



Assemblée générale

Distr. générale
5 septembre 2007
Français
Original : anglais

Soixante-deuxième session

Point 49 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 établi par l'Organisation mondiale de la Santé pour donner suite à la résolution 61/228 de l'Assemblée générale.

Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, intitulé « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique »

Résumé

Le présent rapport décrit les activités menées et les progrès réalisés depuis le rapport précédent en vue d'atteindre les objectifs fixés pour 2010 en matière de lutte contre le paludisme, compte tenu de la résolution 61/228 de l'Assemblée générale et de la Déclaration d'Abuja sur la lutte antipaludique en Afrique (2000).

Il porte notamment sur la prise en charge 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 difficultés particulières que pose

* A/62/150.

** Rapport présenté en retard en raison du travail de collecte de données qu'il a fallu effectuer pour que l'information présentée soit aussi fraîche que possible.



le renforcement des dispositifs sanitaires dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Enfin, des conclusions et recommandations sont soumises à l'Assemblée générale pour examen.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction et aperçu de la situation	1–4	3
II. Accès à un traitement efficace contre le paludisme	5–11	5
III. Le paludisme chez les femmes enceintes	12–14	7
IV. Prévention du paludisme	15–20	8
V. Surveillance, suivi et évaluation	21–22	10
VI. Élimination du paludisme	23–24	11
VII. Paludisme et systèmes de santé	25–27	12
VIII. Financement et mobilisation des ressources	28–31	14
IX. Progrès accomplis et obstacles à surmonter sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement	32–33	16
X. Conclusions et recommandations	34–37	17

I. Introduction et aperçu de la situation

1. Depuis le lancement de la Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, il y a sept ans, il y a eu des engagements politiques et financiers considérables en faveur de la lutte antipaludique, notamment la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du Programme renforcé de la Banque mondiale concernant le paludisme, ainsi que le lancement par le Président américain d'une initiative pour lutter contre le paludisme. Cela dit, la maladie continue de représenter une menace pour au moins 40 % de la population de la planète, dans 107 pays et territoires. Malgré les efforts déployés à l'échelle planétaire, chaque année, plus de 500 millions de personnes sont victimes de crises aiguës de paludisme qui causent plus d'un million de décès par an, dont au moins 86 % en Afrique subsaharienne. On estime que 3 000 enfants et nourrissons meurent chaque jour du paludisme, ce qui représente environ 82 % de l'ensemble des décès dus au paludisme. Quelque 50 millions de femmes vivant dans des régions où le paludisme est endémique tombent enceintes chaque année. Bien qu'il soit essentiellement asymptomatique lors de la grossesse, le paludisme n'en est pas moins l'une des principales causes d'anémie maternelle sévère et il est responsable du tiers environ des insuffisances pondérales à la naissance qui pourraient être évitées. On estime que, du fait de ses effets indirects, le paludisme contribue au décès de 200 000 nourrissons chaque année rien qu'en Afrique et de 10 000 femmes enceintes, bien que les chiffres sur la morbidité et la mortalité liées à cette maladie n'en rendent pas vraiment compte. Même si les enfants et les femmes enceintes courent un plus grand risque en raison de la faiblesse de leurs défenses immunitaires, ailleurs qu'en Afrique, tous les groupes d'âge sont à risque.

2. Selon des études réalisées récemment, dans certains pays, près des deux tiers de la population malade se fait soigner en dehors du système de santé. Cela signifie que les chiffres de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme, qui sont communiqués par les systèmes de santé, ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Près de 60 % des décès dus au paludisme se produisent chez les 20 % les plus pauvres de la population mondiale; il s'agit de la plus forte association jamais établie entre une maladie et la pauvreté, le paludisme frappant de manière disproportionnée les populations pauvres et marginalisées, notamment les réfugiés et les personnes déplacées. Le paludisme a des effets permanents sur le développement cognitif, ainsi que sur les niveaux d'éducation et de productivité. Dans de nombreux pays, c'est la principale cause de maladie et d'absentéisme au travail. Les données disponibles montrent que le paludisme maintient les pauvres dans la pauvreté; il représente pour l'Afrique 12 milliards de dollars par an en produit intérieur brut (PIB) perdu et absorbe jusqu'à 34 % du revenu des ménages et 40 % des dépenses de santé publique. Les pays les plus touchés enregistrent une baisse de leur croissance économique d'environ 1,3 % par an. Le paludisme provoque un ralentissement de la croissance économique et contribue à la pauvreté de nombreuses façons, notamment en raison du coût des soins, privés et non privés, de la faible productivité des malades et des aidants familiaux, et du fait qu'il freine la mobilité de la main-d'œuvre et décourage les investissements étrangers directs, le commerce et le tourisme.

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 d'endémie palustre, leurs partenaires bilatéraux et multilatéraux de développement, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des organismes de proximité, des fondations, ainsi que des centres de recherche et des établissements universitaires qui, tous, sont représentés à son conseil d'administration. Son principal objectif est de coordonner les efforts des États Membres, de sorte à réduire de moitié la mortalité due au paludisme d'ici à 2010 et de 75 % à l'horizon 2015, par rapport à ce qu'elle était en 2000. En 2006, le Partenariat a engagé une réforme, qui a abouti à la restructuration de son secrétariat, hébergé par l'OMS, afin de lui permettre de mieux répondre aux besoins des États Membres, notamment grâce à la revitalisation et à la restructuration de ses groupes de travail (groupe de travail sur l'harmonisation, Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation et groupe de travail sur les achats et la gestion de la chaîne logistique), ainsi que des réseaux sous-régionaux.

4. Le Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS est un partenaire technique essentiel dans le cadre du Partenariat, car il donne des orientations normatives et l'impulsion en matière de politiques et de stratégies antipaludiques. Il repose sur un effectif minimum au siège, ainsi qu'au niveau des régions et des pays, mais aussi sur les liens essentiels établis avec d'autres départements de l'OMS. La stratégie de l'OMS s'articule autour des éléments suivants : a) assurer une direction technique solide pour aider les pays; b) mettre en œuvre des mesures générales en faveur de tous les pays où le paludisme est endémique; c) aider les pays d'endémie palustre à utiliser les meilleurs outils possibles (distribution gratuite, ou à un coût très fortement subventionné, de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée à tous les groupes à risque; pulvérisation à l'intérieur des logements d'insecticide à effet rémanent si nécessaire; diagnostic des cas de paludisme et traitement de ces cas aux moyens de polythérapies à base d'artémisinine); d) collaborer étroitement avec les pays, et leurs partenaires présents sur place, afin que les interventions soient adaptées à leur situation épidémiologique et socioéconomique; e) veiller à ce que les efforts antipaludiques contribuent au renforcement général des systèmes de santé et facilitent la prestation intégrée des services de santé essentiels; f) s'attacher à élaborer et à mettre en place des outils multiformes de surveillance et d'évaluation efficaces destinés à mesurer les résultats du Programme, sa véritable portée et son incidence; g) soutenir les activités de recherche prioritaires destinées à mettre au point de nouvelles méthodes et de nouveaux outils pour surmonter les obstacles qui apparaissent au stade de la mise en œuvre; h) favoriser la constitution, au niveau du pays, de partenariats bien coordonnés afin d'assurer la cohérence de l'appui fourni et sa compatibilité avec les stratégies et les plans nationaux; i) mettre en place une approche multisectorielle, sous l'impulsion du secteur de la santé, afin de mobiliser le monde politique et de trouver des ressources financières pérennes et prévisibles en faveur de la lutte antipaludique. Au niveau des pays, l'OMS collabore avec succès avec plusieurs partenaires, notamment l'UNICEF, afin de généraliser la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, et la Banque mondiale, pour favoriser l'adoption de politiques appropriées en matière de médicaments et faciliter l'accès aux polythérapies à base d'artémisinine partout dans le monde.

II. Accès à un traitement efficace contre le paludisme

5. On considère à présent que les polythérapies à base d'artémisinine sont le traitement le plus efficace pour lutter contre le paludisme à *plasmodium falciparum* sans complications. L'appel lancé aux pays par l'OMS pour qu'ils abandonnent les monothérapies, qui ne sont plus efficaces du fait de la résistance acquise par le parasite, a été entendu par de nombreux pays. Cela étant, il demeure indispensable de préserver l'efficacité de l'artémisinine. Suivant les recommandations de l'OMS, 70 pays, dont 40 pays d'Afrique, ont adopté les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine en tant que traitement de première ou de deuxième intention. Les crédits alloués, l'augmentation soutenue des commandes et les campagnes de sensibilisation actives ont contribué à faire baisser leur prix. Le mécanisme de financement, appelé Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), qui a été créé à la fin de 2006 en partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'UNICEF, a déjà commencé à fournir des médicaments antipaludiques et s'efforce de jouer sur les lois du marché pour réduire encore le coût de ces thérapies afin qu'elles soient plus largement accessibles. En 2006, des marchés ont été passés pour l'achat de 82 774 740 doses de traitements combinés à base d'artémisinine et on estime que 120 millions seront achetés en 2007. Il reste que ces polythérapies continuent d'être hors de portée pour les plus indigents et que la majorité des patients dans les régions rurales isolées ont recours à des traitements inadaptés qu'ils se sont procurés auprès de distributeurs informels se trouvant à proximité de chez eux.

6. Le paludisme est une maladie aigüe, mais il se manifeste aussi sous forme d'infection chronique; d'après une estimation de la fréquence des accès de fièvre chez les enfants africains, on pense qu'un épisode de paludisme survient tous les 40 jours. Le risque de complications ou de décès causé par une crise aigüe est particulièrement grave dans les premières 24 heures. L'administration d'un traitement adapté et rapide est donc un des éléments essentiels des programmes de lutte antipaludique. Un diagnostic précoce et un traitement efficace peuvent raccourcir la durée de la maladie et prévenir le développement de complications, réduisant ainsi considérablement le nombre des décès causés par le paludisme. La plupart des cas de paludisme symptomatique sont traités au niveau local, dans les services de santé périphériques ou par les systèmes de santé parallèles. Il ressort d'études récemment réalisées en Éthiopie, au Ghana et au Niger que jusqu'à deux tiers des malades cherchent à se faire soigner en dehors du système de santé. Pour mettre en place un dispositif effectif de prise en charge, il faut donc veiller à ce qu'un traitement adapté et efficace puisse être offert à tous les niveaux du système de santé, qu'il soit public ou privé, car dans certaines régions touchées, il arrive qu'on ne puisse se procurer des médicaments qu'auprès du secteur privé. La promotion de l'éducation et de la participation des citoyens joue également un rôle fondamental pour assurer une prise en charge efficace des cas de paludisme.

7. La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme, qui a été adoptée par l'OMS, permet d'améliorer l'accès des groupes de population vulnérables (notamment les enfants âgés de moins de 5 ans) à des traitements efficaces dans les pays où les services de santé sont rares. En Afrique, 18 pays ont adopté la stratégie et dans certains d'entre eux, qui élargissent sa portée grâce à la participation des collectivités, la mortalité infantile commence déjà à baisser. Par ailleurs, l'OMS préconise à présent l'utilisation de suppositoires à l'artémisinine administrés par

voie rectale en tant que prétraitement pour les cas de paludisme aigu. Cette intervention peut faire rapidement 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.

8. L'OMS recommande à présent de procéder à un diagnostic parasitologique (microscopie ou dépistage rapide) avant le traitement, sauf pour les enfants âgés de moins de 5 ans vivant dans des zones où la transmission est importante et pour les cas éventuellement graves s'il n'est pas possible d'obtenir immédiatement une confirmation parasitologique. Cela devrait permettre d'améliorer la qualité des soins et de réduire le recours inutile à des médicaments antipaludiques, de manière générale. Cependant, cette recommandation a entraîné une forte augmentation de la demande et de l'utilisation des tests diagnostiques rapides. Il n'en reste pas moins que la meilleure référence en matière de diagnostic demeure la microscopie de haute qualité. La qualité des produits (médicaments et diagnostics) et des services est également un facteur déterminant pour les résultats cliniques mais elle pose des problèmes considérables. De plus, on trouve un certain nombre de produits non conformes sur les marchés, voire des contrefaçons des médicaments antipaludiques. Pour veiller à ce que les pays se procurent des médicaments de qualité, l'OMS a établi, en coopération avec des laboratoires spécialisés de diverses régions, un système de présélection pour les médicaments antipaludiques et les tests diagnostiques rapides, et l'Organisation aide les pays à mettre sur pied un réseau de services de diagnostic opérationnel, un système de contrôle de la qualité pour la microscopie et les tests diagnostiques, et des services d'évaluation et de formation à l'intention des microscopistes.

9. Il est impératif de contrôler l'efficacité des médicaments antipaludiques pour offrir un traitement adapté et pour détecter rapidement la modification des modèles de résistance afin de réviser les politiques nationales de traitement du paludisme. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une politique thérapeutique adaptée et efficace devrait conduire à une réduction de la morbidité et de la mortalité. La procédure type pour le paludisme consiste à contrôler l'efficacité thérapeutique en procédant à des évaluations répétées des résultats cliniques et parasitologiques du traitement pendant une période déterminée. Un protocole type d'évaluation de l'efficacité des médicaments antipaludiques a été mis au point et l'OMS aide les pays à améliorer le contrôle de la qualité des données. Parmi les 82 pays où le paludisme à falciparum est endémique, 75 d'entre eux ont mis en place un système de contrôle reposant sur un réseau national de sites sentinelles. Se fondant sur les données ainsi obtenues, plus de 60 pays ont révisé leur politique de traitement du paludisme, abandonnant la monothérapie au profit d'une combinaison de thérapies.

10. Pour assurer une prestation efficace des services, il faudra consentir des efforts importants et s'attaquer à de nombreuses tâches, à savoir : a) mettre en place des systèmes efficaces d'achat, d'approvisionnement et de distribution des médicaments; b) créer des services de diagnostic en laboratoire faisant l'objet de contrôles de qualité; c) offrir à un nombre suffisant d'agents sanitaires une formation adaptée pour le traitement de certaines maladies; d) instituer des mécanismes d'assurance de la qualité et de surveillance de l'efficacité thérapeutique; e) créer des services d'orientation vers des unités appropriées pour les malades atteints de paludisme aigu; et f) mettre sur pied un système efficace d'information sur la gestion des services de santé. Dans de nombreux pays, les services du secteur public sont souvent de qualité médiocre – lorsqu'il y en a – ou

les articles de première nécessité font défaut. Ils sont de ce fait sous-utilisés et les malades atteints de paludisme, même les plus pauvres, évitent d'y recourir. L'équipe spéciale du Programme mondial de lutte contre le paludisme, qui chapeaute les trois niveaux – le siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays – a mis au point un guide pratique pour faciliter la mise en œuvre des programmes de lutte antipaludique au niveau national. Ce guide contient des directives concernant la mise en place nécessaire, en parallèle, de systèmes de surveillance à l'échelon local, comportant notamment un registre révisé du paludisme, des données et des formulaires de notification permettant de suivre des indicateurs clefs du traitement aux fins de contrôler l'efficacité, les résultats et l'impact des projets.

11. Même si les traitements combinés à base d'artémisinine sont actuellement vendus aux acheteurs des secteurs public ou associatif au prix départ-usine, soit pour 1 dollar environ, leur prix continue d'être prohibitif pour les plus démunis et, lorsqu'ils sont vendus entre 8 et 10 dollars dans le secteur privé, seuls les patients les plus riches peuvent se les procurer. Une initiative mondiale visant à mettre en place un système mondial de subventions pour l'achat de polythérapies à base d'artémisinine a été lancée en vue de sauver des milliers de vies par an en améliorant l'accès des pauvres à ce traitement indispensable à leur survie et afin de préserver l'efficacité de ces médicaments aussi longtemps que possible. Ce mécanisme de financement novateur aurait pour effet de faire baisser les prix pour les acheteurs de tous les secteurs, ce qui encouragerait les achats dans les secteurs public, privé et associatif. En facilitant l'accès à ces médicaments pour tous les secteurs, on pourrait réduire la durée de la maladie et limiter le recours actuel dommageable aux monothérapies qui risquent d'entraîner rapidement une résistance à l'artémisinine. D'après les estimations actuelles, pour mettre pleinement en œuvre cette politique, il faudra mobiliser entre 275 et 300 millions de dollars par an pour financer notamment les activités de contrôle et d'évaluation, les travaux de recherche opérationnelle et les interventions de soutien. On prévoit qu'une subvention au prix départ-usine pourrait augmenter le recours aux polythérapies à base d'artémisinine (soit 250 à 350 millions de traitements). Une subvention au prix de distribution dans un deuxième temps pourrait porter à 300, voire 400 millions, le nombre des traitements. Les consultations sur ces questions se poursuivent actuellement au niveau mondial.

III. Le paludisme chez les femmes enceintes

12. Plus de la moitié des quelque 50 millions de femmes qui tombent enceintes chaque année dans des pays où le paludisme est endémique vivent dans les régions tropicales de l'Afrique, où la transmission du *plasmodium falciparum* est importante. Même si le paludisme chez les femmes enceintes vivant dans ces régions est essentiellement asymptomatique, il n'en est pas moins une des principales causes d'anémie maternelle grave et est également responsable d'environ un tiers des insuffisances pondérales évitables à la naissance. Dans les régions où la transmission est faible ou saisonnière, les femmes enceintes sont davantage susceptibles de décéder de complications dues à un paludisme aigu, de faire des fausses couches spontanées, d'accoucher prématurément ou de donner naissance à des enfants mort-nés. La coinfection au VIH, en aggravant l'anémie maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance, exacerbe les effets du paludisme chez les femmes enceintes.

13. Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine pour les femmes enceintes, qui est recommandé dans les pays d'Afrique depuis 1998, a été officiellement adopté par 35 pays du continent – 22 ont pleinement mis en œuvre cette politique à l'échelle nationale et les 13 autres en sont à un stade plus ou moins avancé. Il reste que ce traitement se heurte actuellement à une résistance croissante et généralisée du parasite *plasmodium falciparum* à la sulfadoxine-pyriméthamine. En attendant les résultats de nouvelles enquêtes, le groupe d'experts techniques qui s'est réuni en juillet 2007 a recommandé de continuer d'utiliser le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine à titre de stratégie, tout en étendant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'accès à un traitement efficace dans les pays de l'Afrique subsaharienne où la transmission du paludisme est stable. Ce traitement n'est pas recommandé dans les régions d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine où la transmission du paludisme est faible et instable et où l'accent est mis sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et sur un diagnostic et un traitement rapides de la maladie. Un système destiné à contrôler l'efficacité de la stratégie est actuellement mis en place et l'OMS devrait prochainement publier des directives aux fins de contrôler l'efficacité de la sulfadoxine-pyriméthamine chez les femmes enceintes.

14. L'OMS collabore activement avec des organismes de recherche partenaires en vue de recueillir rapidement des données sur l'innocuité et l'efficacité de médicaments remplaçant la sulfadoxine-pyriméthamine pour la prévention et le traitement. La majorité des pays d'Afrique ayant désormais entrepris d'adopter la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine en tant que traitement de première ou de deuxième intention, il est urgent d'obtenir des informations sur l'utilisation par inadvertance de ce traitement au cours du premier trimestre de la grossesse. L'Organisation participe à l'établissement 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.

IV. Prévention du paludisme

15. L'OMS a récemment modifié ses directives sur l'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide pour protéger la population du paludisme. Elle recommande à présent que les moustiquaires soient imprégnées d'insecticide de longue durée et distribuées gratuitement ou à des prix fortement subventionnés pour être utilisées par tous les membres de la société. De même que la vaccination procure une « immunité collective », les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée offrent une double protection : d'une part, aux personnes qui s'en servent directement et, d'autre part, à la société en général. La moustiquaire traitée à l'insecticide constitue une barrière physique dont bénéficie la personne qui l'utilise et, par son effet répulsif et létal sur les moustiques qui s'y posent, une protection pour la société. Par conséquent, partout où l'on a procédé à une distribution générale de moustiquaires traitées à effet rémanent, non seulement toute personne dormant sous une moustiquaire réduit ses propres risques d'infection, mais l'effet rémanent de masse de l'insecticide réduit la population de moustiques présents dans la communauté ainsi que leur durée de vie, empêchant à terme la transmission du paludisme. Là où les enfants et les femmes enceintes sont particulièrement exposées, il faut les protéger en premier et étendre progressivement la protection à tous. Dans les zones à faible transmission où toutes les tranches d'âge sont

vulnérables, les priorités nationales en matière de protection devraient être établies en fonction de la répartition géographique des cas de paludisme.

16. Selon les estimations, environ 135 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée sont nécessaires pour protéger ne serait-ce que toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 5 ans exposés à un risque d'infection en Afrique. Le taux d'utilisation de moustiquaires demeure toutefois en deçà des objectifs convenus, en particulier dans les pays les plus gravement touchés. Dans les 31 pays d'Afrique qui ont communiqué des chiffres en 2005, dernière date pour laquelle on dispose de données, 18 166 488 moustiquaires ont été distribuées gratuitement ou à des prix fortement subventionnés, et 7 568 439 ont subi un nouveau traitement. 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. Une politique axée exclusivement sur les groupes vulnérables omet forcément un point important : les personnes non protégées sont des réservoirs d'infection paludique, car elles portent le parasite dans leur sang, et peuvent tomber elles-mêmes malades ou réinfecter des groupes « protégés » car les moustiquaires ne sont pas efficaces à 100 %. La protection de la population est optimale lorsqu'il y a distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et accès rapide de tous à des traitements antipaludiques efficaces.

17. 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, qui se sont révélées sensiblement moins chères à utiliser que celles traitées aux insecticides classiques. Le coût par mort évitée et le coût par année de vie ajustée sur l'incapacité évitée avec l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide à effet rémanent pendant trois ans représentent moins de la moitié de ce que coûterait l'utilisation de moustiquaires classiques. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée devraient donc être considérées comme des articles d'utilité publique dans les régions où le paludisme est endémique. Les pays continueront d'avoir besoin d'aide pour renforcer leur capacité de planifier, d'organiser et de 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. L'équipe spéciale de l'OMS chargée des

moustiquaires imprégnées d'insecticide a rédigé un guide pratique destiné à aider les responsables nationaux à gérer la distribution de moustiquaires traitées.

18. L'autre (et plus ancien) moyen de lutte antivectorielle qui peut être utilisé sur une large échelle est la pulvérisation d'insecticide rémanent dans les logements, où les anophèles se reposent après leur repas sanguin, 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 50 et 60.

19. Le choix de l'insecticide dans une région donnée est dicté par le niveau de résistance des vecteurs, des critères de coût et de sécurité, le type de surfaces à traiter et l'expérience locale. Les 12 insecticides à effet rémanent actuellement recommandés par l'OMS appartiennent à quatre groupes chimiques. Le DDT est celui qui agit le plus longtemps contre les vecteurs du paludisme et joue un rôle important dans la gestion de la résistance du vecteur. L'OMS recommande l'usage du DDT uniquement pour la pulvérisation intradomiciliaire, et les pays peuvent l'utiliser aussi longtemps que nécessaire, en quantités nécessaires, à condition d'appliquer à la lettre les directives et recommandations formulées par l'OMS et dans la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants. Le DDT continuera vraisemblablement à être utilisé pour lutter contre le paludisme tant que d'autres solutions également économiques et efficaces ne seront pas disponibles. L'OMS a rédigé une nouvelle note d'information sur le DDT qui sera publiée à la fin de 2007. L'OMS élabore actuellement un nouveau guide pratique complet et de nouveaux dispositifs de contrôle touchant la pulvérisation intradomiciliaire et entend intensifier ses travaux dans les années qui viennent pour aider les pays à tirer le meilleur parti de cette technique.

20. La pulvérisation est utilisée différemment d'une région à l'autre. En Afrique, environ 22 pays l'utilisent pour maîtriser le paludisme et en prévenir la résurgence (Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Zambie et Zimbabwe). Dans quatre pays d'Asie sur 22 qui utilisent régulièrement cette technique (Iraq, Myanmar, Thaïlande et Viet Nam), le nombre de foyers traités est passé de 2 297 000 en 2000 à 3 052 000 en 2003, alors qu'en Amérique, dans neuf des 21 pays utilisant la pulvérisation de façon régulière (Argentine, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Équateur, Nicaragua, Panama, République dominicaine et République bolivarienne du Venezuela), il est revenu de 411 000 à 229 000, bien qu'il soit en hausse dans certains pays. C'est l'Inde qui compte le plus grand nombre de personnes protégées par pulvérisation, soit 38,5 millions en 2005, et ce principalement au moyen du DDT.

V. Surveillance, suivi et évaluation

21. Les estimations ne donnent pas une juste idée de la gravité réelle de cette maladie qui passe par plusieurs phases : infection asymptomatique, maladie grave et décès. Le problème que pose l'évaluation de la progression et des incidences de la maladie est aggravé par des diagnostics erronés et le manque d'informations. De plus, les pays n'ont en général pas les données de référence requises pour

l'évaluation. Étant donné l'énorme accroissement des ressources et des efforts visant à renforcer les interventions antipaludiques auprès des populations à risque, en particulier le Programme renforcé de la Banque mondiale contre le paludisme, les crédits consacrés au paludisme par le Fonds mondial et l'Initiative du Président des États-Unis en faveur de la lutte contre le paludisme, un contrôle et une évaluation rigoureux s'imposent au niveau des pays. Les systèmes habituels d'information sanitaire 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 et l'information n'est pas collectée de manière systématique. D'où des évaluations inexactes des programmes et des informations erronées sur les résultats obtenus.

22. 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, et de recueillir des données auprès des groupes de population difficiles à atteindre. L'OMS aide les pays à mettre en place et à utiliser une base de données nationales et d'indicateurs testés sur le terrain. Les informations destinées à la base de données sont recueillies dans tout le pays par des systèmes d'information sanitaire améliorés, qui serviront également à la collecte de données sur d'autres maladies. On s'emploie activement à recueillir les données nécessaires à l'établissement du *Rapport mondial sur le paludisme de 2007*, qui sera publié au début de 2008 et fournira des renseignements sur les indicateurs épidémiologiques, programmatiques et financiers. Comme prévu dans le Programme mondial de lutte contre le paludisme, on est en train de mettre au point un système de gestion des données sanitaires génériques qui permettra aux pays d'évaluer correctement l'exécution des programmes et, partant, d'améliorer leurs politiques et leurs résultats.

VI. Élimination du paludisme

23. La lutte mondiale contre le paludisme ne vise pas seulement à réduire le fléau du paludisme dans les zones où il est endémique, mais aussi à réduire et à circonscrire l'étendue géographique des zones impaludées dans le monde. Le deuxième objectif suppose qu'il faut enrayer le paludisme dans tout pays et toute localité où il est possible de le faire. Depuis 10 ans, de plus en plus de pays parviennent à arrêter la propagation du paludisme transmis par les moustiques au niveau local, mesure considérée comme vitale pour la santé publique, le commerce et le tourisme. À l'heure actuelle, sur les 107 pays et territoires où le paludisme est endémique, 7 déclarent n'avoir enregistré aucun nouveau cas d'infection. D'autres ont réduit le fléau du paludisme à un niveau qui rend possible l'élimination complète de la maladie. Dans le cadre de son programme mondial de lutte contre le paludisme, l'OMS a décidé de mettre de nouveau l'accent sur l'élimination du paludisme, prévoyant à ce titre d'établir des directives pour aider les pays à élaborer leurs programmes nationaux pour l'élimination du paludisme, de fournir un appui technique et opérationnel aux pays qui ont quasiment éliminé cette maladie et de mettre en place des mécanismes de certification officielle. En janvier 2007, les Émirats arabes unis ont été le premier pays précédemment impaludé à être certifié exempt de paludisme par l'OMS depuis les années 80. La procédure de certification

pour Oman est en cours. L'élimination du paludisme du territoire d'un pays résulte d'un effort national efficace. L'équipe spéciale de l'OMS chargée de l'élimination du paludisme a défini les quatre phases successives de tout programme de lutte contre le paludisme : les contrôles, la préélimination, l'élimination et la prévention de la réintroduction. L'objectif fixé pour la première phase est de maintenir la proportion de cas de fièvre à moins de 5 %. Le passage à la phase d'élimination ne peut vraiment avoir lieu que lorsque les cas de paludisme deviennent relativement rares, soit moins d'un paludéen chaque année sur 1 000 personnes à risque, ou en gros 100 paludéens par district et par an. On entre dans la dernière phase de l'élimination lorsque aucun nouveau cas local d'infection n'est enregistré. Actuellement, une dizaine de pays appliquent des programmes de lutte contre le paludisme, soit l'Algérie, l'Arabie saoudite, l'Argentine, l'Arménie, l'Égypte, El Salvador, l'Iraq, le Paraguay, la République de Corée et le Turkménistan. Onze autres pays appliquent des programmes de préélimination¹ et sept se sont fixé pour objectif de devenir « exempts de paludisme ».

24. Les régions européenne et méditerranéenne de l'OMS ont fait de l'élimination du paludisme une composante de leur stratégie régionale, compte tenu des excellents résultats obtenus par leurs États membres dans la lutte contre le paludisme acquis localement. De 1999 à 2006, les pays européens impaludés membres de l'OMS ont déclaré avoir réduit de près de 15 fois le nombre de cas de paludisme, ce qui explique que 2 520 cas seulement ont été enregistrés en tout en 2006 dans toute la région. Toutefois, même quand un pays a réussi à éliminer le paludisme, il reste exposé aux risques de réintroduction créés par les voyages internationaux et les immigrations internationales. L'élimination du paludisme est étroitement liée à la réalisation de divers objectifs du Millénaire pour le développement, car la plupart des pays qui ont réussi à arrêter la transmission du paludisme ont également amélioré leur situation socioéconomique, la couverture sanitaire et les niveaux de vie de leur population. Le statut de pays exempt de paludisme contribue à cet essor en supprimant toutes les barrières à l'investissement et au tourisme.

VII. Paludisme et systèmes de santé

25. D'après de récentes estimations, le paludisme pèse lourdement sur les systèmes de santé. En Afrique, il est à l'origine de 25 à 45 % en moyenne de l'ensemble des consultations externes. En outre, son taux de létalité est élevé chez les patients admis dans des établissements hospitaliers, qui attendent souvent trop longtemps avant de se faire hospitaliser, ne sont pas convenablement pris en charge ou pâtissent de la non-disponibilité de médicaments efficaces. La lutte contre le paludisme donnera de bons résultats à condition que l'on améliore les systèmes de gestion et d'information sanitaires ainsi que les systèmes de surveillance et qu'on les rende plus performants, afin d'aider les planificateurs des services de santé à quantifier la charge que représente cette maladie ainsi qu'à dûment évaluer et allouer les ressources nécessaires. À l'heure actuelle, les interventions menées ne sont pas aussi efficaces qu'elles devraient l'être car le personnel n'est pas assez nombreux et les donateurs ne prennent pas suffisamment d'engagements sur le long

¹ Azerbaïdjan, Géorgie, Iran (République islamique d'), Kirghizistan, Malaisie, Mexique, Ouzbékistan, République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka, Tadjikistan et Turquie.

terme en faveur du renforcement des infrastructures sanitaires dans les pays où le paludisme est endémique. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la médiocrité des services fournis : les infrastructures sanitaires sont inadaptées, les médicaments essentiels font défaut, d'autres mesures préventives devraient être prises, comme l'utilisation de moustiquaires et d'insecticides, et les prestataires de soins de santé ne sont pas dûment supervisés. Les pays où le paludisme est endémique ont besoin d'aide et les mesures ci-après doivent y être prises : a) renforcer la capacité de gestion afin que le travail du personnel soignant puisse être contrôlé; b) mettre en place des mécanismes efficaces pour assurer des services de laboratoire médical de qualité, de sorte que les diagnostics soient fiables et la prise en charge efficace; c) rendre les services de santé plus accessibles, en particulier dans les zones reculées; d) améliorer les mécanismes tant privés que publics chargés de la prestation des services de santé; e) renforcer les systèmes d'achat et de distribution de médicaments, de réactifs, d'insecticides et d'autres produits de base essentiels; f) prendre des dispositions à l'échelon des districts et des communautés pour éviter le départ du personnel qualifié.

26. Le développement sectoriel coordonné contribuera énormément à la lutte antipaludique. Le Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS vise à donner plus d'ampleur aux interventions et à en améliorer la qualité, en particulier dans le domaine des soins primaires, afin de maximiser l'efficacité de la prise en charge des patients. À cette fin, des formations en cascade sont organisées dans le but de remédier, d'une part, à la pénurie de personnel qualifié dans les établissements sanitaires, afin que les patients soient efficacement pris en charge, et, d'autre part, à l'insuffisance de la formation dans plusieurs disciplines (épidémiologie, entomologie et diagnostic expérimental). La maximisation de la prévention revêt une importance particulière et requiert que l'on veille à ce que les personnes démunies, les groupes vulnérables et les populations difficiles d'accès bénéficient de services adaptés. Il faudra pour cela qu'il y ait dans les communautés davantage de travailleurs de la santé, qui apprendront aux mères de famille et aux professionnels locaux comment s'occuper à domicile des personnes atteintes du paludisme.

27. Il y a lieu d'adopter une stratégie multisectorielle et de militer énergiquement auprès des ministères des finances afin de faire bien comprendre pourquoi il importe d'investir dans la santé et de mobiliser un appui politique en faveur d'investissements à long terme. Les fonds consacrés à la lutte contre le paludisme ont un rendement élevé et sont très rentables : pour doter un ménage représentatif de six personnes de trois moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée, il faut compter entre 0,55 et 0,91 dollar par personne et par an. Une moustiquaire imprégnée d'insecticides de longue durée qui est efficace pendant cinq ans coûte environ 5,50 dollars et le coût par décès d'enfant évité est estimé à 145 dollars, sachant que les coûts diminuent en fonction de la durée de vie utile de la moustiquaire. Il est essentiel d'aider les pays à analyser les écarts en termes de mise en œuvre et de déterminer les mesures efficaces et rentables qui pourraient être transposées rapidement à une plus grande échelle dans les différents pays. Dans son rapport de 2006, le Disease Control Priorities Project (Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies) a établi que les moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations et le traitement préventif intermittent pendant la grossesse étaient des options peu onéreuses auxquelles on ne faisait pas assez appel en Afrique

subsaharienne. De plus, d'après le classement établi par le Consensus de Copenhague mis sur pied en 2004, consacrer des fonds à la lutte antipaludique et au traitement de cette maladie dans les pays en développement constitue une utilisation très rentable des ressources. L'état des infrastructures sanitaires est le facteur qui empêche d'étendre la couverture et de surmonter les obstacles opérationnels. En effet, dans de nombreux pays où le paludisme est endémique, en particulier en Afrique, ces infrastructures ne sont pas assez développées et les donateurs extérieurs doivent par conséquent continuer d'apporter une aide importante aux pays concernés. Il est toutefois apparu que le coût marginal des interventions était moindre lorsque celles-ci étaient menées de front, puisque les ressources pouvaient alors être partagées, et il faut donc continuer d'étudier la rentabilité relative de différentes interventions et associations d'interventions dans divers contextes.

VIII. Financement et mobilisation de ressources

28. On estime que pour lutter efficacement contre le paludisme, il faudrait disposer au niveau mondial d'environ 3,8 à 4,5 milliards de dollars par an², en fonction de la rapidité avec laquelle la prévention contribue à réduire le nombre de cas et donc la nécessité de dispenser un traitement. Ces montants couvrent les produits de base, la distribution, le renforcement des systèmes de santé et l'assistance technique aux programmes nationaux. Pour l'Afrique, il faudrait compter en moyenne entre 1,7 et 2,2 milliards de dollars. De plus, pour que les priorités des pays en matière de santé reçoivent l'attention qu'elles méritent non seulement de la part des donateurs mais aussi dans les budgets nationaux, elles doivent être liées à des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à d'autres programmes de développement. Lorsque l'on entreprend d'investir à long terme dans la santé, il est indispensable de se pencher sur les questions de l'harmonisation et de la prévisibilité du financement extérieur, et donc de mieux coordonner les travaux des pays et des partenaires. À l'échelon national, on manque de renseignements fiables sur les maladies dominantes et sur les fonds consacrés aux services antipaludiques (en particulier les dépenses nationales) et il est par conséquent difficile d'élaborer des politiques en toute connaissance de cause et d'allouer efficacement les ressources. En raison du recours au secteur privé non structuré pour assurer le traitement du paludisme et du fait que les systèmes d'information sanitaire ne sont pas suffisamment développés, il est malaisé de comptabiliser avec exactitude les dépenses consacrées à l'heure actuelle à la lutte contre le paludisme. En Afrique subsaharienne, environ 60 % de toutes les crises de paludisme sont d'abord traitées par des prestataires privés, qui se servent essentiellement de médicaments obtenus auprès d'officines et de colporteurs. Par ailleurs, les donateurs ayant de plus en plus tendance à apporter un appui budgétaire plutôt qu'à verser des fonds spécialement destinés à certaines causes, il est encore plus nécessaire de mettre au point des outils efficaces pour contrôler de près l'aide au développement consacrée à la santé. Pour surmonter ces difficultés, l'OMS appuie la mise sur pied de comptes nationaux de santé dans un certain nombre de pays et participe à l'élaboration d'un cadre d'analyse qui pourrait servir à mesurer

² OMS, « Estimation des ressources nécessaires au niveau mondial pour atteindre les objectifs internationaux en matière de lutte contre le paludisme », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 85, n° 8 (2007).

les moyens qu'engagent les pays pour lutter contre le paludisme. Au moment de financer les plans nationaux de lutte antipaludique, il faudra tenir compte de plusieurs grands points : a) dans les pays qui ont adopté la polythérapie à base d'artémisinine comme traitement de première ligne, conformément aux directives de l'OMS, il est nécessaire de trouver une ou plusieurs sources de financement viables pour faire face aux besoins actuels et à venir; b) il faut financer la distribution sur une grande échelle de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée afin qu'elles soient largement utilisées, en particulier en milieu rural; c) il convient de trouver des fonds pour attirer, former et fidéliser des prestataires de services clefs, qui jouent un rôle primordial dans tous les domaines d'intervention de la lutte antipaludique.

29. Les États doivent contribuer au financement de la lutte contre le paludisme afin de corriger les dysfonctionnements du marché et de mettre fin aux inégalités en matière de prestation de services. Dans le secteur public, les principaux problèmes tiennent aux recettes fiscales limitées et à des politiques macroéconomiques restrictives. Si l'annulation d'une partie de la dette a permis une amélioration, elle ne suffit pourtant pas pour encourager les autorités à allouer les ressources différemment. Il faut mettre davantage l'accent sur les méthodes qui font intervenir à la fois les secteurs public et privé et mieux les étudier, afin de veiller à ce que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles. Dans la Déclaration d'Abuja sur la lutte antipaludique en Afrique, adoptée en 2000, chaque chef d'État et de gouvernement s'est engagé à ce que son pays alloue 15 % de son budget à la santé. Si certains États Membres ont fait quelques progrès, la part du budget consacrée au financement des soins de santé reste cependant faible dans de nombreux pays (seuls Djibouti et le Botswana y ont consacré au moins 15 %). Selon les dernières estimations, chaque année, environ 300 millions de dollars sont dégagés à l'intérieur des pays en faveur de la lutte contre le paludisme.

30. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a indiqué que jusqu'au mois d'août 2007, ses décaissements pour la lutte antipaludique dans le monde s'étaient élevés à environ un milliard de dollars au total. Présent dans 77 pays, le Fonds finance 113 subventions dans le domaine de la lutte antipaludique, pour un montant total de 1,7 milliard de dollars. Son avenir n'est toutefois en rien assuré. Malgré cela, de nombreux pays ont complètement remanié leur système de manière à pouvoir répondre aux demandes de crédits émanant du Fonds sans devoir s'engager sur le long terme au-delà de la phase initiale des subventions, qui dure deux ans. Lorsque les pays obtiennent de bons résultats, ils ont la possibilité de poursuivre leurs travaux pendant trois années supplémentaires ou de demander à bénéficier du processus de reconduction des subventions, institué récemment. Le Fonds a également commencé d'envisager de financer les plans stratégiques élaborés par les pays lorsqu'ils sont convenablement chiffrés et s'accompagnent d'un plan de travail général. Il n'a néanmoins pas toujours fait preuve de souplesse lorsqu'il s'est penché sur les obstacles à la mise en œuvre propres au paludisme, comme les retards dans la chaîne d'approvisionnement, notamment le long délai de production de l'artémisinine aux fins de la polythérapie et la disponibilité de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée, que l'on ne commence à surmonter que maintenant. Les subventions accordées à la lutte antipaludique donnent généralement de plus mauvais résultats que celles octroyées pour les deux autres maladies et courent donc

plus souvent le risque d'être supprimées (en effet, dans cette catégorie, un plus grand nombre de subventions ont été classées aux niveaux B2 et C).

31. D'autres donateurs importants ont également fait naître l'espoir que des fonds supplémentaires seraient dégagés au profit de la lutte antipaludique. L'Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme, lancée par le Président des États-Unis en 2005, a pour objectif de réduire de 50 % la mortalité liée au paludisme dans 15 pays cibles d'Afrique subsaharienne. Cette initiative quinquennale (2005-2010) apporte 1,2 milliard de dollars supplémentaires. En revanche, d'autres programmes de lutte contre le paludisme lancés par les États-Unis (comme les subventions générales octroyées par l'Agency for International Development) sont en train d'être réduits, vraisemblablement pour couvrir les engagements liés à l'Initiative présidentielle. En 2005 toujours, la Stratégie mondiale et le Programme renforcé de lutte contre le paludisme ont été lancés dans le cadre du nouveau plan établi par la Banque mondiale. Au cours de la première phase (2005-2008), 15 pays et un grand projet régional transfrontière ont été retenus. La seconde phase (2008-2015) est en train d'être mise sur pied. La Banque mondiale consacre actuellement environ 500 millions de dollars à la lutte contre le paludisme en Afrique. Étant donné qu'il faut veiller à la complémentarité des financements, la Banque mondiale favorise ici l'harmonisation entre les donateurs et s'efforce de mobiliser des ressources supplémentaires auprès de partenaires. En 2006, la Fondation Bill et Melinda Gates s'est engagée à accorder de nouvelles subventions à la lutte contre le paludisme, à hauteur de 83,5 millions de dollars. Ces fonds bénéficieront à certains programmes de prévention et de traitement du paludisme et à des travaux de recherche-développement. On estime que compte tenu de la pharmacorésistance qui commence à se manifester, il faudrait disposer d'au moins 30 millions de dollars par an pour parvenir à mettre au point de nouveaux médicaments à un rythme suffisamment soutenu.

IX. Progrès accomplis et obstacles à surmonter sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

32. Ces deux dernières années, l'une des principales réalisations a été le renforcement et la réorientation des travaux du département de l'OMS chargé du paludisme, qui s'attache désormais à élaborer des stratégies, des directives et des outils adaptés aux pays pour lutter contre le paludisme là où il pose le plus de problèmes. Grâce à son programme, l'OMS fait aussi beaucoup pour arrêter des priorités dans le domaine de la recherche et combler les profondes lacunes en matière de connaissances, tout en veillant à ce que des recommandations pratiques soient formulées à partir des résultats des travaux de recherche. Les personnes œuvrant à tous les stades du programme sont en train de coordonner et de rationaliser leurs orientations techniques de manière à parvenir à mettre en œuvre les trois principales interventions à une plus large échelle (recours à un traitement rapide et efficace (polythérapie à base d'artémisinine), distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée à toutes les personnes risquant d'attraper le paludisme, et pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations), afin que les populations les plus démunies ne soient pas laissées de côté. Ce faisant, elles rassemblent des preuves irréfutables de l'efficacité et des effets opérationnels de ces actions.

33. S'il y a encore beaucoup de défis à relever sur le continent africain, le nombre de cas de paludisme a tout de même diminué dans sept pays [Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Érythrée, Malawi, Swaziland et Zanzibar (Tanzanie)]. L'Afrique du Sud en particulier est parvenue à sensiblement réduire ses taux de morbidité et de mortalité en menant diverses actions de front. Elle a notamment orchestré la pulvérisation d'un insecticide à effet rémanent dans les habitations sur 90 % de son territoire en 2003 et 2004. Le Swaziland quant à lui a réussi à réduire de 75 % le nombre de cas cliniques de paludisme (de plus de 45 000 cas en 2000 à moins de 10 000 en 2005), s'inscrivant ainsi parmi les rares pays qui sont parvenus à réaliser l'objectif du Partenariat Faire reculer le paludisme consistant à réduire d'ici à 2010 la morbidité due à cette maladie. Sur le continent américain, on a enregistré en 2006 une diminution de 21 % des cas de paludisme et de 69 % de la mortalité par rapport à l'an 2000. Une épidémie de paludisme a cependant éclaté en Jamaïque à la fin de l'année 2006, ce qui montre que même les pays ayant été certifiés exempts de cas de paludisme ou n'ayant recensé aucun cas de transmission pendant plus de 10 ans doivent rester très vigilants pour éviter toute réapparition de la maladie sur leur territoire. En outre, par rapport à l'an 2000, le paludisme a perdu du terrain dans les neuf pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, ainsi que dans les neuf pays de la région européenne de l'OMS où le paludisme est endémique. Les progrès accomplis dans cette dernière région sont tels que la stratégie régionale européenne pour 2005-2015 est axée sur l'éradication du paludisme, objectif que l'on s'attachera à atteindre en renforçant les capacités des pays en matière de prise de décisions, en consacrant des investissements au développement humain et à celui des aptitudes, en améliorant la capacité de gestion des maladies, en étoffant les compétences en vue de juguler et de prévenir les épidémies, en favorisant les mesures de prévention d'un bon rapport coût/efficacité, en renforçant la surveillance et les capacités de recherche opérationnelles, en mobilisant les communautés et en accentuant la collaboration intersectorielle. Dans la région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS, le Bhoutan, la République populaire démocratique de Corée, le Sri Lanka et la Thaïlande ont réussi à réduire la prévalence du paludisme par rapport à l'an 2000. Les catastrophes naturelles et les conflits continuent toutefois de nuire aux pays de la région puisqu'ils perturbent la prestation des soins de santé pour toutes les maladies, en particulier le paludisme. Globalement, l'ensemble des pays de la région du Pacifique occidental où le paludisme est endémique ont enregistré une baisse du nombre de cas confirmés et du taux annuel de mortalité, à l'exception des Îles Salomon et de Vanuatu.

X. Conclusions et recommandations

34. **La lutte antipaludique rencontre aujourd'hui un certain nombre de difficultés. Premièrement, malgré les progrès enregistrés depuis 2000, il continue d'y avoir une grave pénurie de données fiables, précises et constantes sur le paludisme. Bien qu'elles soient parfois disponibles de manière périphérique, rares sont les pays – notamment en Afrique – qui ont les capacités ou les structures de gestion nécessaires pour ventiler et analyser au niveau central les indicateurs de la situation épidémiologique, du système de soins de santé, de la résistance aux médicaments et aux insecticides et des flux de ressources. Sans ces informations, les pays ne peuvent pas surveiller l'exécution, la portée ou l'impact des programmes. Les programmes nationaux de lutte antipaludique ne permettent donc pas de guider efficacement**

l'allocation des ressources, de prendre des décisions judicieuses ou de renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé, afin de mieux toucher les populations visées et d'atteindre les objectifs escomptés. Deuxièmement, 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, et la satisfaction des besoins essentiels des systèmes de santé, ce qui entrave également l'exécution des programmes de lutte antipaludique. 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.

35. Certaines interventions ont permis d'enregistrer d'importants progrès ces dernières années. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée, surtout lorsqu'elle est associée à des mesures vigoureuses telles que le Programme élargi de vaccination, a été particulièrement efficace et a permis d'accroître le niveau de couverture dans certaines régions. L'ouverture de l'accès à un traitement efficace des cas et l'élargissement de la couverture grâce à des pulvérisations à l'intérieur des logements d'insecticides à effet rémanent progressent plus lentement, tout en indiquant une amélioration considérable. Bon nombre de pays devront toutefois introduire des changements radicaux dans leurs programmes de lutte antipaludique s'ils veulent atteindre les objectifs fixés. Il faudra pour cela un engagement renouvelé à tous les échelons du gouvernement ainsi que des ressources (sur les plans tant financier qu'humain) pour mettre en œuvre des politiques précises et des stratégies durables, qui ont fait leurs preuves. De nouvelles difficultés de mise en application et des lacunes dans les savoirs surgissent, et les moyens consacrés à la lutte antipaludique sont bien en deçà des besoins. Comparés à d'autres maladies, les outils qui permettent de lutter efficacement contre le paludisme sont déjà connus. Le financement est acheminé au niveau national, mais les pays où le paludisme est à l'état endémique continuent d'avoir besoin de directives stratégiques et techniques pour renforcer leurs capacités et veiller à déboursier les fonds de manière efficace.

36. À la lumière des conclusions du présent rapport et de la résolution 60/18 de l'Assemblée mondiale de la santé, il est recommandé à l'Assemblée générale d'appeler les pays impaludés :

a) 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;

b) 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;

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 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;

g) 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;

h) À continuer d'interdire la mise en marché de monothérapies orales à base d'artémésinine et d'exhorter les bailleurs de fonds à cesser de financer l'achat de ces monothérapies; et

i) 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.

37. À la lumière des conclusions du présent rapport et de la résolution 60/18 de l'Assemblée mondiale de la santé, il est recommandé que l'Assemblée générale appelle :

a) 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;

b) 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;

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'artémisinine afin de généraliser le recours à des médicaments et à des mesures préventives de qualité pour les populations exposées au paludisme et de lutter contre les contrefaçons de médicaments dans les pays en développement; et

f) 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'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, afin que les pays puissent absorber les fonds et en faire le meilleur usage.
