



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 52<sup>e</sup> SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

*Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire*

CD42/16 (Fr.)

17 août 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

### PALUDISME

Dans 21 des 39 Etats Membres de l'OPS, il y a transmission du paludisme. Dans ces pays, 77 millions de personnes vivent dans des zones à transmission modérée et élevée, d'où environ 1,2 million de cas de paludisme par an. Depuis 1992, ces pays ont adopté la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique, mais avec certaines limites quant à sa mise en œuvre intégrale. L'initiative "Faire Reculer le Paludisme" vise à créer un mouvement aux niveaux mondial, régional, national et local en vue de renforcer davantage la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique.

"Faire Reculer le Paludisme" encourage l'utilisation de stratégies fondées sur de bases scientifiques, des mesures au niveau de la communauté et des actions conjointes efficaces menées entre les gouvernements et les organismes de développement nationaux et internationaux. Dans cette stratégie il est reconnu que le recul du paludisme passe inévitablement par le développement du secteur de la santé de sorte à pouvoir mieux traiter toute une gamme de problèmes sanitaires prioritaires. Au moyen de la Stratégie il est prévu d'intégrer les activités en vue de faire reculer le paludisme par l'intermédiaire de toute une gamme d'activités sanitaires au niveau communautaire, déjà réalisées par des sociétés exposées au paludisme. L'initiative doit évoluer en un mouvement social à l'échelle mondiale et engager les communautés locales qui ne déploient pas encore de mesures pour combattre le paludisme.

Le fait d'avoir reconnu que la lutte contre la paludisme doit faire partie d'un système sanitaire efficace, soutenu par un engagement communautaire ferme, a servi de base à l'initiative "Faire reculer le paludisme". La lutte contre le vecteur s'inscrit dans le cadre de cette initiative par le biais de l'application de méthodes ciblées spécifiques aux sites et qui sont efficaces par rapport aux coûts. L'utilisation de toute une gamme de méthodes vise à diminuer l'emploi des pulvérisations d'insecticides résiduels dans les années à venir.

Ce point a été abordé lors de la 126<sup>ème</sup> session du Comité exécutif et il est présenté au 42<sup>e</sup> Conseil directeur pour son examen et pour qu'il considère la résolution proposée par le Comité exécutif au Conseil directeur pour son approbation (résolution CE126.R19, en annexe). Le document "Status of Malaria Programs in the Americas" (CD42/INF/1) qui sera mis à la disposition du Conseil directeur, contient des informations plus détaillées.

## TABLE DES MATIERES

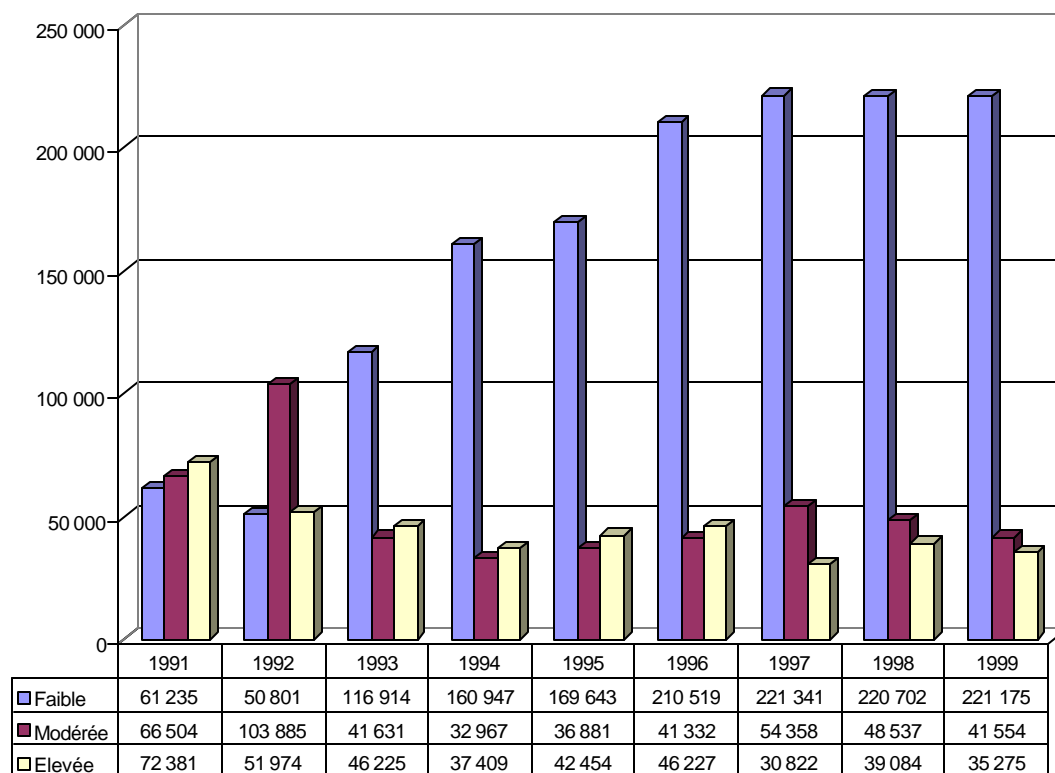
	<i>Page</i>
1. Situation actuelle en ce qui concerne le paludisme .....	3
2. Situation actuelle concernant la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique .....	6
3. Principaux problèmes et contraintes.....	9
4. L’initiative “Faire Reculer le Paludisme” .....	11
5. Conclusions .....	14

Annexe: résolution CE126.R19

## 1. Situation actuelle en ce qui concerne le paludisme

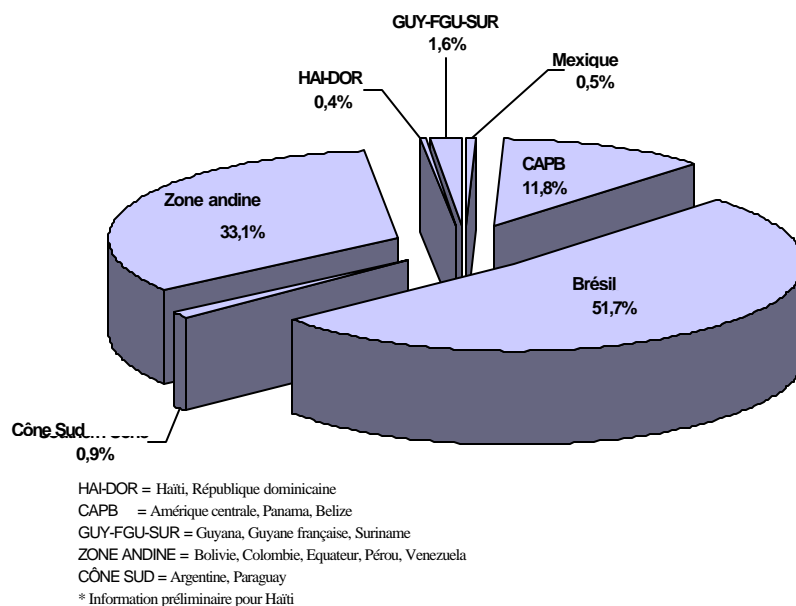
En 1999, l'on comptait 818 millions de personnes vivant dans la Région des Amériques. De celles-ci, 299 millions de 21 pays, résidaient dans des zones où les conditions écologiques favorisaient la transmission du paludisme. Toutefois, 222 millions d'entre elles sont exposées à un faible ou très faible risque de transmission du paludisme. Les 77 millions de personnes restantes vivent dans des zones à transmission modérée et élevée (figure 1).

**Figure 1 : Population vivant dans des régions où le paludisme est endémique  
Selon niveau de transmission, 1991-1999**



L'IPA (indice parasitaire annuel) dans la Région se situe dans une fourchette allant d'un minimum de 0,18/1 000 au Mexique à 309,8/1 000 au Suriname. Une analyse par sous-région indique que le Brésil enregistrait le nombre absolu le plus élevé de cas de paludisme (51,7%), suivi par les pays de la sous-région des Andes représentant 33,1% de tous les cas (figure 2).

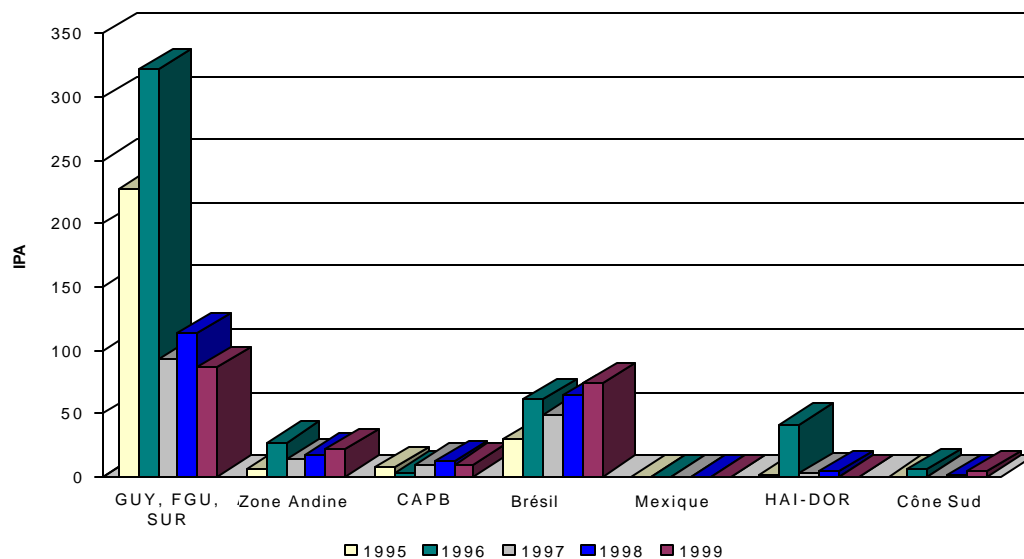
**Figure 2 : Distribution des cas de paludisme dans la Région des Amériques, 1999**



Toutefois, le risque le plus élevé de transmission est noté dans la sous-région, qui comprend certaines parties de la Guyane française, du Guyana et du Suriname (IPA = 127,5/1 000), suivies par certaines parties du Brésil (IPA = 118,8/1 000), tel qu'indiqué sur la figure 3.

La distribution épidémiologique du paludisme aux Amériques a changé suite à la diminution de la prévalence du paludisme par *P. falciparum* dans la région de l'Amazonie au Brésil. Cette diminution est due à une meilleure prise en charge des cas grâce à un diagnostic précoce et traitement immédiat, une baisse de l'activité minière non contrôlée et moins de mouvements de population suite à la stabilisation des projets de colonisation agricole. La diminution dans la région de l'Amazonie, au Brésil, s'est accompagnée par un accroissement de la prévalence de *P. falciparum* dans les régions forestières de la sous-région des Andes, surtout le bassin de l'Amazone. La côte Pacifique du Pérou, de l'Equateur et de la Colombie a enregistré une nette augmentation tant du nombre de cas de paludisme que de la propagation de cette maladie, surtout le paludisme *falciparum*.

**Figure 3 : Indices parasitaires annuels (IPA)\* par sous-région géographique, 1994-1999**



\* Fondé sur une population dans les zones paludiques à risque modéré et élevé  
CAPB=Amérique centrale, Panama, Belize  
HAI-DOR=Haïti, République dominicaine

API = Nombre de cas confirmés x 1000  
Population à risque élevé et modéré

La principale amélioration opérationnelle associée à la réduction du taux de mortalité imputable à *P. falciparum* est l'élargissement de la couverture concernant les traitements de second et troisième choix. Le Tableau 1 indique la disponibilité remarquable du traitement suivant le phénomène d'El Niño tout au long de la côte Pacifique des Andes, malgré le manque d'accessibilité aux populations exposées à *P. falciparum* et à l'épidémie. Il indique la disponibilité de traitement par cas diagnostiqué, s'élevant dans une fourchette de 0,57 à 241,8 traitements de premier choix par cas notifié. Jusqu'à 1999 tous les pays avaient une disponibilité adéquate de traitements antipaludéens efficaces. Cependant, en 1999, tous les pays à l'exception de la Colombie ont eu des difficultés pour obtenir de médicaments pour le traitement de souches résistantes de *P. falciparum*. La pénurie de ces médicaments en Bolivie, Brésil, Equateur, Pérou et Venezuela est un des facteurs de risque qui pourraient causer, dans un futur proche, une possible augmentation du nombre d'épidémies par souches résistantes.

Par ailleurs, la résistance à la chloroquine est très élevée en Amérique du Sud, bien qu'il existe toujours une certaine réponse clinique à la chloroquine dans les pays des Andes.

La colonne à droite du Tableau 2 présente les antipaludéens recommandés actuellement par chaque pays endémique. La résistance à la sulfadoxine/pyriméthamine est également très répandue et la quinine et la tétracycline sont de plus en plus utilisées comme antipaludéens de premier choix en Colombie, en Guyane française, Guyana et Suriname. Le Pérou a défini trois protocoles antipaludéens pour sa politique nationale de médicaments suite aux divers niveaux de résistance de *P. falciparum* dans le pays. Dans certaines zones de l'Amazonie brésilienne, la méfloquine a été introduite comme traitement de premier choix pour les infections de *P. falciparum*, suivant le diagnostic établi grâce aux preuves avec bandelettes réactives. Les dérivés de l'artémisinine sont encore réservés pour le paludisme grave et avec complications. Des échecs isolés de traitement à base de chloroquine pour les infections par *Plasmodium vivax* ont été notifiés récemment, mais n'ont pas été confirmés par des études épidémiologiques.

## **2. Situation actuelle concernant la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique**

La Région des Amériques a avalisé la Stratégie mondiale pour la Lutte antipaludique adoptée par la Conférence ministérielle de 1992. Les 21 pays touchés par le paludisme ont réorienté leurs programmes de lutte conformément à la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique adoptée à Amsterdam en 1992.

La Stratégie cherchait essentiellement à changer l'orientation traditionnelle axée sur la lutte contre le vecteur pour passer à une prise en charge adéquate de la maladie humaine. Cette transition demandait que l'objectif traditionnel d'éradication de la maladie soit intégré à une approche axée sur de multiples maladies avec l'expansion qui s'ensuit de la couverture des services de santé de base afin d'assurer un diagnostic précoce et un traitement immédiat de la population exposée au risque de contracter le paludisme.

Les quatre éléments de base de la mise en œuvre de la Stratégie sont les suivants : 1) diagnostic précoce et traitement immédiat; 2) planification et adoption de mesures préventives et durables dont la lutte contre le vecteur; 3) dépistage, endiguement et prévention rapides de l'épidémie; et 4) renforcement de la capacité des services sanitaires locaux pour évaluer périodiquement la situation épidémiologique dans la Région et permettre aux programmes de lutte de diminuer la charge sociale et économique du paludisme au sein de la population. Seul un de ces quatre éléments techniques a été mis en œuvre intégralement dans certains pays.

L'application de ce premier élément de la Stratégie dans la Région a entraîné une nette diminution du taux de mortalité imputable au paludisme. En 1994, première année avec des registres comparables, le taux brut de mortalité liée à *P. falciparum* était de 8,3 pour 100 000 personnes exposées. En 1999, le taux de mortalité avait diminué, passant à 1,7 pour 100 000 personnes exposées.

**Tableau 1 : Traitements antipaludiques achevés en 1999**

Pays et territoires par sous-	Traitements complets @ 1 500 mg de	Nombre de	Nombre de traitements de premier choix disponibles par cas	Nombre de traitements <i>P.</i>	Nombre de cas <i>P. falciparum</i>	Nombre de traitements de second choix disponible
Mexique	839 733	6 402	131,17	0	16	0,00
Belize	8 599	1 850	4,65	0	52	0,00
Costa Rica	38 130	3 998	9,54	-	15	0,00
El Salvador	297 376	1 230	241,77	-	9	-0,00
Guatemala	210 107	45 098	4,66	-	1 707	-0,00
Honduras	496 732	46 740	10,63	-	1 220	0,00
Nicaragua	2 270 800	38 676	58,71	0	1 689	-0,00
Panama	19 100	936	20,41	0	40	0,00
Hàiti ^	...	1 196	2,76	...	1 196	...
République dominicaine	130 478	3 589	36,36	0	3 584	0,00
Guyane française	...	5 307	...	...	24 528	...
Guyana	23 300	27 283	0,85	39 244	16 144	2,43
Suriname	12 096	13 939	0,87	8 301	11 685	0,71
Brésil	935 150	609 594	1,53	171 195	114 605	1,49
Bolivie	70 800	50 037	1,41	6 085	7 557	0,81
Colombie	195 230	66 845	2,20	112 101	25 389	4,42
Equateur	177 842	87 620	2,03	110	49 993	0,00
Pérou	94 259	166 579	0,70	57 653	67 169	0,86
Venezuela	79 497	19 086	4,70	1 576	3 531	0,45
Argentine	467	222	2,00	-	..	-
Paraguay	35 600	9 947	3,58	0	2	0,00

... Pas d'information disponible

^ Haïti - Uniquement information partielle

**Tableau 2 : Plasmodium falciparum aux Amériques, 1994–1999 Please update)**

Pays	Ans	Proportion à risques élevés en tant que proportion de la population totale	Cas de <i>P.falciparum</i> 1994/1999 (% du nombre total de cas)	Décès liés au paludisme 1994/1999	Politique de médicaments pour <i>P. falciparum</i> (en ordre de choix thérapeutiques)
Bolivie	1994	0,5% (34K/7,0M)	4 700 (13,8%)	29	1) Quinine 7 jours + Tétracycline 7; 2) Méfloquine.
	1998	14,1% (1,2M/8,1M)	7 557 (15,1%)	1*	
Brésil	1994	2,3% (3,7M/159M)	172 000 (30,5%)	413	1) Quinine 7 jours + Tétracycline 7; 2) Méfloquine; 3) Artémisinine.
	1998	2,0% (3,3M/168M)	114 605 (18,8%)	75*	
Colombie	1994	8,4% (2,9M/34,5M)	31 000 (24,4%)	81	1) Amodiaquine + Primaquine; 2) Sulfa + Pyriméthamine; 3) Quinine 7+ Tétracycline 7 jours.
	1998	7,5% (3,1M/41,6M)	25 389 (37,98%)	12*	
Equateur	1994	7,6% (853K/11,2M)	10 000 (33,3%)	67	1) Chloroquine + Primaquine; 2) Sulfa+ Pyriméthamine.
	1998	19,8% (2,5M/12,4M)	49 993 (57,2%)	16*	
Guyane française	1995	6,2% (9,1K/147K)	4 100 (97,6%)	–	1) Quinine 3 jours + Doxycycline ; 2) Halofantrine + Doxycycline.
	1998	9,2% (16K/174K)	4 528 (85,3%)	5*	
Guyana	1994	6,5% (53K/825K)	22 000 (56,4%)	150	1) Quinine 3 jours+ Clindamycine ; 2) Sulfa + Pyriméthamine.
	1998	70,8% (605K/855K)	16 144 (59,2%)	34**	
Pérou	1994	9,1% (2,1M/23M)	21 000 (17,2%)	39	1) Quinine 3 jours+ Tétracycline 7; 2) Sulfa + Pyriméthamine
	1998	10,1% (2,5M/25,2M)	67 169 (40,3%)	49*	
Suriname	1994	7,6% (32K/418K)	4 300 (91,5%)	20	1) Sulfa + Pyriméthamine; 3) Quinine 3 jours+ Clindamycine
	1998	10,4% (43K/415K)	11 644 (83,5%)	7**	
Venezuela	1994	0,7% (143K/21M)	3 300 (24,1%)	17	1) Chloroquine+ Primaquine 2) Sulfa + Pyriméthamine; 3) Quinine 3 jours+ Tétracycline 7
	1998	1,1% (263K/23,7M)	3 531 (18,5%)	26*	
TAUX BRUT DE MORTALITE					
TOTAL	1994	<b>3,4%</b> <b>(9,8M/289,9M)</b>	<b>268 000</b> <b>(24,0%)</b>	<b>816</b>	8,3/100 000 personnes exposées
TOTAL	1999	<b>4,8%</b> <b>(13,5M/280,4M)</b>	<b>300 560</b> <b>(28,7%)</b>	<b>225*</b>	1,7/100 000 personnes exposées

K = 1 000

M = 1 000 000

\* Données préliminaires

\*\*\* Données '98

- Non rapporté

La mise en œuvre de la Stratégie est en cours avec des grandes différences parmi les pays de la Région. Certains pays ont nettement diminué leurs taux de mortalité imputables au paludisme ces quatre dernières années et montrent ainsi que la priorité accordée à la prise en charge de la maladie humaine est un investissement plus efficace par rapport aux coûts que

l'approche traditionnelle de lutte contre le vecteur, surtout dans les zones où le parasite du paludisme *P. falciparum* est plus répandu. Mais dans les zones et pays où le parasite *P. vivax* est l'espèce prévalente et dans les zones où la transmission de *P. falciparum* est sous contrôle, la prévalence et l'incidence de *P. vivax* continuent à croître ou alors ne sont guère affectées. Cet effet est causé par plusieurs facteurs qui varient, allant de la nature réémergente de *P. vivax*, aux conditions intrinsèques favorisant la transmission causée par la "ruralisation" de la périphérie des grandes villes.

Les améliorations concernant la disponibilité de médicaments de second et troisième choix en Bolivie, au Brésil, en Colombie, en Guyana, au Pérou et au Venezuela par rapport aux années précédentes pourraient être le résultat de la couverture étendue de la Stratégie axée sur la prise en charge clinique optimale de la maladie. Le Tableau 3 montre les résultats de l'examen microscopique de 2,5 millions de cas soupçonnés. Les services sanitaires locaux dont le réseau des agents de santé communautaires (collaborateurs volontaires) comptent une grande efficacité au niveau du diagnostic, alors que la surveillance active continue à enregistrer une faible efficacité diagnostique et un coût de fonctionnement élevé. Des efforts continuent à être déployés pour améliorer le diagnostic microscopique au niveau d'aiguillages des services de santé en général par le biais d'une formation de techniciens de laboratoire portant sur le diagnostic du paludisme et la redistribution de microscopistes formés. Dans les pays où la résistance à *P. falciparum* est répandue, l'utilisation de tests diagnostiques rapides est de plus en plus courante comme mesure pour garantir un traitement adéquat dans les zones difficiles à atteindre.

Des changements considérables conceptuels et pratiques sont nécessaires pour une mise en œuvre réussie de la Stratégie afin d'arriver à un impact mesurable. Alors que ces changements se déroulent en tant que partie intégrante de la réforme du secteur de la santé dans la Région, la mise en œuvre de la Stratégie est une possibilité importante de renforcer la capacité des services sanitaires locaux et d'étendre la couverture.

### **3. Principaux problèmes et contraintes**

Il existe trois grandes barrières entravant la mise en œuvre d'une stratégie réussie de lutte antipaludique. La première concerne la résistance institutionnelle au changement suite à l'idée bien ancrée voulant que la lutte contre le paludisme demande des pulvérisations d'insecticides et celles-ci ne peuvent être réalisées que par une grande institution opérationnelle.

La seconde barrière concerne le manque de ressources humaines formées capables de garantir l'application de mesures efficaces de lutte contre le vecteur/interception du vecteur afin de suivre et de compléter la prévention réussie de la mortalité et la réduction de la morbidité dans le cadre d'un secteur sanitaire décentralisé.

**Tableau 3 : Comparaison entre détection de cas passive et active, 1999**

Pays et territoires par sous-région géographique	DETECTION PASSIVE						DETECTION ACTIVE		
	Services sanitaires généraux et hôpitaux			Collaborateurs volontaires			Enquêtes épidémiologiques et suivis		
	Lames de sang			Lames de sang			Lames de sang		
	Examens	Positives	TPL	Examens	Positives	TPL	Examens	Positive	TPL
Mexique	636 867	1 961	0,31	325 406	2 458	0,76	1 051 472	1 983	0,19
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	9 552	1 396	14,61	6 625	427	6,45	80 277	2 175	2,71
El Salvador	62 659	402	0,64	73 780	802	1,09	8 329	26	0,31
Guatemala*	44 528	6 306	14,16	127 345	31 874	25,03	7 198	1 993	27,69
Honduras	-	-	-	237 074	46 740	19,72	-	-	-
Nicaragua	339 082	19 485	5,75	216 478	19 191	8,87	-	-	-
Panama	28 420	258	0,91	249	6	2,41	132 550	672	0,51
Haïti <sup>^</sup>	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. dominicaine	52 030	811	1,56	16 720	323	1,93	384 070	2 445	0,64
Guyane française	34 562	4 936	14,28	...	...	...	13 412	371	2,77
Guyana	18 341	1 860	10,14	20 879	2 012	9,64	216 007	23 411	10,84
Surinam	65 087	13 939	21,42	...	...	...	...	...	...
Brésil	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	97 427	33 115	33,99	31 409	9 867	31,41	30 782	7 055	22,92
Colombie	268 355	66 845	24,91	-	-	-	-	-	-
Equateur	395 493	79 280	20,05	49 113	8 201	16,70	-	-	-
Pérou	1 789 990	166 579	9,31	-	-	-	237 634	0	0,00
Venezuela	71 441	10 830	15,16	-	-	-	147 548	8 256	5,60
Argentine	1 404	120	8,55	111	24	21,62	7 009	78	1,11
Paraguay	11 112	2 174	19,56	42 877	5 415	12,63	47 085	2 356	5,00
<b>T O T A L</b>	<b>3 926 350</b>	<b>410 297</b>	<b>10,45</b>	<b>1 148 066</b>	<b>127 340</b>	<b>11,09</b>	<b>2 363 373</b>	<b>50 821</b>	<b>2,15</b>

- Non applicable ... Pas d'information disponible \* GUT – 4 925 cas non différenciés  
 SPR = Taux de positivité des lames ^ Haï ti - Information partielle uniquement

La troisième contrainte se situe au niveau de la réduction très marquée des budgets centraux et de l'application efficace des ressources disponibles qui ont lieu parallèlement au processus administratif de décentralisation des services de santé.

La figure 4 indique que les fonds utilisés par les programmes de lutte ont varié grandement ces cinq dernières années. Mais la dépense par personne dans les zones d'endémie a été très basse pour les 16 pays qui notifient à l'OPS leur budget de la lutte antipaludique.

Du côté socio-économique, la mise en œuvre de la Stratégie dans la Région a indiqué une efficacité accrue des mesures de lutte en vue de diminuer la transmission de

*P. falciparum* et de réduire le coût de son exécution. Une évaluation économique de la Stratégie dans la Région a été faite au Brésil indiquant que le coût des programmes traditionnels de lutte contre le paludisme axés sur le vecteur est plus du double de celui de la Stratégie pour la même efficacité. L'étude a évalué le coût de la lutte contre le paludisme par Année de Vie corrigée du facteur Invalidité (AVCI) sur une période de huit ans. Pendant les quatre premières années, la lutte contre le paludisme a été réalisée avec les mesures traditionnelles de lutte contre le vecteur. Ces opérations ont consommé 78,7% des ressources disponibles pour la période (US\$ 352 794 720), avec uniquement 21,3% utilisés pour le diagnostic et le traitement. La seconde période de quatre ans a utilisé \$160 588 742 dont 47,4% utilisés pour les activités de lutte contre le vecteur ciblés épidémiologiquement et 52,6% utilisés pour étendre la couverture des opérations de diagnostic et de traitement.

Les deux périodes ont permis au Brésil d'économiser un nombre total analogue d'AVCI : 4 041 439 AVCI pendant la période de quatre ans et 4 730 948 AVCI pendant la seconde période. Toutefois, le coût par AVCI épargné était de \$87,29/AVCI pendant la première période, alors que l'AVCI épargnée pendant la seconde période a coûté au pays \$33,94.

Cherchant à profiter de ces premiers résultats, ainsi qu'à renforcer la capacité des pays à arriver à un plus grand impact mesurable en fonction des principes de la Stratégie, l'OPS s'est jointe à l'initiative mondiale de l'OMS "Faire Reculer le Paludisme."

#### **4. L'initiative "Faire Reculer le Paludisme"**

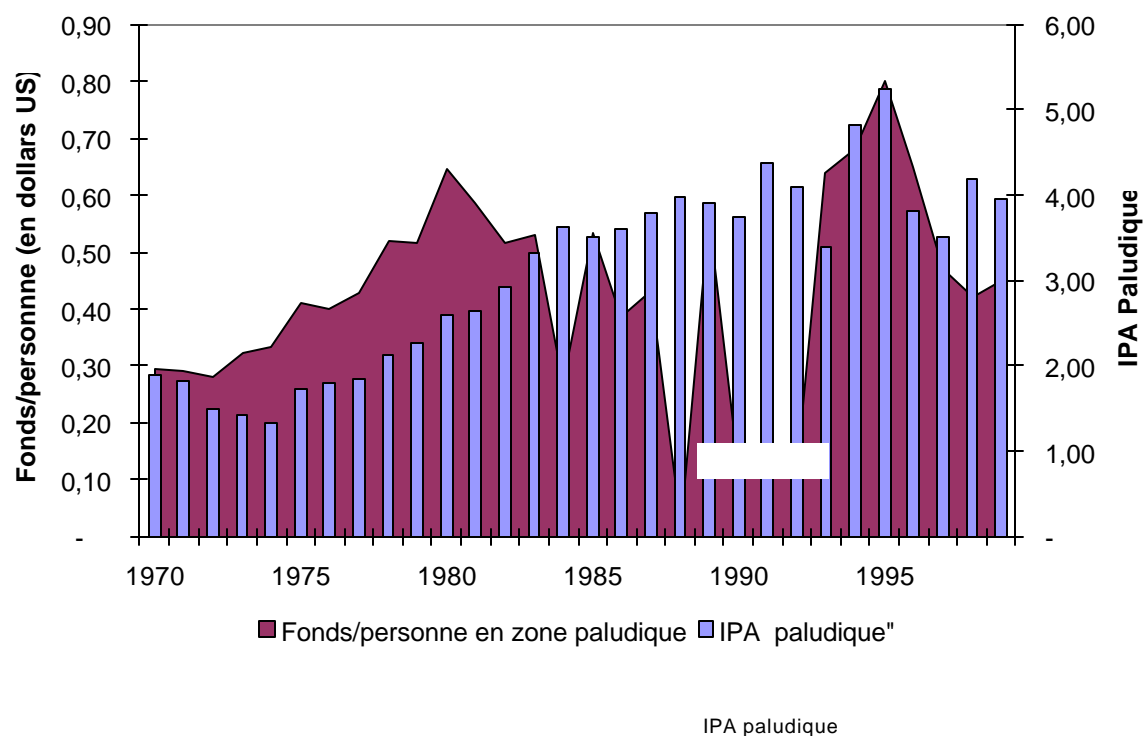
L'initiative est un mouvement social dont le but est de diminuer nettement la charge mondiale imputable au paludisme par le biais de la promotion de diverses interventions adaptées aux besoins locaux et en renforçant le secteur de la santé. Cette initiative dirige l'attention du monde vers les régions affectées par le paludisme en encourageant la mobilisation de ressources et en intensifiant l'application d'outils existants pour la lutte contre le paludisme.

Le Partenariat mondial pour "Faire Reculer le Paludisme" (RBM) est engagé à donner aux gens les moyens pour prévenir les souffrances qu'ils connaissent suite au paludisme d'ici l'année 2010, diminuant de moitié la prévalence du paludisme par le biais de six éléments :

- décisions fondées sur des preuves scientifiques;

- diagnostic précoce et traitement rapide;
- actions bien coordonnées;
- prévention multiple;
- mouvement mondial dynamique;
- recherche opérationnelle ciblée.

**Figure 4 : Fonds/personne dans les zones paludiques versus IPA paludique -1970 - 1999**



La RBM est un catalyseur pour l’OPS/OMS mettant en place des initiatives dirigées vers les problèmes de santé et de développement. En tant qu’approche coordonnée, une lutte durable contre les maladies infectieuses, la RBM développera et maintiendra la collaboration intersectorielle entre la santé et d’autres secteurs afin de répondre aux besoins de l’initiative “Faire Reculer le Paludisme.”

La RBM encourage des stratégies reposant sur des preuves scientifiques, l'action communautaire et des mesures conjointes efficaces entre les gouvernements et les organismes de développement. Elle reconnaît que l'initiative de lutte contre le paludisme passe inévitablement par le développement des secteurs sanitaires de sorte à s'attaquer à toute une gamme de problèmes sanitaires prioritaires. Elle vise à intégrer les activités en vue de faire reculer le paludisme par le biais de toute une gamme d'activités sanitaires au niveau communautaire mises en œuvre par des sociétés exposées au risque de contracter le paludisme. La RBM doit mobiliser les familles et les communautés et d'autres partenaires en vue de développer l'action adéquate.

L'OPS/OMS fournira un soutien stratégique à un partenariat opérationnel avec toute une gamme d'organisations aux niveaux mondial, régional et national qui permettra de développer une capacité durable de prise en charge du paludisme et d'autres priorités sanitaires. Au niveau du pays, la RBM soutiendra la création de coalitions pour l'action et aidera les pays à créer et soutenir des partenariats au niveau communautaire engageant de multiples partenaires et tous les prestataires de soins de santé s'occupant du paludisme. Le soutien de la coopération technique est au cœur de l'approche RBM.

A présent que des progrès sont en train de se faire et qu'un nombre moindre de personnes meurent du paludisme aux Amériques, il existe une demande politique urgente et importante en vue de contrôler la transmission de cette maladie. Il faut se rappeler que les taux de morbidité et de mortalité sont très influencés par les cas de paludisme et autres maladies transmissibles provenant de zones pauvres et surtout de régions habitées par des groupes autochtones.

Les méthodes proposées par l'OPS/OMS sont les suivantes : 1) une lutte intégrée contre le vecteur appelée Lutte sélective contre les Vecteurs du Paludisme (LSVP) et 2) le Plan pour des Actions simultanées et intensives (PASI). Il s'agit de techniques nouvelles et simplifiées : la lutte intégrée contre le vecteur pour les agents au niveau local et la méthode mexicaine, PASI, insistent sur la prise d'action simultanée en vue de diminuer les réservoirs humains et de vecteurs.

Le PASI peut être une bonne approche et une solution efficace par rapport aux coûts s'il est développé et appliqué de pair avec un diagnostic précoce et un traitement immédiat. La LSVP se fonde sur la nécessité d'employer des outils sélectifs choisis pour chaque situation spécifique. En d'autres termes, ces outils doivent être élaborés en fonction du

caractère spécifique de chaque région et ils devraient être efficaces, peu chers et abordables, permettant ainsi une diminution durable de la transmission du vecteur.

Outre le transfert de ressources financières et matérielles adéquates et le personnel formé des programmes de lutte contre le paludisme, un des grands défis pour les responsables de la santé se situe au niveau de l'information régulière et en temps opportun dont ils ont besoin au niveau national pour fixer les priorités et prendre les décisions. A cette fin, les services sanitaires locaux devront utiliser davantage les méthodes disponibles pour observer et suivre la condition sanitaire de la population et de l'environnement.

## **5. Conclusions**

La situation actuelle concernant la Stratégie mondiale de Lutte antipaludique aux Amériques exige un effort intensifié pour supprimer les barrières observées à sa mise en œuvre. La mise en œuvre de la Stratégie est extrêmement complexe demandant les éléments suivants :

- changement par rapport à l'approche traditionnelle des organisations et programmes verticaux;
- organisation des services de santé dans des régions où l'accès est difficile;
- formation des ressources humaines pour l'application efficace et la viabilité des mesures adoptées;
- fourniture de ressources financières et matérielles adéquates en quantités nécessaires et dans les bons délais.

Le défi qui se pose est encore plus grand dans le contexte des systèmes sanitaires décentralisés. Seuls l'engagement et la collaboration de tous les partenaires intéressés permettront d'atteindre ce but. L'initiative "Faire Reculer le Paludisme" est un mécanisme servant à cette fin qui revêt un caractère essentiel pour les Amériques.



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 26-30 juin 2000

CD42/16 (Fr.)

Annexe

### **RESOLUTION**

#### **CE126.R19**

#### **FAIRE RECULER LE PALUDISME DANS LA REGION DES AMERIQUES**

##### **LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,**

Ayant examiné le document CE126/18 qui propose que les Etats Membres dans lesquels le paludisme représente un problème de santé publique viennent se joindre à l'initiative *Faire reculer le paludisme* dans la Région des Amériques, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé,

##### **DECIDE :**

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

##### **LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD42/16 qui propose que les Etats Membres dans lesquels le paludisme continue à être un problème de santé publique adoptent l'initiative *Faire reculer le paludisme* sur leur territoire; et

Tenant compte du fait que cette initiative, outre qu'elle répond au but de promouvoir les systèmes et services sanitaires locaux, encourage les efforts conjoints en vue de supprimer les obstacles entravant le contrôle efficace du paludisme par le biais d'actions stratégiques concernant l'utilisation coordonnée des ressources, la mise en place d'une politique afférente aux antipaludéens et la formation des ressources humaines pour appliquer les mesures nécessaires au contrôle de la transmission du paludisme,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) formaliser l'adoption de l'initiative *Faire reculer le paludisme* dans des territoires où le paludisme représente encore un problème de santé publique;
  - b) prendre un engagement pour faire une évaluation annuelle des progrès réalisés dans le cadre des divers volets de l'initiative jusqu'à l'élimination du paludisme en tant que problème de santé publique dans la Région.
  
2. De demander au Directeur de :
  - a) continuer à soutenir les mécanismes de suivi des progrès concernant les programmes de prévention et de contrôle;
  - b) soutenir les efforts faits afin de mobiliser les ressources nécessaires pour l'élimination du paludisme dans la Région.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*