

Récapitulatif de la neuvième réunion de l'Equipe spéciale internationale pour l'éradication des maladies (II) *(révisé)*

La neuvième réunion de l'Equipe internationale pour l'Eradication des maladies (ITFDE) s'est tenue au Centre Carter de 9 heures à 15 heures, le 12 mai 2006. L'Equipe spéciale devait faire le point de la situation concernant la lutte contre le paludisme dans trois pays des Amériques.

L'Equipe spéciale compte les membres suivants : Dr Olusoji Adeyi, Banque mondiale ; Sir George Alleyne, Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ; Dr Julie Gerberding, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; Dr David Heymann, Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; Dr Donald Hopkins, Centre Carter (Président) ; Dr Adetokundo Lucas, Université Harvard ; Professeur David Molyneux, Ecole de Médecine tropicale ; Dr Mark Rosenberg, Equipe spéciale pour la survie et le développement de l'enfant ; Dr Harrison Spencer, Association des Ecoles de santé publique ; Dr Pascal Villeneuve, UNICEF ; Dr Dyann Wirth, Ecole de santé publique de Harvard et Dr Yoichi Yamagata, Agence de coopération du Japon (JICA). Six des membres de l'Equipe spéciale (Adeyi, Hopkins, Lucas, Molyneux, Wirth, Yamagata) ont assisté à cette réunion et trois autres étaient représentés par un suppléant (Mme Lisa Hayes pour Rosenberg, Dr Kopano Mukelabai pour Villeneuve, Dr Laurence Slutsker pour Gerberding).

Lutte contre le paludisme

Les présentations sur le paludisme ont été faites par le Dr Marie Denise Milord (Haïti), Ing. Angel T. Solis-Montero (République dominicaine) et Dr Hector M. Ramos-Hernandez (Salvador). Dr Jorge F. Mendez-Galvan du Mexique n'a pas pu assister à la réunion mais a envoyé une copie de sa présentation.

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par des moustiques, responsable de plus de 300 millions de cas cliniques et plus d'un million de décès par an, dont 80% des cas et plus de 90% des décès se présentent en Afrique subsaharienne, essentiellement dans les zones rurales. La mortalité est la plus élevée dans deux groupes particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Dans la seule Afrique, le paludisme est responsable de 25% à 35% des consultations extérieures, 20% à 45% des hospitalisations, 1% à 4% de baisse du produit intérieur brut ou de pertes économiques s'élevant à 12 milliards de dollars US par an. Dans l'hémisphère ouest, le paludisme s'avère encore problématique dans 19 pays de l'Amérique centrale et du Sud et dans deux pays des Caraïbes (République dominicaine et Haïti).

Haïti

Le paludisme est transmis toute l'année dans ce pays d'une population de 8 millions de personnes, pratiquement dans toutes les régions du pays (jusqu'à 600 mètres au dessus du niveau de la mer), surtout dans les plaines propices à la riziculture. La population entière est exposée au risque de contracter le paludisme, les zones urbaines étant d'ailleurs tout aussi touchées que les zones rurales. En 2005, 19 680 cas étaient diagnostiqués officiellement (comptes rendus partiels, pour 7 des 10 départements du pays) y compris une flambée épidémique de cas en novembre – tous causés par le vecteur fatal de *P.falciparum*. Si on ne connaît pas en Haïti le nombre de décès imputables au paludisme, on pense pourtant qu'il existe une sous-notification importante des cas, suite au manque de structures sanitaires, de personnel et d'équipement. Le parasite du paludisme reste encore sensible à l'effet de la chloroquine. Le vecteur en question est *Anopheles albimanus*.

Pratiquement 20 ans se sont écoulés sans programme actif de lutte antipaludique en Haïti. Du moins jusqu'à récemment puisqu'un projet de cinq ans financé par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, à hauteur de 14,8 millions de dollars, a été mis sur pied en janvier 2005. Effort conjoint du Ministère de la Santé et de onze organisations non gouvernementales (ONG), le projet bénéficie également de l'assistance technique et du soutien de l'Organisation panaméricaine de la Santé/l'Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de la Coopération française et de l'UNICEF. La première phase du projet qui cherche à renforcer la coordination, la surveillance épidémiologique, la prise en charge clinique, la prévention et la capacité du diagnostic en laboratoire couvre trois des 10 départements du pays. Pour le moment, les interventions portent sur le traitement des patients à base de chloroquine et à échelle réduite, la pulvérisation avec des larvicides des sites de reproduction. Dans le cadre de la deuxième étape du projet, on prévoit de renforcer la lutte contre le vecteur mais pour le moment, aucune pulvérisation résiduelle n'est faite à l'intérieur. En novembre 2005, une certaine quantité de moustiquaires imprégnées aux insecticides ont été distribuées lors de la flambée de cas. Au début de 2006, 60 000 moustiquaires imprégnées aux insecticides ont été commandées dont pratiquement toutes, à part 5%, ont été écoulées par les canaux du marketing social(les autres 3000 seront distribués gratuitement par le Ministère de la Santé). Les moustiquaires imprégnées aux insecticides sont très appréciées et utilisées couramment en Haïti. Par contre, le programme n'envisage pas pour le moment l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT). L'infrastructure physique et la capacité humaine sont gravement limitées. C'est l'assistance externe qui finance pratiquement toute la lutte antipaludique.

Au moins 117 des 135 communes d'Haïti sont également touchées par la filariose lymphatique (FL) qui est transmise par les moustiques vecteurs *Culex quinquefasciatus*. Dans 25 des communes où la maladie est la plus endémique, les médicaments sont distribués en masse pour lutter contre la FL, avec un financement de la Fondation Bill&Melinda Gates en 2001-2005 et une assistance technique des CDC, de l'Université

Notre Dame et de l'OPS/OMS. La lutte contre la FL sera ajoutée à la seconde phase du projet du Fonds mondial.

République dominicaine

Le paludisme est transmis toute l'année dans ce pays qui compte une population de 9 millions de personnes. La prévalence de la maladie est surtout élevée dans certaines zones rurales au sud-est et à l'ouest du pays bien que pratiquement toute la population soit exposée au risque de contracter la maladie. Elle est transmise essentiellement par les ouvriers agricoles autochtones du pays et ceux qui ont immigré d'Haïti (surtout les ouvriers qui travaillent dans les plantations de cannes à sucre) ainsi que parmi les ouvriers de la construction. Sur les 2 354 cas notifiés officiellement en 2004, 1 547 ont été signalés par quatre provinces seulement (Bahoruco, Barahona, La Altagracia et Azua) : 1 670 patients étaient des ressortissants dominicains et 667 des haïtiens, pays voisin. Environ les deux-tiers des cas se présentent chez des hommes. Les flambées épidémiques de cas sont parfois liées aux ouragans. Environ 99% des cas sont imputables à *P.falciparum*

El Salvador

Le paludisme endémique a été quasiment éliminé dans ce pays qui compte une population de 6,7 millions de personnes bien que 41% de la population soit encore exposée au risque de contracter cette maladie. Le nombre de cas notifiés a nettement reculé, passant d'environ 100 000 cas en 1980 à 100 cas annuellement en 2002-2004. Seuls 41 cas de paludisme (40 *P.vivax*, 1 *P.falciparum*) ont été signalés en 2005 dont 17 étaient importés d'immigrants de pays voisins de l'Amérique centrale qui continuent à être affligés par des niveaux d'endémicité bien plus élevés que le Salvador. Le moustique vecteur du paludisme au Salvador est l'*Anopheles albimanus*.

C'est grâce à l'aide de la Fondation Rockefeller que les interventions de lutte contre le paludisme ont démarré en 1932 au Salvador. Un réseau de « collaborateurs volontaires » dans les villages ont commencé dès 1956 à éduquer la population, à réaliser des frottis de sang et à dispenser un traitement de présomption. Ces 25 dernières années, des mesures intégrées de lutte ont été déployées : traitement de masse, application de larvicides, pulvérisation résiduelle à l'intérieur et réduction à la source, diagnostic et traitement décentralisés et participation communautaire

éliminant le paludisme en Hispaniola, on éliminerait également le risque élevé de paludisme importé à toutes les autres îles des Caraïbes et aux États-Unis.

2. L'Équipe spéciale a conclu qu'un programme *complet et intégré* visant à éliminer tant le paludisme que la filariose lymphatique dans l'île entière d'Hispaniola est faisable sous l'angle technique, souhaitable du point de vue médical et avantageux sur le plan économique, aussi bien pour la République dominicaine que pour Haïti. Une telle initiative exigera une étroite coopération et collaboration entre les gouvernements des deux pays, ainsi qu'une assistance technique et financière intelligente de la part de partenaires externes intéressés.
3. Le Salvador et le Mexique ont déjà fait un grand pas en avant dans leur lutte contre le paludisme mais pèsent encore sur ces pays la menace d'importation continue de cas de paludisme d'autres pays de l'Amérique centrale où les programmes de lutte contre le paludisme n'ont pas été aussi réussis.
4. On recommande vivement à Haïti et à la République dominicaine de prendre part aux efforts d'élimination du paludisme et de la filariose lymphatique en organisant des réunions bilatérales régulières avec les services de santé concernés, doublés d'efforts conjoints de cartographie, enquêtes épidémiologiques, évaluation et suivi, politiques de traitement etc.
5. L'équipe spéciale est unanime dans son opinion empathique que des moustiquaires imprégnées aux insecticides devraient être distribuées gratuitement aussi rapidement que possible à la population entière d'Haïti, pays le plus pauvre des Amériques et terriblement affligé par le paludisme à *P.falciparum*. Si la taille moyenne d'un ménage est d'environ cinq personnes, pour deux millions par ménage, Haïti aura besoin d'environ 3,2 millions de millions pour protéger la population à risque.
6. Pour un maximum d'efficacité, les moustiquaires imprégnées aux insecticides devraient être complétées par d'autres mesures de lutte contre le vecteur telles que la pulvérisation focale d'insecticides, le traitement de larvicides et la réduction à la source.
7. Haïti, la République dominicaine et leurs partenaires extérieurs dont l'Organisation panaméricaine de la Santé devraient envisager les éventuels avantages et les coûts liés à l'utilisation de l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT). Les ACT ont un plus grand pouvoir de bloquer la transmission que la chloroquine et d'autres antipaludiques. (Vu qu'il n'existe pas de résistance à la chloroquine dans la sous-région, Haïti, la République dominicaine et tous les pays voisins de l'Amérique centrale suivent les directives de l'OMS/OPS et utilisent la chloroquine comme médicament de première intention). Un protocole associatif de chloroquine et de primaquine (tel que l'utilise la République dominicaine) conférerait la même capacité

plaidoyer (en utilisant le programme réussi du Salvador comme exemple), recherche opérationnelle (impact des flux migratoires des ouvriers, épidémiologie et stratégie d'élimination du paludisme, coûts des efforts de préparation/lutte en cas d'épidémie), coordination d'une proposition conjointe pour l'élimination coordonnée du paludisme et de la filariose lymphatique qui sera présentée au Fonds mondial par Ha ti et la République dominicaine et facilitation de réunions sous-régionales.

9. L'Equipe spéciale recommande d'envisager une approche progressive, par étapes, à l'élimination sous-régionale : Hispaniola dans le cadre de l'étape 1 et l'Amérique centrale dans le cadre de l'étape 2.

Prévalence du paludisme et de la filariose lymphatique dans l'île d'Hispaniola

