



Le paludisme en Afrique

L'immense majorité des décès dus au paludisme surviennent en Afrique, au sud du Sahara, où cette maladie fait aussi sérieusement obstacle au développement économique et social. On estime à plus de 12 milliards la perte annuelle de PIB due au paludisme en Afrique, alors qu'une fraction de cette somme suffirait à le maîtriser.

On compte chaque année au moins 300 millions de cas aigus de paludisme dans le monde, et plus d'un million de décès. Environ 90% de ces décès surviennent en Afrique, principalement chez les jeunes enfants. Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les moins de cinq ans en Afrique (20%) et il représente 10% de la charge totale de morbidité du continent. Il est responsable de 40% des dépenses de santé publique, de 30-50% des admissions dans les hôpitaux et de pas moins de 50% des consultations externes dans les zones de forte transmission.

Le paludisme affecte essentiellement l'Afrique, et ce pour plusieurs raisons. La plupart des cas de paludisme en Afrique subsaharienne sont dus à *Plasmodium falciparum*, la forme la plus grave car potentiellement mortelle de la maladie. Cette région héberge aussi les espèces de moustiques les plus efficaces, et donc mortels, qui transmettent la maladie. De nombreux pays d'Afrique étaient en outre privés des infrastructures et des ressources

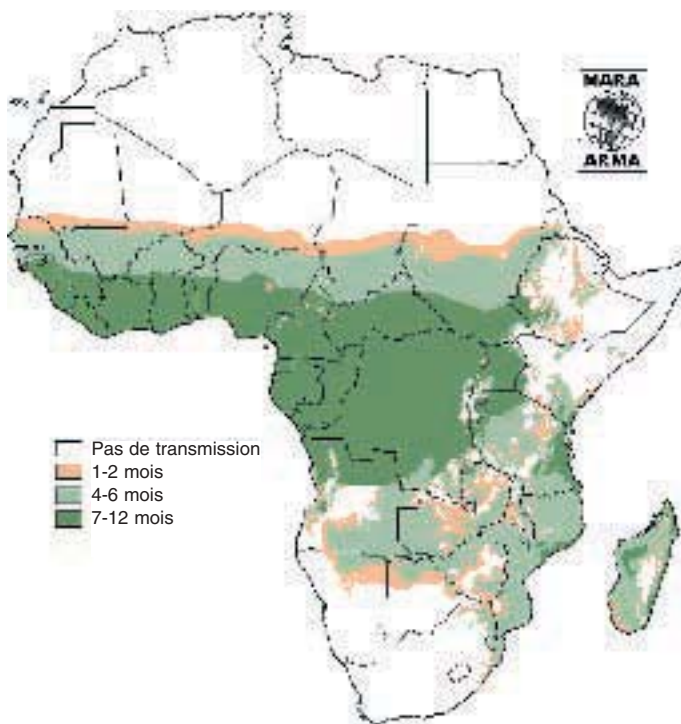


Le paludisme entrave la scolarité et le développement social des enfants, amenuisant les ressources humaines futures de l'Afrique.

nécessaires pour organiser des campagnes antipaludiques durables et peu d'entre eux ont donc bénéficié des efforts déployés de longue date pour éradiquer le paludisme.

En Afrique aujourd'hui, on sait que le paludisme est à la fois une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté. La croissance économique des pays de forte transmission a toujours été inférieure à celle des pays sans paludisme. Les économistes imputent au paludisme un déficit de croissance annuelle pouvant atteindre 1,3% dans certains pays d'Afrique. Au fil des années, l'écart se creuse entre le PIB des pays selon qu'ils sont touchés ou non par le paludisme et c'est la croissance économique de toute la région qui est pénalisée. Le paludisme affecte aussi directement les ressources humaines en Afrique. Outre les vies perdues et la baisse de productivité due à la maladie et aux décès prématurés, le paludisme entrave également la scolarité des enfants et le développement social en raison de l'absentéisme et des atteintes neurologiques permanentes et autres conséquences des accès graves de cette maladie.

L'un des principaux problèmes que pose la lutte antipaludique à l'Afrique est la pharmacorésistance. La résistance à la chloroquine, l'antipaludique le moins cher et le plus largement utilisé, est courante dans toute l'Afrique (en particulier dans les zones australe et orientale). La résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), souvent considérée comme le premier substitut à la chloroquine, et le moins cher, progresse également en Afrique orientale et australe. Cette évolution oblige de nombreux pays à modifier leur politique thérapeutique et à utiliser des médicaments plus chers, y compris des associations médicamenteuses, dont on espère qu'ils ralentiront l'apparition d'une résistance.



Modèle informatique illustrant la durée des saisons de transmission palustre en Afrique.



Le paludisme est responsable de 40 à 50% des hospitalisations et de près de 50% des consultations externes en Afrique,

L'établissement en 1998 du partenariat mondial Faire reculer le paludisme a incité les dirigeants africains à prendre davantage de mesures contre le paludisme. Moins de deux ans plus tard, les chefs d'Etat africains et leurs représentants se sont réunis à Abuja, au Nigeria pour concrétiser par une action politique tangible l'objectif de FRP, à savoir réduire de moitié avant 2010 la charge de morbidité et de mortalité due au paludisme. La Déclaration d'Abuja, signée en avril, approuvait une stratégie concertée de lutte antipaludique dans toute l'Afrique. Elle approuvait l'objectif de FRP et fixait une série d'objectifs intérimaires—le nombre des personnes ayant accès à un traitement, à des mesures de protection ou, dans le cas des femmes enceintes, bénéficiant d'un traitement préventif intermittent—pour assurer que des progrès seraient réalisés sur la voie de l'objectif final et que les pays d'endémie et les autres partenaires FRP prendraient leur responsabilité.

D'énormes progrès ont été faits depuis Abuja. Une vingtaine de pays ont abaissé ou supprimé les taxes et droits de douane sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide afin de les rendre abordables. Plus de la moitié des pays d'Afrique où le paludisme est endémique, représentant près de la moitié de la population exposée, se sont dotés de « plans stratégiques de pays » (PSP) pour parvenir à faire reculer le paludisme et atteindre les objectifs fixés à Abuja. Les PSP reposent tous sur les quatre éléments techniques de Faire reculer le paludisme et les interventions à base factuelle qui leur sont associées—accès rapide au traitement, promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide et amélioration de la lutte antivectorielle, prévention et traitement du paludisme chez les femmes enceintes et amélioration de la prévention des épidémies de paludisme et du paludisme dans les situations d'urgence complexes.

Les pays recourent maintenant à des partenariats locaux pour renforcer leur capacité à mettre en œuvre leurs PSP, utilisant les réformes en cours du secteur de la santé et les liens avec d'autres initiatives comme la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et Pour une grossesse à moindre risque pour améliorer l'accès aux principales interventions. Les PSP ont permis de mobiliser de nouvelles ressources pour la lutte antipaludique. Toutefois, étant donné les besoins prévus jusqu'en 2010, seulement 20% des fonds nécessaires seront disponibles sur place. Les pays d'Afrique, en collaboration avec leurs partenaires et les donateurs, devront trouver et mobiliser les ressources restantes. Les pays se tournent vers des sources diverses pour assurer le financement durable de leurs efforts pour faire reculer le paludisme—y compris des sources de financement traditionnelles, du ministère des finances et de la communauté des bailleurs de fonds, et la recherche de possibilités nouvelles dont les plans d'allègement de la dette et le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.



Faire reculer le paludisme est un partenariat mondial établi en 1998 par l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale. En collaboration avec les gouvernements, d'autres organismes de développement, des ONG et des entreprises privées, il s'efforce de réduire le coût humain et socioéconomique du paludisme.