



# Assemblée générale

Distr. générale  
3 août 2006  
Français  
Original : anglais

---

## Soixante et unième session

Point 47 de l'ordre du jour provisoire\*

### **2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique**

## **2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique**

### **Note du Secrétaire général**

Le Secrétaire général transmet ci-joint le rapport intitulé « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique » établi par l'Organisation mondiale de la santé pour donner suite à la résolution 60/221 de l'Assemblée générale.

#### *Résumé*

Le présent rapport décrit les activités menées et les progrès réalisés depuis le rapport précédent (A/60/208) en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de lutte contre le paludisme, compte tenu de la résolution 60/221 de l'Assemblée générale et de la Déclaration d'Abuja concernant le recul du paludisme en Afrique (2000). Il évalue les résultats du Programme destiné à faire reculer le paludisme sur la période 2000-2005 et présente les activités qui seront menées en 2006 et les années suivantes. Il porte notamment sur le traitement et la prévention ainsi que sur les perspectives d'éradication du paludisme, y compris les questions liées à la recherche-développement et à la mobilisation des ressources. Il aborde également les problèmes liés au paludisme chez les femmes enceintes et les défis particuliers que posent les épidémies de paludisme dans des situations d'urgence complexes. Enfin, il présente quelques conclusions et recommandations pour examen par l'Assemblée générale.

---

\* A/61/150.



## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction .....	1–2	3
II. Évaluation du Programme destiné à faire reculer le paludisme sur la période 2000-2005 .....	3–12	4
III. La lutte contre le paludisme : 2006 et au-delà .....	13–16	7
IV. Prise en charge des cas .....	17–22	8
V. Paludisme chez les femmes enceintes .....	23–25	10
VI. Prévention du paludisme .....	26–32	10
VII. Surveillance, suivi et évaluation .....	33–35	13
VIII. Épidémies de paludisme et situations d'urgence complexes .....	36–37	14
IX. Élimination du paludisme .....	38–39	15
X. Recherche-développement .....	40–43	15
XI. Financement et mobilisation de ressources .....	44–50	16
XII. Conclusions et recommandations .....	51–53	18

## I. Introduction

1. Le paludisme tue principalement des enfants et des pauvres. Il représente toujours une menace pour au moins 3 milliards d'habitants de 107 pays et territoires. S'il existe surtout en Afrique, il constitue toutefois un problème mondial et continue de freiner le développement économique et social en Asie, en Amérique latine, au Moyen-Orient, en Europe et dans le Pacifique. Chaque année, plus de 500 millions de personnes sont victimes de crises aiguës de paludisme qui provoquent plus d'un million de morts, dont au moins 86 % en Afrique subsaharienne. On estime que 3 000 enfants et nourrissons meurent chaque jour du paludisme. Chaque année, environ 50 millions de femmes qui vivent dans des régions où le paludisme est endémique, dont plus de la moitié dans des zones tropicales d'Afrique où la transmission de *Plasmodium falciparum* est très importante, tombent enceintes. Bien que le paludisme lors de la grossesse soit essentiellement asymptomatique dans ces régions, il n'en est pas moins une des principales causes d'anémie maternelle sévère et est également responsable d'environ un tiers des insuffisances pondérales évitables à la naissance. En conséquence, on estime qu'il contribue à la mort de 10 000 femmes enceintes et de 200 000 nourrissons chaque année rien qu'en Afrique. Dans les zones où la transmission est peu importante ou saisonnière, les femmes enceintes sont davantage susceptibles de décéder de complications de paludisme sévère, de faire des fausses-couches spontanées, d'accoucher prématurément ou de donner naissance à des enfants mort-nés. Hors d'Afrique, tous les groupes d'âge sont à risque, mais ces risques sont concentrés chez les populations pauvres « marginalisées » telles que les réfugiés et les personnes déplacées. Le paludisme peut également frapper les voyageurs non vaccinés, (plus de 125 millions) qui se rendent chaque année dans des pays où le paludisme est endémique. On compte ainsi de 10 000 à 30 000 cas par an, parfois mortels.

2. Le paludisme a d'importants effets à long terme sur la croissance économique et le développement. On a montré que les pays où le paludisme à *Plasmodium falciparum* était très élevé en 1965 ont eu des taux de croissance économique inférieurs de 1,3 % à ceux d'autres pays au cours de la période 1965-1990, même après prise en compte d'autres déterminants. Les données disponibles montrent que le paludisme maintient les pauvres dans la pauvreté, représente pour l'Afrique 12 milliards de dollars par an en produit intérieur brut (PIB) perdu et absorbe jusqu'à 25 % du revenu des ménages et 40 % des dépenses de santé publique. Il frappe de façon disproportionnée les pauvres, les 20 % les plus pauvres de la population mondiale représentant pratiquement 60 % des cas. Il ralentit la croissance économique et contribue à la pauvreté de nombreuses façons, notamment en raison du coût des soins, privés et non privés, de la plus faible productivité des victimes et des aidants, et d'une population active moins importante qu'elle ne le serait autrement – en raison de son influence sur la décision d'avoir ou non des enfants – et donc de la structure démographique de la société, en décourageant les investissements directs étrangers, le commerce et le tourisme et en freinant la mobilité de la main-d'œuvre. Le paludisme a des effets permanents sur le développement cognitif et le niveau d'éducation en raison de l'anémie qu'il provoque chez ceux qui en sont victimes ainsi que de ses effets sur la capacité d'apprentissage et sur la durée de la scolarisation. Étant donné le fardeau considérable qu'il représente pour l'économie, il est indispensable que les programmes nationaux de lutte contre la pauvreté prévoient explicitement des mesures et des ressources pour la lutte contre le paludisme.

## II. Évaluation du Programme destiné à faire reculer le paludisme sur la période 2000-2005

3. Le Partenariat pour faire reculer le paludisme, lancé en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) associe les pays où le paludisme est endémique, leurs partenaires bilatéraux et multilatéraux de développement, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires, des fondations, ainsi que des centres de recherche et des centres universitaires qui, tous, sont représentés à son conseil d'administration.

4. Le secrétariat du Partenariat, qui est hébergé par l'OMS, est chargé d'optimiser l'appui en faveur des efforts déployés par les pays et de veiller que les contributions des divers partenaires soient à la fois coordonnées et conformes aux besoins des pays. Le principal objectif du Partenariat consiste à réduire de moitié la mortalité due au paludisme d'ici à 2010 et de 75 % d'ici à 2015. Dans l'intervalle, ses objectifs sont de contribuer à la réalisation des objectifs de la Déclaration d'Abuja, à savoir : a) au moins 60 % des personnes frappées par le paludisme doivent être en mesure d'avoir accès, dans les 24 heures suivant le déclenchement des symptômes, à un traitement correct, abordable et approprié et d'appliquer ce traitement; b) au moins 60 % des personnes à risque, notamment les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans, devraient bénéficier de mesures personnelles et communautaires de protection adaptées, telles que des moustiquaires imprégnées d'insecticide; et c) au moins 60 % de toutes les femmes enceintes à risque devraient recevoir un traitement préventif intermittent en particulier au cours de leur première grossesse.

5. Depuis 1998, la lutte contre le paludisme a bénéficié d'un regain d'attention et d'appui tel qu'il est désormais possible d'obtenir une réduction de la mortalité et de la morbidité, qui aurait dû être réalisée il y a longtemps déjà. Divers nouveaux outils, y compris des moustiquaires imprégnées durablement d'insecticide, des tests de diagnostics rapides, et des thérapies faisant appel à des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont désormais disponibles pour prévenir le paludisme, le diagnostiquer et le traiter. Parallèlement à l'accroissement du financement bilatéral, on a assisté à la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Banque mondiale a annoncé qu'elle accroîtrait ses financements en faveur de la lutte antipaludique. Toutefois, ces possibilités n'ont pas été pleinement utilisées de sorte que les résultats enregistrés au cours des cinq dernières années sont contrastés.

6. En ce qui concerne les objectifs énoncés dans la Déclaration d'Abuja, dans les 35 pays dans lesquels des enquêtes ont été réalisées entre 1999 et 2004, environ 50 % des enfants, en valeur médiane, sont traités contre le paludisme, mais la plupart de ces traitements sont inefficaces puisque ils utilisent à 95 % la chloroquine contre laquelle *Plasmodium falciparum* est résistant, que dans de nombreux cas le traitement n'est pas administré dans les 24 heures suivant le déclenchement des poussées de fièvre, et que les doses ne sont pas évaluées. Sur la base des données collectées depuis 2001, on constate que dans six pays entre 34 % et 54 % des enfants âgés de moins de 5 ans dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide et que dans 27 pays, ce pourcentage est inférieur à 30 %. Dans huit pays, entre 36 % et 45 % des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires

imprégnées et dans 21 pays ce pourcentage est inférieur à 30 %. Toutefois, l'utilisation d'autres types de moustiquaires (y compris non imprégnées), est beaucoup plus élevée. Le nombre d'habitations traitées au moyen d'insecticides à effet rémanent en Afrique, est passé de 2,7 millions à 4 millions de 1999 à 2003, et 19 pays d'Afrique australe et de l'Est sont désormais concernés par ce type de traitement. D'après les conclusions des enquêtes, aucun pays n'a atteint les objectifs énoncés dans la Déclaration d'Abuja.

7. Dans le même temps, on ne peut savoir avec précision quels sont les progrès réalisés globalement, étant donné que les informations disponibles sont tirées d'enquêtes nationales qui ne présentent pas de correspondances avec les indicateurs du Programme destiné à faire reculer le paludisme et ses objectifs intermédiaires. Dernièrement, certains pays ont enregistré des progrès notables en ce qui concerne la couverture des interventions. C'est le cas par exemple de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Érythrée, au Niger, au Togo, en Zambie et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent en Afrique du Sud, au Botswana et au Swaziland entre autres et les traitements au moyen de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, en particulier en Afrique du Sud, au Burundi, en Éthiopie, en Zambie et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). Dans nombre de ces pays, ces progrès s'expliquent en partie par un accroissement des financements par l'intermédiaire du Fonds mondial et de l'assistance technique de l'OMS.

8. L'écart apparemment sensible entre les objectifs et les réalisations est imputable à plusieurs facteurs clefs. Tout d'abord, le fait que l'OMS n'ait pas véritablement assumé la direction technique des activités a créé un vide que d'autres partenaires ont essayé de combler, avec pour conséquence une concurrence et souvent des conseils contradictoires. De plus, la structure de gouvernance « informelle » du Partenariat s'est traduite par un manque d'efficacité du processus de prise de décisions et de coordination des contributions des divers partenaires. Deuxièmement, et principalement en raison de ce qui vient d'être dit, les politiques adoptées par les pays n'étaient pas appropriées ou si elles l'étaient, elles ont été adoptées trop lentement pour sauver des vies. Par exemple, bien que l'adoption de thérapies à base d'artémisinine était importante, l'OMS n'a pas suffisamment mis l'accent sur ce point et, jusqu'à une date récente, les organismes de financement continuaient d'appuyer l'achat d'antipaludiques inefficaces. La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent n'a pas été considérée comme un moyen important de lutte antivectorielle, et aucune recommandation véritable n'a été formulée jusqu'à une date récente au sujet du traitement préventif intermittent lors de la grossesse, en dépit de la résistance de plus en plus marquée de *Plasmodium falciparum* à la sulfadoxine-pyriméthamine. Le débat pour savoir s'il était préférable de distribuer gratuitement des moustiquaires imprégnées d'insecticide ou de les vendre à un prix abordable s'est traduit par une perte de temps et de vies. Troisièmement, si les partenaires ont convenu d'objectifs, ils n'ont pas été capables de parvenir à un consensus au sujet de stratégies claires pour atteindre ces objectifs. Quatrièmement, le suivi et l'évaluation ont été dans une large mesure inefficaces de sorte qu'il n'a pas été possible de tenir les pays et les partenaires responsables de leurs actions. Dans la plupart des pays, la couverture et l'impact des interventions antipaludiques ont été principalement réalisés à l'occasion d'enquêtes, coûteuses et dont les résultats ne sont connus qu'avec un retard significatif.

9. C'est entre autres du fait de ces insuffisances, qu'une grande partie des fonds annoncés n'ont pas été décaissés, ou ne l'ont été qu'avec d'importants retards. Ainsi, le Fonds mondial n'a commencé les décaissements qu'au début de 2003, entre 2000 et 2005 les financements de la Banque mondiale ont été beaucoup plus faibles que promis, et ce n'est que depuis peu que la Banque a augmenté ses engagements. Le lancement en 2005 par le Président des États-Unis de l'Initiative pour lutter contre le paludisme a donné l'espoir que des ressources beaucoup plus importantes seront disponibles au cours des cinq prochaines années. Sur le plan intérieur, seul le Botswana n'a pas encore atteint l'objectif fixé par les dirigeants des pays d'Afrique consistant à consacrer 15 % des dépenses budgétaires au secteur de la santé.

10. Une augmentation rapide de la demande combinée à une mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement s'est traduite par des pénuries d'articles essentiels, en particulier de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour lesquelles il n'existait qu'une seule source, ou de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lesquelles le nombre de sources était limité. Le problème a été particulièrement aigu en ce qui concerne l'artéméther-luméfantrine, qui n'est produite que par Novartis Pharma AG. La demande a augmenté rapidement à partir de 2001, lorsque l'OMS a commandé 220 000 traitements pour le secteur public. En 2004, il était prévu qu'elle atteigne 10 millions de traitements mais Novartis Pharma n'a pu en livrer que moins de la moitié, ses fournisseurs chinois ne lui ayant pas livré les quantités nécessaires d'artéméther n'ayant eux-mêmes pas suffisamment d'artémisinine, c'est-à-dire la matière première extraite d'*Artemisia annua*. Il faut attendre au moins six mois avant de pouvoir récolter la plante, et les processus d'extraction, de traitement et de fabrication du produit final prennent trois à cinq mois supplémentaires. Cette forte augmentation de la demande d'artémisinine a créé des tensions sur le marché. La pénurie mondiale d'artéméther-luméfantrine a duré jusqu'à la fin de 2005 : depuis le dernier trimestre de 2005, la société Novartis Pharma a investi dans la production de matières premières et le développement des installations de fabrication pour répondre à la demande.

11. Si à l'origine l'artémisinine provenait pour la plupart d'un très petit nombre de pays, en particulier du Viet Nam et de la Chine, d'autres pays en produisent également désormais. Aussi bien le programme de préqualification de l'ONU que les procédures de passation de marché de l'OMS/UNICEF, qui permettent la sélection et l'achat de thérapies de qualité, pour lesquelles aucun produit préqualifié n'est encore disponible, auront permis d'obtenir des quantités suffisantes pour répondre à la demande mondiale. Les deux systèmes sont ouverts aussi bien à des produits innovants qu'à des produits de qualité et ont contribué à renforcer la concurrence en matière de prix entre fabricants et fournisseurs. Les procédures communes d'appel d'offres de l'OMS et de l'UNICEF, l'accroissement des financements internationaux et le développement des efforts coordonnés pour consolider les prévisions et la demande se sont traduits par une baisse sensible des prix au cours des dernières années. Les capacités de production des six principales sociétés pharmaceutiques devraient atteindre 130 millions de traitements en 2006, soit plus que la demande du secteur public estimée à 110 millions de traitements au début de l'année. La demande de moustiquaires imprégnées d'insecticide a très fortement augmenté, passant de 20 % du total des commandes en 2004 à plus de 80 % en 2005. Dans un premier temps, la production n'a pu répondre à cette brusque augmentation mais elle a rapidement augmenté et s'établit à l'heure actuelle

à très légèrement plus de 5 millions de moustiquaires par mois, contre environ 1,6 million en février 2005 et devrait atteindre près de 7 millions d'unités par mois en juin 2007 et sensiblement plus encore en décembre 2007.

12. Du fait de tous ces facteurs, l'appui aux pays de paludisme endémique a manqué de cohésion et de coordination. Au cours de ces dernières années, le Partenariat n'a pas réussi à mettre en œuvre les politiques et stratégies les mieux adaptées, et les résultats sur le terrain ont été négligeables en comparaison des investissements réalisés.

### **III. La lutte contre le paludisme : 2006 et au-delà**

13. Consciente de ces graves problèmes, l'OMS a décidé de revoir la stratégie de son programme de lutte contre le paludisme et a créé début 2006 un programme mondial qui regroupe du personnel du siège ainsi que du personnel en poste dans les régions et les pays afin d'être en mesure de répondre de façon à la fois cohérente et énergique aux besoins de ses États membres de paludisme endémique. La nouvelle stratégie comporte un certain nombre d'éléments clefs : a) une direction technique énergique à l'appui des pays; b) une couverture mondiale, et non plus limitée à l'Afrique; c) la fourniture aux pays de paludisme endémique d'une aide pour l'utilisation des meilleurs outils disponibles, y compris la pulvérisation à l'intérieur des logements d'insecticide à effet rémanent si nécessaire, la distribution gratuite, ou à un coût très fortement subventionné, de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée à tous les groupes à risque, le diagnostic des cas de paludisme et le traitement de ces cas aux moyens de thérapies à base d'artémisinine, et une étroite collaboration avec les pays afin que les interventions soient adaptées à la situation épidémiologique et socioéconomique; d) faire en sorte que les efforts de lutte contre le paludisme contribuent au renforcement des systèmes de santé et facilitent l'offre intégrée de services de santé de base; e) un appui en faveur d'une approche multisectorielle, sous l'impulsion du secteur de la santé, afin de susciter un soutien politique en faveur d'investissements à long terme dans le secteur de la santé et d'établir un lien entre les priorités nationales en matière de santé et les objectifs de développement; f) une plus grande rigueur dans l'élaboration et l'application d'outils de surveillance et d'évaluation mieux ciblés destinés à mesurer la performance du programme, sa couverture et son impact; g) un appui aux activités de recherche prioritaires destinées à mettre au point de nouvelles méthodes et de nouveaux outils pour surmonter les problèmes au stade de la mise en œuvre; et h) la constitution au niveau du pays de partenariats coordonnés de manière satisfaisante afin que l'appui fourni soit cohérent et compatible avec les stratégies et plans nationaux.

14. Pour pouvoir être menée sur le long terme, la lutte contre le paludisme doit être placée dans le contexte du renforcement du système de santé. Il s'agit là d'une question à laquelle s'intéresse tout particulièrement l'OMS car le manque de médicaments essentiels, l'absence de mesures de prévention, l'insuffisance des ressources humaines et le faible développement de l'infrastructure sanitaire sont autant de facteurs qui entravent l'action menée. Il est urgent de mettre en œuvre des stratégies destinées à former davantage de spécialistes – entomologistes médicaux, spécialistes de santé publique et responsables de programmes – ainsi que d'offrir des incitations pour mettre fin à la fuite des cerveaux. En outre, les pays de paludisme endémique ont besoin d'un appui pour : a) acquérir les capacités

nécessaires à la gestion des personnels de santé aux niveaux national et de district; et b) mettre au point des mécanismes efficaces afin d'assurer la qualité des services de laboratoire, indispensable pour poser un diagnostic fiable et traiter efficacement les cas. Ces efforts doivent être complétés par un système d'achat et de distribution de médicaments, de réactifs, d'insecticides et d'autres produits essentiels.

15. Depuis sa création en février 2006, le Programme mondial et la nouvelle orientation stratégique ont déjà commencé à faire la preuve de leur intérêt. Tout d'abord, des mécanismes tels que le Groupe consultatif stratégique et technique auprès du Directeur général de l'OMS ont permis aux parties prenantes de parvenir à un consensus général au sujet des trois principaux types d'intervention – diagnostic des cas et traitement avec des médicaments efficaces, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour atteindre l'ensemble des populations à risque et pulvérisation à l'intérieur des logements d'insecticide à effet rémanent dans le cadre de la lutte antivectorielle afin de réduire la transmission et d'éliminer le paludisme. Ces interventions se sont révélées efficaces par rapport à leur coût, même dans les pays à très faible revenu<sup>1</sup>. En outre, la campagne lancée au niveau mondial pour empêcher l'utilisation d'artémisinine en monothérapie a permis d'encourager vigoureusement l'utilisation de thérapies à base d'artémisinine.

16. Le Partenariat mondial s'est lui aussi engagé dans un processus de changement afin que son secrétariat et son conseil d'administration soient plus réactifs aux besoins. Il a ainsi porté l'objectif en matière de couverture à 80 % et cherché des moyens d'être plus efficace. L'OMS travaille avec le Partenariat à cet égard et contribue au processus de changement par une stratégie et un appui technique plus énergiques aussi bien en ce qui concerne le traitement que la prévention, en veillant que les politiques mises en œuvre au niveau des pays soient les mieux adaptées et en renforçant les capacités des pays à atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé et contenus dans la Déclaration du Millénaire en ce qui concerne le paludisme. Au niveau des pays, l'OMS travaille avec succès avec des partenaires tels que l'UNICEF afin de distribuer plus largement des moustiquaires imprégnées d'insecticide et a commencé à travailler avec la Banque mondiale pour veiller que les politiques adoptées en matière de médicaments soient appropriées et faciliter l'accès aux thérapies à base d'artémisinine partout dans le monde.

#### **IV. Prise en charge des cas**

17. Les pays d'endémie continuent d'abandonner les monothérapies, qui ont perdu leur efficacité du fait de la résistance acquise par le parasite, généralement au profit de traitements combinés à base d'artémisinine, considérés comme les plus efficaces actuellement dans les cas simples de paludisme à *Plasmodium falciparum*. À ce jour, 67 pays – dont 41 pays africains – ont adopté ces polythérapies, recommandées par l'OMS, en tant que traitement de première et de deuxième intention. L'OMS continue d'accompagner les pays dans leur transition vers l'utilisation des polythérapies en collaborant à l'examen des résultats des études de l'efficacité thérapeutique des traitements de première intention, à des réunions de consensus national visant à actualiser la politique de traitement du paludisme, à l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de traitement, à la formation du personnel sanitaire, à l'achat de médicaments et à la mise en application de la nouvelle

---

<sup>1</sup> Bremen et al., *Conquering Malaria* (2<sup>e</sup> édition, avril 2006), chap. 21.

stratégie. En 2005, environ 32 millions de traitements par polythérapie ont été achetés dans le monde, dont 25 539 044 en Afrique.

18. Jusqu'à présent, 39 pays, dont 21 pays africains, ont commencé à administrer ces polythérapies. En février 2006, l'OMS a publié des lignes directrices relatives au traitement du paludisme, dans le but de fournir des recommandations simples et claires, basées sur des faits et applicables dans la plupart des environnements. Elle met actuellement au point des guides pratiques et aide les communautés à contrôler les niveaux de couverture et à mesurer l'efficacité des nouveaux traitements au moyen d'indicateurs et de formulaires de communication de données au niveau des établissements sanitaires et des communautés. Elle prépare également de nouveaux matériels d'information, d'éducation et de communication destinés à faciliter la mise en œuvre des polythérapies.

19. La résistance du parasite aux médicaments continue de saper les efforts de lutte contre le paludisme. L'OMS préconise une surveillance constante de l'efficacité des nouvelles polythérapies et aide les pays à renforcer leurs systèmes de surveillance de la pharmacorésistance. Afin de préserver l'efficacité de l'artémisinine, elle a lancé un appel en faveur de l'interdiction de l'utilisation des monothérapies à l'artémisinine par voie orale, notamment auprès des fabricants, des fournisseurs internationaux, des autorités sanitaires nationales et des organismes internationaux d'aide et de financement participant au financement des médicaments antipaludiques essentiels. L'OMS met actuellement à jour ses lignes directrices sur la pharmacovigilance destinée à assurer l'innocuité des nouveaux médicaments mis sur le marché. Un rapport mondial faisant le point de la situation en matière de résistance aux médicaments antipaludiques a été publié en septembre 2005.

20. L'amélioration des services de diagnostic à tous les niveaux de soins permet d'accroître très fortement l'efficacité et la qualité des soins, c'est pourquoi l'OMS offre une assistance technique aux pays en vue de l'achat et de l'utilisation de tests diagnostiques simples et pour en contrôler la qualité, ainsi que pour améliorer la qualité de la microscopie du paludisme. Des manuels et d'autres outils de formation à la microscopie du paludisme ainsi que des lignes directrices sur l'assurance qualité à la fois de la microscopie et des tests diagnostiques sont également en préparation et seront disponibles d'ici à la fin 2006.

21. En Afrique, 22 pays ont adopté une stratégie de prise en charge à domicile du paludisme, qui facilite l'accès des populations vulnérables (notamment les enfants de moins de cinq ans) à des traitements efficaces, en particulier dans les pays où les installations sanitaires sont insuffisantes. L'artémisinine administrée par voie rectale est utilisée de façon croissante par les services de santé périphériques pour le prétraitement des cas aigus avant l'orientation du patient. Cette intervention peut rapidement faire baisser la densité parasitaire et permet de sauver des enfants en attendant qu'ils soient admis dans un établissement de soins où ils recevront un traitement par voie parentérale.

22. La qualité des produits (médicaments et diagnostics) et des services conditionne les résultats cliniques et constitue un énorme enjeu. On trouve de plus en plus, sur les marchés asiatiques et africains, de contrefaçons de médicaments antipaludiques. L'OMS, le Wellcome Trust et Interpol s'emploient ensemble à lutter contre les contrefaçons de comprimés d'artésunate qui circulent en Asie du Sud-Est, en enquêtant sur la source de ces contrefaçons et en alertant les autorités nationales de réglementation pharmaceutique. Les traitements combinés à base d'artémisinine

sont d'un coût bien plus élevé que les monothérapies (à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine) et inabordables pour la plupart des personnes pauvres. L'UNITAID, la facilité internationale d'achat de médicaments lancée par le Brésil, le Chili, la France et la Norvège, qui sera financée par une contribution sur les billets d'avion, progresse et lancera ses premières opérations de financement de polythérapies d'ici à octobre 2006. L'objectif de l'UNITAID est d'être une source de financement stable et régulière pour assurer l'accès à des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme à un prix abordable.

## V. Paludisme chez les femmes enceintes

23. Pour prévenir l'apparition du paludisme chez la femme enceinte dans les zones de transmission stable, modérée et forte, l'OMS préconise, parallèlement à la lutte antivectorielle qui vise à réduire la transmission de la maladie, d'administrer des traitements préventifs intermittents tout en assurant une prise en charge efficace des cas de paludisme et d'anémie. Les traitements préventifs intermittents ne sont pas recommandés pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte dans les zones de transmission faible et instable d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

24. Trente-trois des 35 (94 %) pays d'Afrique présentant un profil de transmission approprié ont adopté une stratégie utilisant les traitements préventifs intermittents à la sulfadoxine-pyriméthamine; dans 22 d'entre eux, le déploiement de la stratégie est encore en cours, à des stades divers. Toutefois, l'augmentation rapide de la résistance de *Plasmodium falciparum* à la sulfadoxine-pyriméthamine et le manque d'informations disponibles sur la sécurité et l'efficacité des autres médicaments utilisables pour le traitement et la prévention du paludisme empêchent de lutter efficacement contre la maladie chez la femme enceinte. L'OMS recommande désormais aux pays affichant un taux d'échec parasitologique à la sulfadoxine-pyriméthamine de plus de 50 % chez le jeune enfant de ne pas administrer de traitements préventifs intermittents à la sulfadoxine-pyriméthamine, et à ceux qui administrent déjà ces traitements d'en contrôler l'efficacité et de surveiller les marqueurs de résistance. En collaboration avec des partenaires du secteur de la recherche, l'OMS veille à ce que des données sur la sécurité et l'efficacité d'autres méthodes de prévention et de traitement soient réunies sans tarder. La majorité des pays d'Afrique ayant désormais entrepris d'adopter les polythérapies à base d'artémisinine en tant que traitement de première et de deuxième intention, il est urgent d'obtenir des données sur la sécurité de l'utilisation par inadvertance du traitement au cours du premier trimestre de grossesse. L'OMS participe à la constitution de registres des femmes enceintes afin de faciliter le suivi des femmes qui ont été exposées à ce traitement pendant la période critique du premier trimestre.

25. Les femmes enceintes utilisent généralement peu les moustiquaires, mais les efforts déployés récemment pour en distribuer gratuitement ou à un prix subventionné lors des consultations prénatales ont permis d'obtenir une couverture supérieure à 50 % au Malawi, au Kenya et en République-Unie de Tanzanie.

## VI. Prévention du paludisme

26. L'OMS, en partenariat avec l'UNICEF, concentre son action sur l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (moustiquaires imprégnées

d'insecticides rémanents). Les deux organisations continuent d'en préconiser la distribution gratuite ou fortement subventionnée dans le cadre des activités normales ou à l'occasion de campagnes auprès des populations vulnérables. La distribution dans le cadre des consultations prénatales, des activités régulières et des campagnes du Programme élargi de vaccination et d'autres services de santé destinés aux enfants permettrait d'accroître rapidement et durablement la couverture en moustiquaires et d'obtenir une réduction durable de la mortalité infantile. Dans les 31 pays d'Afrique qui ont soumis des rapports en 2005, un total de 18 166 488 moustiquaires gratuites ou fortement subventionnées ont été distribuées et 7 568 439 moustiquaires ont subi un nouveau traitement. À l'heure actuelle, l'Érythrée est le seul pays à avoir pratiquement atteint l'objectif d'Abuja, soit une couverture en moustiquaires imprégnées de 60 % des enfants de moins de 5 ans. On estime que 685 000 moustiquaires ont été distribuées en Afrique du Nord et au Moyen-Orient en 2005.

27. Les activités suivantes ont donné d'excellents résultats en termes de couverture et d'équité : distributions gratuites aux communautés (Érythrée); distributions gratuites ou fortement subventionnées aux femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales (Malawi, Kenya et République-Unie de Tanzanie); distributions gratuites pour les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes de vaccination (Zambie, Ghana, Togo et Niger). Dans une moindre mesure, les distributions associées aux campagnes régulières du Programme élargi de vaccination et aux journées en faveur de la santé de l'enfant, comme les projets pour la survie et le développement de l'enfant soutenus par l'UNICEF en Afrique de l'Ouest, ont également donné de bons résultats. Malheureusement, d'une manière générale, les projets communautaires n'ont pas permis d'atteindre des niveaux de couverture élevés dans les zones rurales pauvres. Si la vente subventionnée a parfois aidé à faire naître une demande, son rapport coût/résultats a été mis en doute et elle n'a pas permis d'obtenir un niveau de couverture élevé dans les populations rurales, en particulier lorsque des kits de retraitement d'insecticide sont nécessaires pour réimprégner les moustiquaires.

28. Les principaux obstacles au renforcement de la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été : a) le retraitement périodique, b) le manque de moustiquaires, c) le coût et d) des problèmes de mise en œuvre. Les fabricants ont résolu le problème du retraitement en mettant au point des moustiquaires imprégnées d'un insecticide rémanent. L'augmentation brusque et forte de la demande de ce type de moustiquaires par les pays recevant l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres organismes de financement a entraîné une pénurie en 2005 et au début de 2006. Le problème a été résolu principalement au moyen d'une forte augmentation de la capacité de production ainsi que grâce à l'arrivée sur le marché de nouveaux fabricants entre décembre 2006 et juin 2007. Il revient aujourd'hui moins cher d'utiliser les moustiquaires imprégnées d'un insecticide rémanent que les moustiquaires imprégnées classiques, les premières coûtant désormais aux environs de 5 dollars et permettant de protéger deux personnes pendant trois à cinq ans. Les moustiquaires imprégnées d'un insecticide rémanent (comme les moustiquaires imprégnées classiques) restent généralement inaccessibles pour la plupart des populations rurales d'Afrique et doivent être distribuées gratuitement ou à un prix fortement subventionné si l'on veut qu'elles soient plus largement utilisées; en effet, lorsque les moustiquaires sont accessibles, à la fois physiquement et financièrement, la

demande est forte. À ce jour, 64 % des pays d'Afrique ont supprimé les taxes sur les moustiquaires imprégnées. Il faut aider les pays à renforcer leur capacité à planifier, organiser et mener de grandes campagnes de distribution. Un certain nombre de personnes rechignant encore à dormir sous une moustiquaire ou ne le faisant pas systématiquement, ces campagnes devront inclure un volet d'information et d'éducation.

29. L'autre moyen de lutte antivectorielle qui peut être utilisé sur une large échelle est la pulvérisation d'insecticide rémanent dans les logements, afin de réduire suffisamment la durée de vie des moustiques pour qu'ils n'aient pas le temps de transmettre le paludisme. Cette technique a été utilisée de manière systématique et sur une large échelle principalement dans les pays qui ont participé à la campagne mondiale d'éradication du paludisme dans les années 1950 et 1960, en Asie, en Afrique du Nord, dans la corne de l'Afrique, en Afrique australe et dans les Amériques. Le choix de l'insecticide dans une région donnée est dicté par le niveau de résistance des vecteurs, des critères de faisabilité, de coût, et de sécurité, le type de surfaces à traiter et l'expérience locale. Des 12 insecticides actuellement recommandés par l'OMS, le DDT est celui qui agit le plus longtemps. C'est aussi le moins cher au mètre carré traité, mais en raison de son poids et de son volume, il peut, lorsque le coût du transport est élevé, revenir plus cher que d'autres options.

30. La pulvérisation est utilisée différemment d'une région à l'autre. En Afrique dans les 9 pays (sur les 17 qui utilisent ce mode de prévention) qui ont communiqué régulièrement des informations à l'OMS ces dernières années (Afrique du Sud, Érythrée, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Soudan, Swaziland et Zambie), le nombre total de foyers protégés est passé de 1 897 000 en 2000 à 2 755 000 en 2003, tandis qu'en Asie, dans quatre pays (Iraq, Myanmar, Thaïlande et Viet Nam) sur 22 utilisateurs réguliers, le nombre de foyers couverts est passé de 2 297 000 à 3 052 000 sur la même période; dans la région des Amériques en revanche, dans 9 (des 21) pays utilisant la pulvérisation de façon régulière (Costa Rica, Nicaragua, Panama, République dominicaine, Bolivie, Colombie, Équateur, République bolivarienne du Venezuela et Argentine), il est revenu de 411 000 à 229 000. L'Inde, avec 42 millions d'individus protégés par pulvérisation (principalement au DDT) en 2004, reste le pays qui utilise ce type de prévention le plus largement.

31. En juin 2006, le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a organisé à Brazzaville une consultation sur l'utilisation du DDT. Cette consultation a essentiellement débouché sur : a) le constat « que la pulvérisation d'insecticide rémanent à l'intérieur des logements devrait faire partie d'une stratégie intégrée de lutte antivectorielle. Conjuguer de façon synergique différentes interventions adaptées au contexte local permettrait d'obtenir un effet maximal sur la maladie; b) un appel aux pays afin qu'ils i) choisissent avec soin et avec souplesse leurs interventions et les ressources à allouer aux différentes options, avec pour objectifs la faisabilité à long terme et une couverture universelle durable; ii) développent/renforcent leur capacité à planifier, exécuter, suivre et évaluer la lutte antivectorielle, notamment les pulvérisations de DDT; iii) établissent des systèmes de surveillance prospective d'éventuels effets néfastes des insecticides, en particulier le DDT; iv) recueillent des données sur l'utilisation du DDT et diffusent les enseignements tirés de cette expérience; v) appliquent les lignes directrices et les recommandations de l'OMS concernant l'emploi du DDT pour la pulvérisation à l'intérieur des logements.

32. L'OMS achève actuellement de mettre au point une version actualisée d'un manuel détaillé et de nouveaux systèmes de surveillance et intensifiera considérablement, pendant l'année à venir, l'action qu'elle mène pour aider les pays à faire le meilleur usage possible des pulvérisations.

## VII. Surveillance, suivi et évaluation

33. Les ressources et les efforts considérablement accrus consacrés à intensifier les interventions de lutte antipaludique dans les communautés à risque – en particulier par le biais du Programme renforcé de la Banque mondiale, de l'exécution des propositions soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'initiative antipaludique du Gouvernement des États-Unis – appellent à un suivi et une évaluation rigoureux au niveau des pays. Il est très difficile de mesurer les résultats des activités menées pour enrayer le paludisme, notamment parce qu'il n'existe généralement pas, au niveau national, de données de référence sur lesquelles se baser. Les systèmes habituels d'information sanitaires ne donnent pas de résultats suffisamment représentatifs car de larges pans de la population (essentiellement les classes sociales les plus pauvres) n'ont pas accès aux services de santé; en outre, dans de nombreux pays, l'information n'est pas encore collectée de manière systématique. Étant donné la complexité de la maladie et la diversité des interventions menées pour la faire reculer, dont beaucoup sortent du cadre du système de santé publique, il est nécessaire d'appliquer des méthodes de suivi et d'évaluation suffisamment souples pour être utilisables au niveau des communautés et des ménages. Par ailleurs, les méthodes actuelles ont tendance à se concentrer sur l'évaluation de la couverture et de l'impact des interventions et à prêter trop peu d'attention à l'exécution des programmes. Les enquêtes sur la démographie et la santé et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples menées auprès des ménages coûtent cher, ne fournissent pas de données à jour et ne font pas un bon outil de gestion des programmes nationaux. Tous ces facteurs expliquent l'absence d'évaluations efficaces des programmes et d'informations précises et d'actualité sur les progrès accomplis.

34. Pour remédier au problème, l'OMS a) s'applique à faire en sorte que les informations retirées du suivi et de l'évaluation réguliers des programmes soient davantage exploitées, afin d'améliorer les programmes et de guider l'allocation des ressources et b) montre la voie à suivre et fournit les lignes directrices et les outils et méthodes uniformisés nécessaires pour élaborer des enquêtes simples et spécialement conçues, à mener au niveau communautaire et dans les établissements de santé pour un moindre coût et plus rapidement que les enquêtes actuelles. Dans toute la mesure possible, de telles enquêtes doivent être coordonnées avec d'autres enquêtes utiles mais dont les résultats ne satisfont pas à eux seuls les besoins de suivi et d'évaluation de la lutte antipaludique. Dans un premier temps, des moyens financiers importants devront être investis dans la conception de ces enquêtes, la mise au point des outils, la phase pilote et la mise en œuvre.

35. L'OMS aide les pays à constituer et à utiliser une base de données nationale et d'indicateurs testés sur le terrain – situation épidémiologique, politique et stratégies de lutte antipaludique, résultats des programmes, résistance aux médicaments et aux insecticides et flux de ressources –, afin de rassembler de façon systématique les données et informations existantes sur le paludisme. Elle s'est engagée à veiller à ce

que ce système soit mis en place dans l'ensemble des 107 pays de paludisme endémique au cours des deux prochaines années.

## VIII. Épidémies de paludisme et situations d'urgence complexes

36. Les régions du monde les plus exposées aux situations d'urgence complexes sont aussi celles où la prévalence du paludisme est la plus forte. Le paludisme est par conséquent une cause importante de décès et de maladie dans les situations de crise. On estime que plus de 30 % des décès liés au paludisme surviennent dans ces régions. Les situations d'urgence complexes annihilent les efforts de lutte contre la maladie déployés précédemment et provoquent l'effondrement des services de santé. Les mouvements et les déplacements de population, la vulnérabilité accrue consécutive à la malnutrition ou à des infections concomitantes, les mauvaises conditions ou l'absence de logement, la dégradation de l'environnement qui favorise la reproduction des vecteurs et le manque de connaissances des organismes de santé sont autant de facteurs qui contribuent à alourdir le fardeau du paludisme et qui rendent les populations concernées plus vulnérables aux accès de paludisme et au paludisme aigu et augmentent les risques de décès. La lutte contre le paludisme dans les situations d'urgence complexes requiert des stratégies adaptées à chaque cas. En décembre 2005, l'OMS a publié sous le titre *Malaria Control in complex Emergencies* un manuel pratique interinstitutions qui donne aux responsables de l'élaboration des politiques et de la planification, aux responsables des programmes sur le terrain et aux coordonnateurs des services de santé des conseils pratiques actualisés sur la conception et l'exécution de mesures de réduction de la mortalité et de la morbidité imputables au paludisme, en particulier pendant la phase aiguë de la crise. Elle continue d'apporter une aide concrète sur le terrain aux pays touchés par des crises aiguës, comme lors du tsunami en Asie et de la crise alimentaire au Niger, ainsi qu'une aide permanente pour l'élaboration et l'exécution des projets soumis au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays en crise. Le réseau de lutte antipaludique dans les situations d'urgence lancé par l'OMS est devenu opérationnel en avril 2005; trois téléconférences sont organisées chaque mois et des informations vitales sont communiquées par courrier électronique à un large éventail d'organisations intervenant dans les situations d'urgence.

37. Dans les pays où des moyens manquent déjà en temps normal pour répondre aux besoins de soins des populations touchées par le paludisme, il est difficile de réserver des ressources dans l'éventualité d'une épidémie. L'OMS appuie les mesures visant à améliorer l'anticipation et la détection précoce et à assurer des interventions efficaces et promptes, notamment l'utilisation de systèmes d'alerte rapide. Le meilleur moyen de se préparer à l'éventualité d'une épidémie consiste néanmoins à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin qu'ils rendent compte chaque semaine de la situation de la maladie dans les zones et durant les saisons à risque et servent de sites sentinelles pour la détection précoce. En Afrique, on estime que 144 millions d'individus vivent actuellement dans des zones sujettes aux épidémies de paludisme.

## IX. Élimination du paludisme

38. Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays d'endémie ont consenti de tels efforts pour faire reculer la maladie qu'ils sont à présent en passe d'atteindre l'objectif de l'éradication du paludisme et de l'arrêt de la transmission au niveau national. En 2003, les Émirats arabes unis ont été le premier pays depuis les années 1980 à demander officiellement à l'OMS de certifier l'élimination du paludisme dans le pays; l'OMS a procédé à une évaluation en vue de cette certification en mars 2006. Dix à 15 autres pays pourraient présenter des demandes similaires d'ici à 2015, la certification de l'élimination du paludisme pouvant améliorer l'image politique et socioéconomique d'un pays ainsi que l'attrait qu'il présente pour les investisseurs internationaux et les touristes. Au vu de ces développements, l'OMS a décidé de redoubler l'attention portée à l'élimination du paludisme, notamment en élaborant des lignes directrices pour les programmes nationaux, en fournissant un appui technique et opérationnel aux pays qui sont sur le point d'éradiquer la maladie et en établissant des mécanismes de certification officielle.

39. Les régions OMS de l'Europe et de la Méditerranée orientale ont déjà intégré l'élimination du paludisme dans leurs stratégies respectives, comme la suite logique des succès remportés par leurs États membres. Dans la région Europe, tous les pays impaludés ont signé en 2005 une déclaration visant à franchir le pas entre la lutte contre la maladie et son élimination. La région OMS de la Méditerranée orientale apporte son soutien à l'élimination du paludisme dans les pays où il est possible d'arrêter la transmission de manière durable, à savoir l'Égypte, le Maroc, Oman et la Syrie.

## X. Recherche-développement

40. Afin de faire aboutir la lutte contre le paludisme, il faut accroître l'effort de recherche-développement en le proportionnant à l'extension de la maladie. En octobre 2005, la Fondation Bill et Melinda Gates a affecté 258,3 millions de dollars sous forme de dons à la recherche sur le paludisme. Cela portera à 375 millions de dollars par an dans le monde entier l'effort de recherche sur cette maladie, retardé par un manque cruel de moyens financiers, eu égard à sa charge de morbidité. En 2004, l'effort de recherche-développement sur le paludisme s'est monté à environ 323 millions de dollars, soit à peu près 0,3 % des dépenses de santé. Or l'incidence du paludisme est environ 10 fois plus importante, car elle représente 3,1 % de la charge de morbidité dans le monde. La mise au point continue de nouveaux médicaments antipaludiques mobilisera au moins 30 millions de dollars par an, peut-être davantage au-delà de 2006, lorsque de nombreux projets entreront dans la phase du développement clinique, plus coûteuse.

41. De nouvelles spécialités pharmaceutiques antipaludiques sont en cours d'élaboration. Trois nouvelles préparations de polythérapies à base d'artémésinine – deux étant mises au point de concert par l'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées et des laboratoires pharmaceutiques (qui seront probablement inscrites en 2006 et 2007 comme associations fixes) et l'autre par Novartis et le Partenariat Médicaments contre le paludisme (qui sera sans doute inscrite au début de 2007 sous forme pédiatrique). Trois nouvelles polythérapies à base d'artémésinine se trouvent aux derniers stades de leur mise au point par le Partenariat Médicaments contre le paludisme et l'inscription de ces nouvelles

spécialités commencera en 2007. Les recherches menées par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales apportent des éclairages importants propres à améliorer l'administration des traitements à l'échelle locale et aident à définir des politiques favorisant le recours à des dépistages rapides dans les zones endémiques. L'OMS examinera pendant l'année les données sur l'innocuité, l'efficacité et le rapport coût-efficacité du traitement préventif intermittent, à savoir l'administration d'antipaludiques à des enfants asymptomatiques de moins d'un an dans le cadre des vaccinations ordinaires, qui pourrait constituer une nouvelle stratégie dans la lutte antipaludique. Les recherches sur les vaccins antipaludiques ont progressé encore cette année, et le vaccin RTSS se trouve au stade des tests les plus avancés, faisant l'objet actuellement des essais cliniques de phase III.

42. L'OMS et ses partenaires ont collaboré étroitement afin d'encourager la mise au point de technologies durables servant à imprégner les moustiquaires et d'en délocaliser la production en Afrique. L'élaboration de moyens de lutte contre les vecteurs, plus efficaces ou plus commodes, y compris des insecticides autres que le DDT et les pyréthrinoides, ont suscité beaucoup d'intérêt dernièrement, en raison surtout d'une initiative de grande envergure lancée par la Fondation Bill et Melinda Gates. La surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides, par les États membres, dans le cadre des réseaux régionaux de l'OMS, et la recherche de mesures pratiques dans ce domaine ont été renforcés aussi.

43. Les travaux de recherche dans le monde doivent aujourd'hui porter sur les lacunes dans les moyens indispensables dans la lutte contre le paludisme. L'OMS fixera les priorités de la recherche sur la lutte antipaludique en analysant de manière critique les lacunes dans les savoirs et sur les données et les difficultés de mise en application pour assurer la pertinence des travaux dans le monde, qui consisteront notamment à définir le profil des produits, à élaborer des produits, à mener des recherches opérationnelles et à faire des études de mise en œuvre, à produire des données à utiliser dans le choix des politiques. À mesure que les interventions antipaludiques dans les pays montent en puissance, de nouveaux goulets d'étranglement et de nouvelles difficultés apparaissent. Pour y remédier avec célérité et efficacité, l'OMS a élargi le champ de ses activités à la recherche-développement, en mettant en évidence et en définissant les chantiers prioritaires de la lutte antipaludique, et en coordonnant ou en commandant les travaux de recherche nécessaires. Recueillir des données sur le rapport coût-efficacité des interventions actuelles et à venir en matière de lutte antipaludique sera prioritaire, car il s'agit d'éclairer les décisions à l'échelle nationale au sujet des interventions à mener et les choix à faire pour les conjuguer au mieux.

## **XI. Financement et mobilisation de ressources**

44. Selon les estimations de l'OMS, il faut quelque 100 millions de dollars pour sauver la vie de 100 000 enfants impaludés tous les ans. Lutter efficacement contre le paludisme dans le monde nécessite environ 3,4 milliards de dollars par an (en moyenne 1,8 milliard pour l'Afrique et 1,6 milliard pour les autres régions impaludées). Ces chiffres comprennent l'administration de polythérapies à base d'artémésinine, qui sont plus chères que les autres antipaludiques mais qui sont nécessaires dans les pays où sévit le paludisme pernicieux à *falciparum* qui est pharmacorésistant, l'assistance technique et la mise en place de soins. Le recours au

secteur privé non structuré dans le traitement antipaludique et la faiblesse des systèmes d'information sanitaire rendent malaisée la comptabilisation exacte des dépenses de lutte contre le paludisme.

45. À l'échelle nationale, il y a pénurie de données fiables sur la charge de morbidité et sur le financement des actions de prévention et de lutte contre le paludisme, d'où la difficulté de bien éclairer la définition des politiques et l'affectation des ressources. En 2000, les chefs d'État et de gouvernement africains se sont engagés à baisser ou à supprimer les taxes et droits de douane frappant les principaux produits antipaludiques tels que les médicaments antipaludiques, les moustiquaires et les insecticides, mais seulement 50 % des pays d'Afrique y ont donné suite jusqu'ici. En 2001, les dirigeants africains se sont engagés à consacrer à la santé 15 % du budget annuel de l'État. Malgré quelques progrès modestes accomplis par certains États membres, la part de la santé dans le budget de l'État reste faible dans de nombreux pays (seul le Botswana consacre à la santé 15 % de son budget).

46. Les financements internationaux en faveur de la lutte contre le paludisme ont connu une augmentation considérable entre 1999 et 2004, qui fut spectaculaire en 2001 à la suite de la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Selon un sondage réalisé en 2005 auprès des agences de développement, environ 600 millions de dollars disponibles pour la lutte contre le paludisme n'ont pas été décaissés en 2004 et, depuis 2001, l'Afrique subsaharienne a reçu plus de 75 % des fonds. Le Fonds mondial fait savoir que ses versements internationaux pour la lutte antipaludique se sont élevés au total à quelque 308 millions de dollars en 2005, ce qui porte leur total à la fin de juillet 2006 à environ 748 millions. Le Fonds est présent dans 73 pays, accordant au total 99 dons à la lutte contre le paludisme, l'OMS y intervenant à chacune ou à quelques-unes des étapes de la préparation et de la mise en œuvre.

47. En outre, des donateurs importants ayant annoncé récemment des contributions, des fonds supplémentaires sont attendus pour la lutte contre le paludisme. Les financements américains à ce titre ont doublé de 2002 à 2005, passant de 118 à 246 millions de dollars. L'Initiative contre le paludisme a prévu une augmentation des financements destinés à la prévention et au traitement du paludisme, de plus de 1,2 milliard de dollars sur cinq ans. En juin 2006, elle a ajouté à sa liste des pays ciblés quatre pays (Malawi, Mozambique, Rwanda, Sénégal). Au sommet du Groupe des Huit en 2005, les dirigeants se sont engagés à intensifier la lutte contre le paludisme afin que les principales interventions atteignent 85 % des populations vulnérables et à y consacrer les montants nécessaires, soit 1,5 milliard de dollars par an. Aujourd'hui, selon les estimations les plus fiables, cet objectif n'a été atteint qu'à moitié.

48. En avril 2005, la Banque mondiale a lancé la Stratégie mondiale et le Programme renforcé de lutte contre le paludisme pour la période 2005-2010. En septembre 2005, elle a présenté le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique, qui accompagnera les efforts faits sur le continent africain. La Banque mondiale a approuvé huit projets l'an dernier, portant à 167 millions de dollars les engagements en faveur de la lutte antipaludique en Afrique. Des projets sont en chantier dans sept autres pays, avec d'éventuels concours financiers de 260 millions de dollars. La Banque mondiale met l'accent sur l'harmonisation de l'aide dans la lutte antipaludique et mobilise des ressources supplémentaires auprès de ses

partenaires. Pendant l'exercice en cours, il est prévu que le Programme renforcé consacrera 190 millions de dollars à des projets de lutte antipaludique.

49. Le Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, tenu à Abuja du 2 au 4 mai 2006, a revu les objectifs fixés en 2000 et appelé à hâter les actions tendant à généraliser les soins pour ces maladies en Afrique. Les chefs d'État et de gouvernement ont décidé d'intensifier la lutte contre ces trois maladies, notamment d'accélérer les actions de prévention et de lutte contre le paludisme afin d'éliminer cette maladie en ayant recours à toutes les stratégies efficaces, telles que les insecticides à effet rémanent pour pulvérisations dans les habitations, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les polythérapies à base d'artémésinine et les traitements préventifs intermittents.

50. Cela est de bon augure mais les moyens consacrés à la lutte antipaludique sont bien en deçà des besoins. En outre, bien que les financements augmentent, ils concernent de plus en plus les produits antipaludiques plutôt que l'assistance technique permettant aux pays d'accroître leurs capacités. Or le manque de moyens financiers et l'absence de capacités forment un cercle vicieux : privés des capacités voulues, les pays ne peuvent absorber les financements disponibles, et faute de financements, il leur est impossible de développer leurs capacités. Les difficultés qui font obstacle à la mise en œuvre contrarient donc plusieurs initiatives, qui dès lors n'ont pas les effets souhaités. Il s'ensuit que la morbidité et la mortalité du paludisme sont par trop élevées.

## XII. Conclusions et recommandations

51. À l'heure actuelle, les prises en charge dans la lutte antipaludique ne sont pas à la hauteur des besoins, en raison surtout du manque de moyens financiers et de savoir-faire techniques et de la faiblesse des systèmes de santé. La déficience de la planification et l'utilisation de produits médiocres ou inefficaces aggravent la situation. Il faut financer non seulement les programmes nationaux de lutte antipaludique mais aussi l'assistance technique, car si les capacités locales ne sont pas renforcées – grâce à des formations, à un effort d'équipement et à un concours technique – les fonds consacrés à la lutte contre le paludisme n'atteindront pas les populations ciblées ou les buts fixés. Les financements doivent être prévisibles aussi pour que les programmes nationaux puissent inscrire leur effort financier dans la durée, notamment pour les achats et les ressources humaines. Il convient de mieux définir aussi le rôle de l'effort privé dans l'organisation des soins et de l'articuler davantage avec l'effort public, pour assurer la qualité des soins, l'accès aux services de santé et la protection financière. C'est le Ministère de la santé qui doit piloter la lutte antipaludique, en conjuguant les démarches horizontale et verticale dans une large stratégie sanitaire. Il y a certes eu quelques progrès depuis 2000, mais on constate encore une grave pénurie de données complètes et actualisées sur le paludisme, qui sont indispensables pour contrôler les résultats ou mesurer les impacts.

52. À la lumière des conclusions du présent rapport et de la résolution 58/2 de l'Assemblée mondiale de la santé, il est recommandé à l'Assemblée générale d'appeler les pays impaludés :

**a) À exploiter leur fichier national, avec l'aide de l'OMS, pour recueillir et analyser systématiquement les informations sur la situation du paludisme,**

notamment l'épidémiologie, les politiques nationales et les résultats obtenus par les programmes, les prises en charge réalisées dans le cadre des interventions, les financements, la résistance aux médicaments et aux insecticides;

b) À mettre en application les politiques, les stratégies et les moyens préconisés par l'OMS en les adaptant à leur situation particulière et définir des politiques nationales reposant sur des données factuelles, des plans opérationnels et des contrôles et des évaluations axés sur les résultats afin de généraliser aux populations à risque les principales interventions à caractère préventif et curatif, et à évaluer de manière efficace et rapide les résultats des programmes, les prises en charge réalisées et l'impact des interventions;

c) À évaluer les moyens mis à la disposition des programmes antipaludiques nationaux, notamment les moyens humains, pour veiller à ce que les personnes qualifiées soient en nombre suffisant tout au long de la chaîne des soins et ainsi répondre aux besoins techniques et opérationnels à mesure que les moyens financiers destinés à la lutte antipaludique s'accroissent;

d) À répondre à la nécessité de renforcer leur système de santé et à assurer l'organisation intégrée des soins au niveau des districts, notamment pour ce qui est du personnel sanitaire, de l'approvisionnement en médicaments, des mesures préventives et de l'équipement sanitaire;

e) À encourager les coopérations intersectorielles, notamment aux échelons les plus élevés de l'État, par exemple au sein des ministères des finances, de l'éducation, de l'agriculture, du développement économique et de l'environnement, et à entretenir et renforcer les réseaux internationaux, interinstitutionnels et multisectoriels de lutte antipaludique;

f) À interdire la mise en marché de monothérapies orales à base d'artémésinine et à exhorter les bailleurs de fonds à fournir leur part d'efforts en cessant de financer l'achat de ces monothérapies ou d'autres médicaments, tels que les antirétroviraux préqualifiés, auprès de laboratoires qui continuent de mettre sur le marché des monothérapies à base d'artémésinine;

g) À détaxer et à dédouaner les moustiquaires, les médicaments et d'autres produits antipaludiques, dans le double but d'en réduire le prix à la consommation et d'impulser le libre-échange de ces produits;

h) À renforcer, avec le concours de l'OMS, les dispositifs de surveillance de la pharmacorésistance et à inviter l'OMS à coordonner un dispositif mondial pour surveiller et réduire la pharmacorésistance;

i) À entreprendre, avec l'aide de l'OMS, la mise en place de dispositifs de surveillance de la résistance aux insecticides et à engager l'OMS à coordonner un dispositif mondial pour surveiller la résistance aux insecticides et y faire face.

53. À la lumière des conclusions du présent rapport et de la résolution 58/2 de l'Assemblée mondiale de la santé, il est recommandé que l'Assemblée générale appelle :

a) Ses partenaires internationaux à se servir des dispositifs de surveillance et d'évaluation mis au point par l'OMS comme tableau de bord minimum au lieu d'adopter des dispositifs parallèles et à exhorter l'OMS, avec

les pays et d'autres partenaires, à mettre au point des méthodes d'enquête simples et moins coûteuses pour mesurer avec efficacité et rapidité l'impact des interventions antipaludiques et les prises en charge réalisées;

b) Ses partenaires bilatéraux et multilatéraux qui jouent le rôle de bailleurs de fonds à bien connaître les politiques et stratégies techniques de l'OMS, notamment en ce qui concerne l'emploi des insecticides à effet rémanent pour pulvérisations des habitations, les moustiquaires imprégnées d'insecticide et le suivi personnalisé, pour que les financements ne soient accordés qu'aux projets qui se conforment à ces politiques et stratégies, et à envisager de soumettre à l'examen de l'OMS les volets techniques des projets à l'étude, avant leur approbation, afin d'en assurer la cohérence avec les recommandations techniques les plus récentes de l'OMS;

c) Tous les organismes donateurs et les pays importateurs de produits alimentaires à exprimer clairement, dans une déclaration, leur position concernant l'utilisation de DDT pour les pulvérisations dans les habitations, en indiquant les moments et les endroits où il sera utilisé, dans le cadre des directives de l'OMS, et apporte tout le concours possible aux pays impaludés pour qu'ils assurent le bon déroulement de l'intervention et empêchent la contamination de produits agricoles par le DDT et d'autres insecticides servant à ces pulvérisations;

d) Les fabricants de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée à accélérer les transferts de technologie vers les pays en développement et engage la Banque mondiale et les fonds de développement régional à envisager un concours pour aider les pays impaludés à intensifier la fabrication locale de ces moustiquaires;

e) La communauté internationale à lutter contre le trafic de médicaments de contrefaçon dans les pays en développement et à dégager un consensus sur le montant et la source des subventions pour les produits majeurs, notamment les moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée et les polythérapies à base d'artémésinine, afin de généraliser le recours à des médicaments et à des mesures préventives de qualité pour les populations exposées au paludisme;

f) L'OMS à examiner dans la perspective de la lutte antipaludique les grands axes de la recherche mondiale sur le paludisme, en associant à cet effort les milieux scientifiques (qui pourraient comprendre les principaux acteurs tels que les instituts nationaux de santé, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Union européenne et les programmes antipaludiques nationaux), en privilégiant les nouveaux médicaments propres à prévenir et à traiter le paludisme, les tests de dépistage, les nouveaux insecticides et les nouvelles préparations, les vaccins, la recherche opérationnelle et les études de mise en œuvre, ainsi que les nouvelles méthodes et les nouveaux outils servant à mesurer l'impact et à évaluer le rapport coût-efficacité des interventions antipaludiques menées individuellement ou conjointement, dans divers cadres, afin de parachever les stratégies nationales de lutte contre le paludisme;

g) La communauté internationale à aborder le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de lui permettre de continuer à apporter aux pays un concours et des ressources complémentaires au titre de

**l'assistance technique, tout particulièrement pour l'OMS et l'UNICEF, afin que les pays puissent absorber les fonds et en faire le meilleur usage.**

---