

4^e REUNION DU PARTENARIAT MONDIAL POUR FAIRE RECULER LE PALUDISME

Banque Mondiale, Washington, D.C., 18-19 avril 2001

Mobilisation des ressources extérieures pour la lutte contre le paludisme : perspectives dans les pays de l'Afrique de l'Ouest.

*18-19 Avril 2001
Banque Mondiale/Washington DC*

*Communication de Monsieur Famara Ibrahima SAGNA, **Temporary Adviser** / OMS*

- *Ancien Directeur Général de la Banque Nationale de Développement du Sénégal (BNDS)*
 - *Ancien Ministre du Développement Rural*
 - *Ancien Ministre du Développement Industriel et de l'Artisanat*
 - *Ancien Ministre de l'Intérieur*
 - *Ancien Ministre de l'Economie, des Finances, du Plan et de l'Intégration Africaine cumulativement*
 - *Président du Conseil Economique et social*
-

SOMMAIRE

Introduction

I. Analyse de la situation

1.1 Vers une coalition globale contre le paludisme

1.1.1 Les contributions au financement

1.1.2 Cadre et actions stratégiques

1.2 La situation de l'initiative " Roll Back Malaria " en Afrique de l'Ouest

1.3 L'intensification des progrès réalisés

II. La problématique des contraintes financières du projet RBM

2.1 Contraintes organisationnelles

2.2 Contraintes à l'accès aux traitements

III. Mobilisation et gestion des ressources extérieures

3.1 La fiabilité et la disponibilité des ressources de financement

3.1.1 Les ressources financières extérieures

3.1.2 Autres ressources au plan national et sous-régional

3.2 L'engagement des pays bénéficiaires à mener des programmes nationaux concertés

3.3 L'existence d'une structure de gestion transparente

3.4 L'existence d'une structure autonome centrale comme pour le sida

3.5 L'organisation d'une gestion décentralisée des moyens de lutte

3.6 L'existence d'une véritable politique de partenariat aux niveaux national, régional et international

3.7 La capacité d'absorption des financements dans le moyen et le long terme

3.8 La mise en place d'un dispositif de suivi et évaluation

IV. Conclusion

ABREVIATIONS

- . **ADI** : Association internationale de développement

- . **AIM** : African Initiative Malaria / Initiative Africaine sur le paludisme

- . **CNA** : Comité national antipaludéen

- . **PNLP** : Plan national de lutte contre le paludisme

- . **PPTE** : Pays pauvres très endettés

- . **RBM** : Roll Back Malaria / Faire reculer le paludisme

- . **SGE** : Services des grandes endémies

- . **TDR** : Programme spécial de recherche sur les maladies tropicales /Tropical Diseases Research

Introduction

Le paludisme est l'une des maladies qui entraînent la plus forte mortalité en Afrique subsaharienne. Cette région enregistre chaque année plus d'un million de décès du fait de cette maladie dont près de 80% sont des enfants de moins de 5 ans.

Deux raisons déterminantes expliquent la persistance et même le caractère actuellement endémique du paludisme. La première relève de la détérioration des systèmes sanitaires et de surveillances épidémiologiques des pays d'Afrique de l'Ouest. Ces pays n'ont pas les moyens techniques et financiers suffisants pour faire face à ce fléau. La deuxième est l'échec des actions internationales non coordonnées particulièrement l'absence de stratégies adaptées et l'inadéquation des dispositifs institutionnels mis en place.

En réalité, les ressources nécessaires au fonctionnement, tant du capital physique que du capital humain, ont souvent fait défaut. Les établissements de santé ne peuvent pas fonctionner correctement en raison de la pénurie de médicaments et de fournitures.

Malgré la longue histoire du paludisme en Afrique de l'Ouest, la plupart des programmes nationaux de lutte en sont encore aujourd'hui aux premiers stades de mise en œuvre. Au Sénégal, par exemple ce n'est qu'en 1995 qu'un plan national de lutte contre le paludisme a été élaboré. Pourtant la volonté politique n'a jamais manqué du côté des Etats africains aussi bien de la communauté internationale.

Pour relancer la communauté africaine, l'initiative de l'OMS de faire reculer le paludisme " *Roll Back Malaria* " a permis de mobiliser la communauté internationale notamment les Etats, les bailleurs de fonds, la recherche internationale, les ONG et la société civile pour une coalition globale contre le paludisme.

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, des activités pour faire reculer le paludisme ont pris leur essor. De nombreux chefs d'Etat des pays impaludés ont déclaré par écrit l'engagement de leur pays à l'initiative de l'OMS. A la suite des réunions de consensus, plusieurs autorités africaines ont élaboré des plans pour la mise en route de l'initiative dans leur pays.

I. Analyse de la situation

L'incidence économique du paludisme en l'Afrique au sud du Sahara est estimée actuellement à plus de 2 milliards US\$. Cette maladie constitue donc un obstacle majeur pour le développement économique en Afrique. *On estime que le taux de croissance de l'Afrique aurait augmenté de 32% actuellement si le paludisme avait été éradiqué il y a 35 ans⁽¹⁾.*

Le **Tableau n°1** ci-dessous montre les incidences économiques de la maladie au niveau d'un certain nombre de pays en Afrique de l'Ouest. Les incidences sont nommées en termes de pertes de pouvoir d'achat global pour les pays, pour les individus, ainsi qu'en termes de pertes de revenu. Il apparaît ainsi que les incidences économiques du paludisme sont particulièrement plus accentuées en Afrique de l'Ouest que pour le reste du continent.

Dans les pays les plus pauvres du monde, les investissements ont mis généralement l'accent sur la mise en place d'infrastructures physiques. Ces programmes ont souvent reçu l'appui des donateurs multilatéraux et bilatéraux qui en attendaient une amélioration des performances et espéraient que les pays seraient eux-mêmes en mesure de rassembler suffisamment de fonds publics pour couvrir les dépenses renouvelables. Le succès politique des investissements dans les systèmes de santé est rarement synonyme de viabilité comme le montre le **Tableau n°2**.

Pratiquement les performances des systèmes de santé des pays d'Afrique de l'Ouest occupent, à l'exception de quelques pays comme le Sénégal, les derniers rangs dans le monde.

En ce qui concerne particulièrement le paludisme, les programmes conçus et mis en œuvre de façon verticale impliquaient faiblement les Africains eux-mêmes autrement dit qu'ils faisaient peu cas de politique de partenariat. Cela peut en effet justifier l'organisation des conférences et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme très tardives. On peut citer :

- La première conférence africaine sur le paludisme s'est tenue en 1994 à Victoria Falls (Zimbabwe). Elle avait accueilli les représentants de 26 pays africains anglophones et francophones ;
- La deuxième conférence qui s'est tenue en 1996, a réuni les participants de 32 nations africaines à Dakar au Sénégal ;
- En 1997, lors du 33^{ème} sommet de l'OUA à Hararé, les chefs d'états et de Gouvernement avaient manifesté leur ferme volonté de mettre en place un plan d'action dit " *déclaration de Hararé*" pour combattre le paludisme ;

¹ Luke Gallup & J. Sachs –Economic Burden of Malaria. Harvard University

- L'*Initiative Africaine sur le Paludisme* (AIM), qui s'en est suivie, avait été entérinée par la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé en 1998. La Banque mondiale, la Banque africaine de développement, l'OMS, l'UNICEF et le PNUD ont répondu à cet appel et ont été soutenus par plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ce qui a permis d'accélérer les efforts de lutte contre le paludisme sur tout le continent ;

-La troisième Conférence, qui s'est tenue en 1998 à Nairobi, regroupait les participants de 32 pays d'Afrique. Pour la première fois, il était noté que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale et l'Organisation de l'Unité Africaine (O.U.A.) étaient représentés aux travaux de la conférence. La présence de l'OMS à cette conférence, comme on l'aura constaté, n'était pas fortuite. Elle venait surtout confirmer l'engagement solennel pris en particulier par le Dr Gro Harlem Brundtland, lors de sa prise de fonction en juillet 1998, comme nouveau Directeur général de l'OMS, que la lutte contre le paludisme particulièrement en Afrique serait une des priorités majeures de l'Organisation. Sous son impulsion, l'initiative "*Roll Back Malaria*" a été lancée par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et le PNUD le 28 octobre 1998.

Donc l'initiative "*Roll Back Malaria*", grâce à la volonté du Directeur général de l'OMS, a permis de mobiliser ces deux dernières années, la communauté internationale notamment les Etats, les bailleurs de fonds, la recherche internationale, les organisations non gouvernementales et la société civile pour une coalition globale contre le paludisme basée essentiellement sur un partenariat mondial.

1.1 Vers une coalition globale contre le paludisme

1.1.1 Contributions au financement

La stratégie suscitée par l'OMS et basée sur un partenariat "gouvernements, agences de développement et groupes privés", a abouti actuellement au soutien de l'action du projet "*Roll Back Malaria*" dans plus de 20 pays. L'allocation de fonds importants par l'OMS a constitué l'un des investissements financiers les plus significatifs qui ait été jamais consenti dans la lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne.

Depuis son lancement, le projet RBM a reçu environ 21 millions US\$, dont 3 250 000 au titre du budget ordinaire de l'OMS. Le **Tableau n°3** ci-dessous indique les principaux donateurs ainsi que leur niveau de contribution (en %) au fonctionnement du projet. On constate ainsi que plus de 80% du budget de ce projet sont des dotations extrabudgétaires.

Tableau 1-Incidences économiques du paludisme en Afrique de l'Ouest

West Africa (Country)	Aggregate loss (millions of ppp-adjusted 1987\$)	Per Person loss (millions of ppp-adjusted 1987\$)	As a fraction of actual 1995 Income
<i>Burkina Faso</i>	1684	162	18%
<i>Côte- d'Ivoire</i>	4107	294	18%
<i>Gambie</i>	251	226	18%
<i>Guinée Bissau</i>	152	142	14%

Tableau 2- Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble en Afrique de l'Ouest
Rangs de classement d'après 6 critères (estimations pour 1997)

Pays	Santé (Niveau)	Réalisation des objectifs (Degré)	Equité de la contribution financière	Réalisation Globale des objectifs	Dépenses de santé par habt (en dollars internationaux)	PERFORMANCE	
						D'après les effets sur le niveau de santé	performance globale du système de santé
Burkina Faso	178	174	173 –174	159	173	162	132
Côte- d'Ivoire	155	157 –160	116 –120	157	153	133	137
Gambie	143	165 –167	149	153	158	109	146
Guinée Bissau	170	184	174	180	156	156	176
Mali	183	187 –188	150 –151	178	179	170	163
Mauritanie	158	165 –167	153	169	141	151	162
Niger	190	189 –190	160 –161	188	185	177	170
Sénégal	151	118 –119	87	118	143	132	59
Sierra Leone	191	173	191	191	183	183	191

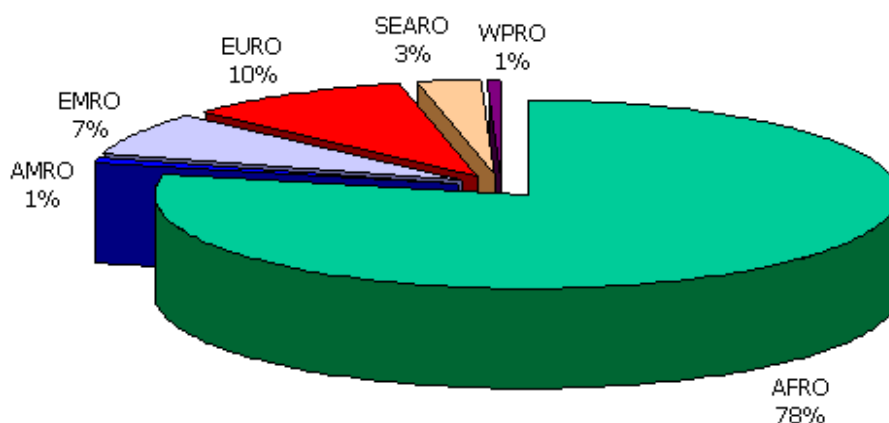
Source : OMS/ Rapport sur la santé dans le monde-2000

Tableau 3 – Contributions en espèces au projet du Cabinet Faire reculer le paludisme 1998-1999

Donateurs	Contribution (en %)
Belgique	0,4%
Canada	2%
Allemagne*	1%
Pays-Bas	5%
Norvège	4%
Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux	4%
Suède	6%
Suisse (pour TDR/RBM)	1%
Royaume-Uni	58%
Banque mondiale	5%
Budget ordinaire de l'OMS	15%
TOTAL	100%

Il doit être signalé aussi qu'un montant considérable de fonds additionnels ont fait l'objet d'annonces de contributions fermes de la part de la France (50 million FF), du Japon (3 millions US\$), de l'Italie et de la Banque mondiale . Le projet a également reçu des contributions en nature sous forme de personnel détaché par la Banque mondiale, l'AID des Etats-Unis d'Amérique. L'Allemagne a également promis 1 million DM pour la période 2000-2003 (les deux tiers pour la recherche sur le paludisme menée par le TDR). En outre, les Etats-Unis ont versé environ 35 millions US\$ pendant l'exercice 1999 pour aider à mettre en oeuvre le projet dans le monde.

Plus de 50% des recettes du projet ont été alloués aux partenariats mondiaux et régionaux et 25% à la recherche sur les interventions et le développement des produits. Une partie considérable de ces fonds (78%), a été affectée proportionnellement aux Régions chargées de catalyser des partenariats au niveau des pays. Comme l'indique le graphique ci-après, une majorité de ces fonds a été allouée à la Région africaine.



La 3^e réunion du partenariat mondial pour faire reculer le paludisme qui a eu lieu les 2 et 3 février 2000 à Genève a marqué la fin de la période préparatoire de 18 mois du projet "*Faire reculer le paludisme*". Au cours de cette réunion l'évaluation qui a été faite, a permis de faire ressortir les résultats importants liés à la stratégie d'approche de l'OMS. La plupart de ces résultats sont à mettre en relation avec les actions menées dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

1.1.2 Cadre et actions stratégiques

a) La vulgarisation du concept, de la stratégie et de l'approche RBM, et des actions de sensibilisation pour mobiliser un engagement politique et des ressources

Dans ce cadre , un plan de travail stratégique et un cadre logique ont été élaborés. Les six éléments d'une stratégie pour faire reculer le paludisme ont bénéficié d'un large soutien. Ils reposent sur la stratégie mondiale OMS de lutte contre le paludisme approuvée à Amsterdam en 1992, qui met l'accent sur :

- la détection précoce des flambées de paludisme,
- le diagnostic et le traitement rapides des malades,
- les moyens multiples et d'un bon rapport coût / efficacité propres à prévenir l'infection
- la recherche focalisée pour mettre au point et tester les nouveaux produits.

Deux éléments ont été ajoutés:

- le renforcement de la capacité du secteur de la santé et des efforts communautaires pour mieux coordonner l'action
- un mouvement mondial dynamique soutenu par une coalition de partenaires désireux de définir une approche commune.

Ces éléments devant être développés dans un environnement favorable d'institutions nationales fortes et de collaboration intersectorielle.

b) Un soutien apporté aux autorités nationales, aux partenaires pour le développement et autres groupes pour l'instauration de partenariats au niveau des pays à l'appui de l'action pour faire reculer le paludisme

Comme déjà signalé, dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, des activités pour faire reculer le paludisme ont pris leur essor. De nombreux chefs d'Etat des pays impaludés ont déclaré par écrit que leur pays s'était engagé vis-à-vis du mouvement mondial pour faire reculer le paludisme. A la suite des réunions de consensus, un certain nombre de pays ont élaboré des plans pour la mise en route de RBM dans leur pays. L'OMS a soutenu activement les activités en cours et les activités pour la mise en route de l'initiative pour faire reculer le paludisme, financièrement et par une assistance technique.

c) Des conseils techniques relatifs à l'action pour faire reculer le paludisme fournis sous la forme d'une aide pour le renforcement des capacités dans les pays

Le manque de capacités humaines et de formation adéquate dans les pays a été reconnu à plusieurs reprises comme un obstacle majeur au progrès des efforts déployés pour faire reculer le paludisme. A cet effet, le Groupe Maladies transmissibles (CDS) au Siège de l'OMS, avec l'appui de la Banque mondiale, a été associé à l'élaboration et à la production des matériels de formation sur le paludisme destinés la plupart à des catégories d'agents de santé et de matériels IEC (Information–Education–Sensibilisation) destinés aux écoles et aux communautés.

Des progrès ont été réalisés dans un certain nombre de domaines techniques indiqués ci-après :

- **L'analyse de situation**

Des instruments d'analyse de situation, notamment pour l'Afrique, ont été mis au point . En 1999, les instruments ont fait l'objet d'essais préalables aux niveaux national, du district et de la communauté dans quatre pays d'Afrique et ils ont été mis à la disposition de pays d'endémie. La méthodologie est maintenant adaptée et utilisée par de nombreux pays d'Afrique dans le cadre du processus national de mise en œuvre de la stratégie RBM. Elle a été adaptée même pour l'Asie du Sud-Est en avril 1999.

- **La cartographie de la charge paludéenne et accès aux soins de santé**

Des techniques nouvelles de cartographie détaillée du risque paludéen utilisant des modèles mathématiques de transmission du paludisme, d'informations météorologiques et d'images transmises par satellite ont été mises au point récemment.

- **Pour les situations d'urgence complexes.**

Un réseau de soutien technique pour faire reculer le paludisme dans les situations d'urgence complexes a été officiellement créé par le département OMS « *Secours d'urgence et action humanitaire* ».

- **La réduction de la transmission et la lutte antivectorielle.**

L'effet des moustiquaires sur la transmission du paludisme est désormais établi. Il subsiste cependant plusieurs problèmes liés à la commercialisation, à l'utilisation appropriée et la ré-imprégnation périodique des moustiquaires. Mais compte tenu des problèmes psychologiques liés à l'utilisation des moustiquaires dans un pays comme le Sénégal où cet instrument est apparu comme un outil des pauvres, il faudra trouver des solutions et des remèdes psychologiques pour faciliter une utilisation sur une grande échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans certaines zones impaludées.

- **La prise en charge à domicile du paludisme.**

Un réseau de soutien technique sur l'amélioration de la qualité des soins à domicile a été mis en place avec le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) en janvier 1999 lors d'une réunion qui a eu lieu à Nairobi (Kenya). Un plan d'action du réseau a été mis au point et un consensus atteint sur la structure et la gestion. Un groupe de base de vingt membres du réseau élargi a été constitué pour recenser les priorités du plan d'action pour les activités entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. Il a été proposé d'installer le secrétariat du réseau au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

d) Un soutien à la Recherche appliquée pour élaborer de nouvelles interventions RBM ou modifier celles qui existent et mise au point de nouveaux produits (pour le diagnostic, le traitement et/ou la prévention)

L'initiative pour faire reculer le paludisme privilégie une application plus efficace des instruments existants pour réduire le poids du paludisme, les investissements stratégiques en faveur de l'affinement de ces instruments et la mise au point de nouvelles interventions et de nouveaux produits. En fait, sans les interventions et les produits mis au point ces dernières années, l'initiative RBM n'aurait rien de très nouveau à offrir. Le programme spécial co-parrainé de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) a conduit à ces efforts.

Le partenariat s'est engagé à renforcer les capacités nécessaires, y compris celles de la communauté responsable des interventions, et à aider à la réalisation de recherches locales dans les pays et les régions impaludés. Il soutient aussi les initiatives de collecte de fonds pour les recherches stratégiques et le développement de produits adaptés à l'objectif plus lointain du projet RBM c'est-à-dire à la mise au point des vaccins bloquant la transmission.

Si plusieurs laboratoires contribuent aux progrès de la médecine tropicale, il est évident que les laboratoires pharmaceutiques à but lucratif ont beaucoup plus à gagner financièrement en développant des médicaments destinés aux pays développés. C'est pour parer à cela et pour encourager la mise au point d'antipaludiques, qu'a été créée *l'Opération Médicaments Antipaludiques* (MMV). Entreprise autonome à but non lucratif, MMV assure la liaison entre le secteur public et le secteur privé. Elle utilise des fonds publics pour accélérer la mise au point de nouveaux traitements antipaludiques efficaces.

Le programme spécial de recherche sur les maladies tropicales (TDR) et RBM ont aussi entrepris une étude sur les associations médicamenteuses. Des essais communautaires de courte et de longue durée sont en cours, l'accent portant sur 11 études dans 9 pays d'Afrique.

Autre fait encourageant, en mars dernier, l'OMS en partenariat avec la société *Glaxo-Smith-Kline* a annoncé la mise au point d'un nouveau traitement antipaludique baptisé *LAPDAP*, médicament qui pourrait être proposé aux programmes de santé de certains pays africains à des prix préférentiels, dès l'année prochaine .

1.2. La situation de l'Initiative " Roll Back Malaria " en Afrique de l'Ouest

Cette situation est la suivante :

Burkina Faso	La mise en route de RBM a commencé activement	A récemment finalisé les discussions avec l'OMS sur la déclaration d'intention. <ul style="list-style-type: none"> Analyse de la situation prévue incessamment
Côte d'Ivoire	Négociations sur la déclaration d'intention pour la mise en route	Expression d'un ferme engagement politique. <ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'intention finalisée. Analyse de la situation prévue incessamment
Gambie	La mise en route de RBM a commencé activement	Engagement pour l'initiative exprimé au plus haut niveau politique. A participé à la réunion régionale de consensus. S'est engagée dans le développement d'une initiative trilatérale appelée "La santé pour la paix", dans laquelle la Gambie dirigera la partie RBM, tandis que les deux autres pays, le Sénégal et la Guinée équatoriale, s'occuperont respectivement du VIH/SIDA et des JNV/PEV. Discute actuellement de la finalisation de la déclaration d'intention. A cause des fortes pluies cette année, le pays est sur le point de connaître une épidémie de paludisme et a besoin d'un approvisionnement d'urgence en antipaludiques. Le mouvement de partenariat se développe régulièrement. La Banque mondiale, la BAD, le PNUD et l'UNICEF disposent de ressources importantes pour la santé mais connaissent des difficultés à cause de problèmes de coordination.
Guinée-Bissau	La mise en route de RBM a commencé activement	Le Chef de l'Etat a exprimé son engagement. Participation aux réunions régionales de consensus. <ul style="list-style-type: none"> Les activités liées à la mise en route ont commencé par des exercices de sensibilisation nationale.
Libéria	Encore au stade de lancement du processus de mise en route	Engagement politique à haut niveau. Le pays a participé à la réunion régionale de consensus. La déclaration d'intention n'est pas encore disponible.
Mali	La mise en route de RBM a commencé activement	Choisi comme l'un des "pays phares" de l'initiative. Un engagement politique ferme s'est manifesté au plus haut niveau. A participé à la réunion régionale de consensus. Depuis, le Mali a finalisé sa déclaration d'intention et met en œuvre certaines activités. Il s'agit essentiellement d'analyser la situation dans cinq districts et d'élaborer une stratégie nationale pour faire reculer le paludisme. <ul style="list-style-type: none"> Analyse de la situation en cours
Mauritanie	Négociations sur la déclaration d'intention pour la mise en route	Engagement politique à haut niveau. Ce pays a participé à la réunion régionale de consensus. AFRO a prévu, du 15 au 20 décembre une mission de planification pour travailler avec le pays à la finalisation des plans de mise en route.
Niger	La mise en route de RBM a commencé activement	Engagement politique à haut niveau. Le pays a participé aux réunions régionales de consensus. Il a commencé à mettre en œuvre certaines activités liées à la mise en route.
Sénégal	La mise en route de RBM a commencé activement	L'engagement politique s'est manifesté à haut niveau. A participé à la réunion régionale de consensus. Pays à la tête de l'initiative "La Santé pour la Paix". <ul style="list-style-type: none"> La mise en route est lancée avec l'appui de l'OMS Sensibilisation nationale en cours Analyse de situation faite
Togo	Négociations sur la déclaration d'intention pour la mise en route	Engagement politique à haut niveau. A participé à la réunion régionale de consensus. <ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'intention finalisée Analyse de la situation prévue dans les prochains mois.

1.3 L'intensification des progrès réalisés

Comme on le constate, il existe une volonté politique forte et de plus en plus marquée pour soutenir la lutte contre le paludisme tant dans les pays d'endémie en Afrique de l'Ouest que dans la communauté des donateurs. Les chercheurs ont aussi mobilisé leur énergie (Initiative Multilatérale sur le Paludisme) et le secteur privé aussi s'est montré intéressé (Opération Médicaments contre le Paludisme). Sans parler des ONG ainsi que des Fondations, en particulier celles qui s'attachent au développement de la société civile, et qui aident les communautés à prendre des mesures pour réduire les conséquences du paludisme sur la santé (World Vision, Plan International, MFI, Rotary International etc..).

Mais il paraît nécessaire aujourd'hui encore plus que par le passé de consolider et d'intensifier les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme.

Toutefois, le manque de capacités humaines, de formation satisfaisante et surtout le niveau de pauvreté des populations particulièrement dans les pays d'Afrique de l'Ouest doivent être reconnus comme obstacles majeurs au progrès déployé pour faire reculer la maladie.

En effet, il est admis aujourd'hui que les pays d'endémie figurent parmi les plus pauvres du monde. Dans ces pays jusqu'à 90% des médicaments sont payés directement par les ménages sur leur revenu propre et que ces frais peuvent représenter 50% des dépenses des ménages. On peut donc aisément comprendre que cette prise en charge de la maladie contribue à l'appauvrissement des populations et des pays.

En 1997, on estimait que le paludisme avait coûté plus de 2 milliards US\$ aux Pays d'Afrique subsaharienne. Actuellement le coût moyen de la mise en œuvre de plans de lutte antipaludique concernant le traitement de la maladie est estimé à une moyenne de 300 000 US\$ par pays et par an, compte non tenu des activités de l'OMS de lutte complètes intégrant la lutte anti-épidémique.

Globalement pour la région Afrique de l'Ouest, on évalue les besoins à environ 5 millions US\$ chaque année. Comme on le constate, les ressources extrabudgétaires nécessaires pour la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest sont considérables.

Mais elles sont justifiées non seulement d'un point de vue sanitaire, mais aussi en tenant compte de considérations purement économiques.

La lutte contre le paludisme résulte aussi du besoin fondamental d'assurer la croissance économique et le bien-être général dans ces pays en proie à une pauvreté elle aussi endémique. Les investissements tant humains que matériels qui s'imposent en Afrique de l'Ouest, sont dans une très large mesure des investissements que les pays concernés ont toujours jugés indispensables, mais n'ont jamais pu réaliser en raison de la rareté des ressources financières dans un contexte dominé par l'application de programmes d'ajustement.

Une nouvelle stratégie de partenariat doit être adoptée consistant à partager la conviction que les investissements dans le secteur de la santé peuvent apporter une contribution notable à la réduction de la pauvreté et à la croissance économique.

Le contexte actuel est particulièrement favorable pour expérimenter cette nouvelle stratégie.

Tout d'abord, l'expérience montre que les ménages et les communautés en Afrique de l'Ouest ont la volonté et les capacités d'utiliser les connaissances et les ressources pour identifier et répondre efficacement aux problèmes de santé. L'initiative lancée à Bamako démontre clairement qu'il existe des capacités au niveau des ménages et des communautés pour l'amélioration de la santé.

Ensuite le succès des plans de microfinancement destinés notamment aux femmes, milite pour la promotion et le renforcement des projets générant des revenus et apportant des améliorations de base en matière de logements et d'environnement, contribuant à la prévention et à la lutte antipaludiques et à un accès direct aux médicaments, matériel, fournitures, et transport essentiels à la protection et au traitement.

Enfin, on constate un élargissement des partenaires internationaux et un engagement de plus en plus notable de leur part, dans le financement des systèmes de santé en général et dans la lutte contre les maladies transmissibles en particulier.

A cet égard, on doit accueillir avec beaucoup de satisfaction les engagements récents pris à ce niveau notamment par :

- le G8 lors de la réunion tenue le 23 juillet 2000 à Okinawa (Japon) et au cours de laquelle les représentants des huit grands pays industriels ont convenu de redoubler leurs efforts en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles dans les pays en développement.
- la Banque mondiale de tripler le financement de l'Association internationale de développement (ADI) pour la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose.
- le Canada de verser une contribution de 10 millions de dollars à la campagne africaine *Faire reculer le paludisme*, destinée à servir au renforcement des services de santé primaire en Afrique, à la surveillance de la maladie et au lancement des activités auxquelles les communautés africaines participeront activement.
- la décision de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) lors du sommet de Davos de février 2000 de créer un fonds mondial de plusieurs millions de dollars pour les vaccins destinés aux enfants.

Comme on le constate donc, une coalition mondiale pour mobiliser des ressources extérieures pour la lutte contre le paludisme, est en cours. Il devient par conséquent nécessaire et urgent plus que par le passé de réfléchir sur les mécanismes de financement et de gestion de ces ressources extérieures afin que les objectifs visés dans nos pays, puissent être atteints.

Dans les pages qui suivent, des propositions concrètes seront formulées à cet égard conformément aux termes de références de notre mission.

II. La problématique des contraintes financières du projet RBM

L'analyse des actions de lutte menées jusque-là contre le paludisme en Afrique de l'Ouest montre que tous les pays sont totalement tributaires de l'appui de l'OMS à travers son projet RBM.

La contribution de l'OMS au niveau de chaque pays depuis 1997, a été en moyenne de 200 000 à 300 000 US\$ par an. Dans une moindre mesure on peut signaler aussi l'action de l'UNICEF et de certaines ONG (fourniture de matériaux imprégnés d'insecticides, de chloroquine, formation de relais etc.). Mais Il faut le dire avec force, les ressources allouées actuellement sont sans commune mesure avec les besoins.

Les situations analysées actuellement le montrent très bien.

Au Sénégal par exemple un Plan National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été élaboré avec comme objectif de réduire de 30% la mortalité dans les cinq prochaines années (2001-2005). Son coût global est évalué à environ 26 milliards Fcfa soit 35 millions US\$ représentant des besoins annuels de plus de 5 millions US\$.

2.1-Contraintes organisationnelles

Les contraintes que voilà montrent qu'au niveau de nos pays et de nos partenaires, une organisation appropriée et des efforts massifs s'imposent pour réduire de moitié la charge du paludisme d'ici 2010 :

- La lutte contre le paludisme dispose d'un nombre important de partenaires financiers, les activités ne sont pas prises en compte dans le cadre de plans stratégiques , de sorte que souvent , dans nos pays un problème important de coordination au niveau central se pose . Il a été même constaté que certains de ces partenaires ont des stratégies *quasi-opposées* sur le terrain. Ceci en général est dû au fait que la majeure partie de l'aide prend la forme de projets qui sont élaborés et négociés séparément par chaque donateur avec les autorités nationales.

Si elle n'est certes pas inefficace ,la coopération internationale dans le cadre de projets peut conduire à des fractionnements et des chevauchements d'activités, notamment lorsqu'interviennent de nombreux donateurs dont chacun s'intéresse à ses propres priorités géographiques ou programmatiques.

Une telle approche oblige les autorités nationales à consacrer beaucoup de temps et d'efforts aux priorités et procédures des donateurs, aux dépens de leurs propres fonctions d'administration générale et d'exécution de leurs programmes de santé. Au Sénégal par exemple, la campagne de promotion des moustiquaires imprégnées prévue en 1999 n'a pu être réalisée à cause des problèmes de procédures administratives entre le programme national et la Banque Mondiale.

- La participation effective et efficace des représentants du partenaire africain fait aussi souvent défaut alors que c'est une condition majeure de l'appropriation et de l'utilisation des mécanismes financiers mis en place. Il doit être clair qu'en matière de lutte contre le paludisme, la responsabilité première incombe d'abord au pays endémique et que les pays développés doivent soutenir leurs efforts dans ce sens.

- Un élément-clé d'une approche stratégique en matière de lutte contre le paludisme doit consister en l'identification et la reconnaissance des avantages comparatifs de chaque partenaire impliqué. Les participants aux programmes pour faire reculer le paludisme ne pourront collaborer de manière harmonieuse que si les acteurs (à l'intérieur ou à l'extérieur du pays) qui offrent un appui politique, financier ou technique coordonnent efficacement leurs efforts et s'entendent sur les intentions et les stratégies.

2.2-Contraintes à l'accès aux traitements

Les succès en matière d'élimination de maladies comme le paludisme dépendent des efforts déployés par les derniers pays à avoir ces maladies sur leur territoire (c'est à dire l'essentiel des pays d'Afrique de l'ouest). Les dépenses en biens publics dans ces pays pauvres doivent dans ce contexte être particulièrement prioritaires .

- Les réformes du Système de Santé (décentralisation, financement) ont eu comme conséquence une inflation des coûts des soins de santé et l'incapacité des pouvoirs publics à les contenir a stimulé les efforts en vue de les compenser par d'autres systèmes (cofinancement, facturation à l'utilisateur, assurance maladie) .

Ces réformes ont permis sans doute une meilleure utilisation des ressources, mais elles ont abouti à faire supporter aux couches défavorisées une part croissante du coût des soins.

Pour le cas du paludisme, il nous faut arriver à concevoir des programmes de lutte qui assurent un diagnostic et un traitement accessible. Au Viet Nam par exemple, l'engagement du gouvernement, en grande partie sous la forme d'un approvisionnement gratuit en moustiquaires imprégnées d'insecticide et de l'utilisation de médicaments antipaludiques de grande qualité produits localement, a permis de faire diminuer le nombre des décès imputables au paludisme de 97 % en cinq ans. Cet effort concerté a impliqué de gros investissements dans la formation et les systèmes de notification des maladies, le recours à des équipes mobiles pour encadrer les agents de santé et la mobilisation d'agents bénévoles.

- Dans les pays les plus démunis d'Afrique de l'Ouest, la fraction des dépenses gouvernementales annuellement affectée à la santé dépasse rarement 3 à 5 dollars par personne, et compte tenu d'une contribution privée du même ordre de grandeur, les dépenses totales de santé sont de 6 à 10 dollars par personne. Cette contrainte est encore aggravée par la mise en œuvre de programme d'ajustements structurels.

III. Mobilisation et gestion des ressources

La mobilisation des ressources financières pour la lutte contre le paludisme doit reposer sur des principes et des stratégies à l'échelon national, régional et international, crédibles et susceptibles de convaincre les partenaires sur :

- la fiabilité et la disponibilité des ressources de financement,
- l'engagement des pays bénéficiaires à mener des programmes nationaux concertés,
- l'existence d'une structure de gestion transparente des appuis financiers,
- l'existence d'une structure autonome centrale comme pour le sida,
- l'organisation d'une gestion décentralisée des moyens de lutte,
- l'existence d'une véritable politique de partenariat au niveau national, régional et international,
- la capacité d'absorption des financements dans le moyen et le long terme,
- la mise en place d'un dispositif de suivi et évaluation

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest fortement endettés, la stratégie de remise de dette adossée sur la lutte contre le paludisme pourrait être un instrument permettant d'accroître le financement pour la lutte contre la maladie. Ceci représenterait un nouvel engagement de la communauté des bailleurs et des Etats concernés envers le paludisme.

Etablies sous forme de conditionnalité dans le cadre d'une opération de remise de dette, ces ressources peuvent fortement contribuer au renforcement de la capacité des systèmes nationaux et aider les communautés à faire face à toutes les maladies.

En Afrique de l'Ouest, la mise en place de mécanismes efficaces de mobilisation de ressources extrabudgétaires doit avoir pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires (secteurs public, privé et associatif) impliqués dans la lutte contre le paludisme, des incitations financières appropriées. L'objectif étant de réduire ou d'éliminer le risque, pour les communautés, d'être incapable de payer les soins ou de s'appauvrir en essayant de le faire. L'expérience de ces dernières années a montré que le projet "*Roll Back Malaria*" a su être un interface efficace et opérationnel dans la démarche de partenariat pour éradiquer le paludisme. Mais aussi, il nous semble important qu'un certain nombre de principes⁽²⁾ soient clairement admis :

Le premier principe est que la direction africaine tant au niveau régional et national soit effective dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;

Le deuxième principe est que la communauté des donateurs et les organisations internationales ayant des responsabilités dans le domaine du paludisme devraient s'intéresser plus à soutenir les initiatives africaines plutôt que de prendre la direction sur le plan national et international.

A la lumière de ces principes et de ces stratégies, il apparaît que le projet RBM doit aussi amorcer son évolution vers une organisation dotée d'une autonomie.

3.1 La fiabilité et la disponibilité des ressources de financement

3.1.1 Les ressources financières extérieures

Pour la mobilisation des ressources extérieures pour la lutte contre le paludisme, il importe notamment de canaliser vers un nombre accru de pays impaludés des sources de financements internationaux plus abondantes et plus stables, de renforcer la coopération internationale afin de d'inverser la baisse de l'aide publique au développement (APD), et de trouver des solutions durables aux problèmes d'endettement.

L'initiative des pays pauvres très endettés (PPTE)

L'Initiative PPTTE offre des possibilités d'extension du financement d'actions identifiées dans les secteurs sociaux et liées directement à l'atteinte des objectifs de lutte contre la pauvreté. En effet, cette initiative constitue un mécanisme de financement spécialement axé sur des actions de lutte contre la pauvreté. Ces financements ne constituent pas des tirages extérieurs, mais consistent en des paiements échus de la dette que le pays bénéficiaire devait rembourser à des créanciers et qui ont fait l'objet de la part de ces derniers de renoncement au profit du financement de projets sociaux de lutte contre la pauvreté.

Le Sénégal, par exemple, a atteint le point de décision de la remise de la dette multilatérale en juin 2000 et se trouve actuellement dans la phase intérimaire marquée par la préparation d'un document de stratégie de lutte contre la pauvreté pour un meilleur investissement dans les secteurs sociaux, notamment la santé et l'éducation.

Actuellement le montant des ressources disponibles est évalué à environ 34 milliards de F CFA dont 10 milliards sur l'année 2000 et 24 milliards en 2001. La Banque mondiale estime que les montants disponibles sur la période 2002-2009 pourraient être de 50 à 100 milliards par an. Ces montants pourraient en théorie financer l'ensemble des soins de santé primaire, y compris donc la lutte contre le paludisme pour le Sénégal.

Il serait donc important qu'au niveau des pays éligibles à l'Initiative PPTTE que le projet RBM soit considéré comme une composante à part entière du programme de lutte contre la pauvreté. Et qu'au niveau des autres pays touchés par le paludisme mais non éligibles à cette initiative, qu'un instrument semblable soit mis à leur disposition pour lutter aussi efficacement contre le paludisme.

² R. Paul Shaw et A. Edward Elmendorf, 1994. *Pour une meilleure santé en Afrique - Les leçons de l'expérience*, Série: Développement à l'oeuvre, Banque Mondiale, Washington, D.C.

L'aide publique au développement (APD)

L'APD constitue une source de financement qui pourrait largement profiter à la lutte contre le paludisme dans le cadre de l'Initiative 20/20 adoptée en mars 1995 à Copenhague lors du Sommet mondial pour le développement social. L'Initiative 20/20 demande aux gouvernements des pays donateurs et des pays en développement d'allouer respectivement 20 % de l'aide publique au développement (APD) et 20 % du budget national aux soins de santé de base (SSB) dont on reconnaît que l'accès à tous est primordial pour la réduction de la pauvreté. Elle vise aussi à garantir une utilisation plus efficace et plus équitable de ces ressources.

L'Appui des Organisations Non Gouvernementales internationales

Les ONG constituent aujourd'hui l'un des instruments d'aide auxquels ont recours la plupart des organismes d'aide internationale pour encourager des programmes de développement participatif. Actuellement, la plupart des partenaires au développement ont mis en place de nouvelles réglementations relatives aux ONG et s'attendent à ce que ces dernières jouent un rôle majeur dans le développement compte tenu de leur autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics, de leur utilité sociale visant à satisfaire les besoins des collectivités et de la liberté de leurs actions. Ainsi, certaines tâches de la coopération internationale, notamment celles relatives à l'exécution des projets contre le paludisme sur le terrain, pourront leur être confiées.

Des manifestations pour la collecte de fonds au niveau international

A l'instar de la FAO, l'OMS doit aussi déployer des efforts pour promouvoir la lutte contre le paludisme au moyen d'initiative semblable à celle de "La nourriture pour tous - Téléfood" et signer dans ce cadre des accords avec les firmes intéressées pour sponsoriser les actions visant à réduire la mortalité causée par le paludisme.

Enfin ,d'autres sources de financement au plan international peuvent être identifiées à savoir :

- La coopération décentralisée
- Les dons et legs
- La participation du secteur privé international
- Le financement au titre de l'aide au développement (G8, etc..)

3.1.2 *Autres Ressources au plan national et sous-régional.*

D'autres sources non étatiques de financement des actions de lutte contre le paludisme existent au niveau national et sous-régional.

- Au Sénégal par exemple, il existe de grandes sociétés d'aménagement autour des différentes voies d'eau. Ces sociétés aménagent de grandes superficies pour la culture irriguée et contribuent ainsi à la multiplication des larves de moustique. L'institution d'un impôt sur les externalités négatives pour la santé des populations drainerait des fonds qui pourraient servir contre le paludisme dans les sites exposés.
- Il pourrait aussi être institué un système de remise fiscale en faveur des entreprises privées qui acceptent de participer au financement de la lutte contre le paludisme.
- Au niveau des collectivités locales, les programmes d'utilisation des fonds de concours pourrait comporter en plus des activités d'assainissement et de l'amélioration du cadre de vie des habitants, un volet de lutte contre le paludisme.

Nous pensons qu'il faudra cependant, comme dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, éviter de trop mettre à la charge des populations la plupart des frais à engager dans la lutte contre le paludisme. L'Initiative de Bamako est sans doute salutaire et a beaucoup contribué à la maîtrise des dépenses publiques de santé. Cependant, en matière de lutte contre une maladie avec laquelle les populations ont appris à vivre au point de plus en avoir peur, c'est le cas du paludisme, le recouvrement des coûts sur les bénéficiaires a forcément ses limites. A défaut de pouvoir y renoncer, la solution serait d'abord de les réduire.

3.2 L'engagement des pays bénéficiaires à mener des programmes nationaux concertés

L'élaboration de programmes nationaux concertés permettent aux bailleurs de fonds de s'assurer de l'existence de stratégies claires des pays bénéficiaires et que leurs réalisations ne seront pas entravées par le manque d'engagement des pays concernés, par la lourdeur des procédures administratives, par l'absence de structures de coordination au sein de l'administration de ces pays . Ce qui devrait permettre la mise en œuvre correcte des projets avec de réelles chances d'accomplir des progrès.

Ces programmes doivent reposer sur une démarche plus dynamique de lutte contre le paludisme assise sur un large consensus au sein des pays bénéficiaires. Chaque pays doit donc se charger de l'élaboration de son programme avec une large participation de la société civile, des institutions élues et des principaux donateurs. Les stratégies qui y sont dégagées doivent être fondées sur une bonne compréhension de la nature et des facteurs déterminants des effets néfastes du paludisme grâce à une bonne analyse de situation et axées sur la réalisation d'objectifs mesurables en termes de résultats concrets.

Dans ce cadre, le document de programme de lutte contre le paludisme devient un instrument clé dans les relations entre les pays et la communauté des donateurs et constitue de ce fait un engagement des pays aux yeux de la communauté internationale toute entière.

3.3 L'existence d'une structure de gestion transparente

Pour une gestion transparente des ressources, une structure fiable doit être mise en place facilitant la circulation et l'utilisation des fonds de façon conforme au programme.

Afin de renforcer la capacité des gouvernements à gérer des ressources financières diverses, il sera nécessaire de disposer d'un cadre comptable unique pour tous les donateurs, des normes et des procédures administratives et financières communes. La gestion devra être décentralisée et assurée par des personnes compétentes en la matière. Ainsi chaque région devra disposer de son gestionnaire de haut niveau, expérimenté en comptabilité privée comme en finances publiques. La comptabilité de chaque district devra aussi être préparée et saisie sous le contrôle d'un comptable expérimenté. Les comptes dont ils disposeront devront faire l'objet d'audits réguliers.

3.4 L'existence d'une structure autonome centrale comme pour le Sida

Actuellement dans de nombreux pays les programmes de lutte contre le paludisme, intégrés dans les services étatiques confrontés à un manque de ressources avéré, ne peuvent remplir correctement leur mission. Au Sénégal, par exemple, le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) est logé au niveau du Service des grandes endémies (SGE) ce qui ne facilite pas sa mise en œuvre en raison des multiples procédures administratives.

Il convient donc de rendre autonome les programmes nationaux de lutte contre le paludisme de manière à ce qu'ils puissent remplir correctement leurs fonctions de synthèse, de négociation et d'aide à la prise de décisions. L'objectif étant d'apporter une dimension particulière dans la planification, la gestion financière et la cohérence des programmes. Le renouveau prôné à travers l'Initiative RBM n'est envisageable, nous semble-t-il, que si les comités nationaux dont nous proposons la création au niveau de chaque pays pour gérer les PNLN jouissent d'un statut autonome dans l'organisation administrative et politique.

3.5 L'organisation d'une gestion décentralisée des moyens de lutte

Pour une bonne réussite des programmes de lutte contre le paludisme, la décentralisation des moyens de lutte constitue la stratégie la plus adéquate pour permettre aux populations de prendre part activement aux différents programmes. Afin de renforcer la complémentarité des actions de lutte contre le paludisme avec celles des autres programmes (Sida, Tuberculose...) il convient d'organiser cette décentralisation sur les mêmes bases que l'organisation actuelle de la pyramide sanitaire.

Au Sénégal par exemple, la pyramide sanitaire comprend à la base les districts sanitaires qui comprennent chacun un centre de santé avec un médecin qui dirige l'équipe cadre du district et un réseau de poste de santé. Au niveau intermédiaire, se trouvent les régions médicales. Chaque région médicale est dirigée par un médecin de santé publique appuyé par un secteur des grandes endémies, un hôpital régional, une brigade d'hygiène, les services régionaux de l'action sociale, de l'alimentation et de la nutrition, le centre de protection maternelle et infantile. Le sommet étant occupé par le Ministère de la santé.

La décentralisation contribue ainsi à légitimer la dynamique qui a permis aux populations de survivre. En donnant aux populations les possibilités de connaître l'ensemble des moyens alloués dans le cadre de la lutte contre le paludisme et en les impliquant dès le départ dans les procédures de décision, la décentralisation pourrait faciliter l'appropriation des investissements et des actions par les populations et les services concernés.

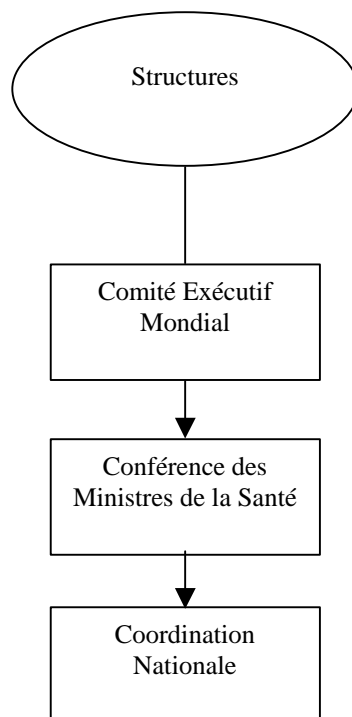
3.6 L'existence d'une véritable politique de partenariat aux niveaux national, régional et international

Pour une solide politique de partenariat, il pourrait être créé un réseau pour le financement de la lutte contre le paludisme du haut vers le bas. Il est suggéré que le réseau soit constitué de personnalités ou de personnes ressources reconnues comme telles, choisies pour faire le suivi de la mobilisation des fonds et la gestion des ressources allouées.

Le réseau sera composé :

- d'un comité exécutif mondial.
- d'une conférence des ministres de la santé chargée d'harmoniser au niveau de chaque région les politiques de lutte contre le paludisme,
- d'une coordination nationale.

Modèle de structuration proposé



Les responsabilités et les missions du réseau sont les suivantes :

- conjuguer les efforts des Etats membres,
- renforcer les capacités de gestion des financements de lutte contre le paludisme,
- développer une compréhension commune des besoins de lutte contre le paludisme,
- définir des stratégies et des activités concertées pour la politique de lutte contre le paludisme,
- promouvoir une harmonisation des luttes contre le paludisme,

- répondre au besoin de financement des programmes nationaux et régionaux,
- effectuer un travail de mobilisation et de sensibilisation de la population en faveur de la lutte contre le paludisme,
- organiser des manifestations publiques, des débats impliquant les chercheurs en la matière et séminaires de recherche sur le paludisme,
- procéder à une évaluation périodique des besoins nationaux de lutte contre le paludisme.

3.7 La capacité d'absorption des financements dans le moyen et le long terme

L'Initiative PPTTE et les autres sources de financement identifiées doivent être efficacement exploitées par nos pays. Dès lors, la capacité de nos pays à absorber sur le moyen et le long terme ces financements ne peut manquer de se poser. Dans cette perspective il semble impérative d'innover dans le domaine des techniques de programmation et que le travail de programmation soit permanent. Ceci devrait permettre une réflexion sur les axes stratégiques des programmes de lutte contre le paludisme, leur impact sur la pauvreté, l'intégration des stratégies du RBM dans la lutte contre la pauvreté.

Dans ce cadre, afin de supprimer la césure entre l'élaboration et l'exécution des projets et les programmes, il pourrait être institué une programmation glissante des activités de lutte contre le paludisme. Elle consiste, par rapport aux grandes orientations dégagées dans les plans nationaux de lutte contre le paludisme, de programmer l'ensemble des actions nécessaires pour atteindre ces objectifs sur 2 ou 3 ans et que cette programmation soit révisée chaque année. Elle permettra ainsi de lier le court terme, le moyen terme et le long terme avec une meilleure maîtrise de ce dernier. Dans ce cadre, il pourrait être créés des comités nationaux qui réfléchiront sur la stratégie de lutte contre le paludisme.

Un cadrage financier pertinent des actions de lutte contre le paludisme devra par conséquent prendre en compte les ressources additionnelles de la remise de la dette et les autres ressources disponibles ainsi que les actions et activités issues de la programmation glissante.

Pour cela, la programmation glissante doit s'appuyer sur une planification détaillée des activités dans les districts de santé et dans les régions médicales. Elle sera ainsi globale et tiendra compte de toutes les ressources disponibles. A l'instar de ce qui se fait au

Sénégal au niveau du programme de développement intégré de la Santé (PDIS), la programmation qui sera ici glissante, sera une planification par objectif et par résultat attendu. Les étapes pourraient être les suivantes :

1. le niveau opérationnel évalue ses besoins avec ses structures sanitaires et ses partenaires locaux (ONG, collectivités locales, comités de santé...);
2. le district sanitaire élabore sa programmation sur la base de l'enveloppe financière disponible pour l'année t+1 et sur la base de ses objectifs pour les années t+2 et t+3 ;
3. après leur adoption, ces plans sont mis en commun au niveau de la région médicale qui adopte ainsi son plan ;
4. ces plans sont ensuite envoyés au comité national qui procède à leur mise en commun pour disposer au niveau national d'un plan ;
5. si ce plan est adopté, les budgets sont dégagés et envoyés aux régions et districts qui, chacun en ce qui le concerne, gère son propre budget selon des normes et des procédures communes au niveau de chaque pays.

3.8 La mise en place d'un dispositif de suivi et évaluation

Pour chaque pays, le comité national antipaludéen (CNA) sera la structure de pilotage de son programme de lutte contre le paludisme. Il devra être dirigé par une personnalité désignée par les pouvoirs publics en même temps que les membres du comité qui doivent représenter les différentes composantes de la société impliquée dans la lutte contre le paludisme.

Le comité est chargé de contrôler de manière périodique les activités du programme, de donner son aval au programme de travail, participe à la mobilisation et à la sensibilisation des populations en faveur de la lutte contre le paludisme et d'organiser des manifestations .

Un coordinateur national assure la mise en œuvre des programmes arrêtés par le comité national.

Les programmes devront être périodiquement évalués tant sur le plan de l'exécution technique des tâches et sur le plan économique et financier et leur impact en terme de lutte contre la pauvreté mesuré. Ces évaluations devront être externes, c'est-à-dire

qu'elles devront être menées par des experts de haut niveau , extérieurs aux programmes et aux comités nationaux antipaludéens. Des missions devraient ainsi être organisées chaque année au niveau de chaque pays pour contrôler l'efficacité des fonds et donner de nouvelles orientations si besoin.

Deux types d'évaluateurs seront choisis en accord avec les partenaires :

- un évaluateur chargé des aspects économiques et financiers,
- un évaluateur chargé des aspects liés à l'efficacité et aux stratégies de lutte.

Un système de réseau pourra être implanté à travers chaque pays et chaque région, regroupant les comités nationaux pour harmoniser les politiques de sensibilisation des populations et des partenaires au développement sur le problème de lutte contre le paludisme.

IV. CONCLUSION

La banalisation du paludisme considéré comme une fatalité a été pendant longtemps une réalité en Afrique. Or pour paraphraser Dr. Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, " *le paludisme conduit à la pauvreté et la pauvreté engendre la mort* ". Cette logique macabre ne doit plus prévaloir en Afrique de l'Ouest. Et il ne dépend que nous qui sommes réunis ici de changer les choses. Car le paludisme n'est pas seulement une maladie meurtrière, mais également un ennemi de la croissance économique.

Par ailleurs, si le paludisme constitue un frein pour l'Afrique, il constitue aussi une menace pour l'Europe . Comme indiqué dans un rapport présenté lors du sommet des Chefs d'Etat africains à Abuja au Nigeria en avril 2000, le paludisme n'est pas une priorité purement africaine. Le paludisme est aussi un problème en Europe car " ***les moustiques prennent l'avion aussi... !*** ".

C'est pourquoi une coalition mondiale est nécessaire pour vaincre ce fléau. L'OMS a eu le mérite d'engager la mobilisation et de battre le rappel des troupes.

Aujourd'hui le développement du fléau nécessite le renforcement du dispositif actuel. Les regards de l'observateur se tourne vers l'ONUSIDA qui semble disposer d'atouts plus importants que les excellents instruments mis en place par l'OMS pour lutter contre le paludisme.

L'OMS est une organisation de taille modeste au regard de son mandat et des nombreux besoins insatisfaits. L'OMS ne dispense pas de services de santé. Ces services, ce sont les autorités nationales et régionales, les ONG, les dispensateurs privés et les communautés qui les fournissent. C'est vous qui les dispensez et c'est par notre effort conjugué que nous pouvons atteindre les objectifs fixés.