



Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

La situation mondiale concernant le paludisme : outils actuels de prévention et de lutte

1. Face à la dégradation de la situation mondiale concernant le paludisme, l'OMS lançait en mai 1998 un appel pour intensifier le combat contre cette maladie. Cet appel a vite été suivi du lancement de l'initiative mondiale Faire reculer le paludisme, fondée sur des partenariats intersectoriels, des interventions reposant sur des données factuelles, une mobilisation politique et la participation de la société civile. Le projet du Cabinet « Faire reculer le paludisme » a été mis sur pied en juillet 1998 à l'appui de l'initiative, qui a été officiellement lancée à New York en octobre 1998 avec la participation de l'OMS, de la Banque mondiale, de l'UNICEF et du PNUD – les quatre partenaires fondateurs. Il s'agissait d'une stratégie destinée à réduire la charge du paludisme en instituant et en maintenant des partenariats aux niveaux mondial et national, en fournissant un appui technique et opérationnel aux pays d'endémie, en encourageant les travaux de recherche-développement et en suivant les progrès réalisés et les résultats obtenus.
2. Le Sommet africain pour faire reculer le paludisme, organisé à Abuja en avril 2000, a débouché sur la Déclaration d'Abuja sur le paludisme en Afrique, approuvée par 44 chefs d'Etat africains et délégations gouvernementales africaines. La Déclaration réaffirme l'engagement des nations africaines, exprimé dans la Déclaration de Harare adoptée par l'OUA le 4 juin 1997 sur la lutte contre le paludisme dans le contexte du redressement et du développement économiques en Afrique, de manière à inverser la situation concernant le paludisme en Afrique, et elle fixe dans le temps des cibles précises pour atteindre les objectifs.
3. La stratégie mondiale Pour faire reculer le paludisme se concentre sur trois nécessités urgentes : i) utiliser le plus largement possible les interventions existantes ; ii) faire appel à la recherche opérationnelle pour améliorer leur mise en oeuvre ; et iii) aider la recherche afin de mettre au point des interventions nouvelles et peut-être plus efficaces. Au niveau des pays, la stratégie demande que soient judicieusement associées les interventions existantes, comme on le verra plus loin dans le présent document, afin de répondre au double objectif de l'amélioration de la prévention et du recul de la mortalité et de la morbidité par un meilleur traitement.

LA SITUATION MONDIALE

4. C'est en Afrique que le paludisme prélève le plus lourd tribut, puisque près de 90 % des décès dus au paludisme chaque année dans le monde – plus d'un million – surviennent sur ce continent. La plupart des infections paludéennes en Afrique sont dues à *Plasmodium falciparum*, l'espèce de parasite du paludisme qui provoque la forme la plus grave de la maladie et aussi la plus menaçante pour la vie.

5. Le paludisme provoque au moins 300 millions et peut-être jusqu'à 500 millions de cas de maladie aiguë chaque année, entraînant plus de 3000 décès par jour, essentiellement parmi les jeunes enfants en Afrique subsaharienne. Cette maladie est la principale cause de mortalité parmi les moins de cinq ans sur ce continent (elle est responsable d'environ 20 % des décès par toutes causes dans cette classe d'âge), où elle est à l'origine de 10 % de la charge totale de morbidité. Parmi les adultes, ce sont les femmes enceintes qui représentent le principal groupe à risque.

6. Le paludisme est, avec le VIH/SIDA et la tuberculose, l'un des principaux problèmes de santé publique qui sapent le développement dans les pays les plus pauvres du monde. Il y a un lien étroit entre paludisme et pauvreté. La maladie frappe les communautés les plus vulnérables et les plus déshéritées, et ce sont donc ceux qui ont le plus besoin du traitement qui peuvent le moins en bénéficier. Le paludisme condamne donc à la pauvreté. Outre d'immenses souffrances humaines, cette maladie coûte à l'Afrique plus de US \$12 milliards par an, ralentissant chaque année la croissance économique de 1,3 %.¹

7. L'un des problèmes les plus urgents auxquels est confrontée l'Afrique est le développement de la pharmacorésistance. Le médicament antipaludique le moins coûteux et le plus largement utilisé (la chloroquine) perd rapidement de son efficacité dans presque tous les pays d'endémie alors qu'il reste le médicament de première ligne dans bien des programmes nationaux de lutte antipaludique. La résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine, souvent considérée comme le premier médicament de remplacement de la chloroquine et aussi le moins coûteux, se développe elle aussi dans certaines régions d'Afrique.

8. Les principaux défis restent d'arriver à faire reculer la mortalité due au paludisme parmi les jeunes enfants et les femmes enceintes en Afrique subsaharienne et à trouver des médicaments antipaludiques peu coûteux ou gratuits qui ne suscitent pas encore de résistance. Toutefois, dans d'autres régions du monde, la charge croissante que fait peser la maladie, conjuguée à la pauvreté, aux troubles civils et à la pharmacorésistance, fait que le paludisme est un sujet de préoccupation prioritaire dans divers pays tout comme pour la communauté internationale.

TROIS APPROCHES FONDAMENTALES DE LA PREVENTION ET DE LA LUTTE

9. Le paludisme est une maladie qui peut être évitée, soignée et guérie. L'épidémiologie de la maladie est cependant extrêmement variée et les stratégies de lutte doivent donc être adaptées aux facteurs biologiques et sociaux locaux et au système de santé local. Malgré cela, dans la plupart des pays, notamment les pays d'Afrique où la charge est la plus lourde, **trois approches de la réduction de la mortalité et de la morbidité fondées sur des interventions efficaces et peu coûteuses peuvent et doivent être appliquées pour garantir une couverture complète à l'ensemble des groupes à risque.**

¹ The Harvard/London School of Hygiene and Tropical Medicine Report. In « The African Summit on Roll Back Malaria: Abuja, 25 April 2000 », document WHO/CDS/RBM/2000.17.

Il s'agit des interventions suivantes : i) accès rapide au traitement, en particulier pour les jeunes enfants ; ii) mesures de prévention et de lutte pour les femmes enceintes ; et iii) utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres méthodes de lutte antivectorielle.

Accès rapide au traitement

10. Un fort pourcentage des décès dus au paludisme s'explique par le retard à appliquer un traitement antipaludique efficace, car la mort peut survenir en quelques jours, voire quelques heures. Il est indispensable que toutes les personnes chez lesquelles est apparue la maladie, en particulier les jeunes enfants et les femmes enceintes, aient rapidement accès à un traitement efficace. Dans de nombreux pays africains, plus des trois quarts des paludéens commencent par être soignés à domicile avec des médicaments vendus sans ordonnance, souvent de qualité douteuse, achetés dans de petites échoppes ou auprès de vendeurs ambulants et administrés sans conseils thérapeutiques.

11. Récemment, plusieurs études et projets pilotes ont montré que l'on pouvait améliorer la prise en charge à domicile pour garantir l'accès rapide à un traitement sûr et efficace. Cette approche repose sur des volontaires communautaires, des négociants et des vendeurs ambulants qui ont appris à reconnaître les symptômes, à distribuer les médicaments appropriés et à donner des conseils précis sur la posologie. A l'appui de cette approche, le Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales a fait des travaux de recherche sur les formulations adaptées au traitement à domicile, le conditionnement unidose en plaquettes thermoformées et l'étiquetage.

12. Les premiers résultats ayant été satisfaisants, cette approche de la prise en charge du paludisme à domicile, limitée au départ à de petits projets, est maintenant étendue aux opérations au niveau des districts dans plusieurs pays. Une autre méthode prometteuse est l'administration de suppositoires d'artésunate, qui permet un bon traitement d'urgence, à domicile ou dans les centres de santé ruraux, des patients atteints de paludisme grave, notamment les jeunes enfants.

13. Le problème de l'accès rapide au traitement est également pris en compte dans l'initiative OMS de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, où le paludisme est l'une des cinq maladies cibles.

Prévention et lutte chez les femmes enceintes

14. Dans les zones où le paludisme est endémique, l'infection à *P. falciparum* pendant la grossesse augmente le risque d'anémie maternelle, d'avortement, de fausse-couche, de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et d'insuffisance pondérale à la naissance. L'un des principaux faits nouveaux récents dans la prévention de ces complications est le traitement intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine administré au moins deux fois pendant la grossesse. Cette intervention simple s'est avérée sûre, très efficace et d'un bon rendement pour réduire l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'anémie. On est en train d'intégrer le traitement préventif intermittent dans l'initiative OMS pour une grossesse à moindre risque.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres mesures de lutte antivectorielle

15. Des études sur les différents niveaux d'intensité de la transmission en Afrique ont montré que le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide réduisait d'environ 20 % (fourchette 14 %-29 %) la mortalité infantile et que, pour 1000 enfants de 1 à 59 mois protégés par une moustiquaire, environ 6 vies sont sauvées chaque année. Le recours à ces moustiquaires réduit d'autre part l'incidence du paludisme

grave et de l'anémie chez les jeunes enfants, de même que celle de l'anémie et de l'insuffisance pondérale à la naissance chez les femmes enceintes.

16. La fabrication locale et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique sont encouragées par des partenariats public-privé. Dans le but de les rendre moins chers, on a incité les gouvernements africains à diminuer les taxes et les tarifs douaniers sur les moustiquaires, les matériaux utilisés pour leur fabrication et les insecticides. A ce jour, 17 pays africains ont pris des mesures dans ce sens. Dans plusieurs pays d'Afrique, le taux d'utilisation de ces moustiquaires est passé de quasiment zéro à près de 20 % ces trois dernières années.

17. Des études faites dans le monde entier montrent que l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide est conditionnée par l'application de deux principes généraux très simples : les moustiquaires sont achetées par les familles dans le commerce, et le traitement par l'insecticide est assuré gratuitement par les autorités. Ces dernières années, l'accroissement de la demande a fait reculer sur le marché international le prix des moustiquaires, qui se situe maintenant à environ US \$3. L'élimination récente des taxes et des tarifs douaniers a d'autre part contribué à réduire le prix à la consommation, et l'augmentation de la demande a encouragé la mise en route et le développement des capacités de fabrication de moustiquaires en Afrique. Pour les populations très pauvres, et pour susciter une forte demande de moustiquaires là où on commence à les introduire, peut-être faudra-t-il fournir les moustiquaires gratuitement ou en subventionner fortement la distribution.

18. Etant donné que les opérations annuelles de retraitement sont coûteuses et difficiles à maintenir, on est en train de mettre au point des moustiquaires imprégnées d'un insecticide à effet rémanent en partenariat avec l'industrie. Les moustiquaires, fabriquées en usine avec de nouveaux matériaux bioactifs, conservent leurs propriétés insecticides pendant au moins 4 ans (durée de vie de la moustiquaire), de sorte qu'il n'y a pas à les retraiter.

19. Il existe beaucoup d'autres méthodes de lutte antivectorielle. La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les maisons est efficace dans certaines situations, notamment en prévention ou dans la lutte contre les épidémies. Le développement des résistances des vecteurs ayant rendu de nombreux insecticides bon marché inefficaces, l'OMS s'est engagée dans des partenariats avec l'industrie pour mettre au point de nouveaux produits abordables. La lutte contre les larves, englobant la gestion de l'environnement, dépend dans une certaine mesure de l'endroit et n'a qu'une application limitée en Afrique, où les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont devenues la méthode standard de lutte antivectorielle.

NOUVEAUX MOYENS

20. La résistance à la chloroquine en Afrique a entraîné une augmentation de la mortalité due au paludisme et il convient de remplacer ce médicament par d'autres plus efficaces lorsqu'une proportion importante des cas traités ne réagit pas. On s'accorde généralement à dire qu'il est inacceptable d'utiliser un traitement antipaludique de première intention lorsque le taux d'échec dépasse 25 % (limite à partir de laquelle on doit recourir au traitement de seconde intention) et qu'il faut prendre des mesures pour prévoir un traitement de remplacement bien avant d'atteindre une telle proportion d'échecs thérapeutiques.

21. Le traitement du paludisme par une association de deux médicaments ou plus, chacun d'entre eux visant une voie métabolique différente, peut retarder l'apparition des résistances, bien que les dépenses élevées qui en résultent puissent être prohibitives pour les programmes nationaux de lutte. L'artémisinine et ses dérivés associés à d'autres traitements antipaludiques offrent des avantages particuliers : la guérison

est rapide, la tolérance bonne en général et il n'y a pas de cas documentés de résistance pour l'instant. La capacité de ces associations à retarder l'apparition des pharmacorésistances ressort des faits observés en Thaïlande depuis 1995 et, plus récemment, au Cambodge et au Viet Nam. Leur disponibilité devrait permettre d'éviter la modification fréquente des normes de traitement, ce qui remet en cause la qualité des soins. Par son action, le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales a permis d'effectuer de nombreux travaux de recherche sur les associations d'antipaludiques.

22. Une consultation technique organisée par l'OMS en 2001 a fortement approuvé le recours aux associations de principes actifs en Afrique et elle a demandé de faire des études régionales et nationales pour évaluer la possibilité de les intégrer dans les directives nationales. Les programmes nationaux, les partenaires scientifiques et l'OMS accordent une grande priorité à cette approche et certains pays africains ont déjà décidé d'inclure les associations comportant de l'artémisinine dans leurs directives nationales.

23. Dans le cadre d'une initiative distincte, l'OMS a signé en 2001 un accord avec un laboratoire pharmaceutique pour fournir de l'artéméther/luméfantrine, une association de principes actifs comportant un dérivé de l'artémisinine, à un prix négocié aux gouvernements et aux organisations non gouvernementales. Le taux de guérison élevé obtenu avec cette association et le schéma thérapeutique raccourci devraient améliorer l'observance par les patients et aboutir à une prise en charge efficace du paludisme dans les situations où il y a une forte résistance aux médicaments classiques. Au cours de sa dernière réunion (Genève, 15-19 avril 2002), le Comité OMS d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels a recommandé d'inscrire cette association dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels pour une utilisation dans les zones de résistance marquée.

24. Plusieurs partenariats entre les secteurs public et privé ont récemment vu le jour pour répondre en particulier au besoin de disposer de meilleurs moyens de lutte antipaludique. Créée pour favoriser et accélérer la recherche de médicaments antipaludiques novateurs et abordables, l'opération Médicaments antipaludiques est l'un d'entre eux. Elle espère produire un nouvel antipaludique tous les cinq ans.

25. L'initiative multilatérale sur les vaccins antipaludiques s'occupe, avec d'autres, du besoin de mettre au point ce type de vaccin et elle vise à accélérer de manière significative le développement clinique des vaccins candidats prometteurs. Plus d'une douzaine sont en cours de développement, et le niveau des investissements comme l'intensité des efforts consacrés à cet objectif sont sans précédent.

SUIVI, EVALUATION ET SURVEILLANCE

26. L'épidémiologie du paludisme pose des problèmes particuliers au niveau du suivi. Dans les régions de forte endémie, les enfants et les autres groupes vulnérables présentent une parasitémie chronique, indépendante de la pathologie. En outre, les manifestations cliniques de l'accès aigu ne sont pas spécifiques. Ces caractéristiques font qu'il est particulièrement difficile de suivre la prévalence et l'incidence du paludisme. De plus, comme la morbidité et la mortalité surviennent, pour la plus grande part, à domicile ou dans le voisinage, l'incidence établie d'après le nombre des cas traités dans les établissements de santé aboutit en général à une sous-estimation de la charge réelle de morbidité.

27. On reconnaît de plus en plus le caractère indispensable des enquêtes en population pour mesurer la charge de morbidité et contrôler les progrès de la lutte. Une enquête dans les familles a commencé en 1999 dans 35 pays, principalement en Afrique. Les résultats ont fourni des données de référence pour suivre les

progrès dans la mise en oeuvre des stratégies mondiales et nationales de lutte.¹ Selon ces informations et pour l'ensemble des pays, la proportion moyenne des enfants de moins de cinq ans protégés par des moustiquaires imprégnées d'insecticide est inférieure à 1 % et à 15 % pour les moustiquaires en général. Les chiffres pour l'accès aux traitements antipaludiques en cas de fièvre sont plus élevés, avec une médiane à 48 %. Toutefois, la plupart des traitements consistent à administrer de la chloroquine, le temps écoulé avant l'administration est inconnu et il est donc probable que la couverture des traitements indispensables est bien plus basse.

28. Pour améliorer les données sur la mortalité, entre autres due au paludisme, des systèmes de surveillance démographique ont été mis en place ou renforcés dans plusieurs pays d'Afrique. Ces systèmes reposent sur les « autopsies verbales » qui consistent à envoyer des agents de santé s'enquérir auprès de l'entourage des symptômes précédant les décès récents. Bien que le procédé manque de précision, les estimations qui en résultent pourraient s'avérer actuellement la meilleure méthode pour estimer la mortalité imputable au paludisme dans une population.

29. Alors que le suivi et l'évaluation reposent de plus en plus sur des enquêtes spéciales, la surveillance garde encore un rôle important. Dans les régions du monde exposées au risque d'épidémie, en raison par exemple de facteurs météorologiques, de l'immigration ou de la désorganisation des services de santé, des systèmes d'alerte contrôlant des indicateurs épidémiologiques ou circonstanciels pourraient contribuer à fournir en temps utile des informations aidant à la prise de décision. Les épidémies de paludisme peuvent avoir des effets dévastateurs ; l'OMS et ses partenaires de Faire reculer le paludisme soutiennent le développement des systèmes d'alerte et la préparation aux situations d'urgence à un niveau national et international.

= = =

¹ UNICEF, ONUSIDA, OMS. *Coordinates 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (pour un prêtirage non publié, voir le document WHO/CDS/2002.11 disponible sur le site <http://www.who.int/infectious-disease-news/IDocs/Coordinates22.pdf>).