



Paludisme, y compris proposition d'instaurer une Journée du paludisme

Rapport du Secrétariat

1. Chaque année, plus de 3 milliards de personnes sont exposées au risque de paludisme et l'on compte plus de 500 millions de cas aigus entraînant plus d'un million de décès. En outre, plus de 125 millions de voyageurs sans immunité se rendent chaque année dans des pays d'endémie palustre et 10 000 à 30 000 d'entre eux contractent la maladie. Le paludisme contribue indirectement à une importante surmortalité, surtout chez le jeune enfant, par des effets de synergie avec d'autres infections et maladies. Il s'agit d'une cause majeure d'anémie de l'enfant et de la femme enceinte ainsi que d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissance prématurée et de mortalité infantile. Dans les pays africains d'endémie, 25 % à 35 % des consultations, 20 % à 45 % des hospitalisations et 15 % à 35 % des décès en milieu hospitalier sont dus au paludisme, ce qui constitue une charge considérable pour des systèmes de soins déjà fragiles. Les éléments qui continuent à s'accumuler montrent que, dans les zones à forte prévalence de paludisme et de VIH/sida (comme en Afrique subsaharienne), l'interaction entre les deux maladies, y compris la co-infection, aggrave la morbidité et la mortalité.

2. Les schémas de transmission et le tableau de morbidité varient sensiblement d'une Région à l'autre et parfois à l'intérieur d'un même pays. Cette diversité provient des variations entre les parasites, les moustiques vecteurs, les conditions écologiques et les facteurs socio-économiques, tels que la pauvreté et l'accès à des services efficaces de soins et de prévention. Quelque 60 % des cas de paludisme dans le monde, 75 % des cas de paludisme à falciparum et plus de 80 % des décès dus au paludisme surviennent en Afrique subsaharienne. *Plasmodium falciparum* est à l'origine de la grande majorité des infections dans cette région et d'environ 18 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

3. En 1998, le mouvement et le partenariat Faire reculer le paludisme ont été lancés par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale. Le partenariat regroupe désormais un large éventail de partenaires – pays d'endémie, donateurs, secteur privé, organisations non gouvernementales et organisations à base communautaire, fondations, établissements de recherche et établissements universitaires. On a ainsi été amené à vouer une attention et à apporter un appui renforcés à la lutte antipaludique aux niveaux national et international, ce qui a relancé l'espoir de réduire la mortalité palustre de moitié entre 2000 et 2010 et de 75 % entre 2000 et 2015, en atteignant aussi l'objectif du Millénaire pour le développement qui est de mettre un terme à l'augmentation de l'incidence de la maladie d'ici 2015 et de commencer à inverser la tendance (cible 8).

4. D'une manière générale, la sensibilisation au paludisme en tant que problème mondial laisse à désirer. La transmission reste mal comprise par les personnes à risque qui, de ce fait, ne savent pas comment se protéger ni comment protéger leur famille contre l'infection. Pour assurer durablement la

sensibilisation au problème, il est proposé que la Journée africaine du paludisme, célébrée le 25 avril, soit déclarée Journée mondiale du paludisme.

5. Ces dernières années, les efforts visant à promouvoir la lutte antipaludique et l'appui politique en sa faveur ont été renforcés de manière spectaculaire. Le financement de la lutte antipaludique a également augmenté, spécialement grâce à des dispositifs comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'initiative contre le paludisme du Président des Etats-Unis d'Amérique, le Booster Program for Malaria Control de la Banque mondiale et la Fondation Bill & Melinda Gates. Différents nouveaux outils sont apparus, par exemple les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, les moustiquaires à imprégnation durable et les tests diagnostiques rapides ; par ailleurs, la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins est encourageante. La lutte antipaludique se trouve donc à un point déterminant, de nouveaux outils, des stratégies ciblées, l'intérêt pour la question et un financement étant tous présents en même temps.

6. Dans toutes les Régions, les perspectives de parvenir à se rapprocher de la cible de l'élimination, voire de l'atteindre, se sont améliorées. La Déclaration de Tashkent de 2005 et la nouvelle stratégie du Bureau régional de l'Europe intitulée « De la lutte contre le paludisme à son élimination » visent à éliminer la maladie dans certains pays touchés d'ici 2015. Les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale mettent l'accent sur la préservation et l'extension des zones exemptes de paludisme, en particulier la péninsule arabique et l'Afrique du Nord. Certains Etats Membres des Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental s'efforcent également de préserver l'élimination ou de s'en rapprocher. En particulier, les perspectives pour certains Etats Membres de la Région africaine de parvenir à l'élimination se sont également améliorées. Malgré ces points positifs, les cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique (2000)¹ n'ont été atteintes jusqu'ici par aucun pays de l'Afrique subsaharienne et rares sont ceux qui devraient atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement concernant le paludisme. C'est en Afrique subsaharienne que le paludisme fait plus de victimes, provoquant, selon les estimations, US \$12 milliards par an de pertes du PIB et absorbant 25 % du revenu familial.

7. Tous les pays n'ont pas encore modifié leurs politiques thérapeutiques nationales concernant les parasites pharmacorésistants, ni retiré l'autorisation de mise sur le marché de l'artémisinine comme monothérapie pour les accès simples de paludisme à falciparum ; certains n'ont pas davantage les moyens de mesurer les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles en matière de prise en charge efficace des cas. Certains pays ont fixé des cibles claires et les plans des opérations sur les moyens d'étendre la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide, mais beaucoup ne l'ont pas fait. Rares sont les pays qui ont fixé des cibles précises, conçu des plans des opérations et affecté assez de ressources humaines qualifiées à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, qui doit être effectuée de manière méticuleuse et correctement dans les cadres épidémiologiques voulus sans que l'insecticide utilisé (et en particulier le DDT) ne contamine les cultures.

¹ Cibles d'Abuja : i) qu'au moins 60 % de ceux qui souffrent du paludisme aient un accès rapide au traitement, et soient capables d'utiliser correctement un traitement abordable et efficace, et cela dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes ; ii) qu'au moins 60 % de ceux qui sont exposés au paludisme – particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes –, bénéficient de la meilleure combinaison possible des mesures préventives individuelles et communautaires comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide ; et iii) qu'au moins 60 % de toutes les femmes enceintes qui sont exposées au paludisme, spécialement celles qui en sont à leur première grossesse, puissent avoir accès à un traitement préventif intermittent en 2005.

8. Les ressources humaines restent insuffisantes au niveau des pays pour appliquer les stratégies recommandées de manière efficace. La formation aux spécialisations de la lutte antipaludique, en particulier en matière d'entomologie, a marqué le pas dans le monde, ce qui a réduit le réservoir des ressources humaines disponibles. Dans de nombreux pays, le renforcement de la capacité nationale de mettre en oeuvre les stratégies et d'atteindre les cibles constitue un sérieux problème.

9. Au début, une augmentation rapide de la demande, ainsi que l'attention inadéquate vouée à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, ont conduit à des pénuries mondiales de produits essentiels, et plus particulièrement d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine lorsqu'elles provenaient d'une source unique ou de moustiquaires à imprégnation durable lorsqu'elles provenaient d'un nombre de sources limité. Le programme de recherche mondiale n'a pas nécessairement conduit à la mise au point de produits et stratégies nouveaux particulièrement nécessaires pour la lutte antipaludique. Un appui cohésif des organisations techniques en faveur des pays a fait défaut. De nombreux pays sont confrontés à des problèmes exigeant une coopération transfrontières et interrégionale, ce qui suppose un engagement politique au plus haut niveau. Rares sont ceux qui ont mis de côté des ressources financières et humaines permettant de mesurer de manière fiable la morbidité palustre et d'évaluer les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles fixées. La promesse faite par les chefs d'Etat et de gouvernement africains dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2001), et réaffirmée dans la Déclaration de Maputo sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2003), de consacrer 15 % du budget annuel national au secteur de la santé n'a pas non plus été suivie d'effet (jusqu'ici, seul le Botswana a atteint cette cible).

10. Le partenariat Faire reculer le paludisme n'a pas été aussi efficace que prévu. Certains doublons entre le Secrétariat du partenariat et celui de l'OMS ont entraîné des rivalités et conduit à des conseils parfois contradictoires. L'appui financier a été inférieur aux prévisions et l'OMS a été critiquée pour l'absence d'une orientation politique résolue.

11. En conséquence, au début de 2006, le Directeur général de l'OMS a établi le Programme mondial de lutte antipaludique pour redéfinir les stratégies, remédier aux carences graves du programme antérieur et apporter une réponse cohésive et forte aux besoins dans le monde entier. Première mesure essentielle, l'OMS a rétabli son autorité technique et stratégique en consultant le personnel concerné au Siège, dans les Régions et dans les pays, après quoi l'Organisation a convoqué une réunion spéciale du Groupe consultatif stratégique et technique sur le paludisme (STAG). A ces deux occasions, on a conclu que la meilleure contribution de l'OMS au partenariat consiste à assurer une autorité technique et stratégique marquée et à établir une distinction bien nette des rôles et des responsabilités du programme de lutte antipaludique de l'OMS et du Secrétariat du partenariat. Parallèlement, le partenariat a entrepris une mutation pour améliorer son efficacité. L'OMS contribue au processus en définissant son rôle stratégique et technique et en devenant ainsi un partenaire à la fois meilleur et plus solide. Le processus semble donner des résultats positifs, les partenaires – y compris l'OMS – étant davantage appelés à rendre des comptes et le Secrétariat du partenariat répondant mieux aux besoins du partenaire.

12. A la première réunion mondiale du personnel chargé du paludisme (Tunis, 27 février-2 mars 2006), les orientations stratégiques suivantes ont été définies pour le Programme mondial de lutte antipaludique : 1) renforcer l'autorité technique de l'OMS sur les politiques et stratégies de lutte antipaludique et l'appui aux pays sur la façon d'atteindre les cibles fixées ; 2) aider les pays d'endémie palustre à appliquer les meilleurs outils et approches disponibles, y compris la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations lorsqu'elle est indiquée, la distribution gratuite ou à des prix fortement subventionnés de moustiquaires à imprégnation durable à tous les groupes à risque, et le diagnostic et le traitement des cas de paludisme au moyen d'associations

médicamenteuses comportant de l'artémisinine, et favoriser la collaboration étroite avec les pays pour assurer que les interventions sont adaptées aux caractéristiques épidémiologiques et socio-économiques de chacun ; 3) aider les pays à atteindre les cibles de l'élimination du paludisme lorsque cela est possible ; 4) prévenir le paludisme chez les voyageurs en provenance de pays exempts de l'endémie palustre, et encourager ainsi le tourisme et les investissements ; 5) fixer des normes plus claires et mettre au point de meilleurs outils de surveillance et d'évaluation, en particulier en établissant une distinction bien nette entre la surveillance des résultats des interventions et l'évaluation de leurs effets ; 6) introduire la recherche prioritaire dans le cadre des activités du Programme mondial de lutte antipaludique en mettant particulièrement l'accent sur la mise au point de méthodes, de stratégies et d'outils nouveaux, et supprimer les obstacles à la mise en oeuvre ; 7) veiller à ce que les efforts de lutte antipaludique contribuent à renforcer les systèmes de santé en favorisant une approche multisectorielle, sous la ferme autorité du secteur de la santé, et appuyer la diffusion intégrée des services de santé essentiels ; et 8) coordonner le partenariat au niveau des pays, en particulier par le renforcement des bureaux de l'OMS et une meilleure disponibilité de ressources humaines qualifiées, pour que l'appui soit harmonisé et aligné sur les stratégies et les plans nationaux. En outre, cinq équipes spéciales du Secrétariat (sur la prise en charge des cas, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les habitations, la surveillance et l'élimination) ont été constituées pour assurer la participation et la coopération à tous les niveaux. L'OMS s'est également attachée en 2006 à veiller progressivement à ce qu'à partir de 2007 son programme de lutte antipaludique regroupant le personnel du Siège, des Régions et des bureaux de pays applique un seul plan de travail et un seul budget.

13. Le Groupe consultatif stratégique et technique a également recommandé qu'un comité consultatif technique et de la recherche et six groupes de travail associés (économie, finances et impact ; renforcement des capacités ; prise en charge des cas ; moustiquaires imprégnées d'insecticide ; pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les habitations ; et chimiothérapie préventive) se réunissent pour examiner et suivre les progrès, les plans et le budget du programme de lutte contre le paludisme et renforcer l'appui technique aux pays sur les interventions essentielles ci-après :

- **Prise en charge des cas.** Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont désormais recommandées comme le meilleur traitement actuel des accès de paludisme à falciparum simples. L'OMS a formulé ses recommandations thérapeutiques au début de 2006¹ et décrété une interdiction de la monothérapie pour protéger l'efficacité des associations médicamenteuses et retarder l'apparition d'une résistance. Jusqu'ici, 67 pays ont adopté les associations médicamenteuses et 16 pays n'autorisent pas la commercialisation de monothérapies. L'équipe spéciale chargée de la prise en charge des cas est en train de finaliser un manuel complet comprenant des fiches nouvellement conçues et des dispositifs de suivi pour aider les pays à appliquer leurs politiques nationales de traitement et rationaliser et accroître l'efficacité de la prise en charge des cas de paludisme. Ce manuel doit être éprouvé dans les pays en conjonction avec des interventions visant à renforcer les systèmes d'information pour la santé.
- **Prévention du paludisme (moustiquaires imprégnées d'insecticide).** L'OMS met l'accent sur l'accès universel aux moustiquaires à imprégnation durable en partenariat avec l'UNICEF. Les deux organisations continuent de promouvoir la diffusion gratuite ou à des prix fortement subventionnés de ces moustiquaires, régulièrement ou dans le cadre de campagnes (notamment du Programme élargi de vaccination), pour atteindre les populations vulnérables. Pourtant, la

¹ WHO guidelines for the treatment of malaria. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

couverture actuelle par ces moustiquaires reste extrêmement faible bien qu'il s'agisse de la meilleure protection disponible. L'équipe spéciale chargée des moustiquaires imprégnées d'insecticide achève la mise au point d'un manuel complet qui aidera l'ensemble des pays à améliorer la diffusion et la couverture.

- **Prévention du paludisme (pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations).** La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent offre un moyen très efficace de réduire rapidement la densité de la population de moustiques et, par conséquent, la morbidité et la mortalité palustres. Mais cette forme d'intervention reste extrêmement sous-utilisée, seules 12 millions d'habitations dans 51 pays étant actuellement traitées. Comme mesure initiale, l'OMS a établi un document de base fondé sur différentes expériences de pays, sur l'utilisation de la pulvérisation, notamment la pulvérisation au moyen de DTT – depuis longtemps l'insecticide le plus avantageux, celui dont l'effet est le plus prolongé (6 à 12 mois) et le seul utilisé exclusivement pour la santé publique.¹ L'équipe spéciale chargée de la pulvérisation est en train d'établir un manuel contenant des recommandations visant à améliorer la qualité de l'intervention dans les pays qui utilisent la pulvérisation et à conseiller les pays qui l'introduiront pour la première fois. Le manuel fera l'objet d'essais pilotes dans différentes Régions.

14. En plus des trois interventions susmentionnées, le traitement préventif intermittent au cours de la grossesse au moyen de sulfadoxine-pyriméthamine est rapidement introduit dans 22 pays africains confrontés au profil de transmission approprié. Mais l'accroissement rapide de la résistance à *P. falciparum* à cette association et l'absence de données sur l'innocuité et l'efficacité d'autres antipaludiques pour la prévention et le traitement constituent un défi considérable. Le traitement intermittent n'est actuellement recommandé que dans les zones à forte endémicité où la transmission est stable et la résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine peu marquée.

15. L'équipe spéciale chargée de la surveillance a mis au point une base de données sur les profils de pays comprenant des indicateurs de la situation épidémiologique, de la politique antipaludique, des stratégies et des résultats des programmes, de la structure des soins dispensés, de la résistance aux médicaments et aux insecticides, et des flux de ressources. Les données recueillies aideront les pays à améliorer leurs programmes et à orienter la répartition des ressources disponibles.

16. L'équipe spéciale chargée de l'élimination formule des principes directeurs pour les programmes nationaux d'élimination du paludisme, apporte un appui technique et opérationnel aux pays qui se trouvent dans la phase proche de l'élimination, et met au point des dispositifs de certification officielle de l'élimination. Le Programme mondial de lutte antipaludique revoit également sa stratégie préventive concernant les voyageurs, afin que les voyageurs sans immunité soient protégés lorsqu'ils se rendent dans des zones d'endémie palustre ou y travaillent.

17. Les intérêts ou investissements nouveaux tels que ceux de la Fondation Bill & Melinda Gates – en faveur de la recherche-développement – jouent un rôle déterminant pour appuyer les efforts accrus de lutte contre le paludisme dans le monde et surmonter les problèmes. Essentiel pour combattre l'épidémie, un plus large recours aux médicaments et aux insecticides accroît aussi la probabilité de l'apparition d'une résistance chez le parasite et le moustique. L'OMS s'efforce actuellement de contenir la menace possible de l'apparition d'une résistance aux associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine le long de la frontière entre le Cambodge et la

¹ Document WHO/HTM/MAL/2006.1112.

Thaïlande. En collaborant étroitement avec l'Opération médicaments antipaludiques et d'autres partenaires dans la mise au point de médicaments, plusieurs nouvelles associations de ce type sont en train d'être mises au point pour remplacer celles qui pourraient se heurter à l'émergence d'une résistance. Le Programme mondial de lutte antipaludique organisera une réunion d'experts pour examiner les perspectives que pourrait offrir le traitement préventif intermittent chez le nourrisson contre le paludisme et l'anémie sévère chez l'enfant dans les zones à forte transmission de paludisme. L'équipe spéciale chargée de la recherche transversale a établi un programme de recherche prioritaire prévoyant notamment une amélioration des outils de surveillance, la validation des méthodologies et de meilleures estimations de la charge de morbidité. L'OMS s'efforce de combler les lacunes en matière de connaissances, de mettre au point des outils et des stratégies nouveaux et appropriés, et de faire en sorte que les résultats de la recherche soient rapidement concrétisés aux niveaux politique et pratique, en même temps qu'elle aide les pays dans le domaine de la recherche opérationnelle et pratique.

18. Le Conseil exécutif a examiné le rapport ci-dessus à sa cent vingtième session et, après un débat approfondi, a adopté la résolution EB120.R16 contenant un projet de résolution soumis à l'examen de l'Assemblée de la Santé.¹

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

19. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R16.

= = =

¹ Voir le document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance de la cent vingtième session du Conseil, section 3, procès-verbal de la troisième séance, section 2, procès-verbal de la huitième séance, section 2, procès-verbal de la dixième séance et procès-verbal de la douzième séance, section 3.