



# PLAN D'ACTION MONDIAL CONTRE LE PALUDISME

Pour un monde sans paludisme

Copyright © 2008

Partenariat Roll Back Malaria (RBM)

Le texte de ce document peut être commenté, cité ou traduit partiellement ou en totalité, sans aucune restriction à condition que la source soit mentionnée.

Les photographies sont soumises à des redevances et ne peuvent être reproduites librement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent, n'impliquent de la part du secrétariat du Partenariat RBM aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de certaines sociétés ou de certains produits ne signifie pas que le Partenariat RBM les recommande par rapport à d'autres, de nature similaire, qui ne seraient pas mentionnés ou représentés.



“ Il est impératif de parvenir à une couverture préventive et thérapeutique universelle pour les millions de personnes qui souffrent et meurent du paludisme. Le Plan d'action mondial contre le paludisme guidera et rassemblera les communautés concernées dans leurs efforts pour proposer une assistance opportune et efficace aux pays endémiques. S'il bénéficie d'un financement et d'un appui politique suffisants, ce Plan nous permettra, au cours des années à venir, d'obtenir des résultats concrets majeurs dans la lutte contre le paludisme. ”

*Awa Marie Coll-Seck, Directrice exécutive du Partenariat Roll Back Malaria (RBM)*

## Table des matières

Acronymes et abréviations.....	7
Avant-propos.....	8
Résumé.....	9
<b>Section I : Le paludisme aujourd'hui.....</b>	<b>20</b>
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 antipaludique aujourd'hui.....	35
<b>Section II : La stratégie mondiale.....</b>	<b>40</b>
1. Introduction à la stratégie mondiale.....	44
2. Contrôle : vaincre le paludisme.....	47
a. Intensifier les interventions pour un impact réel : atteindre la couverture universelle.....	51
b. Contrôle durable : maintenir la couverture et l'utilisation.....	67
3. Élimination et éradication : atteindre la transmission zéro.....	78
4. Agenda de la recherche sur le paludisme.....	89
a. Recherche et développement de nouveaux outils et d'outils plus performants.....	90
b. Recherche visant à orienter les politiques.....	103
c. Recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre.....	106
5. Coûts et bénéfices de l'investissement dans le contrôle du paludisme, l'élimination et la R&D.....	110
<b>Section III : Les stratégies régionales.....</b>	<b>123</b>
1. Introduction aux stratégies régionales.....	127
2. Afrique.....	129
3. Amériques.....	141
4. Asie-Pacifique.....	152
5. Moyen-Orient et Eurasie.....	164

<b>Section IV : Le rôle du Partenariat RBM</b> .....	<b>174</b>
1. Introduction au rôle du Partenariat RBM.....	178
2. Plaidoyer.....	181
3. Mobilisation des ressources.....	189
4. Politique et réglementation.....	194
5. Planification nationale.....	200
6. Financement.....	210
7. Gestion des achats et des stocks.....	215
8. Méthodologies de communication et changement de comportement.....	222
9. Suivi et évaluation.....	229
10. Crises humanitaires.....	237
<b>Annexes</b> .....	<b>241</b>
1. Contributions.....	244
2. Glossaire.....	251
3. Hypothèses utilisées pour estimer le fardeau, la couverture et les financements actuels.....	256
4. Hypothèses utilisées pour estimer le coût de la mise en œuvre dans les pays.....	263
5. Hypothèses utilisées pour estimer le coût de la recherche et développement.....	275
6. Compilation des références de l’OMS.....	282

## Acronymes et abréviations

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
AL	Artéméther-luméfantrine
AMM	Administration de masse de médicaments (traitement de masse)
AS	Artésunate
ASS	Afrique subsaharienne
CCC	Communication pour le changement de comportement
CPN	Consultation prénatale
CQ	Chloroquine
GAS	Gestion des achats et des stocks
GIV	Gestion intégrée des vecteurs
GMAP	Plan d'action mondial contre le paludisme (Global Malaria Action Plan)
HWG	Groupe de travail sur l'harmonisation (Harmonization Working Group)
IEC	Information, éducation et communication
MAWG	Groupe de travail sur le plaidoyer (Malaria Advocacy Working Group)
MERG	Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (Monitoring and Evaluation Reference Group)
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PA	Principe actif (concerne les quatre classes d'insecticides)
PAR	Populations à risque
PEV	Programme élargi de vaccination
PID	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PPG	Paludisme pendant la grossesse
PQ	Primaquine
RBM	Partenariat Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme)
R&D	Recherche et développement
RO	Recherche opérationnelle
RSR	Réseaux sous-régionaux
RTS, S	Vaccin contre <i>P. falciparum</i> le plus développé au niveau clinique
RWG	<i>Groupe de travail sur les ressources (Resources Working Group)</i>
S&E	Suivi et évaluation
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SUFI	Intensifier les interventions pour un impact réel
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIp	Traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes
WHOPEP	Système OMS d'évaluation des pesticides (The WHO Pesticide Evaluation Scheme)
WIN	Groupe de travail sur la lutte antivectorielle (Scalable Vector Control Working Group)
WIN	Scalable Vector Control Working Group

## Avant-propos

Bon nombre d'entre nous qui avons consacré nos vies à œuvrer pour la santé et le développement humain, sommes conscients des défis considérables à relever pour obtenir des résultats à l'échelle mondiale. Pour autant, nous sommes chaque jour animés par le désir de soulager les souffrances inutiles liées aux maladies évitables.

Le paludisme concerne chaque année 3,3 milliards de personnes dans 109 pays, dont une majorité compte déjà parmi les plus vulnérables du monde. Les outils actuels de prévention et de traitement ont conduit à des avancées considérables dans la lutte antipaludique. Moyennant l'intensification rapide de ces interventions et la poursuite des investissements dans les programmes de contrôle et de recherche, nous sommes persuadés qu'un monde sans paludisme est possible.

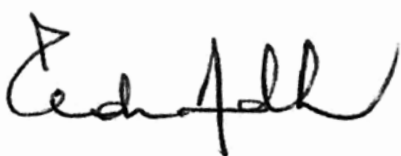
Le contrôle et l'élimination du paludisme font aujourd'hui l'objet d'une attention et d'une implication sans précédent des décideurs et jamais, depuis 40 ans, autant de ressources n'avaient été consacrées à cette cause. Nous nous trouvons à un tournant décisif de la lutte mondiale contre le paludisme. Si nous parvenons à soutenir les efforts en cours, unir les décideurs autour d'un même objectif, établir des partenariats et exploiter les ressources disponibles, nous pourrions créer l'élan nécessaire pour éliminer le paludisme dans un certain nombre de pays. Cependant, si cet élan n'est pas soutenu, que les progrès connaissent un coup d'arrêt et que les financements viennent à diminuer, notre échec sera au prix de millions de vies perdues.

Le Plan d'action mondial contre le paludisme présente une stratégie destinée à réaliser notre vision commune de réduire pratiquement à zéro les décès dus au paludisme et d'œuvrer pour son éventuelle éradication sur le long terme. Fruit de la collaboration de centaines d'experts, ce plan est un appel à l'action immédiate, indispensable pour faire de notre vision une réalité.

Chaque personne ou organisation lisant ce rapport a un rôle essentiel à jouer dans la construction d'un monde sans paludisme. Aucun groupe n'est, à lui seul, suffisamment important ou n'a suffisamment de connaissances ou de pouvoir pour atteindre un tel objectif. L'élimination du paludisme dans le monde demande un leadership, une bonne gestion, des ressources appropriées et une implication sans faille au niveau communautaire, régional, national et mondial. En outre, cette mission exige des partenariats publics, privés et au sein de la société civile, des initiatives ambitieuses de recherche et de développement, des systèmes de santé solides, une coordination des produits et services, ainsi que l'harmonisation de l'aide mondiale.

Le Plan d'action mondial contre le paludisme propose un cheminement stratégique pour les décideurs, avocats de la lutte antipaludique, travailleurs de santé, bailleurs de fonds, chercheurs et toutes les personnes unies contre le paludisme. Grâce à la collaboration, de nombreux pays ont connu une réduction significative du nombre de décès dus au paludisme ces dernières années. Ce plan nous donne des moyens supplémentaires pour atteindre des objectifs ambitieux mais réalisables, notamment ceux de réduire de moitié le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici 2010 et de ramener à pratiquement zéro le nombre de décès dus au paludisme d'ici 2015.

Dans nos efforts inébranlables pour mettre fin au fléau du paludisme et prévenir des millions de morts évitables, nous invitons chacune des personnes à nos côtés à exploiter les conseils et enseignements de ce plan détaillé afin de mener à bien notre mission commune de bâtir un monde sans paludisme.



**Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**  
Président du Conseil d'administration,  
Partenariat Roll Back Malaria  
Ministre de la Santé, Éthiopie



**Matthew C. Lynch, PhD**  
Vice-président du Conseil d'administration,  
Partenariat Roll Back Malaria  
Directeur, Programme mondial de lutte antipaludique,  
Centre pour les programmes de communication,  
Université John Hopkins



**Prof. Awa Marie Coll-Seck**  
Directrice exécutive  
du Partenariat Roll Back Malaria



# Résumé

1. Introduction	12
2. Section I : Le paludisme aujourd'hui	13
3. Section II : La stratégie mondiale	14
4. Section III : Les stratégies régionales	17
5. Section IV : Le rôle du Partenariat RBM	18
6. À retenir	18



## Introduction

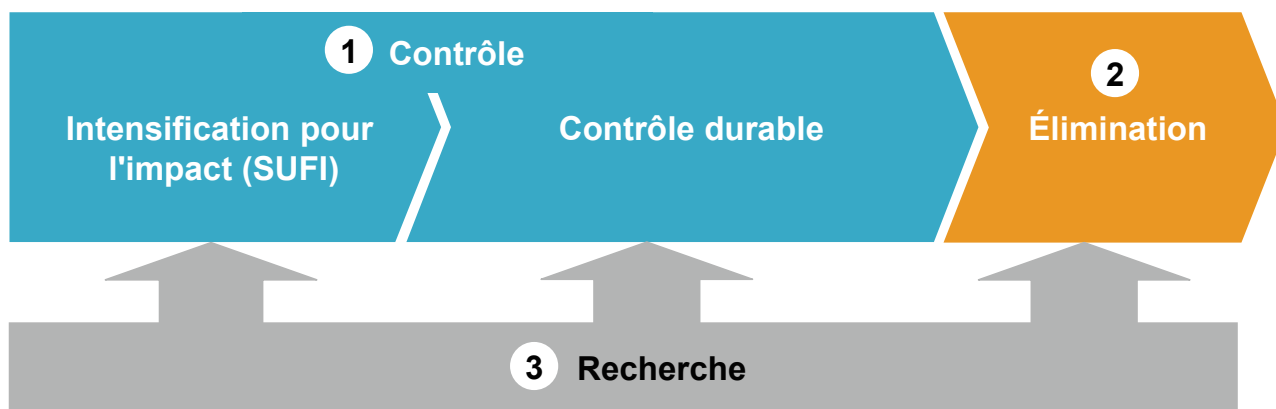
Le leadership et l'engagement durables des pays sont essentiels pour vaincre le paludisme. Le Partenariat Roll back malaria (RBM) a d'abord et avant tout élaboré le Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) pour apporter un soutien aux nations. Le GMAP fournit un cadre global pour l'action autour duquel les partenaires peuvent coordonner leurs efforts. Élaboré dans le cadre d'un processus consultatif intensif, il rassemble les contributions de 30 pays et régions endémiques, 65 institutions internationales et 250 experts travaillant dans un large éventail de domaines. Le GMAP présente (i) une vue d'ensemble de la situation mondiale du paludisme, (ii) une approche fondée sur les données probantes pour offrir une prévention et un traitement efficaces à l'ensemble des personnes à risque et (iii) une estimation des besoins annuels en financement pour atteindre les objectifs du Partenariat RBM à l'horizon 2010, 2015 et au-delà. Le GMAP est un document *vivant* : il évoluera parallèlement aux approches et outils adoptés pour lutter contre le paludisme.

Le GMAP expose la vision du Partenariat RBM pour obtenir, à court et moyen terme, une réduction significative et durable du fardeau que représente le paludisme et à long terme, l'éradication potentielle du paludisme à l'échelle mondiale, lorsque de nouveaux outils le permettront. Les objectifs du GMAP pour concrétiser cette vision sont les suivants :

- *Atteindre* la **couverture universelle** à l'horizon 2010, comme l'a récemment demandé le Secrétaire général de l'ONU, pour l'ensemble des populations à risque, avec des interventions de prévention et de prise en charge des cas adaptées au contexte local et *maintenir* la couverture universelle jusqu'à ce que les recherches menées localement sur le terrain laissent suggérer qu'elle puisse être progressivement limitée aux zones et saisons à risque élevé, sans risque de réapparition généralisée ;
- *Réduire* le nombre de **cas** de paludisme à l'échelle mondiale de 50 % en 2010 et de 75 % en 2015 par rapport à l'année 2000 ;
- *Réduire* le nombre de **décès** dus au paludisme à l'échelle mondiale de 50 % en 2010 par rapport à l'année 2000 et arriver à une mortalité proche de zéro pour les décès évitables en 2015 ;
- *Éliminer* le paludisme dans 8 à 10 pays d'ici 2015 puis dans l'ensemble des pays actuellement en phase de pré-élimination ; et
- À long terme, *éradiquer* le paludisme à l'échelle planétaire en réduisant l'incidence mondiale à zéro grâce à une élimination nationale progressive.

Pour garantir la réalisation de ces objectifs, le GMAP présente une stratégie mondiale en trois volets : **1) contrôler** le paludisme afin de réduire le fardeau qu'il représente actuellement et maintenir ce contrôle aussi longtemps que nécessaire, **2) éliminer** le paludisme au fil du temps, pays par pays et **3) rechercher** de nouveaux outils et de nouvelles approches pour soutenir les efforts mondiaux de contrôle et d'élimination (cf. Figure 1).

**Figure 1 : Les trois composantes de la stratégie mondiale**



Le présent résumé rend compte des messages clés du GMAP. Pour de plus amples informations, se référer au plan dans sa version intégrale.

## Section I : Le paludisme aujourd'hui

- Le paludisme est une maladie complexe et meurtrière menaçant près de 3,3 milliards de personnes dans 109 pays et territoires à travers le monde. En 2000, entre 350 et 500 millions de cas de paludisme, et au minimum un million de décès, ont été recensés à travers le monde, essentiellement chez les enfants africains<sup>1</sup>. Outre son impact sur la santé, le paludisme impose un lourd fardeau économique à de nombreux pays endémiques, en contribuant au cycle de la pauvreté et en entravant le développement économique. À titre d'exemple, il est estimé que le seul territoire africain subit au minimum 12 milliards de \$US de pertes directes par an (maladie, traitement, décès prématuré) et bien plus encore en termes de perte de croissance économique.
- À l'heure actuelle, le paludisme peut être évité, diagnostiqué et traité à l'aide d'une combinaison d'outils. Les principaux outils de prévention 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 des habitations et le traitement préventif intermittent des femmes enceintes (TPIp) afin de prévenir les infections palustres dans les zones de forte transmission. D'autres mesures de lutte antivectorielle (p. ex. traitement larvicide, gestion de l'environnement) basées sur des preuves scientifiques sont utilisées lorsqu'elles sont pertinentes. Les médicaments et outils diagnostiques sont utilisés dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme. Le paludisme peut être confirmé par un diagnostic parasitologique, soit à l'aide de la microscopie soit à l'aide d'un test de diagnostic rapide (TDR). Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) sont recommandées pour le traitement du paludisme à *P. falciparum*. La chloroquine (CQ) et la primaquine (PQ) sont le traitement de choix du paludisme à *P. vivax* sensible à la chloroquine.
- 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 terme de sensibilisation au paludisme. Plusieurs pays ont démontré qu'il était possible de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité palustre. À titre d'exemple, suite à l'obtention d'une couverture élargie grâce aux MILD et aux ACT, le nombre de cas de paludisme et de décès liés au paludisme dans les établissements de santé rwandais a diminué de plus de 50 %. Des résultats similaires ont été obtenus en Érythrée, à Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar (République unie de Tanzanie).
- Il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs du Partenariat RBM et faire profiter à un large éventail de pays des avantages de la couverture universelle. Le renforcement des capacités et des systèmes de santé à l'échelle nationale sera essentiel pour permettre aux pays de réaliser les interventions requises auprès des populations à risque. Des données du Rapport mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le paludisme 2008 montrent que de nombreux pays sont loin d'atteindre les objectifs de couverture universelle pour ce qui est des interventions clés. À titre d'exemple, en 2006-2007, dans 18 pays africains, seuls 34 % des foyers disposaient d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et 23 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une MII. D'autre part, des données de l'UNICEF montrent que le nombre de MII produites a augmenté, passant de 30 millions en 2004 à 95 millions en 2007; une augmentation qui devrait se poursuivre en 2008. Enfin, au cours des dernières années, un certain nombre de partenaires et de pays se sont activement investis dans le renforcement de l'utilisation de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent.

1. 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 mettre en cohérence les estimations du fardeau du paludisme au niveau mondial.

- La tendance en matière de financement de la lutte antipaludique est positive. Depuis 2004, des montants colossaux ont été investis dans le contrôle du paludisme, pour atteindre, selon les estimations, 1,5 milliard de \$US en 2007, toutes sources confondues. Les décaissements des seuls bailleurs de fonds internationaux ont pratiquement triplé, passant de 250 millions de \$US en 2004 à 700 millions de \$US en 2007 et devraient atteindre 1,1 milliard en 2008. Néanmoins, les financements devront être multipliés par quatre par rapport au niveau total de financement actuel pour permettre la réalisation des objectifs du Partenariat RBM.

## Section II : La stratégie mondiale

### Contrôle : vaincre le paludisme

- La stratégie de contrôle du Partenariat RBM vise à réduire la morbidité et la mortalité palustre par le biais d'une couverture universelle et d'un renforcement des systèmes de santé. D'après le Plan d'action mondial contre le paludisme, deux étapes sont nécessaires pour contrôler la maladie : 1) *intensifier* les interventions préventives et thérapeutiques pour un *impact réel (SUF)* et 2) assurer un *contrôle durable* dans le temps.
- L'objectif de la première étape, **intensifier les interventions pour un impact réel**, est d'atteindre rapidement la couverture universelle pour l'ensemble des populations à risque avec des interventions antipaludiques adaptées au contexte local (MILD, PID, TPIp, médicaments et diagnostics), s'appuyant sur des systèmes de santé renforcés. Les stratégies mises en œuvre pour fournir ces interventions peuvent inclure, par exemple, les campagnes de masse, la distribution par les secteurs public et privé existants et par des agents de santé communautaire. Le renforcement des systèmes de santé, y compris des capacités, à des fins de contrôle du paludisme doit être initié durant la phase d'intensification des interventions et se poursuivre au-delà. Les interventions de base pour contrôler le paludisme et atteindre une couverture universelle en 2010 sont les suivantes :
  - 730 millions de MILD à l'échelle mondiale (environ 350 millions pour l'Afrique). En Afrique, environ 50 à 100 millions des moustiquaires nécessaires seront distribuées en 2008 ; 250 à 300 millions de nouvelles MILD resteront à distribuer en 2009 et 2010 ;
  - 172 millions de foyers pulvérisés avec des insecticides chaque année ;
  - 25 millions de TPIp pour les femmes enceintes en Afrique ;
  - 1,5 milliard de diagnostics (microscopie ou TDR) ; et
  - 228 millions de traitements par les ACT (*P. falciparum*) ; 19 millions de doses de CQ et PQ (*P. vivax*).<sup>2</sup>
- Il est important d'**assurer un contrôle durable** pour prévenir la résurgence du paludisme. Une fois que les interventions de base auront été intensifiées, le fardeau du paludisme et la nécessité de prise en charge des cas diminuera de façon considérable. Toutefois, dans de nombreuses régions, contrôler le paludisme ne permettra pas d'éliminer le moustique vecteur, le parasite ou encore les conditions environnementales favorables à la transmission. Pour prévenir le paludisme, les pays doivent maintenir un niveau de couverture élevé en terme d'interventions de prévention, y compris en l'absence d'un nombre élevé de cas. Tout assouplissement du contrôle, qu'il soit dû à un affaiblissement de la volonté politique, une réduction des financements ou tout autre motif, augmente le risque de résurgence de la transmission et des épidémies.
- L'objectif du contrôle durable est de *maintenir* la couverture universelle des interventions jusqu'à ce que les pays entrent dans la phase d'élimination. Un contrôle durable demande un solide engagement politique à l'échelle nationale et un suivi constant des activités des systèmes de santé initiées au cours de la phase d'intensification (notamment les efforts de communication et changement de comportement, ainsi que le suivi et l'évaluation). Par ailleurs, le maintien de niveaux de couverture élevés demande l'adoption d'approches de mise en œuvre efficaces visant à renforcer l'ensemble des mécanismes systématiques et

2. Dans la mesure où le paludisme à *P. vivax* devrait répondre moins rapidement aux efforts de contrôle que le paludisme à *P. falciparum* et où le nombre de cas de paludisme à *P. vivax* pourrait même augmenter parallèlement à la diminution du nombre de cas de paludisme à *P. falciparum*, les quantités requises de CQ et PQ pourraient augmenter au fil du temps. Néanmoins, il se peut également que davantage de cas de paludisme à *P. vivax* demandent un traitement par les ACT, en raison d'une résistance accrue à la CQ.

améliorer l'intégration à des programmes de lutte contre d'autres maladies, le cas échéant. Une étroite collaboration entre les différents programmes, de solides systèmes de gestion des achats et des stocks ainsi que des compétences précises en matière de prévisions sont autant de prérequis. Décentraliser davantage la prise de décisions et la budgétisation contribuera à renforcer la participation des communautés à la fourniture des interventions.

### Élimination et éradication : atteindre la transmission zéro

- L'élimination est définie comme la réduction à zéro de l'incidence de l'infection palustre contractée localement dans une zone géographique spécifique, résultant d'efforts délibérés, avec un maintien des mesures en place pour prévenir la réapparition de la transmission. À travers le monde, parmi les pays subissant le fardeau le moins important, plus de vingt pays sont d'ores et déjà sur le point d'éliminer le paludisme sur leur territoire.

Le Partenariat RBM encourage les efforts d'élimination dans les pays où ils sont réalisables ; ceux-ci varient en fonction de facteurs tels que la faisabilité épidémiologique, l'intensité de transmission, l'engagement national et la proximité des frontières naturelles de la maladie. Les experts s'accordent à penser que l'élimination du paludisme nécessitera de nouveaux outils de contrôle dans les zones traditionnellement de forte transmission. Les éléments clés des programmes d'élimination comprennent les initiatives transnationales, la surveillance étroite et le dépistage des cas, l'engagement financier et politique significatif et pérenne des gouvernements et la communication et le plaidoyer en vue de prévenir l'essoufflement des efforts d'élimination. Nombre de ces facteurs sont également nécessaires au cours de la phase d'intensification. Le Partenariat RBM encourage l'appui international à ces programmes d'élimination, dans la mesure où ceux-ci permettront de recueillir des preuves indispensables qui orienteront les efforts futurs.

- L'éradication est la réduction à zéro, de façon permanente, de l'incidence mondiale de l'infection à *Plasmodia*, résultant d'efforts délibérés, afin de supprimer la nécessité de mesures d'intervention. L'éradication est un objectif à long terme. Elle peut être obtenue en éliminant le paludisme pays par pays, à mesure que de nouvelles approches et nouveaux outils élargissent l'aire géographique dans laquelle l'élimination est réalisable.

### Agenda de la recherche sur le paludisme

- Trois types de recherche contribuent au contrôle efficace et à l'élimination du paludisme : 1) la recherche et le développement de nouveaux outils, 2) la recherche visant à orienter les politiques et 3) la recherche opérationnelle.
- La **recherche et développement (R&D)** est nécessaire pour créer de nouvelles interventions contre le paludisme ou pour améliorer ces interventions, notamment les médicaments, outils de lutte antivectorielle, diagnostics et vaccins. Pour le *contrôle* du paludisme, les outils nécessaires de lutte contre le paludisme à *P. falciparum* et à *P. vivax* devront améliorer la facilité d'utilisation et l'adhérence aux traitements, minimiser le risque d'apparition de parasites résistants aux médicaments (et notamment à l'artémisinine) et de moustiques résistant aux insecticides, permettre d'atteindre des populations mal desservies par les services de santé, être moins onéreux et permettre un diagnostic constamment exact. Pour l'élimination du paludisme, les outils nécessaires devront favoriser l'interruption de la transmission et cibler les porteurs asymptomatiques. Des processus de consultation officiels sont en cours d'élaboration en vue de définir de façon plus approfondie l'agenda de la R&D pour l'*élimination* du paludisme.
- La **recherche visant à orienter les décisions politiques** permettra de définir les types d'interventions et les programmes les mieux adaptés à différents contextes. Pour le *contrôle* du paludisme, la recherche devra porter sur le diagnostic parasitologique des enfants de moins de 5 ans dans les zones de forte transmission, sur l'utilisation optimale des MILD et PID (seules ou en association), sur l'utilisation de traitements préventifs intermittents chez les nourrissons et les enfants (TPIi et TPIc) et sur le calendrier de réduction des niveaux de couverture des interventions préventives. Pour l'*élimination* du paludisme, la recherche peut contribuer à identifier les zones susceptibles de retirer les bénéfices les plus importants

du point de vue sanitaire ou économique, ainsi que les outils de surveillance, prévention et prise en charge des cas les mieux adaptés à ces mêmes zones

- La **recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre** est essentielle pour comprendre l'utilisation et l'efficacité des interventions sur le terrain et améliorer la mise en œuvre et la qualité des interventions préventives et thérapeutiques. Pour le *contrôle* du paludisme, la recherche axée sur les systèmes de santé est nécessaire pour améliorer la mise en œuvre des interventions; la recherche comportementale pour améliorer la prise, l'utilisation et l'adhérence au traitement; et la recherche sur les nouvelles technologies de suivi et d'évaluation pour améliorer les données de gestion des programmes. Pour l'*élimination* du paludisme, la recherche opérationnelle devra porter, entre autres, sur les interventions destinées à prévenir la réintroduction du paludisme à travers les frontières internationales et par les populations en transit, ainsi que sur les indicateurs et les approches adoptées dans le cadre des programmes afin d'orienter la suppression progressive de la couverture universelle dans les zones où la transmission était auparavant élevée, en faveur d'interventions ciblant uniquement les zones et saisons associées à un risque élevé.

### Coûts de l'investissement pour le contrôle, l'élimination et la recherche sur le paludisme

- Le montant des fonds actuellement disponibles devra pratiquement être quadruplé pour atteindre les objectifs de couverture à l'horizon 2010. L'augmentation du financement apporté par les pays endémiques eux-mêmes sera déterminante; néanmoins, les bailleurs de fonds internationaux seront également sollicités pour combler les manques de ressources importants.
- Les besoins des prochaines années ont été estimés comme suit à partir des coûts de prévention, traitement et renforcement des programmes dans 109 pays et territoires touchés par le paludisme :
  - Environ 5,3 milliards de \$US en 2009 et 6,2 milliards en 2010
  - De 2011 à 2020, en moyenne 5,1 milliards de \$US par an
  - De 2021 à 2030, en moyenne 3,3 milliards de \$US par an
  - De 2031 à 2040, en moyenne 1,5 milliard de \$US par an
  - L'Asie et l'Afrique concentrent la majorité des coûts (environ 2,7 milliards de \$US en Afrique et 3 milliards en Asie-Pacifique en 2010)
- L'investissement en R&D est essentiel pour garantir que les interventions visant à atteindre les objectifs de contrôle et d'élimination du paludisme sont développées. D'ici 2018, environ 750 à 900 millions de \$US devraient être investis chaque année pour financer les nouveaux outils de contrôle du paludisme (lutte antivectorielle, médicaments, vaccins et technologies diagnostiques). Cf. Tableau 1 pour un récapitulatif de l'ensemble des coûts.

**Tableau 1 : Résumé des coûts annuels au niveau mondial**

Coûts (en millions de \$US)	2009	2010	2015	2020	2025
Coûts de prévention	3 728	3 982	3 724	3 864	2,576
Coûts de prise en charge des cas	968	1,359	550	226	87
Coûts de programme	638	839	764	787	714
<i>Coûts de contrôle et d'élimination au niveau mondial</i>	<i>5 335</i>	<i>6 180</i>	<i>5 037</i>	<i>4 877</i>	<i>3 378</i>
<i>Coûts de recherche et développement</i>	<i>759</i>	<i>759</i>	<i>800</i>	<i>681</i>	<i>460</i>
<b>Coûts totaux</b>	<b>6 094</b>	<b>6 939</b>	<b>5 837</b>	<b>5 559</b>	<b>3 838</b>

Note : les détails des estimations des coûts sont présentés dans la Section II - chapitre 5 : Coûts et bénéfices de l'investissement dans le contrôle du paludisme, l'élimination et la recherche et développement, l'Annexe 4 et l'Annexe 5

Source : GMAP costing model.

### Section III : Les stratégies régionales

- De grandes différences peuvent être observées d'une région à l'autre, en termes de taille des populations à risque, de fardeau de la maladie en terme de cas et décès, de possible coexistence de types de paludisme et d'espèces de vecteurs, de stratégies de contrôle et d'interventions mises en œuvre, et de montant du financement disponible pour lutter contre la maladie. Par conséquent, la stratégie mondiale englobe les stratégies régionales élaborées pour l'Afrique, l'Asie-Pacifique, les Amériques, le Moyen-Orient et l'Eurasie. Élaboré à la suite de consultations nationales et régionales, le plan fournit des données épidémiologiques et présente le fardeau du paludisme et l'approche adoptée pour le combattre dans chaque région. Il examine ensuite les priorités, les défis et les besoins en financements régionaux.
- Le plus grand nombre de cas et la mortalité la plus élevée sont observés dans 30 pays d'Afrique et 5 pays d'Asie-Pacifique où le contrôle du paludisme constitue également le plus grand défi. Ces pays comptabilisent la majorité des cas de paludisme et des décès et subissent le fardeau économique le plus lourd. Ils doivent également bénéficier en priorité du soutien des partenaires afin d'atteindre la couverture universelle par le biais d'une intensification des interventions et demanderont l'investissement le plus important en terme de ressources financières et humaines. L'accent sera mis sur l'aide apportée à ces pays, ainsi qu'aux pays déployant des efforts significatifs à l'échelle régionale pour contrôler et éliminer le paludisme. En outre, le GMAP insiste sur le fait qu'à terme, tous les pays endémiques joueront un rôle important dans la réalisation de l'objectif ultime qu'est l'éradication mondiale du paludisme.

## Sections IV : Le rôle du Partenariat RBM

Le **Partenariat Roll Back Malaria**, par le biais de ses divers mécanismes (notamment les groupes de travail, les réseaux sous-régionaux, le Secrétariat) et en collaboration avec des partenaires spécifiques, fournit une assistance à tous niveaux, spécifiquement axée sur les zones ayant les besoins les plus importants et sur les tâches auxquelles la collaboration et la coopération peuvent profiter le plus. Ces tâches, qui viennent compléter le plan, comprennent :

- Le plaidoyer
- La mobilisation des ressources
- Le soutien politique et réglementaire
- La planification nationale
- Le financement
- La gestion des achats et des stocks
- Les méthodologies de communication et changement de comportement
- Le suivi et l'évaluation
- La préparation et l'assistance en cas de crises humanitaires

Les groupes de travail du Partenariat RBM couvrent d'ores et déjà un grand nombre de ces thèmes. Le Partenariat prévoit d'étendre ses activités au cours des années à venir afin de mieux répondre aux besoins des pays endémiques mais également d'atteindre ses objectifs. Les aspects qui doivent être développés à court terme comprennent le renforcement de l'aide apportée pour la mobilisation des ressources, l'assistance concernant les méthodologies de communication et changement de comportement et l'assistance aux pays confrontés à des crises humanitaires (p. ex. conflits, catastrophes naturelles). Dans tous ces domaines, le Partenariat RBM renforcera ses liens avec les régions situées en dehors du continent africain. La collaboration avec les institutions de recherche sera également renforcée afin de développer de nouveaux outils, d'orienter les politiques et d'améliorer la mise en œuvre. Ces différentes étapes permettront au Partenariat RBM de coordonner les efforts de façon plus efficace pour la mise en œuvre de ce plan.

### À retenir

Les coûts engendrés par la lutte contre le paludisme sont importants mais les bénéfices le sont plus encore et les risques associés à l'inaction trop élevés pour être ignorés (p. ex. décès, développement économique entravé, émergence de résistance).

- *Le contrôle du paludisme permet de sauver des vies aujourd'hui et d'éviter des décès demain.* D'après les estimations, jusqu'à 4,2 millions de vies seront sauvées d'ici 2015 dans les 20 pays supportant le fardeau le plus lourd, sur le seul continent africain, si le plan est mis en application.
- *Le rapport coût-efficacité du contrôle du paludisme est particulièrement favorable, notamment par rapport aux interventions réalisées pour d'autres maladies.* Le coût s'élève à 2 à 24 \$US par année de vie ajustée sur l'incapacité évitée ; la seule intervention ayant une rentabilité supérieure est la vaccination infantile.
- *Les fonds investis dans la recherche pour identifier de nouvelles mesures ou les rendre plus performantes permettront d'améliorer le contrôle du paludisme, d'accroître la rentabilité des interventions et de soutenir les efforts déployés pour éliminer le paludisme.* Les estimations révèlent par exemple que la mise au point de mesures préventives (MILD, PID, etc.) permettant d'accroître l'efficacité sur le terrain pourrait entraîner une réduction des coûts des interventions d'environ 100 millions de \$US par an.
- *La réduction du fardeau du paludisme générera des avantages économiques et contribuera à réduire la pauvreté.* Le paludisme touche certaines populations parmi les plus pauvres et les plus marginalisées au monde. La réduction du fardeau de la maladie signifie davantage de personnes sur leur lieu de travail, davantage d'enfants à l'école et une rupture du cycle de la pauvreté.

“ Je crois que si vous présentez aux gens d’abord un problème puis une solution, ils seront motivés pour agir. Le Plan d’action mondial contre le paludisme est une feuille de route et un appel à une action mondiale. Le moment est venu d’agir. ”

*Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates*