

En 2000, entre 350 et 500 millions d'épisodes de paludisme ont provoqué la mort d'un million de personnes, principalement des enfants.

Aujourd'hui, la moitié de la population mondiale, soit 3,3 milliards de personnes, sont exposées au risque de paludisme.



SECTION I Le paludisme aujourd'hui

1. Présentation du Plan d'action mondial contre le paludisme	24
2. Vision et objectifs du Partenariat RBM	25
3. Fardeau mondial et couverture actuels	27
4. Financement de la lutte contre le paludisme aujourd'hui	35



1. Présentation du Plan d'action mondial contre le paludisme

Le Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) est une initiative du Partenariat Roll Back Malaria (RBM), l'organisme international de coordination de la lutte contre le paludisme. Le Partenariat RBM comprend l'ensemble des pays endémiques, des partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires, des fondations et instituts de recherche ou universités impliqués dans la lutte contre le paludisme, ainsi que le RPS, des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux.

Le Conseil d'administration de RBM a recommandé l'élaboration d'un Plan d'action mondial contre le paludisme dans le cadre d'un processus consultatif approfondi. En conséquence, le Partenariat RBM a développé ce plan en impliquant plus de 250 personnes des pays endémiques, des organisations internationales partenaires et des experts de différents secteurs allant de l'économie au contrôle du paludisme en passant par l'épidémiologie. Leur contribution et leurs conseils ont joué un rôle inestimable dans l'élaboration et la révision du plan. L'*Annexe 1* dresse la liste de tous les contributeurs.

Le Plan d'action mondial contre le paludisme vise à promouvoir un consensus entre l'ensemble des partenaires autour des objectifs, de la stratégie et des activités à mener par le Partenariat RBM et à exposer clairement ces objectifs, stratégies et activités. Le Plan permettra d'optimiser l'impact des efforts de la communauté dans sa lutte contre le paludisme en orientant les priorités en matière de ressources et en renforçant la cohérence et l'efficacité des différentes initiatives. Le GMAP peut influencer sur les activités des partenaires et des états en soutenant la définition d'une politique normative, la création de plans nationaux et le développement des plans de mise en œuvre des partenaires individuels. Cependant, ces activités restent sous la responsabilité des états et des partenaires.

Le Plan couvre de nombreux domaines d'intervention en cours. Au fur et à mesure de leur évolution, ils continueront d'influer sur la manière dont le Partenariat RBM traite le problème du paludisme. Ce Plan est donc un document vivant : il sera continuellement mis à jour d'après les nouvelles informations recueillies et intégrera les besoins nouvellement identifiés par le biais du site web de RBM et de révisions périodiques.

Le plan s'articule en quatre sections :

- *La Section I : Le paludisme aujourd'hui* expose brièvement la vision et les objectifs du Partenariat RBM, le fardeau global actuel et le financement actuel.
- *La Section II : La stratégie mondiale* présente la stratégie à court, moyen et long terme en matière de lutte contre le paludisme. Cette section est consacrée aux actions à mener dans le monde et propose une vision globale allant au-delà de ce que le Partenariat RBM peut réaliser seul. Cette section estime également les coûts et bénéfices de la stratégie mondiale.
- *La Section III : Les stratégies régionales* envisagent les implications de la stratégie mondiale pour l'Afrique, l'Asie-Pacifique, les Amériques, le Moyen-Orient et l'Eurasie. Cette section présente un aperçu du paludisme et de son contrôle dans chaque région et expose brièvement les mesures nécessaires pour que chaque région atteigne les objectifs.
- *La Section IV : Le rôle du Partenariat RBM* met en lumière ce que le Partenariat RBM mettra en œuvre pour atteindre ses objectifs.

2. Vision et objectifs du Partenariat RBM

Notre vision et nos objectifs sont source d'inspiration. Ils servent à la fois d'appel à l'action et d'invitation de tous les partenaires à coopérer en vue de leur réalisation. Ils sont conçus pour le monde entier, tout en reconnaissant que leur faisabilité sera variable d'un pays à l'autre. Certains pays ont ainsi déjà atteint les objectifs de 2010 et même de 2015, tandis que d'autres auront des difficultés à atteindre d'ici 2015 les objectifs fixés pour 2010.

Notre vision

Notre vision est un monde libéré du fardeau du paludisme.

D'ici 2015, l'Objectif du millénaire pour le développement (OMD) propre au paludisme est atteint et le paludisme n'est plus une cause majeure de mortalité, ni un obstacle à la croissance ou au développement social et économique, où que ce soit dans le monde.

Après 2015, tous les pays et partenaires poursuivent leur engagement politique et financier en faveur de lutte contre le paludisme. Le fardeau du paludisme ne dépasse jamais le niveau de 2015, prévenant toute ré-émergence de la maladie comme une menace mondiale.

À long terme, l'éradication mondiale du paludisme est réalisée. Il n'y a plus de d'infection palustre dans aucun pays. Les efforts de lutte contre le paludisme peuvent être interrompus.

Nos objectifs

Le Partenariat RBM réaffirme les objectifs énoncés dans son *Plan stratégique mondial 2005-2015*.

- D'ici 2010, en visant une couverture universelle :
 - 80 % des personnes exposées au risque de paludisme utilisent des méthodes de lutte antivectorielle adaptées au contexte local¹ telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) et, dans certains contextes, d'autres mesures environnementales et biologiques ;
 - 80 % des patients atteints de paludisme sont diagnostiqués et reçoivent un traitement antipaludique efficace ;
 - dans les zones de transmission élevée, 100 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent (TPIp) ; et
 - le fardeau mondial du paludisme est réduit de 50 % par rapport aux niveaux de 2000, soit moins de 175 à 250 millions de cas² et 500 000 décès³ par an dus au paludisme.

1. La lutte antivectorielle adaptée à la situation locale doit, dans la mesure du possible, s'appuyer sur des preuves scientifiques.

2. Korenromp E. *Malaria incidence estimates at country level for the year 2004 - Proposed estimates and draft report*. Genève, Roll Back Malaria, 2005. Ces estimations sont conformes à la fourchette calculée par Breman JG et al. *Conquering Malaria*. In : Jamison DT, Breman JG et al, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries Conquering Malaria*. Oxford University Press et la Banque mondiale ; 2006. p 415 pour 2002.

3. L'estimation de 1 million de décès dans le monde pour l'année 2000 est une extrapolation des 804 000 décès estimés en Afrique dans Rowe AK et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:691-704. Ces chiffres sont conformes aux estimations de Breman JG et al. *Conquering Malaria*. In : Jamison DT, Breman JG et al, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries Conquering Malaria*. Oxford University Press et la Banque mondiale ; 2006. p 415.

- D'ici 2015:
 - la couverture universelle se poursuit avec des interventions efficaces;
 - la mortalité mondiale et nationale est proche de zéro pour tous les décès évitables⁴;
 - l'incidence mondiale est réduite de 75 % par rapport aux niveaux de 2000, soit moins de 85 à 125 millions de cas par an;
 - l'Objectif du millénaire pour le développement lié au paludisme est atteint : stopper et inverser l'incidence du paludisme d'ici 2015; et
 - au moins 8 à 10 pays actuellement en phase d'élimination auront atteint une incidence d'infection localement transmise égale à zéro.
- Après 2015:
 - la mortalité mondiale et nationale reste proche de zéro pour tous les décès évitables;
 - la couverture universelle (reflétant une utilisation d'environ 80 %) est maintenue pour l'ensemble des populations à risque jusqu'à ce que les recherches menées sur le terrain laissent suggérer qu'elle peut être progressivement limitée aux zones et saisons associées à un risque élevé, sans risque de réapparition généralisée; et
 - les pays actuellement en phase de pré-élimination atteindront l'élimination.

À long terme, le paludisme sera éradiqué dans le monde entier. À ce jour, aucun calendrier n'a été défini pour atteindre cet objectif. Au fur et à mesure du développement de nouveaux outils et de nouvelles approches, le Partenariat RBM révisera ses objectifs et déterminera le moment où il sera possible de définir un calendrier pour l'élimination et l'éradication mondiale.

4. Les décès évitables sont les décès dus au paludisme qui peuvent être évités grâce à un traitement rapide avec un médicament efficace. Les décès non-évitablement représentent un taux de mortalité extrêmement faible pour les cas de paludisme les plus sévères et surviennent malgré l'utilisation la plus rapide possible du meilleur traitement disponible. Aucune directive précise ne définit la mortalité proche de zéro pour les décès évitables, mais on considère les seuils approximatifs suivants : < 10 décès dus au paludisme dans les petits pays comptant moins de 10 millions d'habitants et < 100 dans les pays de 10 à 30 millions d'habitants.

3. Fardeau mondial et couverture actuels

Messages clés

- Le paludisme est une maladie complexe et mortelle :
 - Le paludisme affecte 109 pays et territoires dans le monde. Il est causé par quatre espèces de parasites et se transmet par le biais de plusieurs moustiques vecteurs.
 - En 2000, on estimait entre 350 et 500 millions le nombre de cas de paludisme et à plus d'un million le nombre de décès, la plupart survenant en Afrique et dans la zone Asie-Pacifique.
- Suite à l'interruption prématurée d'une campagne mondiale d'éradication du paludisme menée dans les années 1950-1970, le paludisme n'a fait l'objet que de peu d'attention jusqu'à récemment.
- Au cours de la dernière décennie, des progrès significatifs ont été réalisés en termes de sensibilisation et d'amélioration de la production, adoption et mise en œuvre d'interventions existantes efficaces.
- Toutefois, le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs de couverture universelle du Partenariat RBM est encore long :
 - Les données actuelles indiquent que la couverture de toutes les interventions reste faible dans la plupart des pays malgré les améliorations notoires réalisées au niveau de la fourniture de MILD en Afrique.
 - La prise en charge des cas, avec diagnostic et traitement, doit être renforcée de manière significative, en particulier en Afrique, le continent le plus lourdement touché.

En 2000, le paludisme a été à l'origine de 350 à 500 millions d'épisodes cliniques⁵ causant plus d'un million de décès,⁶ notamment chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne.⁷ Le paludisme est la cinquième cause de décès par maladies infectieuses dans le monde (après les infections respiratoires, le VIH/sida, les maladies diarrhéiques et la tuberculose) et la deuxième en Afrique (après le VIH/sida)⁸. Des estimations récentes indiquent que pas moins de 3,3 milliards de personnes résident dans des zones à risque de paludisme dans 109 pays et territoires.⁹ Outre son impact sur la santé, le paludisme impose un lourd fardeau économique aux pays endémiques et contribue au cycle de pauvreté auquel sont confrontées les populations de nombreux pays. Par exemple, on estime que le seul continent africain subit actuellement au minimum 12 milliards de \$US par an de pertes directes (maladie, traitement, décès prématuré) et bien plus encore en termes de perte de croissance économique.^{10,11}

5. Korenromp E. *Malaria incidence estimates at country level for the year 2004 - Proposed estimates and draft report*. Genève, Roll Back Malaria, 2005. Ces estimations sont conformes à la fourchette calculée par Breman JG et al. *Conquering Malaria*. In: Jamison DT, Breman JG et al, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries Conquering Malaria*. Oxford University Press et la Banque mondiale; 2006. p 415 pour 2002.

6. L'estimation de 1 million de décès dans le monde pour l'année 2000 est une extrapolation des 804000 décès estimés en Afrique dans Rowe AK et al. *The burden of malaria mortality among African children in the year 2000*. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:691-704. Ces chiffres sont conformes aux estimations de Breman JG et al. *Conquering Malaria*. In: Jamison DT, Breman JG and al, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries Conquering Malaria*. Oxford University Press et la Banque mondiale; 2006. p 415.

7. Le dernier Rapport mondial sur le paludisme de l'Organisation mondiale de la Santé a été publié en septembre 2008. Celui-ci comporte des informations sur le fardeau de la maladie, les politiques, la couverture et le financement dans 109 pays et territoires endémiques. Dans ce rapport, l'OMS emploie une méthodologie révisée et actualisée pour estimer l'incidence du paludisme en dehors de la zone Afrique. Par conséquent, le nombre de cas de paludisme est inférieur aux estimations précédentes pour les Amériques, la Méditerranée orientale, l'Europe, l'Asie du Sud-Est et les régions du Pacifique Ouest. Les partenaires RBM, y compris l'OMS, continuent d'améliorer et de coordonner les estimations du fardeau que représente le paludisme à travers le monde.

8. *Global Burden of Disease estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

9. *Rapport mondial sur le paludisme 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

10. Cet impact est bien plus important que les pertes directes et peut même représenter 1 point de pourcentage du PNB par an. Cumulé, cela peut représenter des dizaines ou des centaines de milliards de dollars de PNB perdus sur plusieurs décennies. Sachs J, Université de Columbia, communication personnelle, 2008.

11. Gallup JL and Sachs J. *The economic burden of malaria*. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64:85-96.

L'être humain peut être infecté par quatre espèces de *Plasmodia*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* et *P. ovale*.¹² Les infections palustres sont essentiellement dues à *P. falciparum* et à *P. vivax*. *P. falciparum*, à l'origine des cas les plus sévères et de la plupart des décès, se trouve généralement dans les zones tropicales, comme l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, la zone du Pacifique Ouest et les pays couverts par la forêt amazonienne. *P. vivax* est généralement présent en Asie (notamment en Asie du Sud-Est), en Méditerranée orientale, ainsi que dans la plupart des pays endémiques des Amériques. *P. malariae* et *P. ovale* sont à l'origine d'un nombre limité d'infections palustres. *P. ovale* est présent en Afrique et de façon plus sporadique en Asie du Sud-Est et dans la zone du Pacifique Ouest. *P. malariae*, se trouve dans les mêmes zones géographiques que *P. falciparum* mais son incidence est inégale et probablement sous-estimée.

L'absence de prémunition rend les nourrissons et jeunes enfants très vulnérables au paludisme. Dans les zones transmission intense, la plupart des décès et anémies sévères dues au paludisme surviennent chez les nourrissons et les jeunes enfants. Les femmes enceintes sont également très exposées au paludisme. Chaque année, on estime à environ 50 millions le nombre de nouvelles grossesses dans les pays endémiques à travers le monde.¹³

Dans les zones de transmission stable, la principale conséquence est, chez la mère, une anémie due à l'infection palustre et la présence de parasites dans le placenta à l'origine d'un faible poids de naissance chez le nouveau-né, ce qui contribue de manière significative à la mortalité infantile. Dans un contexte de transmission instable, les femmes enceintes sont peu ou pas du tout prémunies contre le paludisme et le risque de développer une maladie sévère suite à une infection palustre est deux à trois fois supérieur à celui des autres femmes vivant dans la même zone.¹⁴ Par conséquent, un paludisme lors de la grossesse peut concourir au décès de la mère, que la transmission soit stable ou instable. C'est pourquoi les femmes enceintes demandent une attention particulière et des politiques ciblées.

Histoire de la lutte contre le paludisme

Pour comprendre la situation actuelle du paludisme, il est indispensable de connaître l'histoire de la maladie et les investissements déjà consentis dans le monde pour la contrôler et l'éradiquer. Au milieu du XIX^e siècle, le paludisme était endémique dans la plupart des pays et territoires du monde, affectant environ 90 % de la population mondiale et s'étendant jusqu'au Cercle arctique.¹⁵ Suite à des efforts probants pour lutter contre le paludisme à l'aide de DDT en 1945, la 8^e Assemblée mondiale de la Santé a lancé en 1955 la campagne mondiale d'éradication du paludisme dans tous les pays touchés, à l'exception de Madagascar et des pays subsahariens,¹⁶ en recourant à la PID (principalement à base de DDT) comme outil de lutte antivectorielle, associée à la prise en charge des cas. Au total, 37 des 143 pays endémiques en 1950 sont parvenus à éradiquer le paludisme avant 1978. Parmi ces pays, 27 se trouvent en Europe ou aux Amériques.¹⁷ Cette stratégie a eu un impact positif sur la mortalité et la morbidité palustre dans la quasi-totalité des pays ciblés. Certains pays ne sont toutefois pas parvenus à interrompre la transmission. En 1973, il a été conclu que dans certains pays, un « programme d'éradication limité dans le temps [était] impossible à mettre en œuvre »¹⁸; les stratégies ont donc évolué en programmes de contrôle intégrés sur le long terme. La campagne mondiale d'éradication du paludisme fut abandonnée. Peu d'attention a été portée au paludisme dans les années suivantes. Malgré

12. *P. knowlesi* est une espèce infectant les primates et occasionnellement les humains dans les zones isolées d'Asie du Sud-Est; il n'est toutefois pas abordé dans ce rapport.

13. Cette estimation repose sur un modèle développé par Snow et ses collaborateurs utilisant la cartographie du paludisme en Afrique (Snow RW et coll. Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 1999; Vol. 77, 624-640) et son application par rapport aux données de l'UNICEF sur les naissances vivantes (UNICEF, State of the World's children, Oxford University Press, 1998) pour l'année 2000.

14. Luxemburger C et al. The Epidemiology of severe malaria in an area of low transmission in Thailand. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91 (3): 256-262.

15. Wernsdorfer. Historical review of the global malaria eradication program - Concept, achievements, shortcomings. Présentation lors de consultations informelles de l'OMS sur le contrôle et l'éradication du paludisme dans le monde, janvier 2008.

16. Dans ces zones, l'objectif était le contrôle du paludisme jusqu'à ce que des méthodes adaptées et économiquement réalistes soient trouvées pour éliminer la maladie.

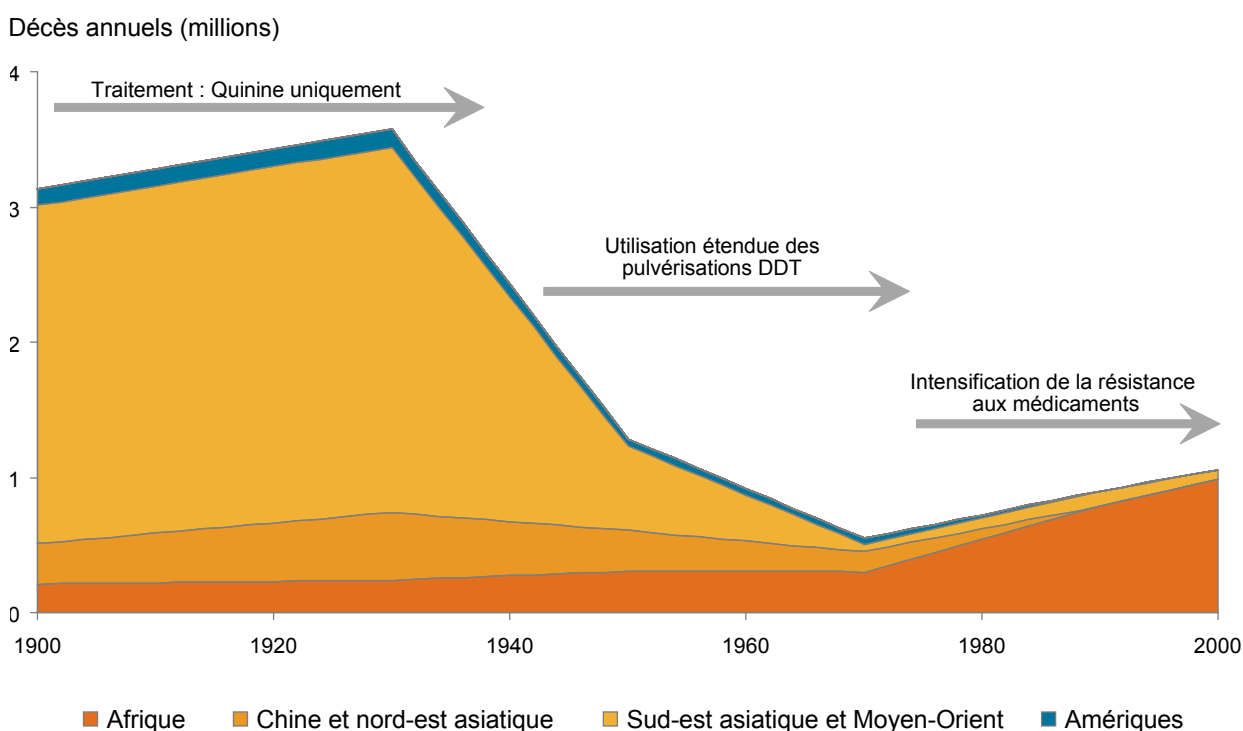
17. *Global malaria control and elimination: report of a technical review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

18. *Malaria Control in Countries where Time-limited Eradication is Impracticable at Present: Technical Report Series 537*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1974.

la fin de la campagne officielle de l'OMS, plusieurs pays sont parvenus à éliminer le paludisme par la suite, comme la Tunisie (1979), les Maldives (1984) et les Émirats arabes unis (2007).

La mortalité et la morbidité palustre ont connu un regain dans les années 1980 en raison d'une combinaison de facteurs tels que l'augmentation de la résistance des parasites aux traitements antipaludiques et de celle des vecteurs aux insecticides, l'affaiblissement des programmes classiques de lutte contre le paludisme, la décentralisation rapide et l'intégration dans des services de santé primaires délabrés et le développement de situations de crise humanitaire dans de nombreuses zones endémiques (cf. Figure I.1). Cette augmentation dramatique a abouti à l'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme en 1992¹⁹ et à la création du Partenariat Roll Back Malaria (RBM) en 1998 afin de coordonner l'ensemble des efforts de lutte contre le paludisme.

Figure I.1 : Évolution de la mortalité liée au paludisme



Source : R. Carter and K. Mendis. Evolutionary and historical aspects of the burden of malaria. *Clinical Microbiological Reviews*, 2002. 15(4): p. 564 - 594.

Évolution de la lutte contre le paludisme

Ces dernières années, le paludisme a fait l'objet d'une attention plus soutenue au plan international. La maladie a été incluse parmi les principaux objectifs de développement international et a été reconnue comme un facteur de pauvreté dans le monde. Les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations Unies appellent à stopper et à inverser l'incidence du paludisme d'ici 2015. Lors de la Déclaration d'Abuja en 2000, les dirigeants africains ont affirmé leur engagement à réduire de moitié la mortalité palustre d'ici 2010. Ces initiatives ont permis de mettre le paludisme sur le devant de la scène et d'accroître les financements en faveur de la lutte contre la maladie au cours des dix dernières années. En avril 2008, le Secrétaire général des Nations Unies a indiqué souhaiter atteindre une couverture universelle d'ici fin 2010 afin d'éliminer les décès dus au paludisme.²⁰

19. En octobre 1992, la conférence ministérielle convoquée par l'OMS, qui s'est tenue à Amsterdam, a approuvé la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme.

20. Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon, message vidéo, Journée mondiale contre le paludisme, avril 2008. Le Secrétaire général a réitéré la vision des Nations Unies pour une couverture universelle afin de mettre un terme aux décès dus au paludisme.

Le Partenariat RBM a fait de grandes avancées dans la sensibilisation au problème du paludisme et à la couverture universelle par le biais d'interventions clés de contrôle du paludisme. Toutefois, les objectifs ambitieux du Partenariat RBM sont encore loin d'être atteints, à savoir une couverture universelle avec des interventions appropriées pour contrôler le paludisme et une diminution de 50 % des décès et des cas par rapport à l'année 2000 d'ici 2010, puis une mortalité proche de zéro pour les décès évitables et une diminution de 75 % des cas de paludisme par rapport à l'année 2000 d'ici 2015.

Il existe aujourd'hui des outils efficaces qui permettent de prévenir et traiter le paludisme dans la plupart des cas, donc de réduire considérablement la morbidité et la mortalité palustre. Les principaux outils de prévention actuellement utilisés sont les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID), qui consiste à pulvériser des insecticides sur les murs intérieurs des habitations et le traitement préventif intermittent des femmes enceintes (TPIp) afin de prévenir les infections.

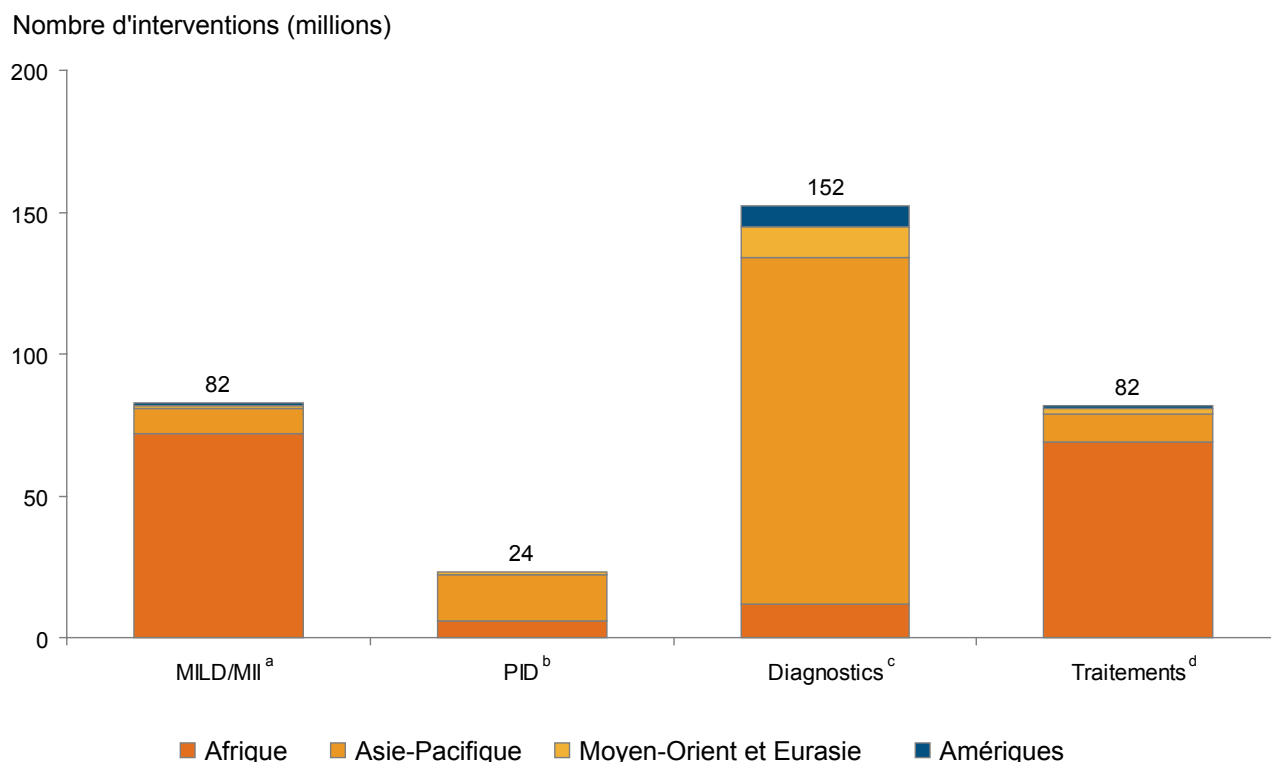
Les traitements et diagnostics sont utilisés pour la prise en charge des cas de paludisme. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) traitent efficacement *P. falciparum*, l'espèce la plus meurtrière. La chloroquine (CQ) reste le traitement de choix dans de nombreux pays²¹ pour les autres espèces de *Plasmodia* (*vivax*, *malariae*, *ovale*).²² Les infections palustres peuvent être diagnostiquées cliniquement et confirmées par un diagnostic parasitologique, c'est-à-dire soit une microscopie (examen de lames portant un échantillon de sang afin de confirmer la présence de parasites) soit un test de diagnostic rapide (TDR). Les TDR facilitent le diagnostic du paludisme en détectant des parasites dans le sang et peuvent être utilisés en dehors des établissements de santé.

Les paragraphes suivants présentent l'évolution globale en termes de production, adoption et mise en œuvre d'interventions clés dans la lutte contre le paludisme pour lesquelles des données sont disponibles. Ces données proviennent de sources différentes. Outre le Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008, des données provenant d'enquêtes auprès des ménages, des bailleurs de fonds internationaux, d'organismes d'approvisionnement, de fabricants de produits et de la base de données RBM sur les produits liés au paludisme, ont été utilisées. La majorité des données disponibles concerne la période allant jusqu'en 2006 inclus. La Figure I.2 présente des estimations des MILD, PID, diagnostics et traitements rapportés comme étant utilisés dans le monde fin 2006 d'après des estimations dérivées du Rapport mondial sur le paludisme 2008 et de la base de données RBM sur les produits liés au paludisme. Toutefois, cela ne suffit pas à atteindre une couverture universelle (cf. Figure II.6, *Section II, chapitre 3*). En 2007 et 2008, grâce à une augmentation des financements des bailleurs de fonds internationaux (cf. Figure I.6), de nombreux pays ont commencé à intensifier leurs interventions par rapport aux années précédentes. Autrement dit, certains pays doivent être aujourd'hui plus proches de la couverture universelle que ne l'indique le Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP).

Même si des efforts considérables sont nécessaires à l'échelle internationale pour atteindre les objectifs définis en termes de couverture universelle pour l'ensemble des populations à risque, l'écart à combler varie sensiblement d'une région ou d'un pays à l'autre. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne et zones d'Asie du Sud-Est ne sont pas prêts d'atteindre ces objectifs et doivent intensifier leurs efforts au cours des prochains mois. Dans les Amériques et dans certaines parties de la zone Asie-Pacifique, plusieurs pays ont atteint des niveaux de contrôle suffisants et sont en phase d'élimination. Cf. *Section III : Les stratégies régionales* pour une analyse régionale des progrès réalisés et des écarts subsistants. Une explication de ces estimations est fournie dans l'*Annexe 3 : Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels*.

21. L'amodiaquine est le traitement de choix du paludisme à *P. vivax* résistant à la chloroquine. Selon les recommandations de l'OMS, « il existe relativement peu de données sur les réponses au traitement en cas de paludisme à *P. vivax* résistant à la chloroquine. Des études menées en Indonésie indiquent que l'amodiaquine est efficace et certaines études indiquent que la méfloquine et la quinine peuvent également être utilisées. Les dérivés de l'artémisinine devraient également être très efficaces et l'artéméter-luméfantrine pourrait constituer une alternative thérapeutique. Toutefois, les données cliniques disponibles ne permettent pas de confirmer cela. »

22. Pour une cure radicale des espèces *P. vivax* et *P. ovale*, il convient d'utiliser la primaquine en traitement de 14 jours, sauf dans certaines situations. Voir les *Directives pour le traitement du paludisme*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Figure I.2: Nombre d'interventions par région

a) MILD/MII : nombre de MII (1 an de durée de vie) et de MILD (3 ans de durée de vie) efficaces en circulation en 2006.

b) PID : nombre de foyers pulvérisés en 2006.

c) Diagnostics : nombre de cas examinés par microscopie ou TDR en 2006.

d) Traitements : nombre de traitements administrés, avec l'un des antipaludiques de première ligne (ACT uniquement pour l'Afrique) en 2006.

Source : Rapport mondial sur le paludisme 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 ; base de données RBM sur les produits liés au paludisme.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) : les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée sont recommandées en tant que principale mesure de lutte antivectorielle pour protéger les populations exposées au paludisme. Elles sont particulièrement efficaces dans les zones où les vecteurs restent principalement à l'intérieur des habitations. Elles protègent à la fois les individus grâce à la moustiquaire et l'insecticide, et la communauté en réduisant le nombre de vecteurs lors de la mise en place d'une couverture très étendue.

Progrès accomplis. Des progrès importants ont été réalisés dans la fabrication, le financement et la distribution des MILD au cours des 5 dernières années. La production annuelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a presque triplé, passant de 30 millions d'unités en 2004 à 95 millions d'unités en 2007²³. Elle devrait atteindre 110 millions d'unités en 2008 (cf. Figure I.3).²⁴ Par ailleurs, on a pu constater une forte augmentation des financements et donc de l'approvisionnement en moustiquaires. Le financement du Fonds mondial a permis l'achat et la distribution de 1,3 million de moustiquaires en 2004, 18 millions en 2006 et de plus de 30 millions pour le premier semestre 2007.²⁵ La quantité de moustiquaires fournies par l'UNICEF (le plus important pourvoyeur de moustiquaires au monde) a plus que triplé entre 2004 et 2006 (de 7 à 25 millions d'unités).²⁶

23. *Malaria and children: Progress in intervention coverage*. New York, UNICEF, 2007.

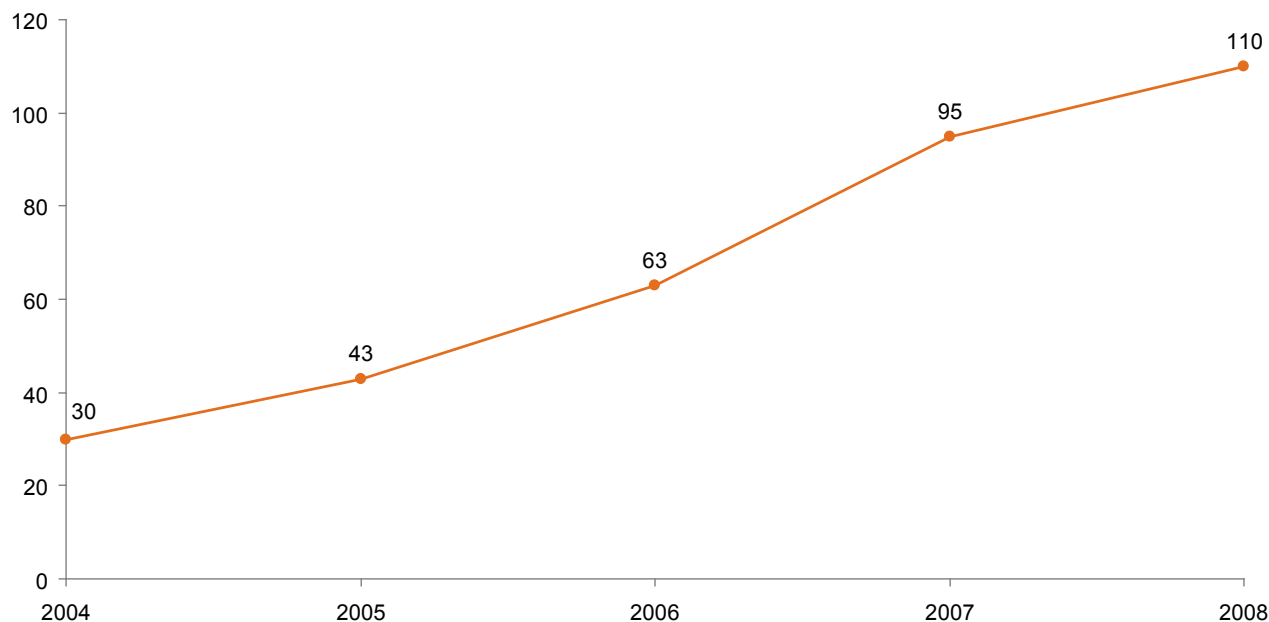
24. Estimations fournies en août 2008 par la Division des approvisionnements de l'UNICEF.

25. *Global Fund Helps Deliver Sharp Increases - Over 1 Million on AIDS treatment, 30 Million Malaria Nets Distributed*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, communiqué de presse, mai 2007.

26. *Malaria and children: Progress in intervention coverage*. New York, UNICEF, 2007.

Figure I.3 : Évolution de la production mondiale de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Nombre de MII (millions)



Source : UNICEF, Division des approvisionnements, 2007, basé sur les estimations des fabricants de MII.

En 2006, on estime à environ 82 millions le nombre de MILD/MII efficaces en circulation dans le monde.²⁷ En 2007 et 2008, des progrès significatifs ont été réalisés au niveau de la fourniture des MILD, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne (cf. *Section III, chapitre 2 : Afrique*). Malgré ces améliorations au niveau de la production et de la distribution, leur bonne utilisation reste un problème majeur. Une étude menée en 2004 révèle que sur l'ensemble des propriétaires de moustiquaires, 56 % seulement déclarent avoir dormi dessous la nuit précédente au Nigeria, 62 % en Zambie et 61 % en Éthiopie.²⁸

Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) : la PID est un outil efficace de lutte antivectorielle dont l'objectif est de tuer les moustiques lorsqu'ils pénètrent dans les habitations et se posent sur les surfaces traitées (murs et plafonds). Cette méthode est largement utilisée dans les zones de transmission saisonnière, y compris dans les zones à potentiel épidémique et de plus en plus souvent dans les régions endémiques. Les insecticides les plus couramment utilisés sont le DDT²⁹ et les pyréthrinoides. La PID convient aux contextes épidémiologiques où les vecteurs restent principalement dans les habitations et aux pays dans lesquels les moyens logistiques requis peuvent être déployés.

Progrès accomplis. Des efforts sont en cours (menés par le groupe de référence pour le suivi et l'évaluation [MERG] du Partenariat RBM) pour harmoniser les indicateurs et modes de collecte des données en vue de surveiller la couverture des programmes de PID. Selon le contexte local, la PID est utilisée comme principal

27. Estimations basées sur une analyse du Rapport mondial sur le paludisme 2008 de l'OMS, les données de programmes nationaux et de la base de données RBM sur les produits liés au paludisme pour 2006. La quantité de moustiquaires utilisées est estimée d'après 3 ans de distribution de MILD (2004, 2005, 2006) et un an de distribution de MII (2006). Cf. *Annexe 3 : Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels*.

28. *Awareness, Ownership and Use of Mosquito Nets in Nigeria, Senegal, Zambia, Ghana and Ethiopia, Cross-country results from 2004 surveys*. Washington, D.C., NetMark, 2005.

29. Les inquiétudes quant à la sécurité du DDT (un polluant organique persistant ou POP) ont largement été discutées dans le cadre de la Convention de Stockholm sur les POP. La Convention interdit toute utilisation du DDT, excepté à des fins de santé publique. Le DDT peut être utilisé pour la PID lorsque la situation le permet, à condition de prendre des mesures strictes pour éviter une utilisation abusive ou fuite en dehors de la sphère de la santé publique.

outil de lutte antivectorielle ou comme complément des MILD. Vingt-cinq pays d'Afrique subsaharienne ont recours à la PID, même si seulement 17 d'entre eux les utilisent de façon systématique.³⁰ Les pays d'Afrique australe ont mis en place avec succès des programmes de collaboration tels que l'initiative LSDI (Lubombo Spatial Development Initiative) entre le Swaziland, le Mozambique et l'Afrique du Sud. Initiée en 1999, cette initiative recourt à la PID comme principale mesure de lutte antivectorielle. La PID est fréquemment utilisée dans les pays endémiques en dehors de l'Afrique, surtout dans les pays d'Asie du Sud-Est. Au total, environ 24 millions d'habitations (soit environ 118 millions de personnes) ont été pulvérisées dans le monde en 2006.³¹ Malgré son efficacité, le recours à la PID reste restreint, du fait de difficultés de mise en place et logistiques, d'un financement limité et d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (1997) appelant à diminuer la quantité d'insecticides utilisée dans la lutte contre les maladies.

Traitement préventif intermittent des femmes enceintes (TPIp): dans les zones où la transmission est élevée, toutes les femmes enceintes doivent recevoir au moins 2 doses de TPIp dès la perception des premiers mouvements fœtaux ou au cours des 2^e et 3^e trimestres. L'OMS recommande la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le TPIp dans les zones où la transmission est élevée. Cette stratégie a été adoptée dans les zones de forte transmission en Afrique subsaharienne, tandis que la recherche se poursuit pour déterminer son applicabilité dans d'autres contextes épidémiologiques et géographiques.

Progrès accomplis. Le TPIp a été adopté comme politique dans les 35 pays d'Afrique subsaharienne³² à transmission stable où il est recommandé³³ et fait partie des stratégies nationales de lutte contre le paludisme dans la région. En 2007, la mise en œuvre avait été initiée dans tous les pays. Toutefois, à compter de 2007, seuls 20 pays l'avaient intensifié et déployé à l'échelle nationale. Dans les 16 enquêtes nationales auprès des ménages, réalisées entre 2006 et 2007, l'utilisation du TPIp a varié de 0,3 % des femmes enceintes qui ont reçu au moins 2 doses de SP au Niger à 61 % en Zambie.³⁴ Ces estimations correspondent aux rapports de l'OMS-AFRO³⁵ qui montrent une couverture pour la première dose (TPI1) allant de 23 à 93 % et pour la deuxième dose (TPI2), de 5 de 68 %. Cf. *Section III - chapitre 2 : Afrique* pour une discussion autour des enjeux.

Diagnostics (microscopie ou tests de diagnostic rapide - TDR). Il est recommandé d'effectuer un diagnostic parasitologique pour confirmer les cas de paludisme (par une microscopie de qualité, ou si cela n'est pas possible, par un TDR) avant de débiter un traitement (sauf chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones de transmission stable et élevée du paludisme, qui doivent être traités sur la base d'un diagnostic clinique dans la mesure où la probabilité que la fièvre soit due au paludisme est élevée chez l'enfant).³⁶

Progrès accomplis. Selon les estimations basées sur les données du Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008, environ 152 millions de cas de paludisme ont été confirmés en 2006, principalement par microscopie.³⁷ Le recours aux diagnostics est beaucoup plus répandu en Asie-Pacifique, dans les Amériques et au Moyen-Orient et en Eurasie, qu'il ne l'est en Afrique où la plupart des fièvres sont traitées de façon présomptive comme un paludisme. Bien que la plupart des cas aient été diagnostiqués par microscopie en 2006, la production de TDR a augmenté de façon significative depuis 2000, passant d'environ 2,9 millions en 2000 à environ 80 à 90 millions en 2008.³⁸ En 2006, les PNLN ont rapporté la distribution de 15,6 millions de TDR.³⁹ Un processus

30. *Implementation of Indoor Residual Spraying of Insecticides for Malaria Control in the WHO African Region.* Brazzaville, Congo, WHO-AFRO, 2007.

31. Estimations basées sur une analyse du Rapport mondial sur le paludisme 2008 de l'OMS, les données de programmes nationaux et de la base de données RBM sur les produits liés au paludisme pour 2006. Cf. *Annexe 3 : Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels.*

32. *Rapport sur le paludisme en Afrique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

33. *A strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African Region.* Brazzaville, Congo, WHO-AFRO, Bureau régional pour l'Afrique, AFR/MAL/04/01, 2004.

34. *Rapport mondial sur le paludisme 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

35. Présentation de l'OMS-AFRO, réunion RBM-MIP, avril 2008.

36. *Directives pour le traitement du paludisme.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

37. Estimations basées sur une analyse des données du programme par pays du Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008. Cf. *Annexe 3 : Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels.*

38. Baik F and Bell D. Forecasting global procurement of malaria rapid diagnostic tests: estimates and uncertainties. OMS - Région du Pacifique Ouest, 2007 (www.wpro.who.int/sites/TDR). Estimation de 2008 extrapolée à partir de la tendance générale.

39. *Rapport mondial sur le paludisme 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

d'évaluation de la qualité des produits disponibles sur le marché est en cours⁴⁰ et pourrait modifier le marché des TDR de manière significative au cours des années à venir. Cependant, le recours aux TDR reste restreint, en raison de financements et formations limités, ainsi que des inquiétudes quant à la variabilité de la qualité des TDR.

Traitement antipaludique (ACT, chloroquine, primaquine et autres). Un traitement adapté, basé sur un diagnostic parasitologique, doit être entrepris dans les 24 heures qui suivent le début de la maladie. En ne traitant que les cas confirmés de paludisme, le nombre de traitements antipaludiques nécessaires est nettement réduit.

Progrès accomplis. Des progrès remarquables ont été accomplis en matière de développement de produits, fabrication, approvisionnement et accessibilité financière des traitements (en particulier des ACT), bien qu'une couverture rapide et généralisée en traitements efficaces demeure encore faible dans un grand nombre de pays. En matière de développement de produits, une nouvelle formulation spécialement conçue pour les enfants a été développée pour un meilleur accès à une ACT plus sûre. La production et l'approvisionnement en ACT sont récemment passés de façon spectaculaire à l'échelle supérieure: l'approvisionnement mondial annuel est passé de 4 millions de doses en 2004 à environ 100 millions de doses en 2006.⁴¹ L'approvisionnement mondial pour 2007 est estimé à environ 125 millions de doses.⁴² Environ 82 millions de doses de traitements antipaludiques ont été distribuées dans le monde en 2006, dont 69 millions d'ACT en Afrique.⁴³

En dehors du continent africain, les données de programme du Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008 montrent qu'environ 13 millions de traitements antipaludiques ont été distribués par l'intermédiaire des services publics de santé en 2006.⁴⁴ Bien que ce chiffre puisse sembler faible, il pourrait bien englober une proportion importante des cas de paludisme hors du continent africain si tous les cas suspects de paludisme étaient, au préalable, confirmés par un diagnostic parasitologique.

La couverture en ACT s'est révélée faible en Afrique pour les années 2006 et 2007. Par exemple, selon le Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008, 18 enquêtes auprès des ménages, menées en 2006 et 2007 en région africaine, ont montré qu'en moyenne 38 % des enfants fébriles âgés de moins de 5 ans prenaient un médicament antipaludique, dont 19 % le jour même ou le jour suivant. Seuls 3 % des enfants recevaient des ACT (à quelque moment que ce soit). La faible couverture dans les pays supportant le fardeau le plus lourd est due à l'accès limité aux ACT ou à leur disponibilité limitée au sein d'établissements publics de santé et au fait que dans de nombreux pays endémiques, la plupart des traitements sont obtenus auprès du secteur privé, où les ACT sont souvent trop chers pour les patients. Les patients leur préfèrent souvent des traitements moins chers - et inefficaces. Sur une note plus positive, les enquêtes récentes montrent que le recours à la CQ en Afrique a baissé entre 2000-2001 et 2006 dans 10 des 11 pays recensés.⁴⁵

Des efforts sont en cours pour améliorer l'accès aux ACT dans de nombreuses régions. Des investissements ont été mis en place pour intensifier la disponibilité des ACT dans le secteur public en introduisant des ACT destinés aux enfants, préemballés et à bas prix. De même, il existe désormais des mécanismes de financement novateurs (tel que le Dispositif pour des médicaments accessibles - paludisme ou DMAp), qui pourraient faire significativement baisser le coût des ACT pour les patients, en les rendant aussi abordables que les traitements moins efficaces, et cela même dans le secteur privé.

40. Projet dirigé par l'OMS - Bureau régional du Pacifique Ouest, Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) et TDR - Initiative for Quality Assurance of Malaria Rapid Diagnostic Tests Outline of product testing and associated protocols.

41. Base de données RBM sur les produits liés au paludisme, 2007.

42. Prévision d'ACT pour 2007 présentée par l'OMS en juin 2007 lors d'une réunion organisée par Medicines for Malaria Venture/OMS à Bangkok (www.artepal.org).

43. Estimations basées sur une analyse des données de programmes nationaux du Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme 2008 et de la base de données RBM sur les produits liés au paludisme pour 2006. Cf. *Annexe 3: Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels.*

44. *Rapport mondial sur le paludisme 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

45. *Rapport mondial sur le paludisme 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

4. Financement de la lutte contre le paludisme aujourd'hui

Messages clés

- Le financement de la lutte contre le paludisme a augmenté de façon significative au cours des 5 dernières années et a été estimé à 1,5 milliard de \$US en 2007.
 - Environ la moitié des fonds provient des bailleurs de fonds internationaux, qui ont multiplié par trois leur soutien financier entre 2004 et 2007.
 - Les dépenses des gouvernements nationaux sont faibles dans les pays ayant le fardeau le plus lourd; 90 % des pays d'Afrique consacrent moins de 15 % de leurs dépenses publiques à la santé.
- Pour atteindre les objectifs de RBM, le financement devra atteindre environ quatre fois son niveau actuel.

Le financement reste un facteur limitant la lutte contre le paludisme dans de nombreux pays. Dans la plupart des pays, atteindre les objectifs du Partenariat RBM pour 2010 et 2015 tout en maintenant un niveau de contrôle élevé nécessitera une augmentation substantielle du financement, à la fois de la part de la communauté internationale et des pays endémiques. Le financement actuel d'1,5 milliard de \$US correspond à moins de 50 cents par personne à risque. Les études récentes de Snow et ses collaborateurs, comparant les engagements en matière de financement international envers les populations à risque dans les zones de transmission stable de *P. falciparum*, montrent d'importantes variations dans les niveaux de financement entre les régions et pays, certaines zones dans lesquelles le fardeau du paludisme est très lourd recevant relativement peu de soutien international.⁴⁶

Les pays endémiques et la communauté internationale prennent des mesures visant à contrôler le paludisme : tous les pays ont commencé à mettre en œuvre leurs programmes de contrôle et un grand nombre d'entre eux a obtenu des succès au moins partiels. La sensibilisation au problème du paludisme a augmenté de façon considérable au cours de la dernière décennie, ce qui a entraîné des niveaux de financement jusqu'alors inédits.

L'écart doit néanmoins être réduit entre la couverture actuelle en matière d'interventions contre le paludisme et ce qui doit être fait pour atteindre l'objectif de couverture universelle. Les fonds nécessaires à l'acquisition et à la diffusion de ces interventions sont estimés à quatre fois le financement global actuel. Bien qu'ambitieuse, cette augmentation du financement est réalisable si nous continuons à nous appuyer sur les tendances positives de ces dernières années.

Mise en œuvre actuelle du financement de la lutte contre le paludisme

Des ressources nationales limitées dans les pays pour lesquels le fardeau du paludisme est élevé. Bien que la situation varie énormément selon les régions et pays, les financements nationaux actuels ne couvrent qu'une fraction de ce qu'exige la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme, en particulier dans les pays pour lesquels le fardeau du paludisme est élevé. Ceci concerne tout particulièrement l'Afrique, où les budgets gouvernementaux ne représentent en moyenne que 18 % du financement total consacré au paludisme.⁴⁷ En 2003, les dirigeants africains ont affirmé, dans la Déclaration de Maputo, leur engagement d'accroître l'appui financier au secteur de la santé en lui consacrant 15 % du montant total des dépenses publiques. Malgré cela, 90 % des pays d'Afrique restent aujourd'hui sous ce seuil de 15 %.⁴⁸ Même si les pays

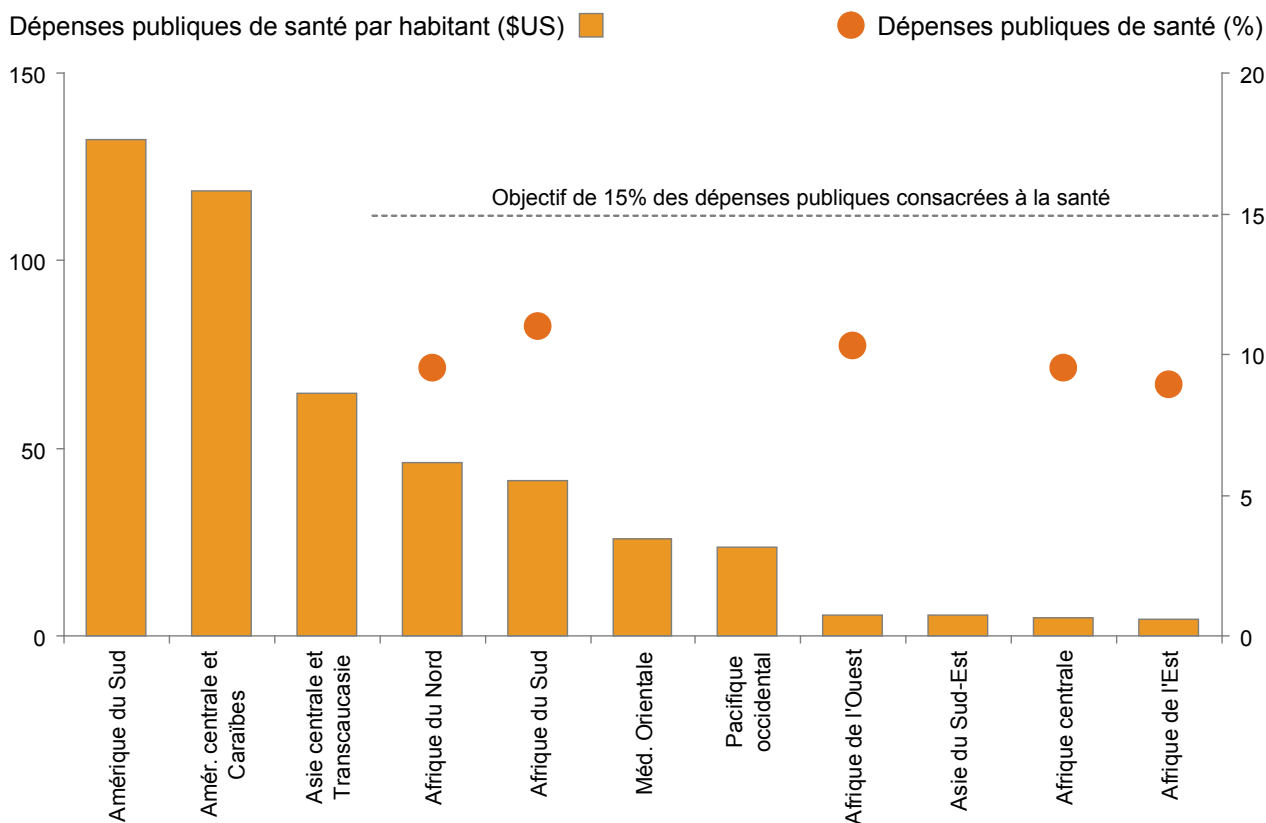
46. Snow RW et al. International funding for malaria control in relation to populations at risk of stable *Plasmodium falciparum* transmission. *PLoS Med*, 2008, 5(7):e142.

47. Sans compter les dépenses des ménages. Basé sur les dépenses totales provenant des gouvernements et bailleurs de fonds internationaux. Cf. Annexe 3: Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels.

48. *Malaria Landscape Report 2007*. Genève, Roll Back Malaria, 2007.

parvenaient à atteindre l'objectif de 15 %, leurs dépenses pour les interventions clés en matière de lutte contre le paludisme resteraient encore bien inférieures aux besoins estimés. Comme le montre la Figure I.4, les pays pour lesquels le fardeau de la maladie est le plus lourd sont aussi ceux dans lesquels les dépenses publiques par habitant en matière de santé sont les plus faibles.

Figure I.4: Dépenses publiques de santé dans les pays endémiques



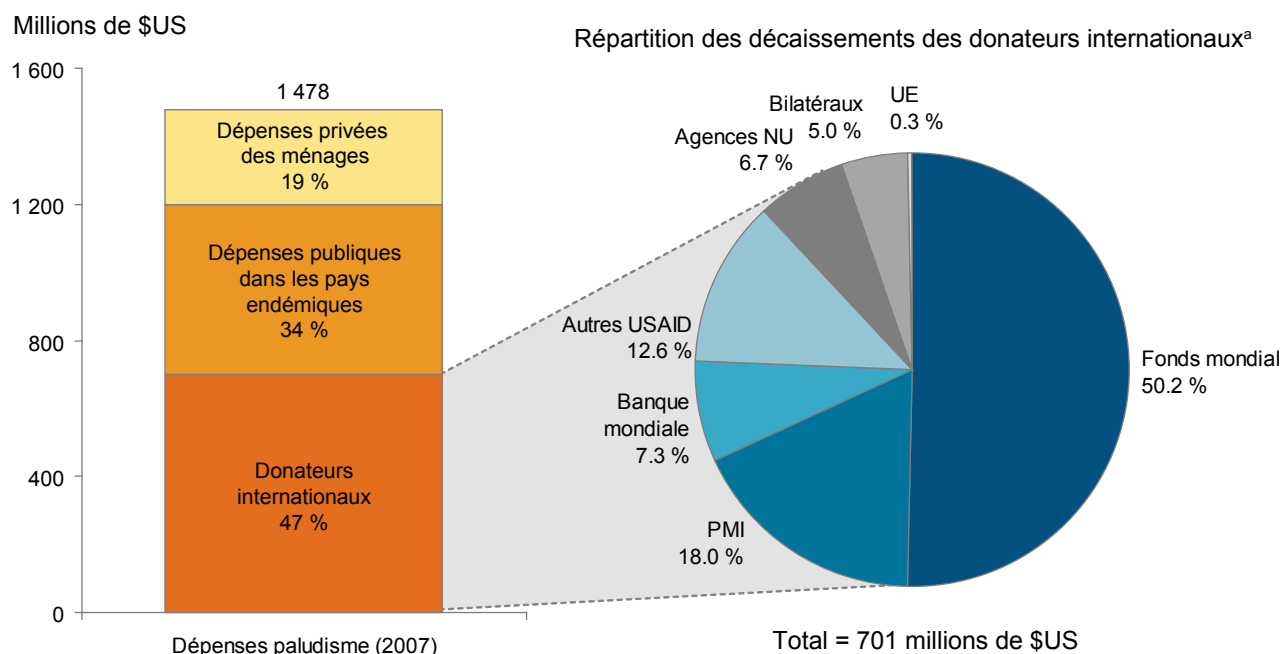
Note: dépenses publiques de santé par personne, exprimé en poids moyen par région; % dépenses publiques de santé, exprimé en moyenne arithmétique; objectif de 15 %, accepté par les pays africains dans la Déclaration de Maputo (juillet 2003).
Source: Analyse basée sur les statistiques sanitaires 2008 de l'OMS, données 2005

Selon les données de l'OMS et des principaux organismes donateurs, la part du budget public consacrée au paludisme est substantiellement plus élevée en Asie-Pacifique qu'en Afrique et représente la plus importante source de financement de la lutte contre le paludisme dans les Amériques ainsi qu'au Moyen-Orient et en Eurasie. Les analyses régionales détaillées du financement de la lutte contre le paludisme sont présentées dans la *Section III : Les stratégies régionales*.

Principales sources de financement de lutte contre le paludisme. Les dépenses consacrées au paludisme en 2007 sont estimées à environ 1,5 milliard de \$US (cf. Figure I.5). Un cinquième de ces fonds provenait d'achats privés de produits antipaludiques (tels que les médicaments antipaludiques ou les MILD), et ce, principalement par le biais du secteur privé. Environ 34 % des fonds provenaient de dépenses publiques nationales vouées à la lutte contre le paludisme et le reste, de bailleurs de fonds internationaux dont les dépenses sont estimées à 701 millions de \$US. Le Fonds mondial a contribué à la moitié des décaissements issus de bailleurs de fonds internationaux.⁴⁹

49. Comme il est décrit dans l'Annexe 3 : *Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels*, ces chiffres prennent en compte les décaissements réels et non les engagements en matière de financement.

Figure I.5: Sources actuelles du financement de la lutte antipaludique



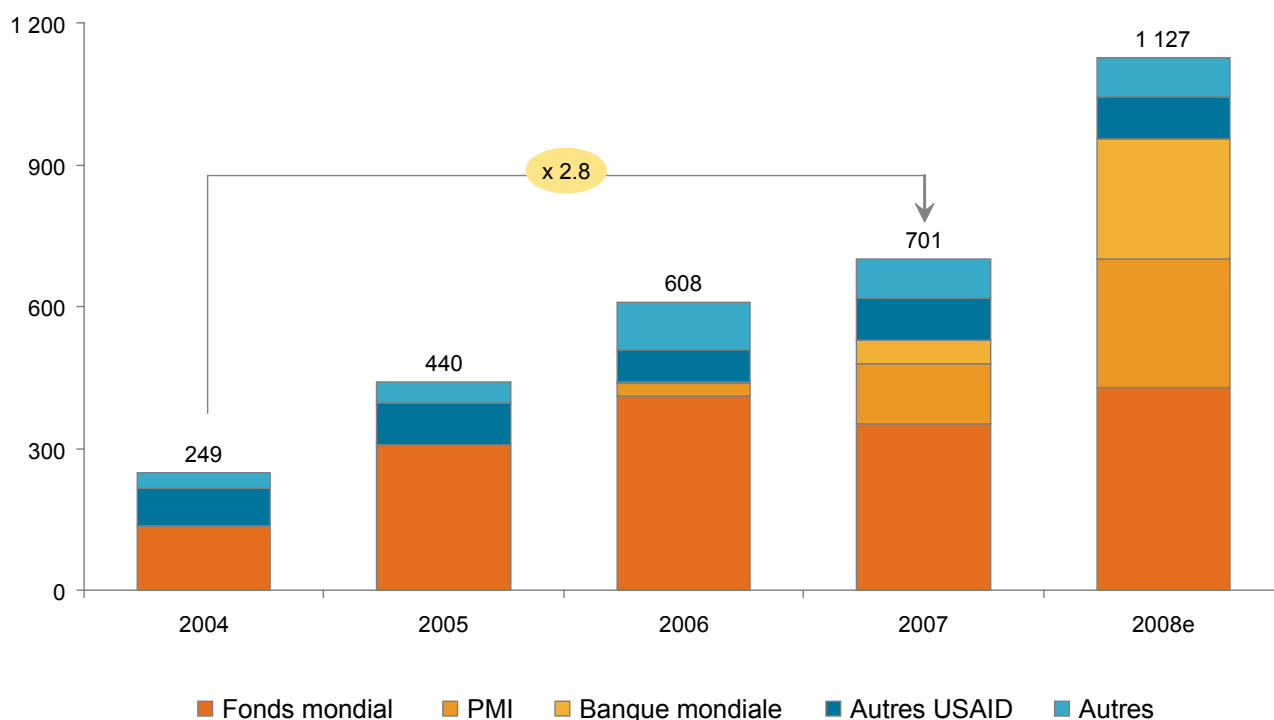
a) La répartition régionale des estimations pour les dépenses des ménages et des dépenses USAID autres que PMI ne sont pas disponibles. Ainsi, la somme des fonds régionaux présentés dans la Section III - Stratégies Régionales s'élève à environ 1,1 milliard \$US, voir l'annexe 3 pour la méthodologie.

Source: Rapport mondial sur le paludisme 2008, Organisation mondiale de la Santé (gouvernements, agences des NU, bilatéraux, UE), site web GFTAM; plans opérationnels PMI; site web USAID; Programme Booster de la Banque mondiale (voir les annexes pour la méthodologie); données 2007.

La tendance est positive en ce qui concerne le financement de la lutte contre le paludisme. Comme l'illustre la Figure I.6, des montants sans précédent ont été versés pour financer la lutte contre le paludique depuis 2004. Les décaissements provenant de bailleurs internationaux ont été multipliés par trois entre 2004 et 2007. Les engagements relatifs aux années à venir sont encourageants. Les décaissements pour 2008 sont estimés aux alentours de 1,1 milliard de \$US (plus de quatre fois le montant de 2004), grâce aux dividendes issus de tables rondes précédentes du Fonds mondial, à un champ d'application plus large de l'Initiative du Président américain contre le paludisme (passant de 10 pays soutenus en 2004 à 15 pays en 2007) et aux décaissements de sommes engagées lors de la Phase I du Programme Booster de la Banque mondiale (environ 67 % des engagements issus de la Phase I sont attendus d'ici la fin de l'année 2008).

Figure I.6 : Évolution des financements internationaux pour le paludisme

Millions de \$US



Source: Rapport mondial sur le paludisme 2008, Organisation mondiale de la Santé (gouvernements, agences des NU, bilatéraux, UE), site web GFTAM; plans opérationnels PMI; site web USAID; Programme Booster de la Banque mondiale (voir les annexes pour la méthodologie).

Le Fonds mondial (9,7 milliards de \$US pour 2008-2010)⁵⁰ et la Banque mondiale (41,6 milliards de \$US pour le 15^e renflouement de l'International Development Association)⁵¹ ont connu un franc succès lors de leur sollicitation de contributions supplémentaires. Alors que les pays du G8 sont toujours loin d'atteindre les promesses de soutien faites à l'Afrique en 2005 à Gleneagles, les gouvernements pris séparément ont augmenté les engagements promis ainsi que d'autres contributions pour lutter contre le paludisme. En avril 2008, le Premier Ministre Gordon Brown a annoncé l'engagement du Royaume-Uni à faire don de 20 millions de moustiquaires. En juillet 2008, le Président des États-Unis a signé la loi de reconduction du Plan mondial qui pourrait augmenter le financement américain pour le paludisme de 5 milliards de \$US au cours des 5 prochaines années.⁵² La Banque mondiale est en préparation de la Phase II de son Programme Booster. Son objectif idéal de prêt est d'au moins 1,2 milliard de \$US pour l'Afrique subsaharienne. En outre, le Conseil d'administration des Directeurs exécutifs de la Banque mondiale vient d'approuver plus de 500 millions de \$US pour un projet visant à soutenir les efforts de l'Inde dans sa lutte contre le paludisme et autres maladies; la part revenant au paludisme pourrait atteindre 200 millions de \$US,⁵³ devenant ainsi l'investissement de lutte contre une seule maladie le plus important de l'histoire de la Banque mondiale.

50. Financement partagé avec les deux autres maladies. *Donors provide US\$9.7 billion to the Global Fund; Initial Pledges for 2008-2010 Enable the Global Fund to Triple In Size.* Genève, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, communiqué de presse, septembre 2007.

51. Estimation à compter de décembre 2007. Les fonds partagés avec d'autres maladies et priorités de développement financeront des projets sur la période de trois ans prenant fin au 30 juin 2001.

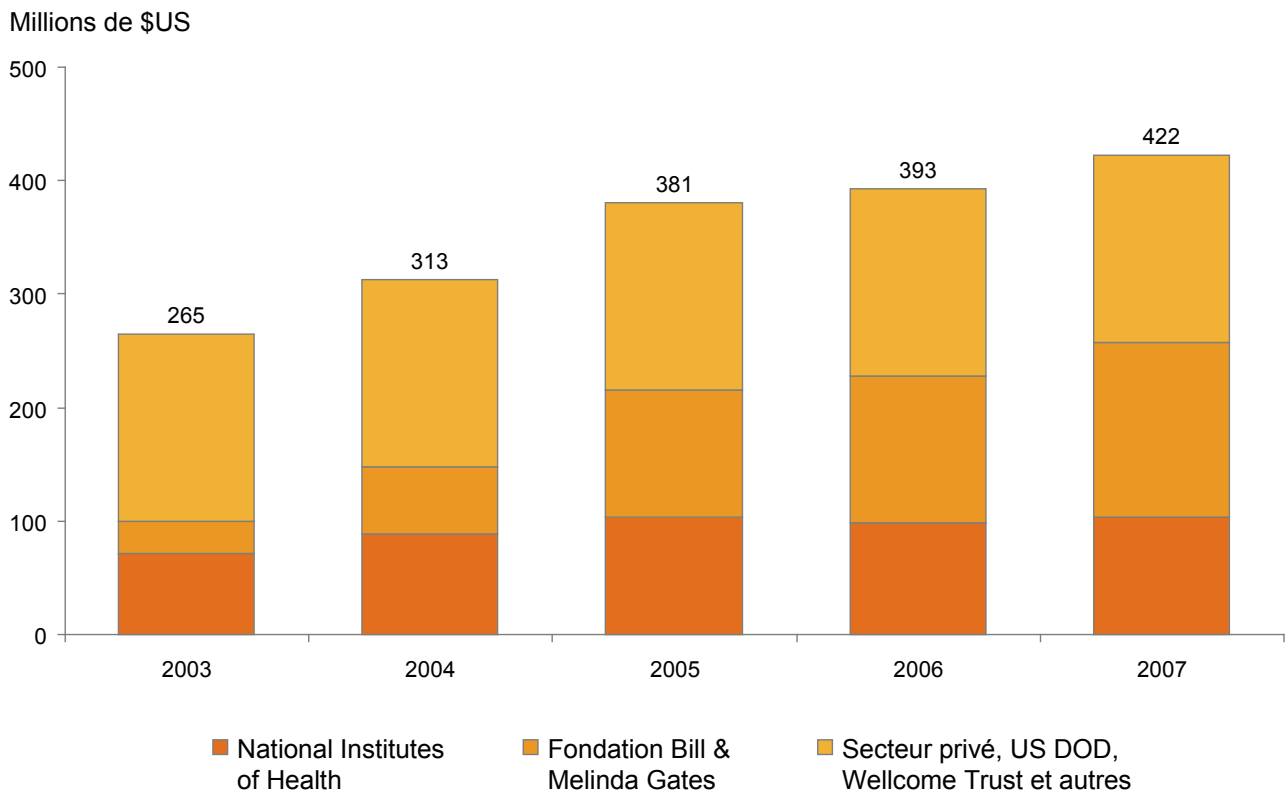
52. The Tom Lantos and Henry J. Hyde United States Global Leadership on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Reauthorization Act of 2008.

53. 121 millions de US\$ pour les activités spécifiques au paludisme, 52 millions de US\$ le renforcement de la gestion et des politiques (y compris apports significatifs pour le paludisme) et 37 millions de US\$ encore non attribués mais potentiellement disponibles pour le paludisme.

Accroissement des fonds pour la R&D en matière de paludisme

La Figure I.7 montre une augmentation régulière du financement en matière de R&D au cours des cinq dernières années. En 2007, les ressources pour la R&D étaient estimées à environ 422 millions de \$US. Les deux principaux organismes bailleurs de fonds (les National Institutes of Health des États-Unis et la Fondation Bill & Melinda Gates) représentent environ 40 % du financement actuel estimé pour la R&D. Plus de 60 % des fonds concernent les médicaments et vaccins.

Figure I.7: Évolution des dépenses pour la R&D dans le domaine du paludisme



Note: 165 millions \$US sont estimés des « autres » bailleurs de fonds, d'après une estimation de Malaria R&D Alliance pour 2004; ceci est basé sur l'hypothèse que tous les fonds de la fondation BMG sont destinés à la R&D.

Source: Fondation Bill & Melinda Gates, site de National Institutes of Health website; Malaria R&D Alliance (2005).