIONS DE RISPOSTE INTÉGRÉE POUR UNE ÉLIMINATION DES MALADIES FONDÉE SUR UN ENSEMBLE D'INTERVENTIONS

CLÉ DE COULEUR

■ Virus ■ Protozoaires et métazoaires ■ Bactérien et pseudo-bactérien ■ Déterminants environnementaux

MALADIE X INTERVENTIONS POSSIBLES	AMÉLIORATIONS DEL'HABITAT	AMÉLIORATIONS WASH	INNOCUITÉ DES ALIMENTS	GESTION DES DÉCHETS SOLIDES	AMÉLIORATIONS DES ÉLEVAGES ANIMAUX	AUTRES INFRASTRUCTURES COMMUNAIRES, DONTCELLES D'ÉVACUATION	GESTION DE L'HABITAT LOCAL	RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ DANS LA COMMUNAUTÉ	GESTION INTÉGRÉE DES VECTEURS	VACCINATION DES CHIENS	LUTTE CONTRE LES CHIENS ERRANTS	GESTION DES ANIMAUX VERTÉBRÉS EN TANT QUE RÉSERVOIRS	ÉDUCATION AUX CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX	SSP: ACCÈS ET SERVICES	CONSULTATIONS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	CONSULTATIONS SPÉCIALES INCLUANT DIALYSE, FIÈVRE, AFFECTIONS CUTANÉES ET ÉPILEPSIE	VACCINATIONS	EXAMENS RADIOLOGIQUES ET TRAITEMENTS (CLASSIQUES)	SURVEILLANCE - PASSIVE ET ACTIVE, PAR LA COMMUNAUTÉ ÉVENTUELLEMENT	CARTOGRAPHIE	SUÍVI DE L'ENVIRONNEMENT-CHANGEMENTS ÉCOLOGIQUES LOCAUX	CHIMIOTHÉRAPIE PRÉVENTIVE PAR ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS	GESTION DE LA MORBIDITÉ ET PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ	PRÉVENTION SECONDAIRE-DÉTECTION PRÉCOCE ET INTERVENTION RAPIDE POUR LUTTER CONTRE LA MALADIE ET RÉDUIRE AU MINIMUM L'INCAPACITÉ	
RAGE					✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓					
TMF-VIH								✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓
TMF-VHB								✓					✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓			
ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓		
VPH								✓					✓	✓	✓		✓			✓					
FIÈVRE APHTEUSE (bétail)					✓							✓					✓ bétail			✓	✓				
MALADIE DE CHAGAS	✓		✓		✓		✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓
PALUDISME (PF,PV)	✓	✓				✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓				
LEISH C/MC	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
LEISH VISCÉRALE	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
SCHISTOSOMIASE		✓				✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓				✓
GÉOHELMINTHIASES	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓				✓	✓				✓	✓	✓		✓			
ONCHOCERCOSE							✓	✓	✓				✓	✓				✓	✓	✓	✓				✓
FILARIOSE LYMPHATIQUE	✓	✓		✓		✓		✓					✓	✓				✓	✓	✓		✓	✓		✓
CYSTICERCOSE			✓	✓	✓			✓				✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓					
FASCIIOLOSE		✓	✓		✓			✓	✓			✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓
TRACHOME		✓				✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓			✓
LÈPRE								✓				✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓
TUBERCULOSE	✓							✓					✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓		✓
TME-SYPHILIS								✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
PIAN								✓					✓	✓					✓	✓					✓
CHÔLERA		✓	✓	✓		✓		✓					✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓
DÉFÉCATION EN PLEIN AIR	✓	✓						✓					✓							✓	✓				
COMBUSTIBLES DE CUISSON POLLUANTS ISSUS DE LA BIOMASSE	✓							✓					✓							✓	✓				



Filaria  
Elimination Campaign

**Take your pills**

*Prevention is the best cure*

Questions?  
Call the Ministry of Public Health  
**+592-225-8973**



Enquête visant à cartographier la filariose lymphatique chez les enfants d'âge scolaire en Guyane

**OPS**



**Organisation  
Panaméricaine  
de la Santé**



**Organisation  
mondiale de la Santé**  
BUREAU RÉGIONAL DES  
**Amériques**