



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC53/8

Cinquante-troisième session
Kyoto (Japon)
16-20 septembre 2002

30 juillet 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 13 de l'ordre du jour provisoire

PALUDISME, FILARIOSE ET AUTRES MALADIES PARASITAIRES

Le paludisme et les autres maladies parasitaires se produisent dans certaines conditions écologiques particulières et sont étroitement associés à la pauvreté rurale. Dans la Région, le paludisme demeure la plus importante des maladies parasitaires. Endémique dans dix pays, il est à l'origine de plus de 400 000 cas confirmés et de 2000 décès notifiés en 2000. Si le paludisme est une maladie d'importance internationale qui retient beaucoup l'attention et attire de nombreux financements, d'autres parasitoses se font plus discrètes. Pourtant, la filariose lymphatique est une affection grave et défigurante qui est endémique dans 21 pays ou zones, et les helminthes intestinaux lèsent la santé des enfants dans la quasi totalité des régions tropicales et subtropicales.

En 1998, le lancement de l'initiative mondiale Faire reculer le paludisme a marqué un tournant dans le combat planétaire contre cette maladie. Faire reculer le paludisme dans la région du Mékong a été lancé à l'occasion d'une réunion birégionale tenue à Hô Chi Minh-Ville en 1999. Ce partenariat entre pays, organisations bilatérales et multilatérales, et institutions universitaires a joué un rôle moteur en matière de surveillance, d'échange d'informations et d'élaboration de stratégies.

Pour ce qui est de la lutte contre la filariose, le Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF) a valeur d'exemple, non seulement pour le reste de la Région, mais aussi pour le monde entier.

Dans beaucoup de pays, les helminthes sont considérés comme faisant partie de la vie. Toutefois, l'OMS et ses Etats Membres unissent leurs efforts pour réduire la morbidité due aux helminthes intestinaux grâce à des stratégies de lutte, souvent appliquées en milieu scolaire, qui sont efficaces, sûres et peu coûteuses.

Le présent rapport est présenté au Comité régional à des fins d'information ainsi que de discussion au cours de sa cinquante-troisième session.

INTRODUCTION

On trouvera une analyse plus détaillée de la situation du paludisme, de la filariose lymphatique et des helminthes transmis par le sol dans la Région dans *L'activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental: 1^{er} juillet 2001–30 juin 2002* (pp. 20-39).

FAIRE RECULER LE PALUDISME

1. SITUATION ACTUELLE

Dans la Région du Pacifique occidental, le paludisme est endémique dans 10 pays, dont sept sont situés en Asie et trois dans le sud-ouest du Pacifique. En 2000, le nombre total de cas confirmés de paludisme, notifiés au Bureau régional, s'est élevé à 404 376, le nombre total de décès notifiés se chiffrent à 2371. Selon les estimations, les chiffres réels seraient au moins dix fois supérieurs. Environ un tiers des cas et des décès se produit dans des pays insulaires du Pacifique.

Les trois pays endémiques du sud-ouest du Pacifique, où la distribution du paludisme est relativement généralisée en milieu rural et même dans certains secteurs urbains, ont utilisé avec succès des moustiquaires imprégnées d'insecticide comme principale méthode de prévention. Aux Îles Salomon et au Vanuatu, les taux d'incidence du paludisme ont baissé d'environ 60% entre 1990 et 2000, alors qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée le taux de couverture des moustiquaires imprégnées est encore trop faible pour influencer sur la maladie au niveau national. Dans ces pays, le traitement du paludisme relève généralement des services de santé publics. Jusqu'ici, le paludisme à falciparum n'est que modérément pharmacorésistant et l'association de chloroquine et de sulfadoxine-pyriméthamine reste efficace.

En Asie du Sud-Est, le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont tous bien progressé en parvenant à réduire la morbidité paludéenne (de 14 à 70%) et la mortalité par paludisme (de 34 à 95%) au cours des années 1990, en dépit de problèmes complexes. Parmi ceux-ci, figuraient la pharmacorésistance; les ventes sauvages, dans le secteur privé, de médicaments antipaludiques dont certains se sont révélés des contrefaçons; la concentration du paludisme dans des zones rurales écartées où il frappe des minorités ethniques; et la difficulté d'appliquer une lutte

antivectorielle efficace à des groupes à risque qui migrent fréquemment. Ces dernières années, les très grands efforts consentis par ces pays ont été accompagnés par un soutien technique et financier considérable de leurs partenaires internationaux. En Chine, le paludisme avait déjà beaucoup reculé dans les années 1980, mais, au cours de ces dernières années, le progrès s'est ralenti par suite de la difficulté de maintenir le financement public. En Malaisie, la lutte antipaludique a constamment progressé au cours des deux dernières décennies et le taux d'incidence du paludisme a baissé de 71% entre 1992 et 2000. Toutefois, ces dernières années, les Philippines ont éprouvé de grandes difficultés à poursuivre leur excellent programme de lutte antipaludique par suite d'une décentralisation progressive des services de santé. Le paludisme à vivax est apparu en République de Corée en 1992, mais sa propagation est maintenant enrayée.

2. ENJEUX

1. Pour la lutte antipaludique dans le Pacifique, la mission numéro un consiste à étendre la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et de pérenniser les engagements pris par les gouvernements et les organismes partenaires aux Îles Salomon et au Vanuatu. La difficulté est d'autant plus grande aux Îles Salomon que la persistance du conflit entrave considérablement la fourniture de services préventifs et curatifs.
2. La polypharmacorésistance du paludisme à falciparum pose un grave problème en Asie du Sud-Est et complique singulièrement la fourniture d'un traitement efficace et économiquement abordable. Il arrive que les malades aient la volonté et les moyens de payer les médicaments, mais qu'en raison de la mauvaise qualité des services de santé dans bon nombre de régions impaludées, et notamment de l'incapacité de diagnostiquer la maladie avec précision, ces malades recourent souvent à plusieurs médicaments et à des posologies insuffisantes, contribuant ainsi un peu plus à l'apparition d'une résistance. C'est la raison pour laquelle de nouvelles associations thérapeutiques beaucoup plus coûteuses que les médicaments utilisés depuis de nombreuses années, sont utilisées parallèlement à des épreuves de diagnostic rapide (EDR) et peuvent ainsi améliorer la qualité des soins aux malades fiévreux et réduire la mortalité due au paludisme. Mais, pour mettre ces principes en pratique, il faudra: disposer d'un financement plus important; entreprendre des recherches opérationnelles sur, par exemple, l'utilisation des EDR par les agents de santé ruraux; et se doter de systèmes novateurs d'assurance de la qualité qui puissent s'appliquer à des services

privés non structurés. Ces derniers temps, aux Philippines, l'OMS a collaboré avec des institutions à la mise sur pied d'un système de contrôle de la qualité applicable à ces épreuves.

3. Dans certains pays, les réformes du système de santé aboutissent à dilapider un savoir spécialisé, fruit de nombreuses années d'efforts. Le paludisme étant fortement associé à la pauvreté rurale, la lutte antipaludique doit être financée au niveau national et disposer de compétences spécialisées nationales et locales afin de sélectionner les stratégies les mieux adaptées à une réduction de la morbidité et de la mortalité dans les populations des régions écartées.

3. ACTIONS PROPOSÉES

Il est proposé à l'examen du Comité régional que les Etats Membres prennent les mesures suivantes :

1. Établir un lien entre les initiatives Faire reculer le paludisme et les programmes nationaux de réduction de la pauvreté, de développement rural, d'éducation ainsi que de développement des services généraux de santé dans les régions écartées.
2. Coordonner l'action des partenaires nationaux et extérieurs pour veiller à ce que les ressources disponibles pour la lutte antipaludique se maintiennent à des niveaux suffisants et servent à améliorer les services de santé préventifs et curatifs pour les populations qui en ont le plus grand besoin.
3. Mettre en place ou maintenir en fonctionnement, au sein de la structure constituée par les services nationaux de santé, des systèmes correctement gérés qui garantissent une couverture totale des populations vulnérables par des moustiquaires imprégnées et d'autres méthodes de lutte antivectorielle, en fonction des conditions locales.
4. Mettre en place ou maintenir en fonctionnement, des systèmes d'observation de la pharmacorésistance des parasites du paludisme, du comportement de recours au traitement des malades paludéens ainsi que de la qualité des services curatifs publics et privés, afin de faire en sorte que tous les malades paludéens soient soumis, dès l'instant où ils consultent, à un schéma thérapeutique complet et hautement efficace.

5. Collaborer sur le plan international afin d'échanger des informations sur les recherches opérationnelles et les projets pilotes, notamment ceux qui ont trait au lancement de nouvelles interventions telles que les EDR et les associations thérapeutiques. Fournir, en temps voulu, des données et des informations, ventilées par âge et par sexe, sur les problèmes nouveaux tels que celui des contrefaçons pharmaceutiques.

FILARIOSE LYMPHATIQUE

1. SITUATION ACTUELLE

La filariose lymphatique a toujours été endémique dans 15 des 22 pays et territoires insulaires du Pacifique ainsi qu'au Cambodge, en Chine, en Malaisie, aux Philippines, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. Sous sa forme chronique, la maladie provoque des difformités et des incapacités graves chez les personnes atteintes. Pourtant, on dispose actuellement de moyens simples qui, à terme, permettront d'éliminer la maladie. En effet, il existe une épreuve de diagnostic rapide permettant de déceler efficacement la présence de vers adultes. Administrée sur une grande échelle, dans les zones d'endémicité et pendant une période de trois à cinq ans, une association thérapeutique d'albendazole et de diéthylcarbamazine peut interrompre la transmission du parasite.

La stratégie d'élimination mondiale comporte deux éléments. Le premier est l'administration de médicaments sur une grande échelle et, le second, la minimisation de l'impact sur les malades présentant des manifestations chroniques (éléphantiasis ou hydrocèle). Des travaux récents ont montré que la détersion régulière des régions atteintes et leur traitement par des pommades à base d'antibiotiques peuvent réduire considérablement la surinfection de la peau à ces endroits et, du même coup, limiter l'étendue de l'œdème lymphatique. On a montré que ce geste simple améliore sensiblement la qualité de vie des sujets atteints de la forme gravement défigurante de la maladie.

Parmi les pays de la Région, seule la Chine est jusqu'à présent parvenue à se débarrasser entièrement de la filariose lymphatique. Ce résultat fut obtenu dans les années 1980, à l'issue d'une grande campagne nationale qui a duré plus de 25 ans. En Malaisie, une campagne de lutte réussie, menée au cours des 15 dernières années, n'a laissé subsister que de petites poches de transmission dans certaines zones de Malaisie péninsulaire et du Sabah. La Malaisie commence à appliquer la

stratégie mondiale d'élimination. Aux Philippines, la distribution massive de médicaments a commencé sur une échelle limitée en 1999 et s'étendra jusqu'à couvrir toutes les zones d'endémicité au cours des prochaines années. Le Viet Nam entreprendra des campagnes d'administration de médicaments au grand public dans un nombre limité de districts en 2002, opération qui sera rendue à d'autres districts d'endémicité au cours des années à venir. Le Cambodge et la République démocratique populaire lao en sont actuellement aux premiers stades des préparatifs en vue de l'élimination et cartographient la répartition des zones de transmission permanente du parasite.

Bien qu'on possède actuellement les moyens d'éliminer la filariose lymphatique, la maladie n'est toujours pas considérée comme prioritaire dans de nombreux pays. Toutefois, dans le Pacifique, les ministres de la santé ont réaffirmé leur volonté politique de mettre leurs moyens en commun et d'œuvrer ensemble afin de débarrasser le Pacifique d'une maladie débilitante qui a fortement marqué la vie insulaire pendant des siècles. La filariose a été l'un des grands thèmes des réunions des ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique organisées à Koror (Palaos) en 1999 et à Madang (Papouasie-Nouvelle-Guinée) en 2001. Le Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF) a fixé la date limite de l'élimination à 2010, soit dix ans révolus avant celle de l'objectif mondial. Dans le Pacifique, les campagnes de traitement de masse ont commencé en 1999 et, à la fin de 2003, tous les pays d'endémicité, à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, auront entrepris des activités annuelles d'administration de médicaments sur une grande échelle.

2. ENJEUX

1. La filariose lymphatique a une forte incidence économique et sociale sur les individus infestés et défigurés de façon chronique dans les collectivités où les taux d'infection sont élevés.
2. La filariose lymphatique se caractérisant par l'existence de foyers et n'étant pas systématiquement notifiée dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles, on ne possède pas de chiffres fiables sur le poids réel de la morbidité.
3. Bien qu'on possède actuellement les moyens d'éliminer la filariose lymphatique, la maladie n'est toujours pas considérée comme prioritaire dans de nombreux pays où elle est endémique, si bien qu'il est souvent difficile de susciter la volonté politique de lancer un programme d'élimination efficace.

4. Même là où existe une volonté politique, un programme d'élimination oblige à consentir, pendant cinq ans, de lourds engagements sur le plan des moyens humains et financiers. En outre, pour réussir, un programme doit pouvoir s'appuyer sur une solide infrastructure sanitaire et celle-ci fait souvent défaut dans les petits pays en développement de la Région.
5. La pérennité est la question la plus importante qui se pose à tous les pays d'endémicité de la Région. Pour éliminer la maladie, il faut mener de vastes activités d'administration de médicaments, couvrant au moins 85% des populations touchées et pendant une période de trois à cinq ans.

3. ACTIONS PROPOSÉES

Il est proposé à l'examen du Comité régional que les Etats Membres prennent les mesures suivantes :

1. Le réseau des pays du PacELF constitue le premier et, jusqu'à présent, le plus efficace des groupements de pays œuvrant ensemble en vue d'éliminer la filariose lymphatique. Poursuivant l'œuvre déjà accomplie, les membres du PacELF se doivent de renforcer leur réseau en intensifiant la coopération, la mise en commun des ressources et l'action d'information. Ce faisant, la Région du Pacifique occidental pourrait être la première région de l'OMS à éliminer la filariose lymphatique.
2. Les pays d'endémicité de la Région doivent faire en sorte que, sur le plan des moyens humains et financiers nécessaires, des engagements soient pris pour éliminer la filariose lymphatique de la Région d'ici à 2020.
3. Dans le souci de pérenniser les activités d'administration de médicaments sur une grande échelle, les pays devraient intégrer l'élimination de la filariose à d'autres programmes de lutte contre la maladie telles que la lutte contre les helminthes, la supplémentation nutritionnelle, la salubrité de l'environnement et la lutte antipaludique (par exemple en distribuant, en traitant et en retraitant des moustiquaires imprégnées).
4. Comme on prend de plus en plus conscience de la nécessité d'intégrer des activités efficaces de lutte antivectorielle à l'action d'élimination de la filariose lymphatique, particulièrement dans les pays du Pacifique, les Etats Membres devraient inclure des activités de lutte contre les vecteurs de la filariose lymphatique dans d'autres actions antivectorielles, telles que

l'emploi de moustiquaires imprégnées pour combattre le paludisme et les mesures d'assainissement des récipients d'eau pour lutter contre la dengue.

GÉOHELMINTHIASES

1. SITUATION ACTUELLE

Les helminthes intestinaux, qui figurent parmi les infestations humaines les plus banales dans le monde entier, posent un grave problème de santé publique dans la Région. Quelle que soit leur condition sociale, la plupart des enfants des pays en développement sont, un jour ou l'autre, infestés par des "vers". On estime qu'un quart au moins des habitants de la planète est infesté, de façon chronique, par des parasites intestinaux. En 1996, l'OMS a estimé que, dans le monde, 1,4 milliard d'individus sont infestés par des ascaris (*Ascaris lumbricoides*), un milliard par des trichocéphales (*Trichuris trichiura*) et 1,3 milliard par des ankylostomes (*Ancylostoma duodenale* et *Necator americanus*). C'est sur les enfants d'âge scolaire (5 à 14 ans) et les femmes enceintes que pèse l'essentiel de la morbidité.

La transmission des vers intestinaux est liée à un assainissement insuffisant et à de mauvaises conditions de vie. Dans les milieux pauvres, il n'est pas rare de constater qu'au moins 90% des enfants d'âge scolaire sont porteurs d'une espèce au moins de parasites helminthiques. Or, les enfants ainsi infestés courent un risque de retard de croissance 3,7 fois supérieur et un risque d'insuffisance pondérale 1,5 fois supérieur à la normale. Les enfants anémiques courent un risque de retard de croissance 1,6 fois supérieur et un risque d'insuffisance pondérale 1,5 fois supérieur à la normale. Enfin, chez les enfants à la fois infestés par des helminthes et anémiques, le risque de retard de croissance est 5,9 fois supérieur et le risque d'insuffisance pondérale de 4,0 fois supérieur à la normale. Les enfants parasités sont généralement anémiques, en moins bonne forme physique et ils réussissent moins bien en classe, hypothéquant ainsi leurs chances d'échapper au cercle vicieux de la pauvreté.

Le traitement peut renverser ces effets. Les médicaments utilisés contre les helminthes intestinaux sont sûrs, efficaces et peu coûteux (moins de US\$ 0,03 par enfant et par cure). Deux traitements par an, habituellement administrés directement en milieu scolaire, peuvent grandement améliorer l'état de santé général des enfants.

2. ENJEUX

1. Dans l'ensemble de la Région, la croissance et le développement des enfants sont gravement lésés par le parasitisme intestinal. L'infestation par les helminthes, pourtant facile à traiter, est souvent négligée. Toutefois, dans l'ensemble de la Région, des Etats Membres commencent maintenant à lutter énergiquement contre les helminthes en milieu scolaire, avec le soutien de l'OMS et de nombreux partenaires locaux et internationaux. Le Pacifique occidental montre ainsi la voie à d'autres régions de l'OMS en ce qui concerne la mise en œuvre de ces interventions de santé publique aussi élémentaires qu'efficaces.
2. Les enfants infestés par des vers intestinaux sont habituellement anémiques et accusent un retard de croissance par rapport à ceux qui ne sont pas parasités.
3. Le meilleur moyen de prévenir le parasitisme intestinal est d'installer et d'utiliser des cabinets d'aisance, de se laver régulièrement les mains et, d'une manière générale, de manipuler hygiéniquement les aliments. Dans les collectivités pauvres dépourvues de moyens d'assainissement suffisants, la prévention est possible en soumettant régulièrement les enfants d'âge scolaire et d'autres groupes vulnérables à un traitement vermifuge. L'école est le cadre le plus propice à la pratique régulière d'un tel déparasitage.
4. Le déparasitage coûte environ US \$0,06 par enfant et par an, soit un modeste investissement susceptible d'entraîner une amélioration radicale de la capacité cognitive et de la croissance.

3. ACTIONS PROPOSÉES

Il est proposé à l'examen du Comité régional que les Etats Membres prennent les mesures suivantes :

1. Prendre des dispositions en vue d'appliquer la résolution WHA54.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui, entre autres choses, demande instamment aux Etats Membres d'assurer un accès aux médicaments essentiels contre la schistosomiase et les géohelminthiases dans tous les services de santé des zones d'endémicité, pour le traitement des cas cliniques et des groupes à risque élevé de morbidité comme les femmes et les enfants.

Ceci afin d'assurer au minimum l'administration régulière d'une chimiothérapie à au moins 75% et jusqu'à 100% de tous les enfants d'âge scolaire exposés au risque d'ici 2010.

2. Les responsables des ministères de la santé engageront leurs collègues des ministères de l'éducation à œuvrer avec eux en vue de faire de la lutte contre les helminthes une activité courante dans toutes les écoles des zones d'endémicité, de préférence dans le cadre des programmes Écoles-Santé. C'est le meilleur moyen d'atteindre l'objectif consistant à déparasiter chaque année 75 à 100% des enfants d'âge scolaire.
3. Partout où cela sera possible, les pays prendront des mesures d'assainissement de base telles que l'installation de cabinets d'aisance et de lavabos ainsi que la fourniture d'eau saine afin de trouver une solution à long terme au problème des helminthes intestinaux.