

**“Maladies tropicales négligées,
“Neglected Tropical Diseases,**



**Hidden successes
Emerging opportunities”**

**Succès ignorés,
Nouvelles opportunités”**

WHO/CDS/NTD/2006.2

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale 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. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

Si l'OMS a pris raisonnablement toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations données dans la présente publication, le document est cependant distribué sans garantie d'aucune sorte, ni explicite ni implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation qu'il en fait. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être tenue responsable d'éventuels préjudices qui pourraient résulter de son utilisation.

“Neglected Tropical Diseases, “Maladies Tropicales Négligées”

Table des matières

Lettre du Directeur -----	ii
Caractéristiques essentielles des maladies tropicales négligées -----	iv
Les succès d'un coup d'œil -----	v
Maladies tropicales négligées -----	1
Un symptôme de pauvreté et de vies défavorisées -----	3
Superposition des menaces dans les populations délaissées -----	4
Pauvres entre les pauvres : les victimes des maladies tropicales négligées -----	6
Le prix élevé de la négligence -----	8
De bonnes raisons d'être optimistes -----	10
Succès ignorés -----	13
Succès locaux et nécessité de les généraliser -----	13
Le Brésil prouve l'efficacité de la lutte antivectorielle contre la maladie de Chagas ---	14
Le Burkina Faso prouve qu'il suffit d'une semaine pour attaquer un vieux fléau ---	15
Le Cambodge atteint en avance la cible mondiale fixée pour 2010 -----	16
L'Egypte, un exemple de mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la filariose lymphatique -----	17
Le Sri Lanka triomphe de la lèpre grâce au marketing social -----	18
Progrès spectaculaires et potentiel énorme -----	20
L'éradication de la dracunculose est en vue -----	22
La lèpre est sur le point d'être éliminée -----	24
La filariose lymphatique est vaincue par les interventions à effets rapides -----	26
Lutte contre l'onchocercose : un succès qui ne se dément pas -----	28
Avec les premiers espoirs d'un succès durable, la maladie montre des signes de faiblesse ---	30
Nouvelles opportunités -----	35
Donner aux populations délaissées les moyens de rattraper leur retard : principaux défis --	36
Le cercle vicieux de la pauvreté peut être rompu sans attendre -----	38
Le département de Lutte contre les maladies tropicales négligées -----	40

Hidden successes,
Emerging opportunities”

Lettre du Directeur

De nos jours, les maladies tropicales négligées sont le symptôme de la pauvreté et de conditions de vie défavorisées.

Les maladies tropicales négligées sévissent depuis des temps immémoriaux et, tout au long de l'histoire, elles ont été une source notoire d'incapacités et de difformités. Dans le passé, leurs graves conséquences sur la santé et la productivité ont poussé l'homme à se doter de solides connaissances à leur propos et à mettre au point des moyens de lutte efficaces contre bon nombre d'entre elles. De plus, avec l'amélioration des conditions de vie, les possibilités de transmission se sont considérablement réduites. Il en résulte que ces maladies sont devenues rares dans les populations bénéficiant d'un bon accès aux services de santé et d'un niveau de vie raisonnable.

De nos jours, les maladies tropicales négligées sont le symptôme de la pauvreté et de conditions de vie défavorisées. Ceux qui en sont le plus affectés sont les populations les plus démunies qui vivent dans des zones rurales isolées, des bidonvilles ou des zones de conflit. N'ayant qu'un faible impact politique, ces maladies retiennent peu l'attention et ont du mal à se hisser dans les priorités de la santé publique. Le manque de statistiques fiables et des noms souvent imprononçables ont nui aux efforts pour les faire sortir de l'ombre.

Bien que très diverses du point de vue médical, les maladies tropicales négligées ont des caractéristiques communes qui leur permettent de persister dans les conditions de pauvreté où elles se regroupent et se superposent souvent. Environ **1 milliard de personnes**, soit un sixième de la population mondiale, souffrent d'une ou de plusieurs de ces maladies. Les situations de conflit ou les catastrophes naturelles aggravent les conditions favorables à leur propagation.

Même dans des conditions extrêmement difficiles, on a pu observer des progrès spectaculaires.

Pourtant, même dans des conditions extrêmement difficiles, on a pu observer des progrès spectaculaires au cours des dernières décennies : **14,5 millions de personnes** ont été guéries de la lèpre, le nombre des personnes infectées par la dracunculose est passé **de 3,5 millions à seulement 10 000**, plus de **25 millions d'hectares**, auparavant infestés par les simules provoquant la cécité des rivières, peuvent être de nouveau habités et cultivés, des millions de personnes sont désormais protégées de la filariose lymphatique. La schistosomiase a été endiguée au Brésil, en Chine, en Egypte et elle a été éliminée de la République islamique d'Iran, de Maurice et du Maroc. Les verminoses intestinales ont été éliminées de la République de Corée et sont maîtrisées dans de nombreux pays d'endémie. Ces succès prouvent bien que les interventions contre les maladies tropicales négligées sont techniquement et immédiatement faisables, visiblement puissantes et très rentables.



La stratégie contre les maladies tropicales négligées aidera à réaliser certains des objectifs du Millénaire pour le développement car elle porte sur les pauvres et développe le capital humain.

Lors des réunions à Berlin et à Genève, en 2004 et 2005, l'OMS a élaboré avec ses partenaires un cadre conceptuel pour passer d'une approche centrée exclusivement sur la maladie à une méthode intégrée pour lutter simultanément contre un ensemble de maladies tropicales négligées. L'OMS va faire avancer cette priorité à l'aide d'une approche comportant trois volets : **extension de la couverture par des interventions à effets rapides** (notamment contre les helminthiases), **renforcement de la lutte antivectorielle**, pour réduire la transmission de plusieurs maladies, et **amélioration de la surveillance et soins de qualité** pour des maladies comme la leishmaniose ou la maladie du sommeil. Elle va également s'occuper des particularités et des obstacles auxquels se heurte **la lutte contre les maladies tropicales négligées dans les crises humanitaires**, lorsque la mortalité et la morbidité sont plus élevées que d'habitude. La recherche-développement, comprenant la recherche opérationnelle, sera à la base des activités dans tous les domaines.

Avec cette approche, on pourra étendre rapidement l'accès actuellement limité aux traitements efficaces et sûrs que l'on peut donner pour enrayer plusieurs infections qui souvent affectent la même personne. La démarche sera prospective et ciblera les populations pauvres, exposées au risque, pour les protéger des effets irréversibles de ces infections à l'âge adulte. Elle réduira la charge à des niveaux gérables localement. Elle fera l'usage le plus efficace possible des ressources humaines et financières ainsi que des infrastructures existantes.

Cette approche basée en population est compatible avec **les priorités des droits de la personne, car elle est éthique et non discriminatoire**. La stratégie aidera à réaliser certains des objectifs du Millénaire pour le développement car elle porte sur les pauvres et développe le capital humain en protégeant des millions de personnes de maladies qui les fragilisent, avec des avantages indirects considérables sur l'éducation et la productivité.

Nous devons travailler d'urgence avec les pays d'endémie et la communauté internationale pour améliorer l'accès des communautés délaissées aux interventions à effets rapides et à des soins de qualité, les protéger des maladies tropicales négligées et assurer leur développement humain et social. De quelque perspective que l'on se place, la nécessité de cette action est incontestable, du point de vue moral, des droits de la personne, de l'économie ou des biens publics mondiaux. La tâche est faisable et doit être accomplie.

Dr Lorenzo Savioli
Directeur

Département des maladies tropicales négligées
Organisation mondiale de la Santé, Genève

Caractéristiques essentielles des maladies tropicales négligées

- ▶ On estime qu'un milliard de personnes souffrent de maladies tropicales négligées, principalement des populations pauvres vivant dans les régions tropicales et subtropicales.
- ▶ Les maladies se superposent fréquemment et chaque individu présente souvent simultanément plusieurs parasitoses ou infections.
- ▶ Dans 100 % des pays à faible revenu sévissent simultanément au moins cinq maladies tropicales négligées.
- ▶ Plus de 70 % des pays et territoires signalant la présence de maladies tropicales négligées sont des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (tranche inférieure).
- ▶ Les infections sont dues à l'insalubrité de l'eau, ainsi qu'aux mauvaises conditions de logement et d'assainissement.
- ▶ Les enfants sont les plus exposés aux maladies tropicales négligées.
- ▶ A cause des maladies tropicales négligées, chaque année des millions de personnes meurent, sont fragilisées ou développent des incapacités définitives qui entraînent souvent des douleurs physiques tout le reste de leur vie, la stigmatisation sociale et des mauvais traitements.
- ▶ La prévention, l'élimination, voire l'éradication sont possibles pour beaucoup de ces maladies en améliorant l'accès aux moyens de lutte sûrs, efficaces et peu coûteux qui existent déjà.

Actuellement, l'OMS oriente son action sur **14** maladies tropicales négligées

- **Ulcère de Buruli**
- **Maladie de Chagas**
- **Choléra/ Maladies diarrhéiques**
- **Dengue/dengue hémorragique**
- **Dracunculose (ver de Guinée)**
- **Trypanosomiase humaine africaine**
- **Leishmaniose**
- **Lèpre**
- **Filariose lymphatique**
- **Onchocercose**
- **Schistosomiase**
- **Helminthiases transmises par le sol**
- **Trachome**
- **Trepanematoses endémiques (yaws, pinta)**

Les succès d'un coup d'œil

- ▶ Sur les 122 pays d'endémie, 116 ont éliminé **la lèpre** en tant que problème de santé publique au cours des vingt dernières années. Depuis 1985, la prévalence de cette maladie a chuté de plus de 90 % et la polychimiothérapie a permis de guérir 14,5 millions de patients.
- ▶ En 2005, il n'y avait environ que 10 000 patients souffrant de **dracunculose** dans 9 pays d'endémie contre, selon les estimations, 3,5 millions dans 20 pays en 1985.
- ▶ Dans 10 pays de l'Afrique de l'Ouest, **l'onchocercose** a été éliminée en tant que problème de santé publique et n'a plus d'importance socio-économique. En 2010, grâce aux dons d'ivermectine, la lutte contre la cécité et les atteintes cutanées couvrira 50 millions de personnes.
- ▶ En 2005, des millions de personnes étaient protégées contre **la filariose lymphatique**. Plusieurs pays ont mis fin à la transmission et ce n'est plus un problème de santé publique au Costa Rica, dans les Iles Salomon, au Suriname et à Trinité-et-Tobago.
- ▶ La transmission de **la maladie de Chagas** a été endiguée au niveau national dans cinq pays d'Amérique du Sud avec un taux de rentabilité économique de 30 % des investissements dans la lutte antivectorielle. La transmission de la maladie par les transfusions a également été interrompue.
- ▶ La prévalence de **la schistosomiase** a baissé de manière spectaculaire dans de nombreux pays au cours des dernières années : la Chine et l'Égypte ont obtenu une réduction de 90 % au prix d'efforts de lutte prolongés avec le praziquantel. Au Brésil, l'action menée depuis 1979 a entraîné une diminution de 56 % de la mortalité et de 43 % des pathologies graves (nécessitant une hospitalisation) en 1997. Le Maroc a éliminé la schistosomiase urinaire en 2005.
- ▶ D'après les estimations, on a observé une baisse spectaculaire du nombre des cas de **trypanosomiase humaine africaine** (maladie du sommeil) de 300 000 en 1995 à un chiffre situé entre 50 000 et 70 000. Le renforcement de la surveillance a permis une réduction substantielle du nombre des nouveaux cas notifiés, de 37 193 en 1997 à 15 877 en 2005.



Maladies

tropicales

*Les conséquences de ces maladies
sont fragilisation,
difformité,
cécité et mort...*

négligées

Carte 1. Charge mondiale des maladies tropicales négligées



Environ

La charge des m
divise le monde en

1 milliard de personnes

souffrent d'une ou de plusieurs
maladies tropicales négligées.

Pourtant, la négligence persiste à
tous les niveaux.

Un symptôme de pauvreté et de vies défavorisées



Carte 2. Populations vivant avec moins d'un dollar US par jour.

maladies tropicales en deux

Les maladies tropicales négligées perdurent dans les conditions de pauvreté et se concentrent presque exclusivement dans les populations appauvries des pays en développement.

L'insalubrité de l'eau, le manque d'accès aux services de santé, les mauvaises conditions de logement et d'assainissement et la malnutrition augmentent la vulnérabilité à ces infections.

Environ 1 milliard de personnes souffrent d'une ou de plusieurs maladies tropicales négligées. Pourtant la négligence persiste à tous les niveaux.

Négligence au niveau local

Les maladies tropicales négligées telles que la lèpre, la filariose lymphatique et la leishmaniose, sont craintes, font l'objet de nombreux préjugés et entraînent une forte stigmatisation sociale. Il en résulte qu'on les cache : occultées, elles sont mal documentées et couvertes par la loi du silence.

Négligence au niveau national

Les maladies tropicales négligées tendent à passer inaperçues des services de santé et des politiciens car elles affectent souvent des populations marginalisées qui n'ont guère d'influence politique. Bien qu'elles entraînent fréquemment de fortes douleurs et des incapacités définitives, elles font rarement un grand nombre de morts. Dans des conditions de pénurie des ressources, les maladies à forte mortalité, comme le VIH/SIDA ou la tuberculose, deviennent prioritaires à leur détriment.

Négligence au niveau international

Ces maladies ne voyagent pas facilement et ne constituent donc pas une menace immédiate pour les sociétés occidentales. De plus, elles sont liées à des conditions géographiques et environnementales bien précises. La mise au point de nouveaux outils de diagnostic n'a pas reçu de moyens suffisants, en grande partie parce que ces maladies ne représentent pas un marché important.

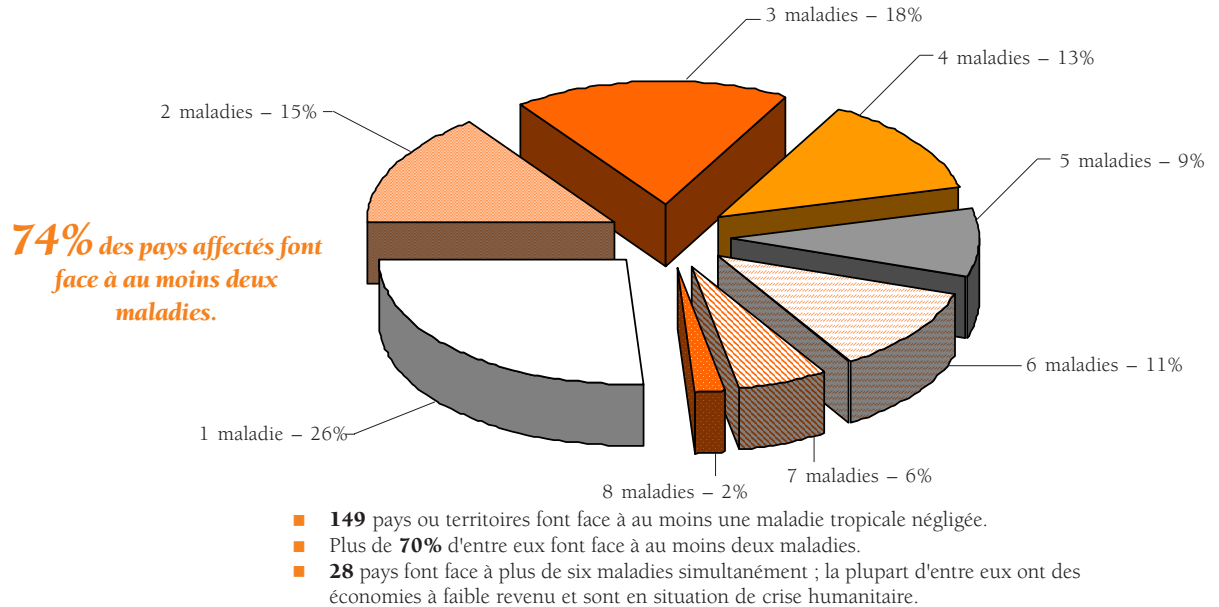
Moins de 1 % des 1 393 nouveaux médicaments homologués entre 1975 et 1999 étaient destinés aux maladies tropicales. Moins de **0,001 %** des US \$60 à 70 milliards ont été consacrés à la mise au point de nouveaux traitements contre les maladies tropicales, malgré des besoins urgents.

Superposition des menaces dans les populations délaissées

Les maladies tropicales négligées tendent à se regrouper géographiquement et à se superposer car elles partagent certaines caractéristiques.

Par exemple, les insectes peuvent être les vecteurs de la maladie de Chagas, de la dengue, de la leishmaniose, de la filariose lymphatique et de l'onchocercose. La schistosomiase, les helminthiases transmises par le sol et le trachome sont en étroite relation avec de mauvaises conditions d'hygiène du milieu et d'assainissement.

Figure 1. Superposition des maladies tropicales négligées



Encadré 1. Les maladies tropicales négligées et les crises humanitaires

Un chapitre de la souffrance humaine : les maladies tropicales négligées et les crises humanitaires

Les crises humanitaires, engendrées par les conflits ou les catastrophes naturelles, se caractérisent fréquemment par le déplacement de populations importantes. Les sinistrés sont souvent réinstallés dans des sites temporaires, surpeuplés, où il n'y a pas suffisamment de nourriture et d'abris, où l'eau est insalubre et l'assainissement médiocre. Ces conditions permettent alors aux maladies transmissibles de se transformer en facteurs majeurs de mortalité, soit seules, soit en association avec la malnutrition.

Dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées, on a observé des taux de mortalité jusqu'à 10 fois supérieurs à ceux de la population locale et les maladies transmissibles entraînent à elles seules plus de trois-quarts de ces décès.

Dans les pays en proie à des conflits, les maladies tropicales négligées représentent un fardeau majeur du fait de l'effondrement des programmes de lutte et des systèmes de surveillance. Souvent, les patients ont un accès difficile aux soins de santé, ce qui prolonge les souffrances infligées par des maladies que l'on peut éviter ou soigner.

En Angola, lorsque le programme de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine s'est effondré à cause de 40 ans de guerre civile, le nombre des cas identifiés s'est multiplié de manière exponentielle, passant de zéro par an au début des années 70 à plus de 8 000 par an à la fin des années 90. Dans certaines provinces, la maladie du sommeil touche plus de 50 % de la population, avec des taux de mortalité dépassant ceux du VIH/SIDA.

L'OMS intervient pendant les crises humanitaires en :

- établissant des normes, des principes et de nouveaux outils de lutte contre les maladies transmissibles, parmi lesquelles les maladies tropicales négligées ;
- assurant une assistance opérationnelle sur le terrain pour lutter contre les maladies transmissibles, parmi lesquelles les maladies tropicales négligées dans les pays prioritaires ;
- renforçant les capacités de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles, parmi lesquelles les maladies tropicales négligées.

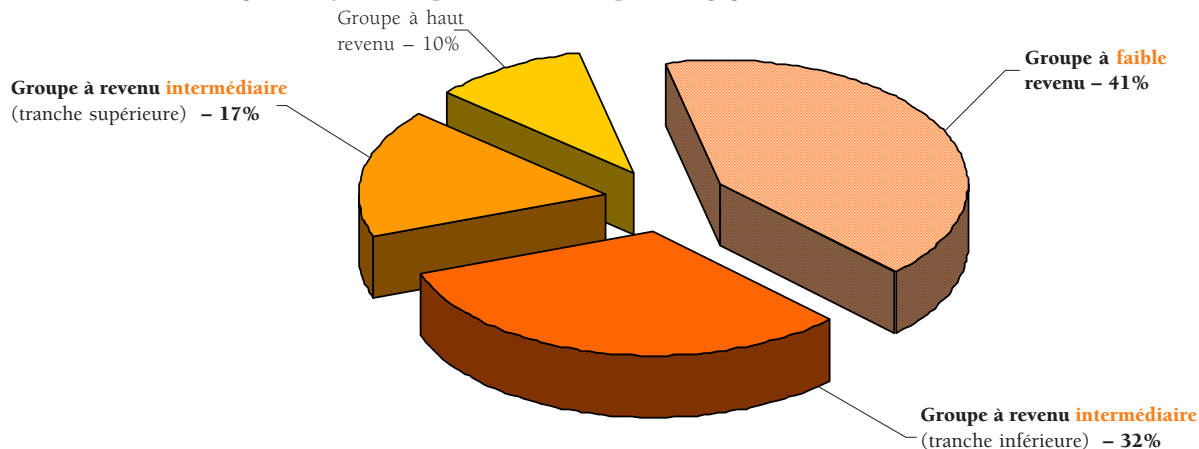
Les pays prioritaires ciblés en situation de conflit ou d'après-conflit sont les suivants : Afghanistan, Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, Libéria, Ouganda (nord du pays), République démocratique du Congo, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tchad.

Pauvres entre les pauvres : les victimes des maladies tropicales négligées

En général, les maladies tropicales négligées touchent les plus pauvres dans les communautés, les plus marginalisés et ceux qui sont le moins à même de faire appel aux services.

Se concentrant presque exclusivement dans les populations appauvries, les maladies tropicales négligées constituent un ensemble et plus de 70 % des pays affectés sont des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

Figure 2. Pays affectés par les maladies tropicales négligées, en fonction du revenu



On peut guérir nombre des maladies tropicales négligées avec des médicaments dont le prix se situe entre US \$0,02 à 1,50. Si cela ne représente pas grand chose dans les pays de l'OCDE, où le PIB moyen par habitant est de US \$28 500¹, le coût devient inabordable pour des gens qui gagnent moins de US \$1 par jour. On estime que 1,1 milliard de personnes vivent avec moins de US \$1 par jour et que 2,7 milliards de plus vivent avec moins de US \$2 par jour² : tous sont davantage exposés au risque de contracter des maladies tropicales négligées.

¹ USD, en utilisant les PPA de 2004 (OECD fact book, OCDE)

² Indicateurs du développement dans le monde 2005 (Banque mondiale)

En outre, la plupart des pays touchés le sont par plus d'une maladie simultanément. L'aide internationale et essentielle pour généraliser les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées.

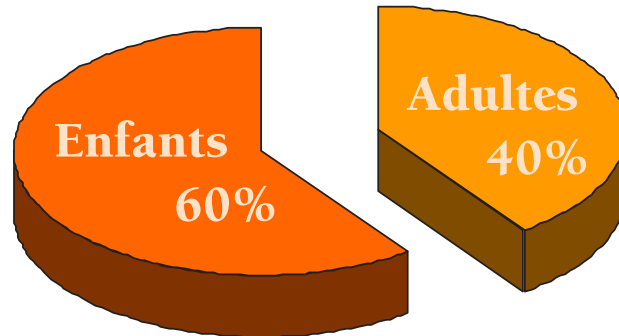
Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables

Les femmes, les enfants, les minorités ethniques, ainsi que ceux qui vivent dans des zones isolées avec un accès limité aux services, sont les plus exposés au risque infectieux.

En général, les femmes sont plus exposées aux maladies transmissibles que les hommes, que ce soit en termes de morbidité ou de mortalité. Elles sont aussi confrontées à des obstacles supplémentaires pour demander, et souvent recevoir, les traitements. Les conséquences de la stigmatisation, qui va de pair avec de nombreuses maladies tropicales négligées, sont souvent plus accentuées pour les femmes dans le cadre de leur vie familiale et, plus largement, sociale.

Près de 70 % des décès et de 75 % des années de vies ajustées sur l'incapacité (DALY) imputables aux maladies transmissibles au niveau mondial surviennent chez les enfants de moins de 14 ans. Cette constatation s'applique également aux maladies tropicales négligées, les enfants étant davantage exposés aux infections.

Figure 3. Personnes affectées par les helminthiases transmises par le sol



Le prix de la négligence est trop élevé ...

Le prix élevé de la négligence

La plupart des maladies tropicales négligées provoquent des incapacités graves définitives, mais elles tuent rarement. Le faible taux de mortalité, malgré une morbidité élevée, les placent à la fin des tableaux de mortalité et, dans le passé, on ne leur a guère accordé de priorité.

Pourtant, le prix de cette négligence est trop élevé ; ces maladies ont des conséquences pour les personnes touchées, les familles et les communautés dans leur ensemble en termes de charge de morbidité, de qualité de vie, de perte de productivité et d'aggravation de la pauvreté.

Ces maladies dressent un obstacle dévastateur à l'installation humaine et au développement socio-économique dans des pays déjà appauvris.

Fragilisation, difformité, cécité et mort sont les conséquences des maladies tropicales négligées

Fragilisation

Ces maladies engluent une génération après l'autre dans la pauvreté. La dracunculose et la schistosomiase ont de graves conséquences sur la fréquentation scolaire. La maladie du sommeil peut altérer définitivement les capacités intellectuelles et entraîner un retard mental, même chez les enfants que l'on guérit. On associe à la schistosomiase et aux helminthiases transmises par le sol des retards de croissance et du développement cognitif.

Difformité

Les difformités associées à certaines maladies tropicales négligées, comme la lèpre, la leishmaniose ou la filariose lymphatique, sont parfois si sévères qu'elles peuvent entraîner l'exclusion des patients de leur communauté et du monde du travail : membres disproportionnés de l'éléphantiasis, visages ravagés par les leishmanioses cutanéomuqueuses ou la lèpre, amputations des membres chez l'enfant pour les sauver de formes agressives de l'ulcère de Buruli.

Cécité

A cause de leur prévalence en zone rurale, les cas de cécité dus à l'onchocercose et au trachome peuvent finir par remettre en question la sécurité alimentaire et entraîner des modifications spectaculaires de l'utilisation des sols.

Le long de la rivière Koni, dans le bassin de la Bani au Mali, un membre du personnel a passé la matinée avec un couple d'aveugles qu'un enfant avait amenés au champ. Ils passaient la journée à ramasser lentement les mauvaises herbes dans le mil, distinguant les feuilles par le toucher. Ces scènes, multipliées par des centaines de milliers, révèlent le visage de l'onchocercose.

Mort

En l'absence de traitement, on meurt de la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) et de la leishmaniose. La première entraîne le dépérissement, la somnolence, le coma, puis la mort. La leishmaniose viscérale lèse les organes internes, comme le foie, la rate et la moelle osseuse. En l'absence de traitement, on en meurt généralement en deux ans.

Encadré 2. La co-infection par la leishmaniose viscérale et le VIH

Une synergie mortelle : la co-infection par la leishmaniose viscérale et le VIH

La tendance mondiale à la recrudescence des co-infections par la leishmaniose viscérale et le VIH est de mauvais augure.

La leishmaniose est transmise par la piqûre d'un phlébotome infecté par *Leishmania protozoa*.

Le parasite peut rester à l'état latent pendant des décennies chez l'individu asymptomatique. En revanche, le cas évolue rapidement vers une leishmaniose viscérale sévère chez les personnes dont l'immunité est affaiblie.

Chez les personnes infectées par le VIH, la leishmaniose accélère l'apparition du SIDA par un effet cumulatif sur l'immunosuppression et en stimulant la réplication du virus.

Le partage des seringues chez les toxicomanes par voie intraveineuse favorise la propagation de la leishmaniose comme du VIH, ainsi qu'on le constate en Europe.

En zone d'endémie, le SIDA accroît le risque de leishmaniose viscérale d'un facteur de 100 à 1 000.

Les leishmanioses sont endémiques dans 88 pays de quatre continents, l'Afrique, l'Asie, l'Europe et les Amériques.

L'OMS estime que 350 millions de personnes sont exposées au risque de leishmaniose, 12 millions sont actuellement infectées et environ 1,5 à 2 millions de nouvelles infections se produisent chaque année.

A cause de la co-infection, la leishmaniose viscérale ne se limite plus à ses zones d'endémie et le nombre des cas de co-infection avec le VIH va continuer d'augmenter.

En Europe méridionale par exemple, jusqu'à 70 % des cas de leishmaniose viscérale chez l'adulte sont associés au VIH. Dans certaines régions d'Ethiopie, 35 % des patients atteints de leishmaniose sont aussi infectés par le VIH et la tendance s'étend aux pays voisins comme le Soudan.

Il faut d'urgence établir un réseau de surveillance pour contrôler l'évolution des co-infections leishmaniose/VIH. La cartographie de la co-infection et l'analyse des tendances épidémiologiques donneront les moyens de mettre au point une stratégie de lutte.

De bonnes raisons d'être optimiste

On peut éviter, voire éliminer, la plupart des maladies tropicales négligées en donnant en temps utile aux communautés touchées l'accès aux moyens efficaces qui existent déjà. Le défi à relever est d'étendre la couverture et l'accès à ces outils d'une manière préventive et anticipative.

Des outils qui coûtent peu et sont très rentables

Dans certains cas, les interventions couvrant des populations entières, comme la lutte antivectorielle ou l'administration massive de médicaments, sont suffisamment puissantes pour interrompre la transmission. Pour la plupart des maladies tropicales négligées, il existe actuellement des techniques sûres, efficaces et peu onéreuses. On pourrait ainsi obtenir une réduction spectaculaire des maladies transmissibles au coût minimal de US \$0,40 par personne et par an. Le déparasitage dans les communautés ou les écoles par l'administration massive de médicaments est une autre intervention très efficace et peu coûteuse : US \$6 à 33 par DALY gagnée.

Table 1. Coût et efficacité du traitement des maladies tropicales négligées

Maladies tropicales négligées	Coût unitaire du traitement (US \$)
Onchocercose	0,10–0,20*
Filariose lymphatique	0,03–1,50*
Helminthiases transmises par le sol	0,02
Trachome	0,30*
Schistosomiase	0,20–0,30
Carence en vitamine A	0,02
Estimation du coût total de la chimiothérapie nécessaire pour le traitement annuel de toutes les maladies citées	Environ \$0,40

* Les laboratoires pharmaceutiques ont promis des dons à grande échelle pour ces médicaments.

Les interventions portant sur des populations entières ne font aucune discrimination des pauvres et ne marginalisent pas davantage les groupes exclus, ce qui est intéressant du point de vue éthique pour les stratégies de réduction de la pauvreté.

“Dans notre village, les gens sont très heureux de prendre les médicaments et nous font bon accueil.”.

*Dr Heba Mohamed Amin (Egypte),
Programme national d'élimination
de la filariose lymphatique*

Une approche intégrée pour vaincre

Il faut adopter d'urgence un cadre intégré de lutte contre les multiples maladies affectant simultanément les communautés. On allierait ainsi la lutte antivectorielle, très dépendante d'un usage judicieux des pesticides, à la chimioprophylaxie pour toutes les populations exposées au risque infectieux. On peut alors mettre en commun pour plusieurs maladies les activités essentielles que sont la prestation des services, la logistique, le contrôle et la surveillance, ce qui permet des économies et des gains d'efficacité évidents.

Faisabilité avec peu de ressources

La lutte contre les maladies tropicales négligées fait appel à des interventions simples pouvant être exécutées par des personnes non spécialisées, des enseignants, des chefs de villages ou des bénévoles locaux par exemple.

Adhésion locale

Les maladies tropicales négligées ont l'avantage d'être une grande priorité pour les communautés affectées. On démarre ainsi avec une longueur d'avance en se basant sur les principes de l'adhésion locale, de l'éducation sanitaire et de l'action préventive à base communautaire.

Dans certaines régions du monde, les interventions qui ont des résultats immédiats, soulagement de la douleur, élimination des insectes domiciliaires, expulsion des vers intestinaux, favorisent l'acceptation des programmes de lutte dans les communautés touchées et stimulent la demande locale.

Box 3. Usage judicieux des pesticides

Une direction mondiale dans la fixation des normes et l'évaluation des pesticides utilisés pour la santé publique

Programme transversal au sein de l'équipe Ecologie et gestion vectorielles, le système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) apporte son soutien aux institutions des Nations Unies, aux programmes de l'OMS et aux Etats Membres pour une utilisation sûre et efficace des pesticides et pour la mise au point de normes internationales sur le contrôle de la qualité et le commerce. WHOPES fonctionne grâce à la participation des représentants des gouvernements, des fabricants de pesticides et de matériel pour les répandre, des centres collaborateurs de l'OMS et d'autres instituts de recherche, ainsi que d'autres programmes de l'OMS, notamment celui sur la sécurité chimique. L'aide aux Etats Membres pour une gestion rationnelle des pesticides est une grande priorité du programme, compte tenu du fait que la plupart des programmes de lutte antivectorielle dépendent de l'utilisation d'insecticides dans le cadre d'une approche intégrée pour la gestion du problème. Le programme demande des avis à divers tableaux d'experts et groupes consultatifs, ainsi qu'à un partenariat unique entre le public et le privé, la Collaboration mondiale pour la mise au point des pesticides utilisés en santé publique. Depuis 2001, WHOPES a testé et évalué 14 pesticides pour la santé publique et a mis au point et publié des normes de qualité pour 23 composés de pesticides.



Succès

Succès locaux et nécessité de les généraliser

Des objectifs ambitieux ont été fixés pour de nombreuses maladies tropicales et l'on assiste à des progrès impressionnants. Dans les dernières décennies du vingtième siècle, des tendances positives sont apparues et l'évolution se poursuit à un rythme sans précédent.

Jamais auparavant, un si grand nombre de personnes ont été protégées ou guéries de ces maladies épouvantables.

Les expériences des pays démontrent bien le pouvoir décisif de l'engagement et de la détermination pour vaincre, même dans des situations qui sont loin d'être idéales.

ignorés

Le Brésil prouve l'efficacité de la lutte antivectorielle contre la maladie de Chagas

Le programme brésilien de lutte contre la maladie de Chagas prouve l'efficacité de la lutte antivectorielle pour interrompre la propagation des maladies à transmission vectorielle.

2 400 municipalités couvertes par des pulvérisations régulières d'insecticides

La maladie de Chagas provoque des lésions mortelles au niveau du cœur et de l'appareil digestif, notamment chez le jeune enfant. Il existe trois voies de transmission du parasite à l'homme : par des « insectes tueurs » se nourrissant de sang et qui vivent dans les fissures et les fentes des maisons de mauvaise qualité ; par la transfusion de sang contaminé ; ou par contamination congénitale, de la mère au fœtus. Comme plus de 80 % des cas humains sont dus à la transmission par des triatomes domestiques, la lutte contre ces vecteurs est cruciale.

En 1983, le Brésil a entrepris une attaque globale contre la maladie de Chagas en couvrant les 2 400 municipalités des zones d'endémie par des pulvérisations régulières d'insecticide.

Interruption de la transmission

Au cours des vingt dernières années, la transmission a été pratiquement interrompue dans 10 des 12 états d'endémie au Brésil et le nombre de décès attribués à la maladie de Chagas a baissé de 5 pour 100 000 habitants au début des années 80 à 3,5 pour 100 000 ces dernières années. L'interruption de la transmission de la maladie de Chagas par *Triatoma infestans* a été certifiée en juillet 2006.

La lutte antivectorielle a permis d'obtenir au Brésil les meilleurs résultats jamais enregistrés dans le Cône austral, ce qui a incité d'autres pays à participer à des initiatives contre la maladie de Chagas.

Lutte intégrée contre la maladie de Chagas

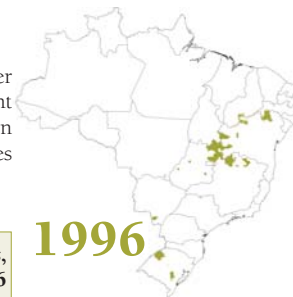
Comme la maladie de Chagas a un réservoir animal, la transmission se poursuivra. Il faut donc exercer une surveillance constante et pratiquer une lutte intégrée. Les succès de la lutte antivectorielle doivent s'accompagner du développement des soins médicaux pour ceux qui sont déjà infectés, de l'amélioration des logements et d'un contrôle actif dans les banques de sang pour éliminer la transmission par les transfusions.



1983



1989



1996

Figure 4. Zones infestées par *Triatoma infestans*, au Brésil, 1983–1996

Le Burkina Faso prouve qu'il suffit d'une semaine pour attaquer un vieux fléau

La schistosomiase est endémique dans tout le Burkina Faso. Dans certaines des communautés les plus exposées, 100 % des enfants sont infectés.

Gratuité des médicaments

L'engagement international sous la forme de dons de médicaments et d'aides financières a contribué de manière importante au succès du Programme national de lutte contre la schistosomiase au Burkina Faso. Depuis son démarrage en mai 2004, 3 322 564 enfants, soit plus de 90 % de la population des 5–15 ans, ont reçu du praziquantel pour la schistosomiase et de l'albendazole pour les helminthiases transmises par le sol.

Enseignants et personnel local chargés de la distribution

Les enseignants et les communautés ont participé à la distribution des médicaments anthelminthiques aux enfants. Les enseignants traitent leurs élèves dans leurs écoles, tandis que des personnes basées dans les communautés jouent un rôle crucial pour distribuer les médicaments aux enfants qui ne sont pas scolarisés et qui constituent la majorité de la population d'âge scolaire.¹

Cette approche conjuguée a permis au Burkina Faso de parvenir à une couverture nationale en peu de temps, 18 mois après le début du programme.

Message encourageant du Burkina Faso

Le Ministère de la Santé a lancé le coup d'envoi au programme national de lutte en consacrant une semaine en 2004 et 2005 à la campagne de déparasitage. Ces deux tournées ont été effectuées intégralement par du personnel national s'appuyant sur les compétences locales et les infrastructures existantes.

Le Programme national de lutte contre la schistosomiase a donné la preuve que la lutte contre les maladies tropicales négligées pouvait obtenir de grands succès dans des conditions extrêmement difficiles, comme dans le cas du Burkina Faso, classé 175e sur 177 dans l'indicateur du développement humain.²

Une seconde tournée était prévue au Burkina Faso en octobre 2006.

¹ Le taux de scolarisation est faible au Burkina Faso ; en 2002–2003, il était de 36 % à l'école primaire (Profil de pays : Burkina Faso, 2005. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2005).

² *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2005. La coopération internationale à la croisée des chemins. L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités.* New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2005.

Le Cambodge atteint en avance la cible mondiale fixée pour 2010

Il y a cinq ans, plus de 70 % des enfants cambodgiens avaient des verminoses intestinales. Aujourd'hui, 100 % des enfants d'âge scolaire sont protégés des helminthiases transmises par le sol, grâce à un traitement régulier.

Volonté politique et appui financier

Il suffit d'un seul comprimé de mébendazole ou d'albendazole par enfant pour les helminthiases. En revanche il faut en moyenne 2 comprimés par an pour la schistosomiase. Le traitement par le mébendazole ou l'albendazole revient à seulement US \$0,02 ; le traitement par le praziquantel coûte quant à lui US \$0,20. Pourtant, la mise en place d'un programme de lutte complet représente un défi financier dans de nombreux pays en développement.

La forte volonté des autorités cambodgiennes, soutenues par des partenaires et des donateurs internationaux, a permis de faire du programme de déparasitage un succès remarquable.

Distribution de médicaments et éducation sanitaire

1. Le programme de déparasitage est mis en œuvre par des enseignants formés dans tout le système scolaire.
2. Deux tournées sont organisées chaque année dans les 24 provinces du pays.
3. On administre du mébendazole : ainsi, la posologie est tout simplement d'un comprimé par enfant et par tournée.
4. Un dossier scolaire est fourni pour éduquer les enfants.

En 2003, le Cambodge a traité 2 186 483 enfants et ce nombre s'est accru pour englober toute la population scolaire en 2005. Ce pays a également réussi à éliminer la schistosomiase.

En juillet 2004, le Cambodge a été le premier pays à atteindre le but fixé par l'OMS, à savoir traiter régulièrement au moins 75 % des enfants exposés au risque de morbidité due à la schistosomiase et aux helminthiases transmises par le sol d'ici à 2010.

La santé des futures générations

Le programme de déparasitage est axé sur la distribution des médicaments et l'éducation dans le système scolaire afin que les futures générations en profitent.

Le programme de lutte cambodgien est à la fois un triomphe national et un exemple pour les autres pays.

L'Égypte, un exemple de mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la filariose lymphatique

Il est possible que la filariose lymphatique ait été endémique en Égypte depuis l'époque des pharaons. Elle est réapparue dans les années 70 à la suite des modifications du niveau des eaux et des pratiques agricoles après la construction du barrage d'Assouan. On estime que 250 000 personnes ont été infectées en 1990 et que 2,5 millions sont exposées à un risque élevé, pour la plupart dans la région du delta du Nil et à Gizeh.

Un programme national basé sur la stratégie de l'OMS

En septembre 2000, le Ministère égyptien de la Santé et de la Population a lancé un programme national pour éliminer la filariose lymphatique, conforme au programme mondial établi par l'OMS.

Le plan nécessite l'administration massive de médicaments (AMM) dans toutes les zones d'endémie connues, en organisant chaque année pendant cinq ans une tournée de distribution d'une dose unique de citrate de diéthylcarbazine (DEC) et d'albendazole.

Délivrance des médicaments porte-à-porte

L'AMM a été assurée par des équipes locales de santé sur la base du porte-à-porte, avec la surveillance directe de l'ingestion des médicaments dans la mesure du possible, pour protéger les 2,5 millions de personnes vivant dans 181 villages d'endémie.

En 2004, 98,63 % de la population¹ devant bénéficier du traitement ont ingéré les médicaments contre la filariose lymphatique.

Après cinq tournées d'AMM

Après les cinq tournées d'AMM en cinq ans, la filariose lymphatique a été éliminée des problèmes de santé publique en Égypte. Ce succès prouve bien que l'on peut éliminer l'une des maladies les plus répandues, les plus incapacitantes et les plus stigmatisantes avec des outils efficaces et une ferme volonté politique.

Plusieurs pays arrivant au bout de leurs cinq années d'AMM ont pu faire état de succès comparables à celui de l'Égypte.

Depuis 2000, le Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique s'est étendu et couvre désormais la moitié des 83 pays d'endémie.

¹ Les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans sont exclus de l'AMM.

Le Sri Lanka triomphe de la lèpre grâce au marketing social

Les attitudes discriminatoires et les préjugés contribuent à la propagation des maladies tropicales négligées et en aggravent les conséquences pour ceux qui en souffrent.

Campagne massive de sensibilisation du public pour éliminer la stigmatisation de la lèpre

Très longtemps, la lèpre a été considérée comme une maladie honteuse et les patients ont caché leurs symptômes, de peur d'être ostracisés malgré l'existence d'une chimiothérapie efficace et gratuite. En conséquence, la maladie n'était détectée qu'à un stade tardif, après la survenue d'incapacités définitives.

En 1990, le Ministère de la Santé, bénéficiant d'une aide internationale, a lancé une vaste campagne pour changer l'image de la lèpre dans le public. En rappelant qu'elle était une maladie comme une autre pour laquelle il existait un traitement, les autorités espéraient que cette campagne allait encourager les personnes avec des lésions suspectes à se présenter pour poser un diagnostic précoce et obtenir le traitement gratuit.

Espoir et guérison pour une maladie que l'on peut traiter

La campagne a réussi à pratiquement éliminer la stigmatisation attachée à la lèpre. La peur et le dégoût ont laissé la place à l'espoir et à la guérison. Depuis le début de la campagne, plus de 20 000 patients ont été détectés et traités.

En moins d'un an, le taux de détection a augmenté de 150 %. L'année précédant la campagne, le nombre de cas s'étant présentés spontanément n'était que de 9 %. Ce chiffre est passé à 50 % en 1991 et s'est stabilisé à un niveau élevé les années suivantes.

La lèpre a été éliminée au niveau national en 1996

En 1995, le taux national de prévalence est passé en dessous de la barre de 1 pour 10 000 habitants. Le Sri Lanka a donc éliminé la lèpre au niveau national depuis 1996. Depuis 2002, les activités de lutte contre la lèpre sont pleinement intégrées dans les services de santé généraux pour préserver ce triomphe.

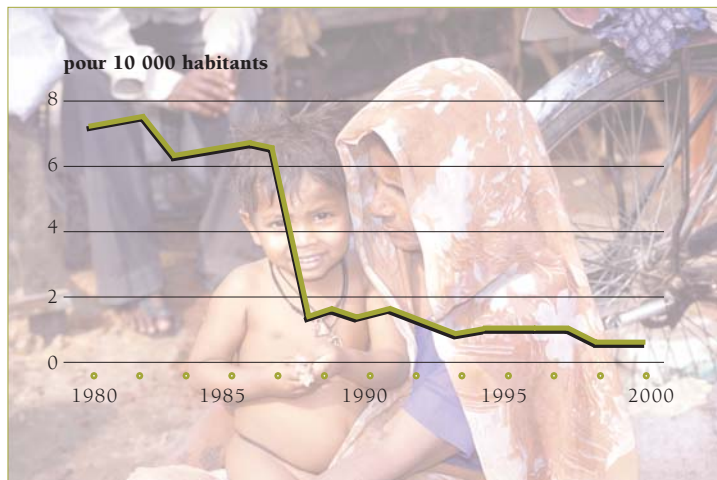


Figure 5. Prévalence de la lèpre de 1980–2000

Encadré 4. Utilisation coordonnée des médicaments anthelminthiques

L'OMS recommande de coordonner l'utilisation des médicaments anthelminthiques dans le cadre des interventions de lutte

La santé publique doit désormais s'occuper des helminthiases et d'autres maladies tropicales négligées au moyen d'interventions à large assise, ne se limitant pas à une seule maladie à la fois. La chimioprophylaxie vise à se servir des médicaments anthelminthiques soit seuls, soit en association, comme outil de la santé publique pour la prévention de la morbidité imputable à plus d'une verminose à la fois. Pour ce faire, on étudie comme utiliser au mieux les médicaments disponibles pour lutter contre les helminthiases en général, plutôt que de se concentrer sur des verminoses spécifiques nécessitant l'administration de médicaments.

Le plus grand défi à relever consiste à étendre une couverture régulière avec les médicaments anthelminthiques dans le cadre d'une intervention de santé publique pour que puissent en bénéficier tous ceux qui sont exposés au risque morbide des verminoses. La chimioprophylaxie devrait donc être démarrée à un âge précoce et il faut saisir toutes les occasions de traiter les populations exposées. L'OMS plaide pour une approche coordonnée basée sur la chimioprophylaxie pour lutter contre un phénomène reconnu désormais pour être un grand problème de santé publique et un obstacle majeur à la réduction de la pauvreté. Dans le même temps, avec un si grand nombre de personnes affectées et souvent difficiles à atteindre, il faut trouver des moyens novateurs d'étendre la couverture. Les résultats se traduiraient par des progrès de la santé, de l'éducation, de l'économie et du bien-être social de populations entières. Ces avancées aideront à établir une fondation solide à l'amélioration de la santé maternelle et au développement des enfants pour qu'ils deviennent des adultes libérés de la charge de maladies incapacitantes.

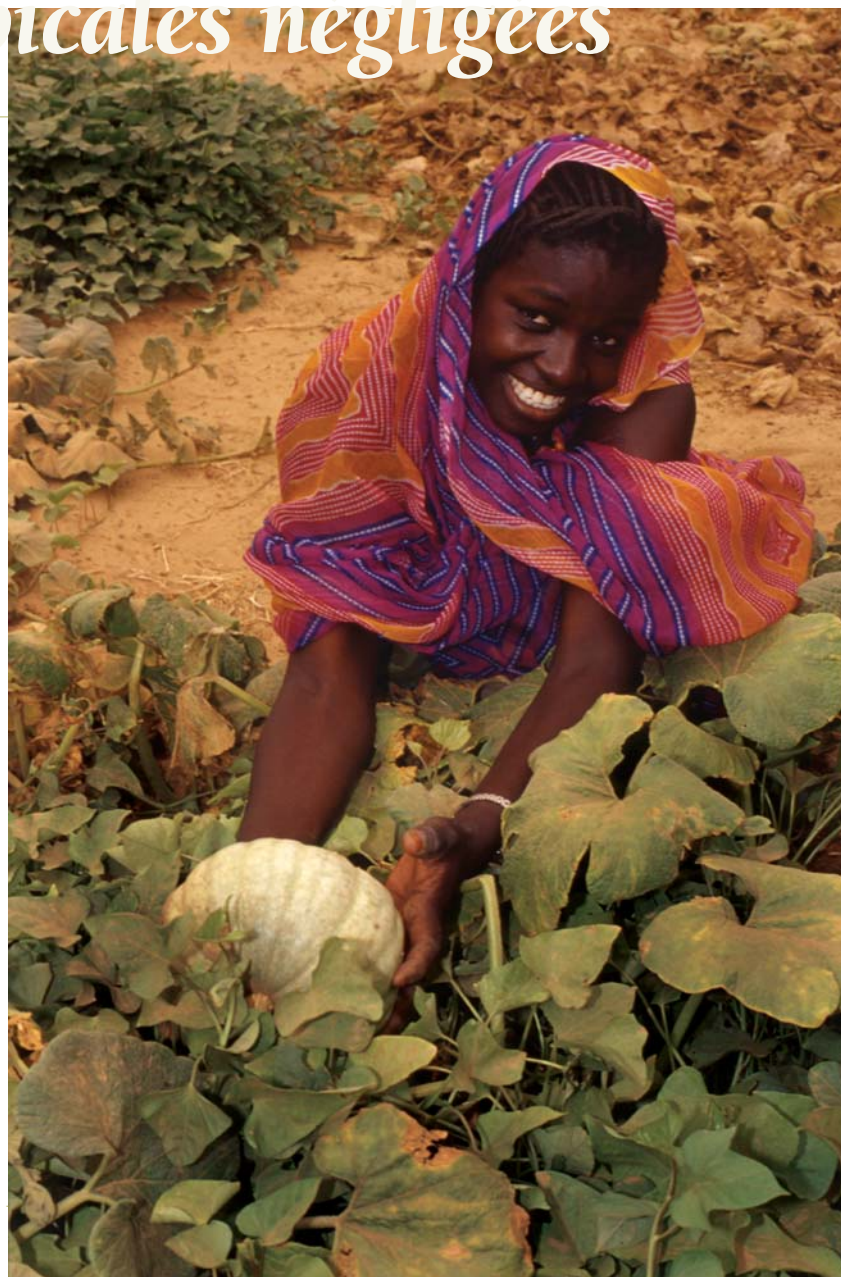
La diminution de la charge de morbidité et des altérations du développement qui caractérisent les helminthiases humaines dépend des décisions politiques prises par les ministres de la santé, de l'éducation et par leurs conseillers. Les efforts pour réduire la morbidité dépendront du dévouement des professionnels de la santé, ainsi que du soutien des partenaires qui engagent des ressources pour lutter contre les helminthiases.

L'OMS a mis au point un manuel pour orienter une mise en œuvre coordonnée de traitements anthelminthiques réguliers, systématiques et à grande échelle, élément essentiel des interventions pour lutter contre les helminthiases que sont la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les helminthiases transmises par le sol. La chimioprophylaxie est une composante qui doit être intégrée dans les stratégies globales de lutte ou d'élimination selon la situation régionale, nationale ou locale qui prévaut et les ressources disponibles.

Progrès spectaculaires et potentiel énorme

D'énormes progrès ont été accomplis pour endiguer ou éliminer plusieurs maladies tropicales négligées. Jamais encore autant de maladies n'avaient été ciblées avec des buts précis dans le temps, le plus souvent dans le cadre de la création de partenariats entre le public et le privé. Le paysage sanitaire s'en est trouvé profondément modifié. La distribution de médicaments gratuits est un trait frappant de ces partenariats, avec la mobilisation de ressources supplémentaires pour les activités au niveau des pays, afin de rendre les traitements plus accessibles aux patients.

Succès ignorés



Filariose lymphatique

Lèpre

Maladie du sommeil

Ulcère de Buruli

Dracunculose (ver de Guinée)

Choléra

Dengue/dengue hémorragique

Onchocercose

Trypanosomiase humaine africaine

Schistosomiase

Helminthiases transmises par le sol

Leishmaniose

L'éradication de la dracunculose est en vue

Lancée en 1982, l'initiative pour éliminer la dracunculose (ver de Guinée) a ouvert la voie à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1997 d'une résolution invitant instamment « tous les Etats Membres, les organisations internationales et non gouvernementales et les autres entités concernées à continuer à fournir un soutien politique et les ressources indispensables à l'achèvement de l'éradication de la dracunculose aussi rapidement que cela sera techniquement possible, ainsi qu'à la commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose et à son action ».

Pas de vaccin ni de médicaments, pourtant l'éradication est possible

La dracunculose se transmet exclusivement par l'ingestion d'eau infestée et elle affecte donc typiquement les pauvres des zones rurales qui dépendent de sources insalubres pour leur eau de boisson. Répandue au début du vingtième siècle, cette maladie est aujourd'hui la première parasitose pour laquelle on vise l'éradication.





En l'absence de médicaments efficaces ou de vaccins, l'élément clef de la stratégie consiste à modifier durablement les comportements, c'est-à-dire filtrer l'eau avant de la boire.

La stratégie de l'OMS repose sur :

- l'interruption de la transmission grâce à l'éducation sanitaire et l'approvisionnement en eau de boisson sûre (par filtration ou traitement chimique), ainsi que le dépistage précoce et la limitation des cas
- la surveillance;
- la vérification et la certification.

Figure 6. Certification de l'éradication de la dracunculose en 2006

Légende:

-  Pays certifiés exempts de transmission
-  Pays d'endémie
-  Pays où la transmission a été interrompue
-  Pays en attente de vérification



L'éradication est en vue

Au cours des vingt dernières années, le nombre des cas a chuté de 99 % et 168 pays et territoires sont désormais certifiés exempts de transmission. C'est la fermeté de l'engagement de tous les pays et de tous les partenaires dans le programme d'éradication de la dracunculose qui a permis d'obtenir ce résultat.

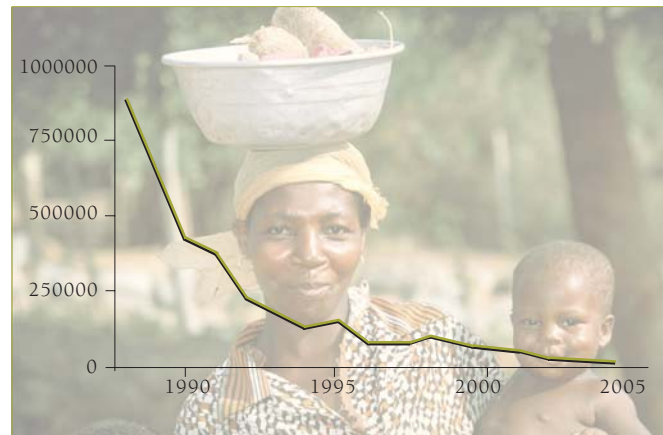
Des progrès remarquables

La dracunculose, l'une des maladies tropicales connues depuis le plus longtemps, est sans doute la première maladie que l'on va éradiquer sans vaccin ni traitement spécifique.

- Diminution de **99 %** des cas, de 892 055 en 1989 à 10 674 en 2005.
- **168** pays et territoires certifiés **exempts de transmission de la dracunculose**.
- La transmission se limite désormais à **9** pays africains seulement, sur les 20 pays d'endémie au début de l'initiative.
- La charge morbide se concentre principalement dans trois pays (le Ghana, le Mali et le Soudan), où l'on recense **96 %** des cas dans le monde.

Les efforts sans relâche pour fournir de l'eau propre, renforcer les systèmes de santé au niveau de la surveillance et assurer un financement suffisant permettront de parachever plus rapidement l'éradication de la dracunculose.

Figure 7. Nombre des cas de dracunculose notifiés dans le monde de 1989 à 2005



La lèpre est sur le point d'être éliminée

La lèpre, l'une des maladies les plus craintes et les plus incapacitantes, est sur le point d'être éliminée en tant que problème de santé publique dans tous les pays du monde. L'existence d'un traitement très efficace, la polychimiothérapie, a fait entrevoir la perspective d'un monde débarrassé de la lèpre.

La polychimiothérapie a permis d'obtenir des résultats sans précédent

Aujourd'hui, 116 des 122 pays d'endémie ont éliminé la lèpre en tant que problème de santé publique.

Depuis l'introduction de la polychimiothérapie en 1985 :

- plus de **14,5 millions** de patients ont été guéris ;
- la prévalence mondiale a baissé de plus de **90%**, de 21,1 à moins de 1 pour 10 000 habitants en 2000 ;
- l'apparition de mutilations a pu être évitée chez environ **2 à 3 millions** de personnes ;
- le nombre des nouveaux cas détectés à l'échelle mondiale a baissé régulièrement d'environ **20%** par an depuis 2001.

Une stratégie gagnante : un accès facilité au diagnostic et au traitement

La stratégie pour éliminer la lèpre comporte deux éléments : l'amélioration de l'accès au diagnostic et la délivrance gratuite des médicaments efficaces.

- Accès au diagnostic et au traitement par l'intégration des services s'occupant de la lèpre dans les services publics de santé qui existent déjà.
- Simplification du diagnostic et des directives thérapeutiques (diagnostic clinique, traitement standardisé d'une durée fixe).
- Traitement de qualité, délivré gratuitement sous forme de blisters à tous les patients dans le monde depuis 1995.

L'appui politique de haut niveau et les campagnes de marketing social ont modifié l'image de la lèpre dans le public et ont apporté une contribution significative à son élimination.

Une lutte permanente

On a observé une baisse spectaculaire de la charge mondiale, de 5.2 millions cas en 1985 à 286 000 cas à la fin de 2004. L'enjeu final consiste à détecter les derniers patients dans les zones d'endémie qui subsistent et à leur donner un accès gratuit au traitement.

Les patients victimes de violations des droits de la personne doivent retenir davantage l'attention et ont besoin d'aide pour la réadaptation physique et socio-économique.

L'OMS a demandé de renforcer davantage les efforts pour lutter contre la lèpre au moyen d'une approche intersectorielle coordonnée, d'un apport important de fonds et d'une plus grande participation des ONG et des fondations.

La polychimiothérapie a permis de guérir plus de
14,5 million *de patients.*

La prévalence mondiale a baissé de plus
de 90 %, de 21,1 à moins de
1 pour 10 000 *en 2000.*

Le nombre des nouveaux cas détectés à l'échelle
mondiale a baissé régulièrement d'environ
20% par an *depuis 2001.*

L'apparition de mutilations a pu être évitée chez
environ **2–3 millions** *de personnes.*

Les patients victimes de violations des
droits de la personne *doivent retenir*
davantage l'attention.

La filariose lymphatique est vaincue par les interventions à effets rapides

Un fléau silencieux

La filariose lymphatique, aussi appelée éléphantiasis, reste asymptomatique très longtemps après que l'infection a été contractée, dans la plupart des cas au cours de l'enfance. Une fois que les signes de la maladie deviennent visibles, les difformités et les incapacités s'installent progressivement. Les lésions du système lymphatique, des reins, des bras, des jambes ou des organes génitaux provoquent, notamment chez l'homme, de grandes souffrances et sont sources de discriminations.

Figure 8. Pays et territoires où la filariose lymphatique est endémique en 2006



- **1,3 milliard** de personnes sont exposées au risque de filariose lymphatique dans plus de 80 pays.
- Plus de **120 millions** de personnes ont déjà été infectées.
- Plus de **40 millions** de patients souffrent de difformités et d'incapacités sévères.
- Un tiers des personnes infectées vivent en Inde, un tiers en Afrique et le dernier tiers en Asie méridionale, dans le Pacifique et les Amériques.

Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique

Lancé en 2000, le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) vise à éliminer cette maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2020 en protégeant l'ensemble de la population exposée au risque. Le nombre des personnes exposées à l'infection est actuellement de 1,3 milliard.

La stratégie pour y parvenir comporte deux volets :

- la prévention primaire des nouveaux cas : distribution une fois par an d'une dose unique de la bithérapie ou de sel enrichi en citrate diéthylcarbamazine (DEC) à toutes les personnes dans les populations exposées ;
- la prévention secondaire et tertiaire de la morbidité associée à la maladie : accès au traitement chirurgical de l'hydrocèle, éducation à l'hygiène et à une auto-prise en charge pour éviter les crises d'adéno lymphangite aiguë.

Stratégie : traitement préventif de masse

L'administration massive de médicaments consiste à administrer une fois par an une bithérapie à l'ensemble de la population exposée au risque : DEC et albendazole ou albendazole et ivermectine. Cette mesure permet de maintenir la microfilarémie à un niveau inférieur à celui requis pour la transmission. L'autre possibilité est d'utiliser régulièrement du sel enrichi en DEC.

Progrès à ce jour

- **442 millions de doses d'albendazole en comprimés** données à l'OMS et fournies à 42 pays.
- **399 millions de comprimés d'ivermectine donnés** à l'OMS, permettant 120 millions de traitements, fournis aux pays de la région africaine et de la Méditerranée orientale.
- **499 millions de comprimés de DEC** achetés par l'OMS auprès de fabricants présélectionnés et fournis à 13 pays.
- Environ **610 millions de personnes** ouvertes dans 42 pays en 2005, soit 50 % de la population exposée au risque.
- Les efforts se poursuivent pour améliorer l'accès au traitement chirurgical de l'hydrocèle au niveau des districts et la formation à la prise en charge des lymphœdèmes en vue de l'auto-administration des soins par les patients dans les communautés.

Lutte contre l'onchocercose : un succès qui ne se dément pas

L'OCP garantit le succès de la lutte antivectorielle à grande échelle contre la cécité des rivières

L'onchocercose, ou cécité des rivières, est une parasitose due à un ver transmis à l'homme par la piqûre de mouches, les simulies, qui se reproduisent dans les rivières à courant rapide. La maladie entraîne de graves altérations de la vue pouvant aller jusqu'à la cécité et une réduction de l'espérance de vie qui peut atteindre 15 ans. Les lésions cutanées sont un autre des effets catastrophiques de la maladie (prurit, nodules, dermatoses, dépigmentation, etc.). On estime que le prurit sévère compte à lui seul pour 60 % de la charge de morbidité.

En 1975, le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) a démarré des opérations de lutte antivectorielle de grande envergure à l'aide d'hélicoptères pour pulvériser chaque semaine des larvicides au dessus des gîtes larvaires dans les rapides des cours d'eaux. Depuis 1989, le traitement à grande échelle par l'ivermectine a été introduit. L'OCP, qui couvrait 11 pays d'Afrique de l'Ouest, a remporté un grand succès et s'est achevé en décembre 2002. Bien qu'une équipe restreinte ait poursuivi des actions antivectorielles résiduelles et localisées dans quatre pays, l'onchocercose a été pratiquement éliminée en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socio-économique dans la zone couverte à l'origine par le programme. La surveillance de la maladie se poursuit dans tous les pays, sous leur responsabilité directe.

Ce succès a eu de vastes retombées :

600 000 cas de cécité ont été évités.

18 millions d'enfants nés dans des zones sous contrôle ont échappé au risque de cécité des rivières.

25 millions d'hectares assainis peuvent être de nouveau cultivés et habités Pays de l'OCP

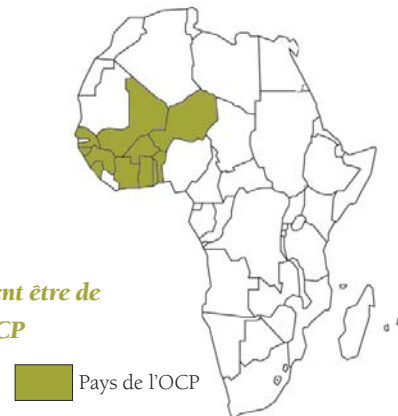


Figure 9. Onchocerciasis Control Programme in west Africa

Situation actuelle de la maladie

L'onchocercose reste endémique dans 30 pays en Afrique, 6 pays dans les Amériques et au Yémen. Plus de 100 millions de personnes sont exposées au risque et l'on estime que quelque 18 millions sont infectés. Plus de 99 % d'entre elles vivent en Afrique. Le traitement annuel par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) est la principale stratégie de lutte contre l'onchocercose en Afrique pour les populations concernées dans les zones d'endémie.

S'appuyant sur les connaissances et l'expérience acquises par l'OCP, le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) a démarré en décembre 1995 pour mettre en place des structures et définir des stratégies pendant 15 ans (jusqu'en 2010) afin de combattre la maladie dans 19 autres pays africains. Dans les pays couverts par l'APOC, les opérations reposent presque exclusivement sur les TIDC et l'on n'envisage pas l'éradication de la maladie. Toutefois, la mise au point d'un macrofilaricide (c'est-à-dire d'un médicament pouvant stériliser ou tuer les filaires adultes) et d'autres moyens d'intervention constitue une grande priorité.

L'APOC voudrait parvenir à 65 millions de traitements par an d'ici à 2010.

Les activités de l'APOC ont déjà permis :

- le traitement à l'ivermectine de plus de 10 millions de personnes ;
- le soulagement des prurits intolérables affectant les cas sévèrement infectés;
- la prévention d'un nombre de cas de cécité estimé à 100 000.

La lutte contre l'onchocercose est un succès qui ne se dément pas. Elle montre l'utilité des synergies obtenues en travaillant en partenariat, ainsi que la rentabilité économique et le développement social qui résultent des investissements dans un programme de lutte contre une maladie.

Avec les premiers espoirs d'un succès durable, la maladie du sommeil montre des signes de faiblesse

Le retour de la maladie du sommeil

La trypanosomiase humaine africaine, ou maladie du sommeil, fait de nouveau courir un danger mortel à des millions de personnes en Afrique. Elle avait été endiguée de 1960 à 1965, grâce à des équipes mobiles qui avaient dépisté systématiquement des millions de personnes exposées et à la lutte antivectorielle dans certains foyers, mais elle a resurgi dans les années 80. On a estimé en 1995 que près de 300 000 personnes étaient infectées.

Elle se transmet par la piqûre de la glossine (ou mouche tsé-tsé) et provoque la mort, des fausses couches et des décès périnataux par transmission de l'infection de la mère à l'enfant.

Une ferme volonté et de grands événements pour vaincre la maladie

Le Comité OMS d'experts sur la trypanosomiase africaine (lutte et surveillance), réuni en 1995, a insisté à la fois sur la recrudescence de la maladie et l'ignorance dramatique de la situation épidémiologique.

Depuis 1995, de grands événements ont eu un impact sur la lutte contre la maladie, entraînant l'avènement d'une nouvelle situation épidémiologique :

- La fin des crises sociales et des luttes civiles en Angola, au Congo, en Ouganda, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Soudan, ce qui a donné l'accès aux zones d'endémie.
- Un partenariat entre l'OMS et le secteur privé assurant l'approvisionnement sur le long terme en pentamidine, mélarsoprol, éflornithine et suramine.
- L'engagement des ONG à combattre cette maladie avec d'importants projets qui lui sont consacrés.
- Un plaidoyer énergique de l'OMS en faveur de la lutte contre la maladie du sommeil.
- Le rôle de l'OMS, par sa fonction d'encadrement et la mise en place d'un réseau renforcé, comme son programme pour éliminer la maladie en 2001.

En conséquence, les activités de surveillance se sont multipliées et le nombre total des personnes dépistées dans le cadre d'une recherche active des cas a augmenté, ce qui a entraîné une baisse importante et régulière du nombre des nouveaux cas.

En 2004, le nombre total des personnes ayant bénéficié d'un dépistage actif dans le cadre d'études de prospection avait augmenté de **145 %** par rapport à 1997. La surveillance qui a suivi a conduit à la notification de moins de **20 000** nouveaux cas en 2004, contre 37 193 en 1997.

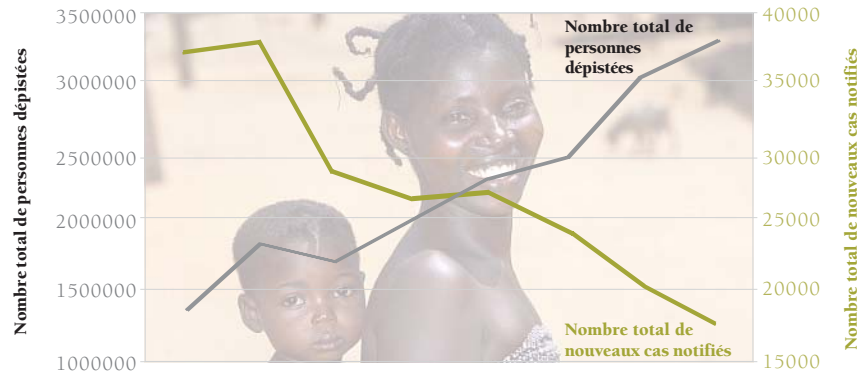


Figure 10. Nombre de personnes dépistées dans le cadre d'enquêtes de dépistage actif des cas, nombre de nouveaux cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés de 1997 à 2004.

Compte tenu des progrès de la lutte contre la trypanosomiase africaine, on peut envisager son élimination en tant que problème de santé publique. Il faudra des efforts continus et acharnés pour combattre une maladie qui est réapparue après avoir été vaincue des années plus tôt.

Enseignements à tirer de la recrudescence de cette maladie

- Les activités de surveillance et de suivi sont essentielles pour préserver des victoires chèrement acquises.
- Les médicaments anciens et difficiles à administrer dans de mauvaises conditions ne permettent d'obtenir que des succès précaires, c'est-à-dire une disparition provisoire et pas l'élimination de la maladie.
- Dans les zones isolées, des personnes meurent de cette maladie avant qu'on puisse même la diagnostiquer, car les méthodes actuelles de diagnostic nécessitent un personnel qualifié et l'hospitalisation.
- Il faut couvrir l'ensemble de la population exposée au risque.

La principale difficulté à laquelle l'OMS est confrontée aujourd'hui est de rester en alerte, de renforcer la surveillance et de soutenir les efforts pour parvenir à l'élimination. Les initiatives de l'Organisation pour mettre au point des outils de diagnostics plus spécifiques et plus sensibles seront les clefs d'une élimination durable.

Encadré 5. Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli

Les mystères de l'ulcère de Buruli et l'action de l'OMS

Le nom de la maladie vient des flambées épidémiques d'ulcères cutanés qui ont eu lieu en Ouganda dans les années 60, dans le comté de Buruli (appelé désormais district de Nakasongola). On ignore toujours pourquoi elle semble avoir disparu de cette zone. En revanche, au sud-est de l'Australie où des cas sont apparus dans les années 40, l'ulcère de Buruli (appelé localement ulcère de Bairnsdale) persiste et l'on a notifié davantage de cas ces dernières années.

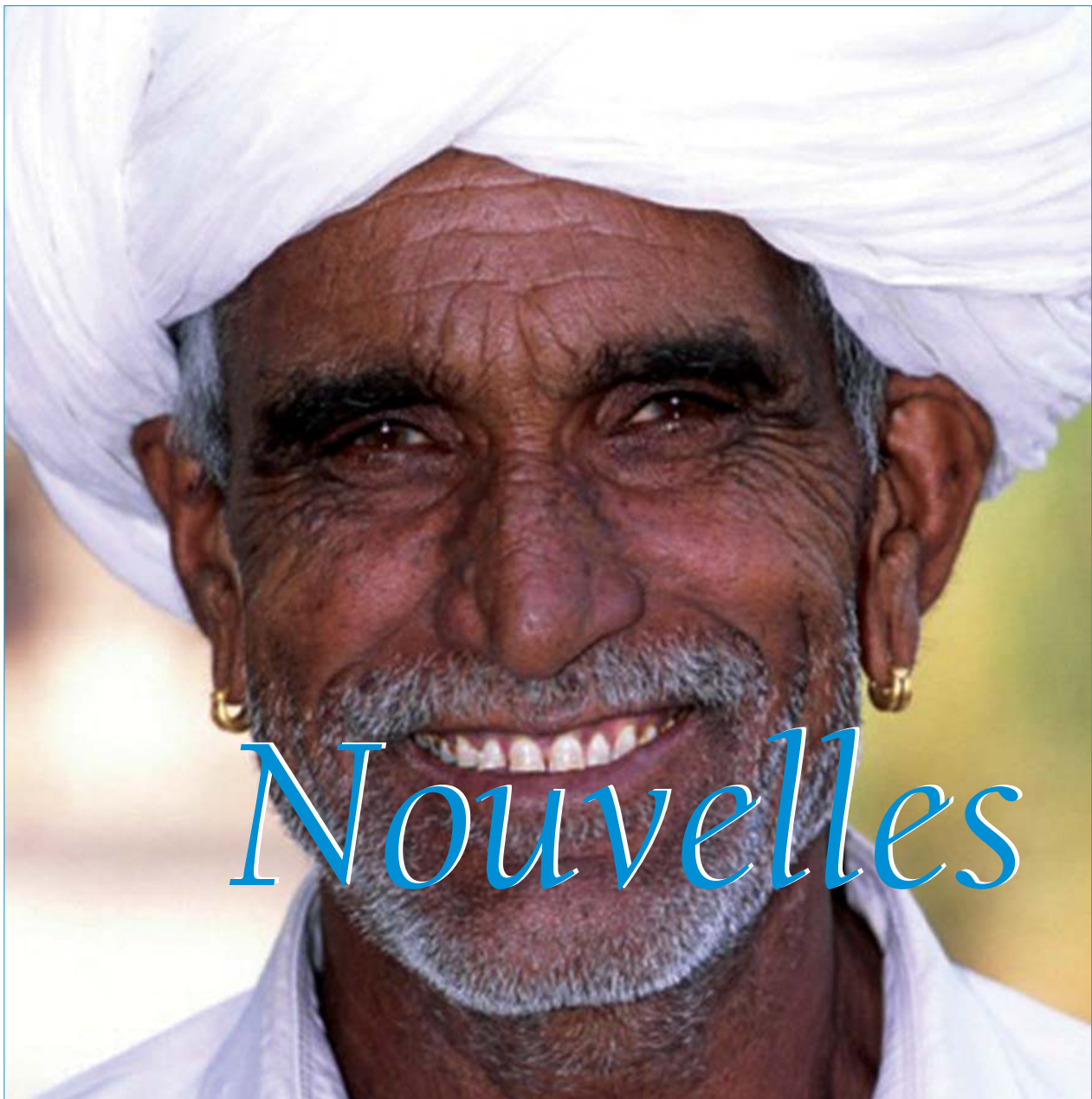
L'ulcère de Buruli est l'une des maladies tropicales négligées les plus méconnues. On ignore toujours les modalités de transmission de l'agent causal de l'environnement à l'homme. L'épidémiologie est également mal comprise. L'agent causal, *Mycobacterium ulcerans*, appartient à la même famille que les bacilles responsables de la lèpre et de la tuberculose et les études se poursuivent pour en savoir plus à son propos.

Depuis 1980, l'ulcère de Buruli a fait des apparitions spectaculaires dans plusieurs régions du monde et notamment en Afrique de l'Ouest. Jusqu'à présent, il a été signalé dans 30 pays en Afrique, dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique occidental, mais la connaissance de son extension géographique reste incomplète. Il est également difficile d'établir avec certitude le nombre exact des personnes touchées, en raison de la diversité des manifestations cliniques, des connaissances insuffisantes qu'ont les soignants de la maladie et des obstacles géographiques empêchant l'accès aux zones d'endémie isolées. L'OMS a joué un rôle de premier plan pour aider les pays à rassembler des données en renforçant le système de surveillance.

L'ulcère de Buruli débute souvent par une tuméfaction indolore et non adhérente de la peau, appelée nodule. Si le patient consulte à ce stade, on arrive à traiter l'infection avec succès en administrant certains antituberculeux. Mais, pour un grand nombre de raisons, la plupart des malades ne se présentent pas avant d'en être à un stade avancé, avec des difformités irréversibles et parfois des surinfections qui menacent leur survie. Dans certains cas, l'amputation de membres ou l'énucléation (ablation totale de l'œil) s'avère nécessaire pour sauver le sujet.

Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour éviter ces incapacités. En 1998, l'OMS a réagi à la propagation et à l'impact croissant de cette maladie en lançant l'Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli, soutenue par un Groupe consultatif technique. Depuis lors, des progrès réguliers ont été accomplis pour mettre au point des outils de diagnostic et de traitement qui offrent la perspective de mieux maîtriser cette affection. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2004 une résolution pour, d'une part, améliorer la surveillance et la lutte contre l'ulcère de Buruli et, d'autre part, accélérer les travaux de recherche pour mettre au point des moyens de lutte.





Nouvelles

*Pour donner aux populations délaissées
l'énergie de prendre en charge leur santé,
d'augmenter leur productivité économique
et d'améliorer leur vie.*

opportunités

Donner aux populations délaissées les moyens de rattraper leur retard : principaux défis

Les efforts internationaux dans le domaine des maladies tropicales négligées ont permis d'obtenir des résultats impressionnants ces dernières décennies. Les principaux défis à relever consistent à généraliser l'accès aux outils efficaces déjà à notre disposition et à en élaborer de nouveaux lorsque, pour certaines affections, il n'en existe pas encore.

1. Fournir gratuitement les traitements

Bien que le coût du traitement par patient soit parfois minime, cela peut finir par représenter des sommes importantes compte tenu du grand nombre de personnes affectées par les maladies tropicales négligées. Même si les populations touchées mettent les maladies sources de difformités et d'incapacités en tête de leurs priorités, les communautés les plus démunies n'ont pas les moyens d'assumer les coûts et, le plus souvent, de faire entendre leur voix auprès des politiciens et des décideurs. Une aide externe est donc nécessaire pour fournir gratuitement les interventions requises aux communautés exposées, dans le cadre de programmes comme ceux pour la vaccination des enfants.

2. Système de délivrance des médicaments couvrant toute la population exposée

Pour interrompre la transmission par l'administration massive de médicaments (AMM), il faut une couverture élevée, alors que les populations exposées ne bénéficient pas de ces interventions car elles vivent dans des zones trop isolées ou ne fréquentent pas les écoles et échappent donc aux campagnes organisées dans le cadre scolaire. Il faut donc mettre au point des stratégies spécifiques pour atteindre ces groupes et couvrir l'ensemble de la population exposée.

3. Regroupement de multiples interventions

Il faut mettre au point des approches novatrices intégrant la chimioprophylaxie dans les services de santé existants. Une approche en synergie simplifiera les opérations, améliorera l'efficacité et assurera une réponse globale à tous les besoins sanitaires prioritaires des communautés. Les interventions groupées doivent être proposées sous la forme flexible d'un menu d'options adaptable à la situation épidémiologique locale et aux priorités de la communauté. L'OMS a un rôle essentiel à jouer pour mettre sur pied des options techniquement rationnelles.

4. Besoin urgent de moyens de diagnostic et de médicaments

Dans le cas des maladies tropicales où les outils de lutte font défaut, leur mise au point se fait dans le cadre de partenariats entre le public et le privé. Il faut aussi les mettre de toute urgence à la disposition des populations qui en ont besoin et les rendre accessibles.

5. Mise au point de médicaments plus efficaces

Le besoin subsiste de mettre au point de nouveaux médicaments, même dans le cas des maladies pour lesquelles on dispose déjà des outils nécessaires, afin de parer à l'éventualité de pharmacorésistances apparaissant à la suite des programmes d'administration massive.

6. Promotion d'une lutte antivectorielle intégrée

Des efforts sont nécessaires pour renforcer l'infrastructure d'une lutte antivectorielle intégrée, la mettre en œuvre dans le cadre des services de santé existants et l'associer à d'autres secteurs (agriculture, irrigation, environnement, travaux publics, information et éducation).

7. Collecte des informations au niveau local

La cartographie des maladies et des populations exposées permettra de mieux cibler l'administration massive des médicaments et d'autres interventions en garantissant une utilisation efficace des ressources.

8. Protection précoce des enfants

De nombreuses maladies tropicales négligées surviennent à un âge précoce et font courir à l'enfant un risque au moment où son développement physique et intellectuel est le plus intense, avec le danger de séquelles définitives lui empêchant d'atteindre son plein potentiel. En appliquant le principe de la vaccination, c'est-à-dire que l'enfant est protégé à un âge précoce contre un certain nombre d'infections courantes en suivant un calendrier de vaccinations et de rappels, on peut aussi assurer la protection contre un ensemble de maladies tropicales et leurs manifestations les plus sévères en adoptant un calendrier de traitements systématiques se poursuivant jusqu'à l'âge adulte et s'appuyant sur les systèmes et services de routine pour en garantir la pérennisation.

9. Surveillance et suivi après la mise en œuvre

Il est fondamental d'assurer la surveillance et le suivi des maladies pour préserver les progrès durement acquis contre les maladies tropicales négligées. La surveillance après la mise en œuvre des interventions et des activités constantes de suivi doivent être effectuées pendant une période suffisamment longue pour avoir un impact durable et protéger les nouvelles générations de ces infections.

10. Intensification de la lutte contre les maladies et politiques de réduction de la pauvreté

La lutte contre les maladies tropicales négligées doit faire partie intégrantes des politiques de réduction de la pauvreté. L'adoption de mesures de santé publique de base, soins de santé primaires ou éducation sanitaire par exemple, ainsi que l'amélioration de l'accès à l'eau propre et à l'assainissement, permettrait de réduire significativement le fardeau d'un certain nombre de maladies.

Le cercle vicieux de la pauvreté peut être rompu sans attendre

Des outils de lutte puissants et rentables existent

Les maladies tropicales négligées prospèrent sur le terrain de la pauvreté, des mauvaises conditions d'assainissement, de l'eau insalubre et de la malnutrition. On a toutefois de plus en plus clairement la preuve que des progrès immédiats, visibles, importants, durables sont possibles même dans ces conditions. La lutte contre ces maladies a de nombreux effets bénéfiques indirects : amélioration de l'état de santé général des populations, augmentation de la productivité des travailleurs, accroissement des ressources nationales communes, contribuant à des progrès de l'éducation et à la croissance économique.

La lutte contre les maladies tropicales négligées implique clairement de s'occuper des facteurs sociaux, environnementaux, économiques et psychologiques. La volonté d'endiguer ces maladies a souvent eu pour effet d'instaurer pour la première fois des interventions et des services essentiels dans des zones isolées. Dans certains cas, ces initiatives ont ouvert la voie et permis de faire une percée contre des problèmes longtemps considérés comme insurmontables. Les maladies occupent une place centrale dans les droits de la personne car elles recouvrent des problèmes qui ont trait à la pauvreté, à la discrimination, à la stigmatisation et au droit à la santé.

Des stratégies hautement efficaces sont réalisables à grande échelle dans l'immédiat

Que ce soit du point de vue clinique ou économique, les nombreuses expériences d'interventions prouvent que les investissements consentis permettent d'engranger des bénéfices particulièrement avantageux. On peut intensifier immédiatement la lutte contre les maladies tropicales : aucun obstacle technique ne s'y oppose. Même la faiblesse des systèmes de santé dans la plupart des zones d'endémie n'est pas un obstacle absolu à l'intensification de la lutte, en particulier lorsque l'extension est progressive, district par district, avec l'addition logique d'interventions pour la satisfaction globale des besoins sanitaires dans une localité et une situation épidémiologique données.

Pour un groupe de maladies donné, la dynamique de l'action immédiate se renforce avec l'existence d'outils puissants et rentables, de stratégies d'exécution bien étudiées et de preuves abondantes des résultats que l'on peut attendre. La chimioprophylaxie annuelle groupée, associant plusieurs médicaments simples et efficaces, est l'une des interventions actuellement les plus efficaces de la santé publique, notamment quand la participation des communautés locales améliore les chances de pérennisation. Ces réussites donnent des possibilités d'atteindre plusieurs des cibles et objectifs du Millénaire pour le développement.

La chimioprophylaxie annuelle groupée, associant plusieurs médicaments simples et efficaces, est l'une des interventions les plus efficaces de la santé publique.

**Il est possible d'atteindre
plusieurs des cibles et
objectifs du Millénaire pour le
développement.**

Jamais la volonté internationale de réduire la pauvreté n'a été aussi forte

Aujourd'hui, la réduction de l'extrême pauvreté reste en tête des priorités des organisations internationales, des donateurs bilatéraux et des organisations non gouvernementales.

La réduction de la pauvreté est possible si les ressources allouées sont groupées pour combattre ou éliminer les maladies tropicales négligées qui empêchent les plus démunis de gagner leur vie.

La diminution de la charge des maladies transmissibles revitalisera l'économie des communautés et permettra ainsi de réduire l'écart entre les riches et les pauvres.

On peut dès aujourd'hui faire de grands progrès, même dans des populations pauvres et en grande partie illettrées, moyennant des améliorations sur le long terme des conditions de vie, des infrastructures, des services et des revenus.

Pour faire disparaître les maladies tropicales négligées dans les pays en développement, il faudra donner aux populations affectées les moyens d'entreprendre d'autres interventions qui feront prospérer l'économie locale, leur donneront l'accès à l'éducation, éradiqueront la pauvreté et aboutiront à un développement durable.

Des millions de personnes bénéficieront de la victoire sur les maladies tropicales négligées en étant protégées des incapacités, de la mauvaise santé et de la pauvreté.

Les cibles précises et les approches systématiques concrétisées dans les objectifs du Millénaire pour le développement ont donné un élan sans précédent à cette dynamique. En se mettant d'accord sur ces buts ambitieux, les dirigeants du monde ont engagé la communauté internationale à réaliser un ensemble commun d'objectifs de développement pour améliorer la santé, réduire la pauvreté et protéger l'environnement. A la lumière de ces objectifs, la lutte contre les maladies tropicales est une initiative favorable aux pauvres, dont les bénéficiaires vont bien au-delà de la santé en contribuant directement ou indirectement à la réalisation de nombreux buts.

La lutte contre ces maladies donnera aux populations délaissées l'énergie de prendre en charge leur santé, d'augmenter leur productivité économique et d'améliorer leur vie.

La victoire sur les maladies tropicales négligées est synonyme de progrès durables et d'améliorations définitives dans les pays sous-développés.

Le département OMS de Lutte contre les maladies tropicales négligées

En établissant son nouveau département de Lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD), l'OMS a continué de développer le cadre stratégique pour les maladies tropicales négligées à combattre. Le département NTD a adopté **une approche à trois volets** pour réduire les conséquences négatives de ces maladies.

1. **Couverture plus vaste et durable des interventions à effets rapides**
2. **Renforcement de la lutte antivectorielle pour réduire simultanément la transmission de plusieurs maladies**
3. **Amélioration de la surveillance et soins de qualité pour toutes les maladies tropicales quand les ressources sont limitées, en maximisant l'impact des interventions, en renforçant les capacités et en réduisant la mortalité.**

Département de
maladies tropicales
Bureau de L

Prise en charge de la maladie : innovation et intensification (IDM)

IDM s'intéresse aux maladies mal comprises pour lesquelles des outils de lutte efficaces n'existent pas ou ne sont pas utilisés à grande échelle. Il s'agit de **l'ulcère de Buruli, la maladie de Chagas, le choléra, la trypanosomiase humaine africaine et la leishmaniose**. IDM vise à ce que ces maladies puissent être facilement prises en charge dans le système de soins de santé primaires et, au bout du compte, éliminées en tant que problèmes de santé publique.

Chimioprévention et lutte contre la transmission des maladies (PCT)

PCT s'intéresse aux maladies pour lesquelles une stratégie existe, de même que des outils et des médicaments sûrs et efficaces qui rendent possible la mise en œuvre d'une chimioprophylaxie à grande échelle. Il s'agit de **la cysticercose, de la dracunculose (ver de Guinée), des trématodes transmis par l'alimentation, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, de la schistosomiase et des helminthiases transmises par le sol.**

Contre les maladies tropicales négligées

cadre conceptuel pour passer d'une approche purement centrée sur la maladie à une approche intégrée regroupant certaines des maladies tropicales négligées sur la situation sanitaire, sociale et économique des communautés touchées :

mettant plus particulièrement l'accent sur ceux pour lesquels cette approche aura les meilleures chances d'aboutir à une prévention des maladies très



Neglected Tropical Diseases

A young girl with dark hair, wearing a blue dress, is rowing a wooden boat on a river. She is holding a long wooden oar. The background shows a wide river with some vegetation on the banks. The image is slightly faded, serving as a background for the text.

« Les maladies tropicales négligées offrent un autre exemple de notre solidarité. Ces maladies ne voyagent pas d'un pays à l'autre, elles ne mettent pas en péril la santé de la population ou l'économie des pays nantis, elles ne font pas les gros titres de l'actualité. Pourtant, elles font souffrir et handicapent des millions de personnes et les maintiennent dans la pauvreté. La communauté mondiale se préoccupe désormais de ces maladies et fait des progrès sans précédents en associant à des objectifs ambitieux d'excellentes interventions dont de plus en plus de preuves attestent les multiples bienfaits. L'importance accordée aujourd'hui à des maladies trop longtemps négligées est le signe que la santé est une responsabilité désormais partagée par la communauté internationale. »

4 janvier 2007

Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

De la part des millions de personnes qui ont bénéficié gratuitement des traitements et des programmes de prévention, le département OMS Lutte contre les maladies tropicales négligées tient à remercier les donateurs, les partenaires, les fondations, les laboratoires pharmaceutiques qui ont fait don de médicaments, les organisations non gouvernementales, les ministères de la santé et les collègues en Région. Les progrès accomplis jusqu'ici n'auraient pas été possibles sans leur générosité, leur aide et leur travail énergique.

En raison du grand nombre de personnes qui ont apporté leur contribution et des limitations d'espace, nous n'avons pas inclus la liste de leurs noms. Toutefois, il est impossible de passer sous silence leur participation et leur engagement dont dépendent les progrès passés et futurs de la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Crédits photographiques :

Première de couverture, VI, 12, 18, 23, 31, 33, 35, OMS;

20, avec l'aimable autorisation de Photoshare/L. Goodsmith; 42, avec l'aimable autorisation de Photoshare/Eric Thompson; Dernière de couverture, avec l'aimable autorisation de Photoshare/Amit Kumar.



Département des maladies tropicales négligées (NTD)
Organisation mondiale de la Santé
20, Avenue Appia
1211 Genève 27, Suisse
E-mail: ntddoes@who.int

http://www.who.int/neglected_diseases/en/