

Résumé d'orientation

Le présent rapport, qui est le premier de ce type, fait le bilan de la situation concernant le paludisme et des efforts qui continuent à être déployés pour lutter contre la maladie en Afrique ; il se fonde sur les meilleures données dont l'OMS et l'UNICEF disposaient à la fin de 2002 et qui proviennent d'enquêtes par sondage et de rapports périodiques.

Le paludisme continue à avoir un effet très délétère sur la santé en Afrique, au sud du Sahara, où il prélève fréquemment un lourd tribut parmi les très jeunes enfants et les femmes enceintes. Comme le paludisme est une maladie courante bien connue des personnes qu'elle touche le plus, et comme la plupart de ceux qui en sont atteints n'ont pas recours aux services de santé, la tâche d'évaluer l'ampleur du problème et son évolution dans le temps est particulièrement ardue.

Des analyses récentes confirment que le paludisme est une des causes principales d'au moins un cinquième des décès parmi les jeunes enfants en Afrique. Les dernières données sur les consultations, les hospitalisations et les décès imputables au paludisme montrent que cette maladie met fortement à contribution l'infrastructure sanitaire déjà fragile de l'Afrique. Dans les pays d'endémie, un tiers des consultations dans les dispensaires et au moins un quart des hospitalisations sont dus au paludisme. Dans certains pays, ces données semblent indiquer que la morbidité due au paludisme a augmenté au cours de la dernière décennie ; dans d'autres, l'ampleur du problème est demeurée constante. Aucun des pays pour lesquels on dispose de données n'affiche une diminution importante des cas.

Les données supplémentaires sur les tendances de la mortalité imputable au paludisme proviennent d'un nombre croissant de pays qui disposent d'un « système de surveillance démographique ». Ces sources indiquent que le nombre d'enfants qui sont morts du paludisme a augmenté de manière considérable en Afrique orientale et australe au cours de la première moitié de la dernière décennie par rapport aux années 80. En Afrique de l'Ouest, pendant la même période, il y a eu très peu de changement dans le taux de mortalité total imputable au paludisme chez les enfants.

En résumé, la charge de morbidité et de mortalité due au paludisme est demeurée élevée en Afrique au sud du Sahara pendant les années 90 et

a augmenté dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe. Les systèmes de surveillance ne peuvent encore suivre de manière fiable les indicateurs de la charge du paludisme, et notamment la mortalité imputable au paludisme, sur une base annuelle.

La charge élevée du paludisme en Afrique, et la charge croissante pendant les années 90 dans certaines parties du continent n'indiquent nullement que les efforts accrus de lutte contre la maladie déployés ces dernières années n'ont pas eu d'effet. Les effets sur la morbidité et la mortalité imputables au paludisme des efforts récents d'accélération de la lutte antipaludique, décrits dans le présent rapport, ne pourront être mesurés que quelques années après que l'on aura réalisé une couverture élevée des interventions. Il est possible que le début des efforts intensifiés de lutte ait coïncidé avec une recrudescence de la mortalité due au paludisme, ce qui signifie que sans eux, la situation aurait pu être bien pire qu'elle ne l'a été. Parallèlement aux efforts de lutte contre le paludisme, il convient d'accorder la priorité au renforcement de la surveillance et du suivi.

Le Sommet pour Faire reculer le paludisme, organisé à Abuja en 2000, a approuvé une « liste restreinte » de mesures de lutte contre le paludisme relativement peu coûteuses, qui sont déjà connues et qui ont fait leurs preuves. Les partenaires du projet Faire reculer le Paludisme, qui comprennent les gouvernements des pays



Photographies: OMS/FRP

Le sommet d'Abuja en 2000 a déterminé les interventions prioritaires de lutte ainsi que les objectifs.



Photographie: OMS AFRO

Les moustiquaires traitées avec un insecticide sont très efficaces pour réduire la mortalité des jeunes enfants.

d'endémie, les gouvernements donateurs, des organisations internationales, le secteur privé, et des organismes de la société civile, ont appuyé l'introduction de ces mesures.

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont un moyen bon marché et hautement efficace de réduire l'incidence du paludisme et diverses études ont montré qu'elles contribuent à réduire considérablement la mortalité dans les zones d'endémie en l'Afrique. En prévenant le recours au traitement et la pression sur les services de santé, particulièrement importante du fait de l'augmentation des parasites *P-falciparum* pharmacorésistants. Bien que l'on ne dispose pas généralement de données fiables pour les années 80 qui permettraient d'établir des comparaisons, il est certain qu'à l'heure actuelle, un nombre plus grand d'enfants dorment sous des moustiquaires et qu'on utilise beaucoup plus de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique qu'auparavant. D'après les données d'enquête récentes, près de 15 % des jeunes enfants dorment sous une moustiquaire, mais seulement 2 % de celles-ci sont imprégnées d'insecticide. Les moustiquaires non traitées offrent une certaine protection contre le paludisme, mais pour être pleinement efficaces, elles doivent être ré-imprégnées régulièrement d'insecticide.

Le prix des moustiquaires a diminué considérablement du fait d'une demande plus

importante, d'une plus grande concurrence entre fabricants, et de la réduction des taxes et tarifs douaniers et autres obstacles au commerce que plusieurs pays africains ont institué après le Sommet d'Abuja. Dans grand nombre de pays, on peut à présent acheter les moustiquaires et l'insecticide pour les imprégner dans des petits magasins et marchés, et même au coin des rues ; il y a à peine quelques années, on ne pouvait les trouver que dans quelques magasins spécialisés de la capitale. Actuellement, il y a au moins cinq grandes usines en Afrique qui produisent des moustiquaires. Presque tous les pays d'Afrique où le paludisme est endémique ont à présent des programmes actifs pour promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la plupart de ces programmes appuient toute une gamme de mécanismes différents à cette fin. Néanmoins, le prix des moustiquaires et de l'insecticide, qui a cependant diminué, reste encore trop élevé pour les groupes les plus démunis de la population qui ne peuvent donc recourir à cette technique salvatrice. Des efforts considérables sont actuellement consentis dans au moins cinq pays africains pour fournir aux groupes les plus vulnérables – les jeunes enfants et les femmes enceintes – des moustiquaires imprégnées d'insecticide subventionnées. On est en train de mettre au point des moustiquaires qui conserveront leur propriété insecticide pendant plusieurs années, et grâce à des moyens novateurs facilitant le retraitement régulier des moustiquaires, il devrait être possible d'augmenter le nombre de moustiquaires convenablement imprégnées.

Les moustiquaires imprégnées et d'autres moyens de réduire les piqûres de moustique ne préviendront pas totalement le paludisme. Les personnes qui contractent la maladie ont besoin d'un traitement prompt et efficace pour prévenir les manifestations cliniques graves et la mort. Depuis les années 80, la résistance du parasite à la chloroquine, le médicament antipaludique le plus répandu, présente un défi majeur dans presque tous les pays. En Afrique orientale, centrale et australe, la chloroquine a perdu son efficacité clinique pour le traitement du paludisme. Une évolution similaire, bien que plus tardive, commence à se faire sentir en Afrique de l'Ouest et tout porte à croire qu'elle s'accompagne d'une augmentation de la mortalité. Malheureusement, la résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine, le médicament de remplacement le plus courant, se développe aussi en Afrique de l'Est et en Afrique australe.

Ces dernières années, 13 pays africains ont modifié leur directives nationales qui préconisent à

présent le recours à des traitements antipaludiques plus efficaces. Pour remplacer les monothérapies inopérantes, l'OMS recommande une association médicamenteuse à base d'arthémisinine hautement efficace, qui permettra sans doute de retarder l'apparition de la résistance. Toutefois, son utilisation est encore limitée en Afrique du fait de son coût élevé et du manque d'expérience opérationnelle. A ce jour, quatre pays africains ont adopté cette association médicamenteuse comme traitement de première intention.

On peut prévoir une prise en charge améliorée des cas de paludisme dans le cadre général du renforcement des services de santé publique, par exemple en l'incorporant à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Toutefois, dans grand nombre de pays d'endémie, on achète encore les antipaludiques dans des échoppes. Des données provenant d'enquêtes par sondage indiquent que près de la moitié des enfants de moins de 5 ans qui ont de la fièvre sont traités avec un médicament antipaludique. Si cette initiative est louable en soi, il arrive souvent que ce médicament soit périmé ou bien qu'il soit administré trop tard ou que la dose ne soit pas bonne. Des études récentes montrent qu'une prise en charge à domicile, étayée par une information publique et un conditionnement unidose (pour faire en sorte que les malades prennent toutes les doses prévues au bon moment), peut aider à réduire la mortalité imputable au paludisme chez les enfants. Grand nombre de pays s'attachent à présent, moyennant l'appui de la communauté et la participation des vendeurs de médicaments et de l'industrie pharmaceutique, à faire en sorte que des traitements antipaludiques efficaces soient facilement accessibles. Pour parvenir à réellement réduire la mortalité grâce au traitement, il faut adopter une approche systémique, faire en sorte que les médicaments efficaces soient abordables (c'est-à-dire les subventionner dans bien des cas), apprendre aux dispensateurs de soins formels et informels, ainsi qu'aux mères, comment les administrer, et instituer une réglementation et une assurance de la qualité.

Les effets du paludisme sur les femmes enceintes et les nouveau-nés peuvent être considérablement réduits en ayant recours au « traitement préventif intermittent » qui a été recommandé récemment. Cette stratégie prévoit que les dispensaires de soins prénatals administrent au moins à deux reprises un antipaludique efficace à toutes les femmes enceintes vivant dans des zones d'endémie du paludisme à falciparum (qu'elles soient ou non impaludées). Près de deux tiers des femmes enceintes en Afrique au sud du Sahara fréquentent



Photographie: OMS/MAL

La préconditionnement des antipaludiques dans des emballages adéquats améliore l'adhérence au traitement particulièrement à domicile.

les dispensaires de soins prénatals ; il ne devrait donc pas être difficile d'incorporer le traitement préventif intermittent aux soins habituels. A présent partie intégrante de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, le traitement préventif intermittent a été adopté par six pays pour remplacer la chimioprophylaxie ; la plupart des autres pays de la région reviennent actuellement leur politique pour la modifier dans ce sens. Les effets bénéfiques du traitement préventif intermittent viendront sans doute s'ajouter aux bienfaits avérés des moustiquaires imprégnées d'insecticide



Photographie: OMS/RBM/L. Taylor

Les jeunes enfants sont les plus affectés par le paludisme en Afrique.

Photographie: OMS/TDR



La prévention du paludisme chez la femme enceinte améliore la santé de la mère et des nourrissons.

qu'utilisent les femmes enceintes. Une approche globale de la prévention et de la prise en charge du paludisme pendant la grossesse signifie par conséquent qu'il faut associer le traitement préventif intermittent, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et un prompt accès à un traitement efficace. Cinq pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ont récemment formé une coalition pour réduire les effets du paludisme pendant la grossesse grâce à la combinaison de ces mesures.

Les extrémités méridionales et septentrionales de la zone d'endémie en Afrique ainsi que les régions montagneuses de grand nombre de pays sont à risque de paludisme épidémique. Contrairement à la forme endémique, le paludisme épidémique touche les gens de tous les âges et peut avoir un taux de létalité élevé. Le projet Faire reculer le paludisme appuie des efforts visant à améliorer la détection précoce et répondre efficacement et en temps voulu aux épidémies de paludisme. La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les maisons peut jouer un rôle important dans la lutte antivectorielle, notamment dans la lutte contre les épidémies. Des systèmes d'alerte précoce pour le paludisme ont été établis en Afrique australe pour améliorer la détection des flambées épidémiques ainsi que la riposte, et sont actuellement mis en place dans d'autres régions à tendance épidémique. Quinze pays à tendance épidémique ont établi un plan d'action pour la préparation aux situations d'urgence. On trouvera dans le présent rapport des données sur

l'opportunité et l'efficacité de la réaction aux épidémies dans ces pays.

Pour lutter efficacement contre le paludisme, il faut disposer de ressources considérables. Lors du Sommet d'Abuja, il a été estimé qu'au moins US \$1 milliard provenant, à la fois d'un accroissement des dépenses intérieures et de l'assistance internationale, serait nécessaire ; le rapport fournit des informations sur les flux de ressources. Depuis le lancement en 1998 du projet Faire reculer le paludisme, les dépenses internationales pour le paludisme ont plus que doublé, s'élevant à environ US \$200 millions par an. De nouvelles ressources pourraient être libérées grâce aux initiatives d'allègement de la dette. Le financement public des soins de santé est faible dans la plupart des pays africains – d'ordinaire, moins de US \$15 par personne et par an – et les coûts de la lutte antipaludique sont élevés : les associations médicamenteuses à base d'arthémisinine pour le traitement du paludisme pharmacorésistant sont susceptibles de coûter de US \$1 à US \$3 par traitement uniquement pour le médicament, et les moustiquaires imprégnées d'insecticide coûtent environ US \$5. La plupart des coûts de prévention et de traitement du paludisme en Afrique de nos jours sont en fait assumés par la population elle-même, qui est obligée d'acheter les moustiquaires, les insecticides, les spirales antimoustique et de dépenser des sommes considérables pour le traitement antipaludique. Ce qui contribue sans doute à la pauvreté ambiante. Il faut donc en priorité augmenter la rentabilité des dépenses directes des ménages, ce qui peut être réalisé si l'Etat appuie les interventions qui donnent les meilleurs résultats et adopte une réglementation appropriée pour assurer que seuls des moyens sûrs et efficaces sont vendus et que le public est dûment informé de la manière de les utiliser et de leur efficacité.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, récemment établi, est une nouvelle source importante de subventions pour lutter contre le paludisme en Afrique. Vingt-cinq pays, ainsi qu'un groupe composé de plusieurs pays, ont soumis avec succès des propositions au Fonds mondial. Presque toutes ces propositions s'appuient sur les plans nationaux de lutte antipaludique élaborés par ces pays avec l'appui du partenariat Faire reculer le paludisme au cours de la période 1999-2001. Les pays ont reçu au total US \$256 millions pour une période initiale de deux ans afin de développer les activités de lutte antipaludique. Selon les succès obtenus, l'on prévoit que de nouveaux fonds seront mis à disposition pour une période totale de cinq ans.