



Assemblée générale

Distr. générale
9 août 2005
Français
Original: anglais

Soixantième 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 en application de la résolution 59/256 de l'Assemblée générale.

Résumé

Le présent rapport rend compte des activités menées et des progrès accomplis depuis le dernier rapport sur la réalisation des objectifs de lutte antipaludique fixés pour 2010, dans le contexte de la résolution 59/256 de l'Assemblée générale et de la Déclaration d'Abuja sur la lutte antipaludique en Afrique (2000). Le rapport traite aussi de l'action de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du partenariat Faire reculer le paludisme ainsi que des principaux problèmes de mobilisation des ressources et de financement, et du rôle que joue à cet égard le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La question de l'accès des personnes à risque aux moyens préventifs et aux traitements efficaces est examinée en détail, ainsi que des questions connexes. Si des dizaines de pays ont déjà suivi les recommandations de l'OMS concernant la modification de leur politique de traitement du paludisme, il subsiste des difficultés considérables de mise en œuvre. Les principales difficultés tiennent au manque de ressources financières, aux lacunes des systèmes de santé et aux pénuries de personnel médico-sanitaire. Le rapport fait également le point des initiatives visant à mieux assurer et à étendre la diffusion des antipaludéens, des polythérapies à base d'artémésinine et des moustiquaires

* A/60/150.



imprégnées d'insecticide à effet permanent les plus récents. Enfin, il rend compte des progrès du renforcement des ressources humaines et fait le point des activités de recherche-développement.

Parmi les initiatives récentes de nature à accroître notablement le volume des ressources financières consacrées à la lutte antipaludique figurent un projet de la Banque mondiale (Malaria Booster Project), la nouvelle initiative internationale antipaludique du Gouvernement des États-Unis, le lancement d'un partenariat (Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa) financé par la Bill and Melinda Gates Foundation et la promesse que les pays du G-8 ont faite lors de leur sommet de 2005 de consacrer davantage de fonds à la lutte antipaludique.

Le rapport s'achève sur des recommandations à l'intention de l'Assemblée générale, qui s'inspirent du rapport sur le paludisme établi dans le cadre du projet Objectifs du Millénaire et de la résolution sur le paludisme adoptée par la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé en 2005, en vue de contribuer à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de la Décennie.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Historique	1–4	3
II. Le partenariat Faire reculer le paludisme	5–10	4
III. Financement et mobilisation des ressources	11–17	6
IV. Accès à un traitement efficace du paludisme	18–24	8
V. Taux de couverture de la lutte contre les vecteurs de paludisme	25–29	10
VI. Le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants en bas âge	30–33	11
VII. Épidémies de paludisme et situations d'urgence complexes	34–35	13
VIII. Renforcement des capacités et ressources humaines	36–40	14
IX. Recherche-développement	41–46	14
X. Progrès vers la réalisation des objectifs d'Abuja	47–50	16
XI. Suivi et évaluation	51–53	17
XII. Conclusions et recommandations	54–56	18

I. Historique

1. Dans sa résolution 59/256 intitulée « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique », l'Assemblée générale a pris note des déclarations et décisions adoptées par l'Organisation de l'unité africaine, en particulier la déclaration sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » et le plan d'action s'y rattachant, adoptés lors du Sommet extraordinaire des chefs d'État et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine, tenu à Abuja les 24 et 25 avril 2000, et a reconnu que des passerelles entre les efforts réalisés pour atteindre les objectifs fixés par le Sommet d'Abuja sont nécessaires et importantes, afin que l'objectif de faire reculer le paludisme et les objectifs de la Déclaration du Millénaire puissent être atteints en 2010 et 2015 respectivement. Dans cette résolution, l'Assemblée a aussi souligné la nécessité urgente d'intensifier les programmes nationaux de lutte contre le paludisme pour que les pays africains puissent atteindre les objectifs intermédiaires fixés par le Sommet d'Abuja pour la période quinquennale 2000-2005. Elle a aussi souligné combien il importe d'appliquer la Déclaration du Millénaire, s'est félicitée à ce propos que les États Membres se soient engagés à agir pour répondre aux besoins spécifiques de l'Afrique et a salué les efforts que déploient l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ainsi que d'autres partenaires pour lutter contre le paludisme, dont le lancement en 1998 du partenariat Faire reculer le paludisme.

2. Dans la même résolution, l'Assemblée a demandé que les recommandations figurant dans le rapport du Secrétaire général (A/59/261) bénéficient du soutien nécessaire. Les principaux points de ces recommandations sont rappelés ci-après : a) demander à la communauté internationale de continuer d'appuyer les organisations qui collaborent à la lutte antipaludique, notamment l'OMS et l'UNICEF, qui constituent des sources d'assistance essentielles pour compléter l'action des pays d'endémie palustre pour combattre le paludisme; b) veiller à accroître l'appui financier au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour lui permettre de soutenir des plans valables de lutte antipaludique; c) engager les pays d'endémie palustre à accroître le montant des ressources qu'ils consacrent à la lutte antipaludique; d) encourager tous les pays africains qui ne l'ont pas encore fait à mettre en œuvre les recommandations du Sommet d'Abuja visant à réduire ou éliminer les taxes et les droits de douane sur les moustiquaires et autres équipements nécessaires à la lutte antipaludique; e) engager les pays d'endémie palustre à renforcer leurs politiques et leurs programmes afin de porter à au moins 60 % de la population à risque le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide là où ce moyen de lutte antivectorielle est jugé plus efficace, en utilisant les méthodes les plus expéditives, y compris la distribution gratuite ou fortement subventionnée de moustiquaires aux groupes vulnérables; f) encourager les États Membres aux prises avec le phénomène de la pharmacorésistance à remplacer les monothérapies classiques par des polythérapies, selon les recommandations de l'OMS; et g) reconnaître la nécessité de mettre au point des vaccins efficaces et de nouveaux médicaments préventifs et curatifs.

3. Dans la même résolution, l'Assemblée a réaffirmé la nécessité d'élargir les partenariats publics-privés pour la lutte contre le paludisme et la prévention de cette maladie. À ce propos, elle a invité instamment les compagnies pétrolières présentes en Afrique à envisager de fournir des polymères à prix réduits pour la fabrication de

moustiquaires et a invité la communauté internationale à : a) soutenir l'action visant à rendre les polythérapies à base d'artémésinine plus largement accessibles aux populations susceptibles d'être exposées à des souches résistantes de paludisme à *falciparum*, notamment en augmentant leur aide financière, en mettant en place de nouveaux mécanismes de financement pour aider les pays à se procurer des combinaisons médicamenteuses à base d'artémésinine, et en augmentant la production d'artémésinine en fonction de l'évolution des besoins, et b) soutenir les investissements dans la mise au point de nouveaux antipaludéens et de nouveaux insecticides. Elle a également engagé la communauté internationale à soutenir l'action coordonnée menée pour améliorer les systèmes de surveillance, de contrôle et d'évaluation, afin de mieux suivre et documenter l'évolution du taux de pratique des interventions recommandées dans le cadre du partenariat Faire reculer le paludisme et le recul de la maladie qui résulte de ces interventions.

4. L'Assemblée générale a demandé au Secrétaire général, agissant en étroite collaboration avec l'OMS, les pays en développement et les organisations régionales, notamment l'Union africaine, d'évaluer en 2005 les mesures prises pour atteindre les objectifs intermédiaires et les progrès accomplis, les moyens fournis par la communauté internationale pour leur mise en œuvre et la réalisation des objectifs globaux de la Décennie, et de lui en rendre compte à sa soixantième session. Elle a également prié le Secrétaire général de lui présenter un rapport sur l'application de la résolution.

II. Le partenariat Faire reculer le paludisme

5. Le partenariat Faire reculer le paludisme, lancé en 1998 par l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), réunit des pays d'endémie palustre, leurs partenaires bilatéraux et multilatéraux de développement, des organismes privés, des organisations non gouvernementales et communautaires, des fondations et des centres de recherche et établissements universitaires. Toutes ces catégories de participants sont représentées au Conseil du partenariat Faire reculer le paludisme.

6. Hébergé par l'OMS, le secrétariat du partenariat Faire reculer le paludisme a pour mission d'optimiser le soutien aux efforts des pays et de veiller à ce que les contributions des différents partenaires soient coordonnées et affectées en fonction des besoins des pays, conformément aux recommandations en matière de pratiques optimales et aux normes et règles techniques applicables. Ce secrétariat, dirigé par un secrétaire exécutif, a des activités de portée mondiale, régionale et sous-régionale et des activités au niveau des pays. À l'échelle mondiale, ses quatre principaux domaines d'activité sont : a) le développement des partenariats et des réseaux de coopération; b) le développement du soutien aux pays; c) la communication et la sensibilisation; et d) la mobilisation de ressources et le financement.

7. Les groupes de travail du partenariat sont chargés de définir les meilleures méthodes à suivre pour intensifier la lutte antipaludique. Le partenariat a adopté plusieurs déclarations de consensus et a mis au point un plan stratégique mondial pour la période 2005-2015; ce plan indique comment les partenaires entendent porter à 80 % des populations à risque le taux de pénétration des diverses

interventions du partenariat, réduire la charge du paludisme de 50 % d'ici à 2010 et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015.

8. Au niveau régional, le secrétariat du partenariat Faire reculer le paludisme sert de point de contact entre les partenaires régionaux tels que l'Union africaine, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique, la Communauté de développement de l'Afrique australe, les bureaux régionaux de l'UNICEF et de l'OMS et d'autres instances régionales. Les réseaux infrarégionaux du partenariat en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest facilitent la coordination du soutien des partenaires à l'intensification de la lutte antipaludique, notamment en aidant les pays à utiliser les subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces réseaux ont également favorisé de nouvelles initiatives telles que le Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa, projet pilote visant à promouvoir l'intensification de la lutte antipaludique dans certains pays (voir par. 15), et collaborent actuellement avec la Banque mondiale à la réalisation de son « Malaria Booster Project ».

9. Durant l'année écoulée, le partenariat Faire reculer le paludisme a multiplié les activités de sensibilisation et de mobilisation. Il a notamment : a) coordonné de nombreuses manifestations à haute visibilité, telles que le concert organisé à Dakar et le lancement du Rapport mondial sur le paludisme dans trois grandes capitales; b) mis au point des stratégies de mobilisation ciblées pour le Royaume-Uni, l'Union européenne et les États-Unis (comportant notamment des exposés devant le Congrès des États-Unis et des rencontres avec des parlementaires de Grande-Bretagne et de l'Union européenne), publié de grands rapports, facilité la diffusion de documentaires télévisés et mené une action de sensibilisation auprès des médias du monde entier; c) coordonné et soutenu les activités de la Journée de la lutte antipaludique en Afrique (2005) aux niveaux international, régional et national; d) veillé à ce que le rôle du partenariat Faire reculer le paludisme soit bien mis en évidence lors des principales réunions et autres manifestations organisées par les Nations Unies à l'échelon international, régional ou national sur la problématique et les progrès de la lutte antipaludique; et e) produit et tenu à jour une série d'outils de sensibilisation à l'action du partenariat, dont une nouvelle brochure et d'autres documents.

10. Pour pouvoir intensifier leurs interventions, les pays doivent compter sur un approvisionnement sûr en produits antipaludiques. Certains produits clefs, notamment les médicaments utilisés dans les polythérapies à base d'artémésinine et les moustiquaires imprégnées d'insecticide, ne sont pas fabriqués en quantité suffisante parce que les fabricants manquent de confiance dans le marché. Le service des médicaments et des fournitures contre le paludisme (Malaria Medicines and Supply Service) du partenariat Faire reculer le paludisme s'attache à éliminer de tels obstacles. Ce service établit des projections mondiales de l'offre et de la demande, informe les fabricants des besoins de production, offre aux pays une aide à la passation des marchés, et suit le financement de l'approvisionnement en produits antipaludiques. Il a également mis au point une base de données et un outil de projection qui donne aux pays, aux fabricants et aux donateurs une vue d'ensemble de l'offre et de la demande de produits antipaludiques de qualité.

III. Financement et mobilisation des ressources

11. Le montant annuel global des ressources nécessaires pour faire véritablement reculer le paludisme est estimé à environ 2 milliards de dollars pour l'Afrique et 1 milliard de dollars pour les autres régions d'endémie palustre. Ces chiffres tiennent compte de la nécessité de développer les polythérapies à base d'artémésinine, nettement moins coûteuses que les monothérapies utilisées auparavant, dans les pays affectés par le paludisme à *falciparum* résistant aux traitements classiques. Au prix actuel, l'administration de ces polythérapies aux personnes exposées au paludisme en Afrique, dont le nombre dépasse 600 millions, coûterait environ un milliard de dollars par an. Les prix des médicaments utilisés pour les polythérapies devraient baisser légèrement dès 2006, lorsque la demande et la production se seront stabilisées à des niveaux supérieurs. En outre, l'utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de tests diagnostiques devrait entraîner à terme une réduction des dépenses de médicaments.

12. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui fonctionne depuis 2002, est devenu une source de financement importante pour la lutte antipaludique. À la fin de 2004, le Fonds avait affecté 1,8 milliard de dollars sur une période de cinq ans à la lutte contre la maladie dans 69 pays, dont 38 pays africains. Le montant du budget biennal approuvé est de 995 millions de dollars (soit 22 % du total des décaissements), et les engagements approuvés pour 2005 et 2006 totalisent 881 millions de dollars. L'appel de propositions du cinquième cycle, lancé en 2005, a suscité des propositions de la part de 62 pays représentant une demande totale de financement d'environ 1,9 milliard de dollars pour cinq ans. Les allocations de crédits pour la période quinquennale en cours prévoient le financement de 145 millions de traitements par polythérapie et de 108 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide. La phase initiale a pris un peu de retard, ce qui est fort compréhensible vu l'ampleur des opérations. Au milieu de l'année 2005, 12 projets susmentionnés à hauteur d'un total de 148 millions de dollars étaient entrés dans la phase II de leur exécution. En 2005, les organisations intervenant dans le cadre du Partenariat, en particulier les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS et son siège, ont répondu favorablement aux 43 pays qui leur avaient demandé de contribuer à l'élaboration des propositions à adresser au Fonds et à l'examen de problèmes techniques cruciaux liés au choix des interventions et à l'intensification rapide de celles-ci.

13. Il est difficile d'évaluer les autres flux de ressources qui vont à la lutte antipaludique, notamment les dépenses accessoires et les financements publics intégrés dans celui des services de santé de base, qui relèvent de plus en plus de vastes programmes d'appui budgétisés. En 2004 et 2005, le Partenariat s'est employé à renforcer les allocations de ressources pour la lutte antipaludique au niveau des pays afin de compléter les apports du Fonds mondial et des autres donateurs. La coordination de l'utilisation optimale de ces ressources est de plus en plus problématique car les interventions effectuées dans les pays sont à la fois nouvelles et plus coûteuses. Compte tenu de l'augmentation, et parfois des contradictions de la demande de ressources au niveau des pays, il importe que les programmes se concrétisent par des progrès vers des objectifs consensuels et que les ressources soient utilisées efficacement. Le Partenariat apporte un appui à l'élaboration de nouveaux instruments visant à améliorer la planification et le suivi

des programmes de lutte antipaludique, notamment un outil électronique d'estimation des coûts, accessible sur l'Internet.

14. En avril 2005, la Banque mondiale a annoncé qu'elle augmenterait sensiblement son aide à la lutte antipaludique dans le cadre de sa nouvelle stratégie mondiale, grâce à un projet accélérateur qui permettra aux pays de mobiliser les ressources financières dont ils ont besoin pour renforcer leurs programmes de lutte antipaludique. La Banque estime qu'il est possible d'obtenir des engagements d'un montant total compris entre 500 millions et 1 milliard de dollars au cours des cinq prochaines années, en prenant en compte les cofinancements prévus. La Banque elle-même dégagera des ressources financières et techniques, et mobilisera l'appui des organismes de développement et du secteur privé, en vue d'élargir l'accès aux moyens préventifs et curatifs et de favoriser des progrès durables. L'action soutenue par la Banque vise à faciliter l'accès aux produits antipaludiques, à encourager les pays à réduire les taxes et les droits de douane sur ces produits, à renforcer durablement les mesures antipaludiques prises par les gouvernements et les groupes de la société civile, et à établir des partenariats entre secteurs public et privé.

15. En mai 2005, lors de la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé, tenue à Genève, on a inauguré le Partenariat pour la lutte antipaludique et l'évaluation de l'impact du paludisme en Afrique, initiative de collaboration au niveau national entre le Programme de technologie sanitaire appropriée (organisation internationale à but non lucratif), le Gouvernement zambien et le projet Faire reculer le paludisme en Zambie. Ce nouveau partenariat vise à accélérer la réalisation des objectifs de la Zambie en matière de lutte antipaludique et à mesurer les incidences des progrès accomplis dans ce domaine. Dans l'immédiat, les objectifs du nouveau partenariat consistent à faciliter la coordination des programmes visant à développer rapidement l'usage des méthodes de lutte antipaludique qui ont fait leurs preuves, notamment l'emploi des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des moyens de lutte contre les moustiques dans les lieux couverts et des médicaments efficaces, en vue de couvrir 80 % de la population zambienne et de réduire de 75 % en trois ans le nombre de décès dus au paludisme. Cette initiative financée, sur une période de neuf ans, par une subvention de 35 millions de dollars accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates, doit servir de modèle pour les autres pays africains.

16. En juin 2005, le Gouvernement des États-Unis a annoncé le lancement, pour une durée de cinq ans, d'un nouveau programme international en faveur de 35 pays gravement touchés par le paludisme. Dans un premier temps, trois pays – l'Angola, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie – bénéficieront de ce programme. Les États-Unis consacrent actuellement 200 millions de dollars par an à la lutte antipaludique, dans le cadre de programmes bilatéraux et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Président Bush a proposé une augmentation de 30 millions de dollars pour 2006, et de 135 millions de dollars pour 2007, puis une augmentation annuelle de 300 millions de dollars pour la période 2008-2010. Les États-Unis demanderont aux autres bailleurs de fonds principaux des apports totalisant 1,2 milliard de dollars par an. Le but est de dépasser l'objectif fixé pour 2015 dans la Déclaration du Millénaire.

17. Dans le communiqué qu'il a publié à l'issue du Sommet de Gleneagles, tenu en juillet 2005, le G-8 s'est engagé à travailler en collaboration avec les pays africains pour transposer à une plus grande échelle les mesures de lutte

antipaludique, afin que 85 % des populations vulnérables en bénéficient, grâce à des interventions stratégiques permettant de sauver des vies et d'alléger la charge que cette maladie – qui peut être prévenue et traitée – représente pour l'économie des pays africains. Le communiqué prévoit aussi la mobilisation de 1,5 milliard de dollars supplémentaires par an pour développer l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des polythérapies à base d'artémésinine, faire bénéficier davantage de femmes enceintes et de nourrissons d'un traitement préventif intermittent, développer l'emploi des insecticides à effet rémanent pour pulvérisations intradomiciliaires et renforcer les moyens des services sanitaires africains.

IV. Accès à un traitement efficace du paludisme

18. La plupart des pays d'endémie palustre ont modifié leur politique de traitement du *Plasmodium falciparum* en abandonnant les monothérapies, qui ont perdu leur efficacité du fait de la résistance acquise par le parasite. À ce jour, 53 pays, dont 32 pays africains, ont adopté les polythérapies à base d'artémésinine recommandées par l'OMS en tant que traitement de première et deuxième intention.

19. L'OMS a fourni une assistance technique aux ministères de la santé des pays d'endémie palustre afin de faciliter l'adoption de nouvelles politiques fondées sur le contrôle de l'efficacité thérapeutique. Un rapport global faisant le point sur la résistance aux antipaludéens sera publié en septembre 2005. Les pays concernés commencent à utiliser les nouvelles polythérapies; l'OMS les aide à mettre au point les orientations nationales en matière de traitement, à former le personnel de santé et à réaliser des études de mise en œuvre au niveau local.

20. L'adoption rapide des polythérapies à base d'artémésinine en 2004 et 2005 et la brusque augmentation de la demande qui en a résulté – passée de 2 millions de traitements en 2003 à 30 millions en 2005 – a entraîné une pénurie d'artémésinine et de médicaments dérivés. En 2006, la demande de traitements par polythérapie à base d'artémésinine, stimulée par l'aide financière internationale, devrait dépasser les 100 millions. Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique a fait des efforts importants pour accélérer la production de médicaments à base d'artémésinine, et la pénurie devrait s'atténuer d'ici à la fin de 2005. L'*Artemisia annua*, plante dont est extraite l'artémésinine, est cultivée dans plusieurs pays depuis 2004-2005. La Chine et le Viet Nam demeurent les principaux producteurs, mais certains pays d'Afrique de l'Est (le Kenya, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie) développent actuellement leur production, qui devrait atteindre quelque 20 % du volume mondial d'ici à la fin de 2006. Bien que l'on prévoie une augmentation de la demande pour les trois ou quatre prochaines années, certains craignent que la production augmente trop rapidement et se développe dans des pays qui ne sont pas équipés pour l'extraction industrielle de l'élément actif. En vue de mieux coordonner la production de la plante, l'extraction de son élément actif et la fabrication des produits pharmaceutiques finis, l'OMS et le partenariat Faire reculer le paludisme (Malaria Medicines and Supply Services) ont organisé à Arusha (République-Unie de Tanzanie), en juin 2005, une réunion qui a rassemblé tous les participants à la production des médicaments utilisés pour les polythérapies à base d'artémésinine. En outre, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'OMS ont lancé un programme de collaboration visant à assurer l'échange continu d'informations sur les questions techniques, la production et la demande.

21. Afin de garantir la qualité des produits, l'OMS et l'UNICEF ont créé un mécanisme international de préqualification des fabricants de produits dérivés de l'artémésinine et de médicaments pour polythérapies à base d'artémésinine. Les produits et les fabricants qui répondent aux normes internationales sont inscrits sur une liste communiquée à tous les organismes des Nations Unies et autres parties concernées par l'achat de médicaments pour polythérapies à base d'artémésinine. À ce jour, le fabricant d'un médicament à base d'artémésinine, l'artémetherluméfantine (Coartem®), et deux fabricants de comprimés d'artésunate ont été préqualifiés. Il faut maintenant élargir la gamme des thérapies, accroître la concurrence entre les producteurs, augmenter les financements à l'échelle mondiale et mettre en place des politiques de financement appropriées dans les pays.

22. De nouveaux antipaludéens doivent prendre le relais de ceux qui ont perdu leur efficacité du fait de la résistance des parasites. Les investissements dans la recherche sur les maladies des pauvres, dont fait partie le paludisme, n'offrent qu'un faible taux de rendement et ne figurent pas parmi les priorités de l'industrie pharmaceutique. Ce constat a abouti à la création, en 2001, d'une fondation à but non lucratif associant les secteurs public et privé, appelée Médicaments contre le paludisme, dont les activités sont décrites en détail au paragraphe 44.

23. En avril 2005, l'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées et Sanofi Aventis ont annoncé leur intention de mettre au point deux médicaments à base d'artémésinine à dosage fixe, associant respectivement artésunate et amodiaquine et artésunate et méfloquine, et de demander leur préqualification. Les deux partenaires comptent présenter la première demande d'autorisation de mise sur le marché d'ici à la fin de 2005 ou au début de 2006. Selon eux, cette nouvelle association médicamenteuse sera moins coûteuse que les polythérapies à base d'artémésinine existantes.

24. Des diagnostics parasitologiques pratiqués à bon escient pourraient permettre de réduire les dépenses consacrées aux antipaludéens. Le diagnostic microscopique n'est pas pratiqué dans de nombreux pays d'endémie palustre en raison du manque de personnel qualifié. Des tests diagnostiques simples et rapides sont depuis peu disponibles. L'OMS et les organisations intervenant dans le cadre du partenariat Faire reculer le paludisme s'efforcent de mettre en place une assurance qualité pour ces produits et services, et d'élaborer un programme de recherche opérationnelle pour évaluer leur viabilité et la rentabilité de leur utilisation. À l'heure actuelle, la plupart des cas de paludisme, notamment en Afrique, sont décelés à domicile et traités avec des médicaments acquis en dehors des structures officielles de santé. Des études appuyées par le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation sur les maladies tropicales montrent que la « gestion du paludisme au sein des ménages », qui englobe un ensemble de mesures, dont la sensibilisation des mères, la formation de prestataires de services dans les communautés et la fourniture de médicaments de qualité préconditionnés, permet de réduire la mortalité et la morbidité paludéennes. Ces interventions doivent être menées dans les zones fortement impaludées de façon à garantir un accès rapide et efficace aux traitements. Plusieurs pays africains ont mis en œuvre des projets visant à évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'utilisation des polythérapies dans le cadre de la gestion du paludisme au sein des ménages.

V. Taux de couverture de la lutte contre les vecteurs de paludisme

25. Selon des enquêtes auprès des ménages, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide est plus répandue dans les pays d'Afrique qu'elle ne l'était auparavant¹. Cette amélioration a été facilitée par : a) des investissements plus importants de sources nationale ou internationale; b) la rationalisation des taxes et des droits de douane sur les moustiquaires, les produits servant à la fabrication des moustiquaires et les insecticides dans la plupart des pays africains; c) le fait que, depuis 2002, plusieurs pays ont commencé à distribuer gratuitement ou à un prix subventionné des moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes; et d) le marketing social des moustiquaires imprégnées et l'augmentation de la production locale de ces moustiquaires. Les études relatives à l'utilisation des moustiquaires en Afrique révèlent que 10 à 30 % de la population utilise des moustiquaires non traitées, et que la proportion de la population utilisant des moustiquaires imprégnées est moindre.

26. Le partenariat Faire reculer le paludisme a consacré des efforts considérables à la recherche des moyens les plus efficaces de fournir des moustiquaires imprégnées aux populations à risque. L'expérience montre que la distribution de moustiquaires imprégnées ou de coupons donnant droit à des moustiquaires imprégnées dans le cadre des soins prénatals ou du Programme élargi de vaccination donne de bons résultats. Dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest, le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, parrainé par l'UNICEF, a permis d'étendre considérablement le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées pour les enfants en bas âge et les femmes enceintes. Au Ghana, en Zambie et, plus récemment, au Togo, la distribution de moustiquaires imprégnées dans le cadre des campagnes de vaccination contre la rougeole a été un véritable succès, permettant d'accroître rapidement le taux d'utilisation dans les groupes vulnérables. Le fait de regrouper plusieurs services permet aux pays d'atteindre rapidement leurs objectifs à court terme en matière d'utilisation des moustiquaires imprégnées. L'expérience montre que la distribution de moustiquaires imprégnées stimule et élargit également la demande de vaccinations et de soins prénatals². Le regroupement avec les soins prénatals, la vaccination, ou ces deux services peut également se faire grâce au marketing social, par exemple en distribuant des moustiquaires à des prix subventionnés aux femmes enceintes et aux enfants dans les centres de soins prénatals. Le Malawi a atteint un taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées estimé à 55 % des ménages grâce à cette méthode, qui lui a permis dans le même temps de veiller à l'équité de la distribution de moustiquaires. Les programmes visant à développer l'utilisation des moustiquaires imprégnées peuvent également être associés à la lutte contre des maladies, autres que le paludisme, par exemple à l'éradication de la filariose lymphatique, au déparasitage et à la distribution d'oligo-éléments.

27. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent, dont l'efficacité dure de quatre à cinq ans sans qu'il soit nécessaire de les réimprégner, constituent une innovation importante qui pourrait faciliter l'extension durable de la prévention du paludisme. Le prix de ce type de moustiquaires est descendu à environ 5 dollars : ces moustiquaires offrent donc désormais un meilleur rapport qualité-prix que les moustiquaires imprégnées traditionnelles. Elles représentent actuellement environ 80 % des demandes de financement d'achats de moustiquaires faites au Fonds

mondial par les pays africains, et 90 % de toutes les moustiquaires financées par des sources bilatérales ou autres. La demande de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent a augmenté rapidement depuis 2004, et dépasse maintenant la production : dans certains pays, les délais de livraison peuvent aller jusqu'à plusieurs mois. La première usine africaine à fabriquer ce type de moustiquaires, qui a bénéficié d'un transfert de technologie grâce au partenariat Faire reculer le paludisme, a ouvert à Arusha (République-Unie de Tanzanie) en novembre 2004. Des mesures supplémentaires sont nécessaires pour accroître la capacité de production de moustiquaires imprégnées en Afrique.

28. La pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent est une méthode de lutte contre les vecteurs de paludisme extrêmement efficace, qui est particulièrement utile lorsqu'une intervention rapide est nécessaire, notamment en cas d'épidémie ou de situation d'urgence. Elle fait partie intégrante des stratégies nationales de lutte antipaludique dans près de la moitié des pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est et dans la plupart des pays d'endémie palustre d'Asie et d'Amérique latine; mais tandis que les pays d'Asie et d'Amérique latine cherchent, dans beaucoup de régions endémiques, à remplacer les pulvérisations intradomiciliaires par l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de plus en plus de pays d'Afrique utilisent maintenant les pulvérisations pour lutter contre les moustiques dans les zones sujettes aux épidémies de paludisme.

29. La première réunion de la Conférence des parties à la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants s'est tenue en Uruguay du 2 au 6 mai 2005. Les participants ont relevé la nécessité, pour les pays utilisant du DDT pour lutter contre les vecteurs de maladie, de continuer à le faire tant que des produits de remplacement adaptés et d'un bon rapport coût-efficacité ne seront pas disponibles. Ils ont également recommandé instamment que les moyens dont les pays disposent pour assurer l'utilisation efficace de DDT et des produits de remplacement et en évaluer les effets soient renforcés, demandé que le mécanisme financier de la Convention appuie les efforts visant à élaborer et à mettre en place des produits de remplacement du DDT efficaces et abordables (par exemple des insecticides pour pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent, des matériaux imprégnés d'insecticide de longue durée et des solutions non chimiques) et invité les institutions financières internationales à soutenir ces efforts.

VI. Le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants en bas âge

30. On estime que 10 000 femmes enceintes et 200 000 enfants en bas âge meurent chaque année en Afrique des suites d'une infection lors de la grossesse par le paludisme à falciparum. Chez la femme enceinte, le paludisme augmente les risques d'avortement spontané, de mise au monde d'enfants mort-nés, d'accouchement prématuré ou encore d'insuffisance pondérale du nouveau-né; dans les zones de faible transmission ou de transmission saisonnière, les femmes enceintes présentant une faible immunité au paludisme, voire une absence d'immunité, meurent plus fréquemment de complications. Toutes les caractéristiques du paludisme chez la femme enceinte sont exacerbées lorsque celle-ci est également infectée par le VIH. L'OMS recommande d'appliquer une stratégie triple pour faire baisser le nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes : a) administrer un traitement préventif

intermittent contre les infections paludéennes asymptomatiques dans les zones de transmission modérée ou forte du paludisme à falciparum; b) utiliser les moustiquaires traitées à l'insecticide; et c) administrer sans délai un traitement antipaludéen efficace. Le traitement préventif intermittent, qui fait désormais partie intégrante de la stratégie « pour une grossesse à moindre risque », est la politique qu'ont adoptée 24 pays d'Afrique. Au moins 11 d'entre eux appliquent déjà ce traitement, qui couvre plus de 50 % des circonscriptions administratives dans six d'entre eux. Actuellement, la sulfadoxine-pyriméthamine est le seul traitement antipaludéen pour lequel on dispose de données suffisantes quant à l'efficacité et la sécurité de son utilisation en tant que traitement préventif intermittent. En raison de l'accroissement de la résistance du parasite à la sulfadoxine-pyriméthamine, il est urgent de procéder à l'évaluation d'autres médicaments antipaludéens pouvant être utilisés pour le traitement préventif intermittent.

31. Cinq pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe (Kenya, Malawi, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie) ont constitué une coalition opérationnelle contre le paludisme et pour la santé procréative (Malaria in Pregnancy Eastern and Southern Africa Coalition) pour atténuer l'impact du paludisme sur les femmes enceintes, grâce à une coopération entre les programmes de lutte antipaludique et les programmes de santé procréative. L'expérience acquise par ces pays, qui ont introduit la prévention du paludisme dans les programmes de surveillance médicale de la femme enceinte est actuellement documentée afin que d'autres pays de la région puissent s'en inspirer. Un partenariat analogue, le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le paludisme pendant la grossesse, a été constitué par les pays d'Afrique de l'Ouest. Des directives de mise en œuvre ainsi qu'un cadre de suivi et d'évaluation du paludisme chez la femme enceinte sont en cours d'élaboration.

32. Les formes graves d'anémie paludique sont très fréquentes chez les enfants vivant dans les régions d'Afrique où le paludisme est endémique, les enfants en bas âge étant les plus touchés, notamment pour ce qui est de la mortalité. Les données recueillies en République-Unie de Tanzanie donnent à penser que le traitement préventif intermittent pourrait être un moyen efficace de lutte contre le paludisme et l'anémie dans ce groupe vulnérable, l'administration d'une dose curative de sulfadoxine-pyriméthamine lors des vaccinations de routine d'enfants asymptomatiques de 2, 3 et 9 mois ayant permis de réduire la fréquence des cas de paludisme et d'anémie d'au moins 50 %. Le traitement préventif intermittent infantile pourrait constituer un moyen de lutte contre le paludisme extrêmement prometteur, puisqu'il peut être assuré de manière durable dans le cadre d'un programme élargi de vaccination. Il est toutefois nécessaire de recueillir davantage de données dans des contextes épidémiologiques différents pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité de ce traitement avant de pouvoir en recommander l'inclusion dans les politiques nationales de lutte antipaludique. En collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, un groupe de chercheurs travaille actuellement sur ces questions dans le cadre d'un programme financé par la Fondation Bill et Melinda Gates.

33. La Fondation pour les Nations Unies et l'Agence canadienne de développement international ont pris l'initiative d'établir une large collaboration visant à développer rapidement la prévention afin que toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 5 ans d'Afrique subsaharienne (soit environ 120 millions de personnes) bénéficient d'une prévention efficace du paludisme. Une

première réunion des parties prenantes des secteurs public et privé s'est tenue à Genève en juin 2005.

VII. Épidémies de paludisme et situations d'urgence complexes

34. Plus de 30 % des décès dus au paludisme surviennent dans des pays se trouvant dans une situation d'urgence complexe. En Afrique, quelque 16 pays sont actuellement touchés par une situation d'urgence complexe ou par une crise entraînant l'arrivée massive de réfugiés, et 26 (y compris de grands pays comme le Nigéria, la République démocratique du Congo, le Soudan et l'Éthiopie) sont considérés comme des « États fragiles ». Les mouvements et déplacements de population, la vulnérabilité accrue consécutive à la malnutrition ou à des infections concomitantes, les mauvaises conditions ou l'absence de logement, l'effondrement des services de santé, le manque de coordination entre organismes sanitaires, la poursuite des conflits entravant l'accès aux populations et la dégradation de l'environnement favorisant la reproduction des vecteurs sont autant de facteurs qui contribuent à alourdir le fardeau du paludisme pour les populations concernées. La lutte contre le paludisme dans les situations d'urgence complexes requiert des stratégies adaptées à chaque cas. En novembre 2004, l'OMS a organisé avec ses principaux partenaires une consultation visant à mettre en évidence les pratiques qui se sont avérées être les plus efficaces dans les situations d'urgence aiguës et chroniques; les participants sont parvenus à la conclusion peu encourageante que la gratuité des services pour les utilisateurs était absolument nécessaire pendant toute la durée de la crise si l'on voulait réduire la mortalité. À la suite de cette rencontre, un réseau de lutte antipaludique dans les situations d'urgence a été mis en place en 2005. L'OMS aide les pays et les institutions qui en font partie à lutter efficacement contre le paludisme en élaborant des directives et en mobilisant des partenaires pour établir des plans d'action nationaux, y compris les propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ou encore en affectant du personnel international expérimenté dans les pays concernés. L'aide financière accordée aux pays doit être associée à des conseils et une assistance techniques de qualité pour maximiser les résultats en matière de santé publique.

35. Près de 144 millions de personnes vivent actuellement en Afrique dans des zones sujettes aux épidémies de paludisme. Pour le seul continent africain, les épidémies entraînent chaque année près de 12 millions de crises de paludisme et font annuellement de 155 000 à 310 000 morts de tous âges. N'ayant déjà pas les moyens de répondre en temps normal aux besoins de soins des populations touchées par le paludisme, les pays africains peuvent difficilement réserver des ressources dans l'éventualité d'épidémies dont la survenance et l'ampleur ne sont guère prévisibles. Pour aider les pays à faire face aux épidémies de paludisme, l'OMS a appuyé les mesures visant à améliorer l'anticipation et la détection précoce et à assurer des interventions plus efficaces et plus promptes, notamment l'utilisation de systèmes d'alerte rapide qui utilisent la télédétection. Huit pays d'Afrique (Érythrée, Éthiopie, Kenya, Mali, Niger, Ouganda, Sénégal et Zambie) ont notamment demandé au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de financer des systèmes d'alerte rapide comportant des moyens de surveillance du climat et de la vulnérabilité. Le paludisme fait d'ores et déjà l'objet d'une surveillance hebdomadaire grâce à la création de sites sentinelles dans au moins 15 des 25 pays d'Afrique exposés aux épidémies. L'OMS a par ailleurs élaboré des

principes directeurs sur la prévention et l'endigement des épidémies de paludisme, et une carte des zones à risque d'épidémie et des variables climatiques couvrant une grande partie de l'Afrique de l'Ouest doit être établie dans le cadre du projet Faire reculer le paludisme mené au Sahel.

VIII. Renforcement des capacités et ressources humaines

36. La plupart des pays d'endémie palustre, notamment en Afrique subsaharienne, ont des systèmes de santé qui ne sont pas en mesure d'intervenir efficacement contre cette maladie et contre d'autres pathologies à forte incidence. Les pays d'Afrique subsaharienne sont handicapés par l'insuffisance des ressources humaines, des connaissances et des moyens dont ils disposent pour intensifier les interventions et les résultats. Le renforcement des capacités doit porter principalement sur les diagnostics et le suivi des malades, sur les services épidémiologiques et opérationnels et sur le suivi et l'évaluation. Pour bien planifier et mener la lutte antivectorielle, il faut, en vue d'une action intégrée, disposer de personnel compétent dans divers domaines techniques, et que le personnel soit convenablement encadré. Les programmes de lutte antivectorielle doivent aussi comporter des moyens de coordination avec les autres programmes sanitaires et de collaboration avec les collectivités, le secteur privé et les ONG.

37. Les soutiens et les financements internationaux ayant augmenté, l'OMS et d'autres partenaires ont aidé les pays à obtenir et utiliser des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et des apports d'autres donateurs. Les pays d'endémie palustre ont entrepris de réorienter leurs programmes en y faisant plus de place au renforcement des moyens de leur système de santé en vue d'interventions de grande envergure et moins de place à la planification stratégique.

38. L'action menée par l'OMS pour renforcer les capacités vise à créer un cadre favorable par la formation, par le renforcement des institutions et par la création de réseaux de coopération. Ces deux dernières années, des fonctionnaires nationaux chargés de programmes dans plus de 24 pays africains ont reçu une formation. Les programmes internationaux et nationaux de formation en cours d'emploi à la lutte antipaludique ont été revus ou étoffés en fonction des lacunes des connaissances et des insuffisances constatées dans les stratégies d'intervention.

39. Un outil d'évaluation des capacités, utile pour la planification stratégique et la hiérarchisation des actions à mener, a été mis au point et essayé au Malawi et au Rwanda. D'autres pays de la région de la Méditerranée orientale procèdent à des évaluations semblables.

40. Un modèle de dispositif de lutte antipaludique au niveau des collectivités territoriales, qui intégrera toutes les activités antipaludiques aux autres programmes sanitaires principaux, est à l'étude. Son application devrait permettre de renforcer l'efficacité des équipes locales.

IX. Recherche-développement

41. Le total mondial des investissements consacrés à la recherche-développement sur le paludisme augmente régulièrement depuis le lancement du projet Faire reculer

le paludisme. Des programmes spécifiques de recherche-développement, comme le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, parrainé par l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale et l'OMS, continuent de fonctionner en étroite collaboration avec le Département Faire reculer le paludisme de l'OMS. Parmi les autres partenaires qui jouent un rôle important en matière de recherche figurent la Fondation Bill and Melinda Gates, qui a lancé le projet Grand Challenges in Global Health, l'Initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique, actuellement hébergée par la Suède, qui continue à renforcer les capacités de recherche en Afrique, le Partenariat Médicaments contre le paludisme et l'Initiative européenne en faveur de vaccins antipaludéens.

42. Dans le domaine de la recherche pharmaceutique, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a poursuivi ses travaux sur le traitement par polythérapie à base d'artémésinine et a accompli des progrès importants sur le traitement à l'artésunate administré par voie rectale, qui est un traitement d'urgence pour le paludisme aigu. Des suppositoires à l'artésunate sont d'ores et déjà fabriqués par les laboratoires pharmaceutiques, et les pays intéressés peuvent se les procurer. Les formalités d'enregistrement de cette spécialité mise au point par le Programme de recherche sont en bonne voie.

43. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales étudie actuellement l'utilité de tests diagnostiques rapides non microscopiques. Ces tests devraient être utiles pour prévoir et suivre la propagation des épidémies et contrôler l'efficacité des traitements. De surcroît, ils pourraient permettre l'utilisation plus efficace des antipaludéens. Des modèles de simulation ont été mis au point pour évaluer les effets de l'introduction de ces tests, et des plans détaillés ont été élaborés, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, pour assurer la qualité des tests dans le cadre d'un réseau de centres de références sur le paludisme. La mise au point d'une batterie de tests pour dépister les résistances et en réaliser le suivi, en se fondant sur la détermination de la sensibilité médicamenteuse *in vitro* et le génotypage des parasites au moyen de l'amplification en chaîne par polymérisation est en voie d'achèvement. Ces travaux de recherche se sont déjà révélés utiles pour la révision des directives de l'OMS concernant le suivi des résistances.

44. Dans le domaine de la génétique, le Programme spécial a fait porter ses efforts sur les recherches visant à mieux utiliser les informations sur le génome et à favoriser la découverte de nouveaux médicaments, vaccins et épreuves diagnostiques, la génomique fonctionnelle à partir du séquençage de l'*Anopheles gambiae* et les incidences éthiques, juridiques et sociales de l'utilisation potentielle de moustiques génétiquement modifiés pour lutter contre le paludisme. En 2004, les chercheurs du Programme spécial ont pu identifier plusieurs gènes de la réponse immunitaire qui pourraient être ciblés pour stopper la croissance du parasite du paludisme chez le moustique.

45. Le Partenariat « Médicaments contre le paludisme » est une organisation à but non lucratif qui se consacre à la découverte et au développement de traitements antipaludéens conçus pour les populations vivant dans les pays impaludés. Son objectif est de mettre au point des traitements sûrs, efficaces et à un prix abordable (moins d'un dollar des États-Unis par traitement pour adulte), afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de personnes possible. Cette organisation s'emploie à développer des médicaments à faible coût de revient, en partie grâce à l'utilisation

de procédés chimiques simples et à l'implantation de ses usines dans des régions qui ont un avantage concurrentiel. Avec plus de 20 projets en chantier, elle dirige les travaux de recherche les plus importants jamais entrepris sur les antipaludéens. Des essais cliniques portant sur sept médicaments sont actuellement en cours, et pour deux de ces médicaments, les travaux en sont déjà au stade des essais cliniques à grande échelle pour des mesures d'efficacité. Une nouvelle association médicamenteuse pourrait être disponible à la fin de 2007.

46. Malgré des dizaines d'années de recherches, la mise au point d'un vaccin antipaludéen efficace s'est révélée plus complexe que prévu. La carte du génome du parasite du paludisme a révélé l'existence de plus de 5 000 antigènes cibles possibles, mais il reste à identifier ceux qui provoquent effectivement une réponse immunitaire efficace chez l'être humain. Le mécanisme de protection immunitaire contre le paludisme n'a pas été complètement élucidé, d'où la difficulté d'orienter les décisions concernant la mise au point du vaccin. Autrement dit, la mise au point de vaccins reste essentiellement fondée sur des procédés empiriques et implique la réalisation de tests d'efficacité dans les pays impaludés. L'Initiative for Vaccines Research de l'OMS et le Programme spécial soutiennent conjointement des activités visant à renforcer cette démarche empirique, sans pour autant négliger les travaux propres à approfondir la connaissance des phénomènes biologiques et la compréhension des mécanismes immunitaires. Vu le retentissement que l'introduction d'un vaccin efficace aurait sur la santé publique, il importe que des investissements publics et privés plus importants soient consacrés à la mise au point d'un tel vaccin et de renforcer la coopération entre chercheurs, institutions, laboratoires et bailleurs de fonds.

X. Progrès vers la réalisation des objectifs d'Abuja

47. Selon un rapport préliminaire sur la mise en œuvre du Plan d'action joint à la Déclaration d'Abuja publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, tous les pays interrogés (39) ont une politique de santé nationale. La grande majorité d'entre eux (92 %) ont mis en place des plans sanitaires au niveau des collectivités territoriales, qui reprennent la politique nationale. En outre, presque tous les pays (97 %) ont des dispositifs d'intervention de base, y compris contre le paludisme, qui sont mis en œuvre dans plus de 80 % des établissements sanitaires de 70 % d'entre eux.

48. Parmi les 34 pays africains pour lesquels des données sont connues, les dépenses nationales de santé se situent dans une fourchette de 1 à 10 % du budget de l'État, et s'établissent en moyenne à 8 %. Seul le Zimbabwe a atteint ou dépassé le seuil fixé par l'Union africaine dans la Déclaration de Maputo, adoptée en juillet 2003, à savoir 15 %. Le tiers seulement des pays ont fourni des informations sur la répartition du budget de la santé entre soins primaires, secondaires et tertiaires. La part des soins primaires varie entre 17 et 54 %, se situant en moyenne à 32 %. La part du budget de la santé consacrée aux soins secondaires est comprise entre 10 et 60 % (22 % en moyenne) et celle qui va aux soins tertiaires entre 10 et 46 % (25 % en moyenne).

49. Tous les pays africains ont une politique nationale de traitement antipaludéen. Les deux tiers d'entre eux environ ont recadré leur politique depuis 1998 face à l'apparition du *Plasmodium falciparum*, qui est pharmacorésistant. Parmi les pays

qui ont infléchi leur politique, 65 % l'ont fait après l'adoption en 2000 de la Déclaration d'Abuja. Jusqu'à présent, 34 pays africains ont adopté les polythérapies à base d'artémésinine recommandées par l'OMS. En outre, les pays ont dans leur grande majorité (80 %) mis en place des protocoles de transfert des patients à pathologie lourde. Par ailleurs, la vaste majorité des pays d'Afrique (92 %) utilisent le système intégré de surveillance des maladies, qui couvre le paludisme. Cependant, sur les 31 pays qui ont adopté ce système, la moitié seulement ont entamé la phase de mise en œuvre. Tous les pays africains d'endémie palustre ont un programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

50. Les données recueillies lors de 35 enquêtes démographiques et sanitaires et enquêtes en grappes à indicateurs multiples, menées entre 1998 et 2004 dans les pays d'Afrique, ont révélé que le pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre qui ont été reçus en traitement antipaludéen varie entre 3 et 69 %, la proportion médiane étant de 50 %. Cependant, ces traitements, dans la plupart des cas, ne peuvent pas être considérés comme efficaces. Selon des sondages effectués en 2001, 3 % des enfants seulement de moins de 5 ans avaient dormi la veille sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Ce pourcentage est sans doute beaucoup plus élevé aujourd'hui en raison de l'amplification récente de la distribution de ces moustiquaires.

XI. Suivi et évaluation

51. Le premier *Rapport mondial sur le paludisme*, publié par l'OMS et l'UNICEF en 2005, dresse un état de la situation épidémiologique et décrit les progrès accomplis dans les pays impaludés ainsi que le concours qu'y a apporté la communauté internationale. Les données, qui portent principalement sur la période 1998-2003, serviront de référence pour la mesure des progrès réalisés à l'horizon 2006 et à l'horizon 2010.

52. Créé en 2003, le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation, organe consultatif auprès du partenariat Faire reculer le paludisme, coprésidé par l'OMS et l'UNICEF, poursuit l'élaboration de dispositifs fiables de suivi de la situation concernant le paludisme et d'évaluation de l'efficacité de l'action du partenariat. Il a formé des groupes d'étude sur cinq questions prioritaires : a) tendances de la mortalité liée au paludisme; b) indicateurs de prévalence du paludisme; c) anémie liée au paludisme; d) renforcement des capacités nationales de suivi et d'évaluation des activités menées dans le cadre du projet Faire reculer le paludisme; et e) enquêtes parmi la population. Tous les rapports sur les travaux du Groupe de référence et de ses groupes d'étude peuvent être consultés sur le site Web du projet Faire reculer le paludisme (<<http://www.rbm.who.int>>).

53. Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples prévues pour 2005-2006, qui porteront sur 46 pays impaludés, permettront de recueillir des données importantes sur le degré de réalisation des objectifs fixés à Abuja. Ces données seront connues en 2006.

XII. Conclusions et recommandations

54. Dans le cadre du Projet Objectifs du Millénaire, un rapport intitulé « Coming to grips with malaria in the new millennium » (Maîtriser le paludisme à l'aube du nouveau millénaire), établi par l'Équipe du Projet sur le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et autres grandes maladies et sur l'accès aux médicaments essentiels (Groupe de travail sur le paludisme) a été publié en janvier 2005. Le rapport souligne que la lutte antipaludique doit faire partie intégrante d'une stratégie de développement axée sur la réduction de l'incidence de la pauvreté. Les auteurs constatent que cinq ans après le lancement du projet « Faire reculer le paludisme », le manque de moyens continue de faire gravement obstacle à la lutte antipaludique au niveau des pays. Ils notent que bien que la situation se soit améliorée depuis 2002 grâce aux mesures antipaludiques financées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, il demeure indispensable de mobiliser des moyens plus importants. Selon le rapport, l'action antipaludique doit porter prioritairement sur les points suivants :

a) Fixer un objectif réaliste et quantifiable. L'objectif énoncé dans la Déclaration du Millénaire (que d'ici à 2015, « nous aurons arrêté la propagation du VIH/sida, et commencé à inverser la tendance actuelle, et que nous aurons maîtrisé le fléau du paludisme ») est difficile à interpréter et ne se prête guère à l'évaluation quantitative des progrès accomplis; aussi le Groupe de travail sur la paludisme propose-t-il un objectif vers lequel les progrès seront plus facilement mesurables : « réduire la morbidité et la mortalité imputables au paludisme de 75 % entre 2005 et 2015 ». Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes étant les deux groupes les plus exposés aux dangers du paludisme, cet objectif et le délai dans lequel il doit être atteint cadrent avec les objectifs du Millénaire pour le développement portant sur l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile;

b) Renforcer l'engagement pour la lutte antipaludique au niveau des pays et à l'échelle mondiale;

c) Renforcer les systèmes de santé au niveau national et au niveau des collectivités territoriales;

d) Mobiliser les ressources humaines nécessaires pour la mise en œuvre des programmes antipaludiques;

e) Promouvoir la mobilisation sociale et la participation des collectivités;

f) Fournir du matériel et des produits permettant de lutter efficacement contre le paludisme. Les antipaludéens, les moustiquaires imprégnées d'insecticide et les insecticides à effet rémanent pour pulvérisation intradomiciliaires (principalement la DDT et les pyréthroides) devraient être considérés comme des biens collectifs et fournis gratuitement aux habitants des régions impaludées;

g) Appliquer un ensemble intégré de mesures d'intervention. Le Groupe de travail sur la paludisme souscrit à l'initiative visant à obtenir des « gains rapides » exposée dans le rapport intitulé « Investing in Development » (Investir dans le développement), établi en 2005 dans le cadre du Projet

Objectifs du Millénaire, et salue en particulier le projet de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide qui vise à assurer d'ici à 2007 la protection de tous les enfants vivant dans des régions impaludées. Étant donné le nombre considérable de vies humaines qu'il serait possible de sauver, en particulier en Afrique subsaharienne, le Groupe de travail considère que la réalisation de l'objectif de la protection universelle des enfants par des moustiquaires imprégnées devrait figurer au tout premier rang des priorités de l'action internationale. Un effort de grande envergure en ce sens favoriserait les progrès de l'éducation en relevant les taux de fréquentation scolaire parmi les jeunes enfants;

h) Intensifier la lutte antipaludique au niveau national;

i) Promouvoir le développement économique et social. Même si elles ont avant tout pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité imputables au paludisme, les stratégies antipaludiques nationales devraient aussi viser à accélérer le développement social et économique. Pour que ces stratégies donnent des résultats durables, elles doivent être conçues en vue de faire cesser la transmission du paludisme dans les régions qui ont un potentiel économique ou ont vocation à être des pôles de développement social. Par potentiel économique, il faut entendre notamment la possibilité de développer le tourisme, les industries extractives et les industries de transformation, ou encore les installations portuaires. Doivent être considérées comme des pôles de développement social les localités où se trouvent des écoles et celles qui sont des centres administratifs;

j) Inclure les méthodes de prévention et de traitement du paludisme dans les programmes scolaires;

k) Développer les systèmes de surveillance pour le dépistage rapide des épidémies de paludique;

l) Promouvoir les partenariats pour la lutte antipaludique;

m) Rendre les progrès les plus récents de la médecine et de la thérapeutique accessibles au moindre coût. Il est indispensable de définir des politiques viables visant à éviter que de fortes augmentations des prix des médicaments et autres produits ne compromettent la santé publique. Pour se mettre à l'abri de ce risque, les pays pauvres devraient notamment se doter d'un régime des brevets leur permettant de bénéficier au moindre coût des progrès médicaux et thérapeutiques les plus récents. Il est indispensable aussi que la communauté internationale s'engage à assouplir, pour les produits relevant du secteur de la santé, les dispositions les plus restrictives de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce;

n) Investir dans la recherche et le développement pour la mise au point de nouveaux moyens de lutte antipaludiques.

55. En mai 2005, la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé, après avoir fait le point de la situation concernant le paludisme et de l'action menée à l'échelle mondiale pour combattre cette maladie, a adopté sa résolution 58/2 par laquelle elle a invité instamment les États membres de l'OMS à :

a) Instaurer des politiques et des plans opérationnels nationaux pour faire en sorte que, d'ici à 2010, au moins 80 % des personnes à risque ou

atteintes de paludisme bénéficient des principales interventions préventives et curatives conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin de réduire la charge du paludisme d'au moins 50 % d'ici à 2010 et de 75 % d'ici à 2015;

b) Évaluer et satisfaire les besoins en ressources humaines intégrées à tous les niveaux du système de santé afin d'atteindre les cibles de la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique et les objectifs de développement convenus sur le plan international de la Déclaration du Millénaire, et à prendre les mesures nécessaires pour recruter, former et fidéliser le personnel de santé;

c) Accroître le soutien financier et l'aide au développement en faveur des activités de lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles et objectifs précités et à encourager et faciliter l'élaboration de nouveaux instruments pour augmenter l'efficacité de la lutte antipaludique, notamment en soutenant le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales;

d) Assurer la viabilité financière et augmenter dans les pays d'endémie palustre l'allocation de ressources intérieures à la lutte antipaludique, et à créer les conditions favorables pour travailler avec le secteur privé afin d'améliorer l'accès à des services de lutte antipaludique de qualité;

e) Poursuivre le renforcement rapide de la prévention en appliquant des méthodes promptes et économiquement efficaces, dont la distribution gratuite ou en grande partie subventionnée de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables, pour qu'au moins 60 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent et qu'au moins 60 % des personnes à risque utilisent des moustiquaires imprégnées d'insecticide, si telle est la meilleure méthode de lutte antivectorielle;

f) Favoriser la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, lorsque cette intervention est indiquée dans les conditions locales;

g) Obtenir une participation communautaire et une collaboration multisectorielle à la lutte antivectorielle et aux autres actions préventives;

h) Mettre sur pied ou renforcer la coopération entre les pays pour lutter contre la propagation du paludisme par-delà leurs frontières communes et par les voies des migrations;

i) Encourager la collaboration intersectorielle, publique et privée, à tous les niveaux, en particulier dans le domaine de l'éducation;

j) Favoriser un plus grand accès au traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémésinine, y compris l'engagement de nouveaux fonds, des mécanismes novateurs pour le financement et l'achat au niveau national de ce type de traitement et l'augmentation de la production d'artémésinine pour répondre aux besoins accrus;

k) Soutenir, y compris par l'intermédiaire de partenariats mondiaux existants, le développement de nouveaux médicaments visant à prévenir et à traiter le paludisme, en particulier chez l'enfant et la femme enceinte, de tests

diagnostiques sensibles et spécifiques, d'un ou de vaccin(s) efficace(s) et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de résistances;

l) Soutenir l'action coordonnée visant à améliorer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation afin de mieux repérer et notifier les changements dans la couverture des interventions recommandées pour faire reculer le paludisme et les réductions de la charge du paludisme qui en résultent;

56. Eu égard aux conclusions du présent rapport et aux recommandations figurant dans le rapport publié dans le cadre du Projet Objectifs du Millénaire et dans la résolution 58/2 de l'Assemblée mondiale de la santé, il est recommandé que l'Assemblée générale :

a) Engage les pays d'endémie palustre à se doter d'une politique et de plan opérationnels ayant pour objectif de faire en sorte que d'ici à 2010, au moins 80 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient des principales interventions préventives et curatives, conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin de réduire la charge du paludisme d'au moins 50 % d'ici à 2010 et 75 % à l'horizon 2015;

b) Engage aussi les pays d'endémie palustre à recenser les ressources humaines dont leurs services de santé, à tous les niveaux, ont besoin pour atteindre les objectifs fixés dans la Déclaration d'Abuja sur la lutte antipaludique en Afrique et les objectifs du Millénaire pour le développement, et à pourvoir à ces besoins en prenant les mesures voulues pour recruter, former et fidéliser le personnel nécessaire;

c) Engage en outre les pays d'endémie palustre à prendre les mesures voulues pour assurer durablement le financement de la lutte antipaludique, à accroître autant que possible le volume des ressources qu'ils y consacrent et à créer des conditions favorables à la coopération avec le secteur privé de manière à améliorer les possibilités d'accès à des services antipaludiques de qualité;

d) Engage la communauté internationale à faire en sorte que les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les insecticides à effet rémanent pour pulvérisations intradomiciliaires et les traitements efficaces par associations médicamenteuses soient assimilés à des biens collectifs et mis gratuitement et sans restriction à la disposition de toute la population exposée au paludisme;

e) Demande à l'OMS et à l'UNICEF de prendre la direction de l'action de la communauté internationale visant la protection universelle par des moustiquaires imprégnées d'insecticide des jeunes enfants et des femmes enceintes dans les régions d'Afrique où le paludisme est endémique, en veillant, pour que cette action produise des résultats durables, à y associer pleinement les collectivités locales et les systèmes de santé à tous les niveaux;

f) Invite les pays impaludés à favoriser à tous les niveaux la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, en particulier dans les domaines de l'éducation, de l'agriculture, du développement économique et de la protection de l'environnement;

g) Engage la communauté internationale à mettre à profit les partenariats mondiaux existants pour soutenir : la mise au point de nouveaux médicaments préventifs et curatifs, particulièrement pour les enfants et les femmes enceintes; la mise au point de tests diagnostiques sensibles et spécifiques; la mise au point d'un ou plusieurs vaccins efficaces; la mise au point de nouveaux insecticides et de modes d'application plus efficaces susceptibles de retarder l'apparition de souches vectorielles résistantes;

h) Invite la communauté internationale à soutenir une action concertée visant à améliorer les systèmes de surveillance, de contrôle et d'évaluation afin qu'il soit possible de mieux suivre et documenter l'évolution du taux de pratique des interventions recommandées par le partenariat. Faire reculer le paludisme et la réduction de la charge du paludisme qui résulte de ces interventions.

Notes

¹ *Rapport mondial 2005 sur le paludisme* (WHO/HTM/MAL/2005.1102), chap. II, tableau 6.

² Grabowsky et coll. : « Distributing insecticide-treated bednets during measles vaccination: a low-cost means of achieving high and equitable coverage », *Bulletin of the World Health Organization*, mars 2005, vol. 83, n° 3.