



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CE136/16 (Fr.)

3 mai 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

PALUDISME ET OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Si la transmission du paludisme a été éliminée dans un certain nombre de territoires elle n'en reste pas moins notifiée par 21 des 39 Etats Membres de l'OPS. D'après les estimations, 77 millions de personnes vivent dans des régions de risque modéré à élevé et environ un million de cas est signalée annuellement depuis 1987.

Abandonnant les efforts d'éradication du paludisme, l'Organisation mondiale de la Santé a mis sur pied en 1992 la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, adoptée par les Etats Membres de l'OPS. En 1998, l'Initiative Faire Reculer le Paludisme était lancée afin de créer un mouvement aux niveaux mondial, régional, national et local venant renforcer encore davantage la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme et de réduire de 50% la charge paludéenne d'ici 2010.

Lors du 42^e Conseil directeur de l'OPS, les Etats Membres ont décidé d'adopter l'Initiative Faire Reculer le Paludisme dans les territoires où le paludisme représente un problème de santé publique. En 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies portait aux Objectifs du Millénaire pour le Développement « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies ».

L'incidence générale du paludisme a reculé ces dernières années bien que la maladie représente encore un problème de santé publique dans la région. Les efforts en vue de l'enrayer ont des impacts divergents selon le pays suite à un certain nombre de facteurs dont les variations dans les conditions écologiques, la couverture de diagnostic et de traitement, les faiblesses des systèmes de santé et les questions de capacité technique. La recherche opérationnelle tient une place importante pour une prise de décisions reposant sur des données probantes.

L'engagement doit se maintenir ferme si on veut atteindre les buts de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (RBM) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), maintenir les progrès faits dans la lutte contre le paludisme et relever les nouveaux défis dont ceux se rapportant à la communication, à la coordination et à la coopération au sein du secteur de la santé et autres secteurs. La collaboration inter-pays et l'engagement communautaire pour appliquer les méthodes de prévention et de contrôle revêtent une importance primordiale pour faire reculer la maladie et enrayer sa propagation vers d'autres pays. Un financement est nécessaire pour appliquer les mesures de prévention et de contrôle du paludisme au même titre que la mobilisation et l'utilisation efficace des finances. L'évaluation annuelle de la situation paludéenne permettra de juger des progrès faits pour diminuer la charge de la maladie et prévenir sa réapparition.

Le présent document est un complément au rapport présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 (WHA58/8) qui fait le point de la situation en Afrique. Il brosse un tableau d'ensemble de l'incidence du paludisme dans les Amériques et de la coopération technique de l'OPS aux Etats Membres. Il met en avant les accomplissements, passe en revue le programme inachevé et encourage les Etats Membres à maintenir leur engagement face à l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et à la mise en œuvre des activités de prévention et de contrôle du paludisme en vue d'atteindre les buts de la RBM et les objectifs OMD.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Le point de la situation: Vue d'ensemble des modes épidémiologiques du paludisme	4
Stratégie de lutte contre le paludisme dans la Région : Mise en œuvre et mobilisation de ressources	11
Défis actuels, Stratégies d'expansion et le rôle de l'OPS	13
Mesures à prendre par le Comité exécutif	18
Références	

Introduction

1. La transmission du paludisme survenait sur l'ensemble des Amériques lors des premières années du 20^e siècle. Elle se rangeait au titre d'une des maladies infectieuses répandues à l'origine de la Résolution de la seconde Conférence internationale des Etats Américains qui s'est tenue en janvier 1902 au Mexique et qui a recommandé de convoquer une « Convention générale des Représentants des Organisations de santé des différentes républiques américaines ». La Convention s'est tenue du 2 au 4 décembre 1902 à Washington aux Etats-Unis : c'était le prédécesseur de l'actuelle Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). 1

2. Si l'expérience et la connaissance de la lutte contre le paludisme s'est vue renforcée par les efforts déployés par les Etats-Unis d'Amérique et d'autres pays de la Région, le paludisme n'en restait pas moins une des « maladies aux plus graves conséquences pour le plus grand nombre de nations du Continent » selon la XI Conférence sanitaire panaméricaine de 1942. Celle-ci recommandait notamment que le Comité de lutte contre le paludisme du Bureau sanitaire panaméricain soit chargé, en tant qu'organisme de consultation, de réaliser des enquêtes et de mettre sur pied des programmes de lutte contre le paludisme dans les Amériques. Rôle que le Comité a effectivement assumé et en 1948, ces efforts avaient permis de faire nettement reculer le paludisme et d'éliminer la transmission dans de vastes régions de deux pays de l'Amérique du Sud, Guyana et le Venezuela, sous la direction des docteurs George Giglioli et Arnoldo Gabaldon dans les pays respectifs. D'autres faits venaient témoigner de la réussite de la lutte contre le paludisme en Argentine et aux Etats-Unis ainsi que de nets progrès au Brésil et en Equateur. Autant de réussites invoquées pour l'appel à l'éradication de la maladie : en 1954 la XIV Conférence sanitaire panaméricaine au Chili confiait au Bureau sanitaire panaméricain la responsabilité du soutien et de la coordination de l'éradication du paludisme dans les Amériques et par la suite, une campagne mondiale en vue d'éradiquer la maladie a été approuvée lors de la huitième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai 1955 au Mexique. (2)

3. La stratégie d'éradication axée sur la lutte contre les moustiques, déployée dans les Amériques, a été soutenue par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) jusqu'en 1992 lorsque la stratégie d'éradication mondiale a été remplacée par la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme. La stratégie de lutte contre le paludisme dans les Amériques s'inspire des quatre éléments techniques fondamentaux de la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme. La stratégie repose sur les pivots suivants : diagnostic précoce et traitement rapide du paludisme, planification et mise en oeuvre de mesures de prévention ciblées et durables dont la lutte contre le vecteur ; dépistage rapide, endiguement et prévention de l'épidémie et renforcement des capacités locales en recherche fondamentale et appliquée pour faire le point de la situation dans un pays en évaluant notamment les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.

4. En 1998, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses institutions partenaires mettaient sur pied l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (RBM) devant la charge mondiale associée au paludisme. L'Initiative vise à réduire de moitié la charge du paludisme dans les pays participant d'ici l'an 2010 par l'entremise d'interventions adaptées aux besoins locaux et grâce au renforcement du secteur de la santé (3). Deux années plus tard, en 2000, les Nations Unies ont promulgué les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont l'un des points essentiels consiste à stopper la propagation et à commencer à inverser la tendance concernant le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies courantes d'ici 2015 (4).

5. C'est dans le contexte des efforts et des objectifs mondiaux susmentionnés que la situation sur le plan du paludisme est suivie et analysée dans les Amériques. Le même cadre est utilisé pour conceptualiser, planifier, exécuter et suivre les projets de lutte contre le paludisme dans la Région et pour relever les défis constants et nouveaux que présente la maladie. Les Etats Membres apportent à l'OPS une information sur le paludisme qui est utilisée pour préparer un rapport de situation annuel. Dans la Région, la prévention de la réapparition du paludisme revêt une grande importance en Amérique du Nord et dans la majorité des îles des Caraïbes où la maladie avait été éliminée.

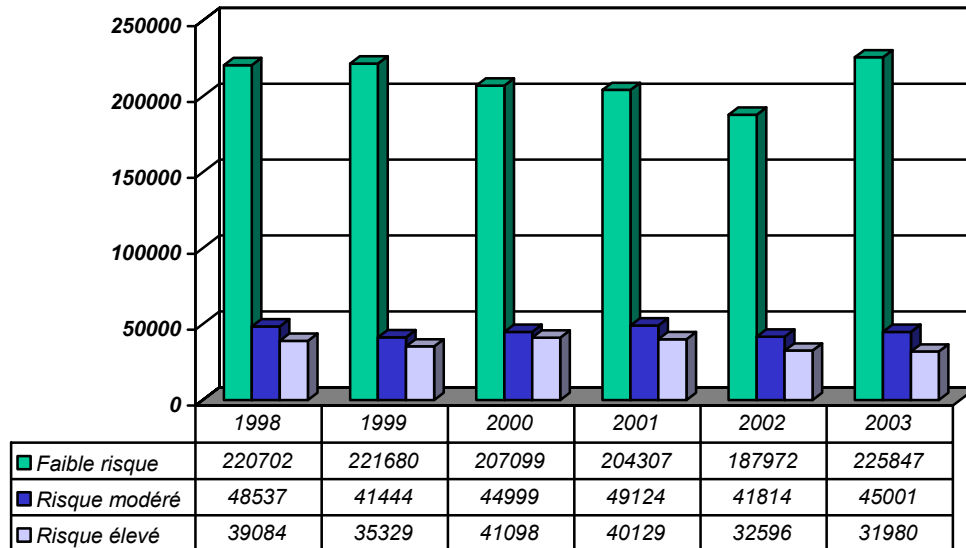
6. Le rapport fait le point de la situation concernant le paludisme dans les Amériques depuis la mise sur pied en 1998 de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme par l'OMS ; met en avant les progrès et le programme inachevé et encourage les Etats Membres à maintenir leur engagement pour faire progresser l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la prévention et à la lutte contre le paludisme en tenant compte des nouveaux défis ou de ceux qui risquent de se présenter.

7. Ce document accompagne le Rapport du Secrétariat de l'OMS sur le paludisme (A58/8 ; 14 avril 2005) qui se concentre sur la situation du paludisme en Afrique et qui a été discuté lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005.

Le point de la situation: Vue d'ensemble des modes épidémiologiques du paludisme

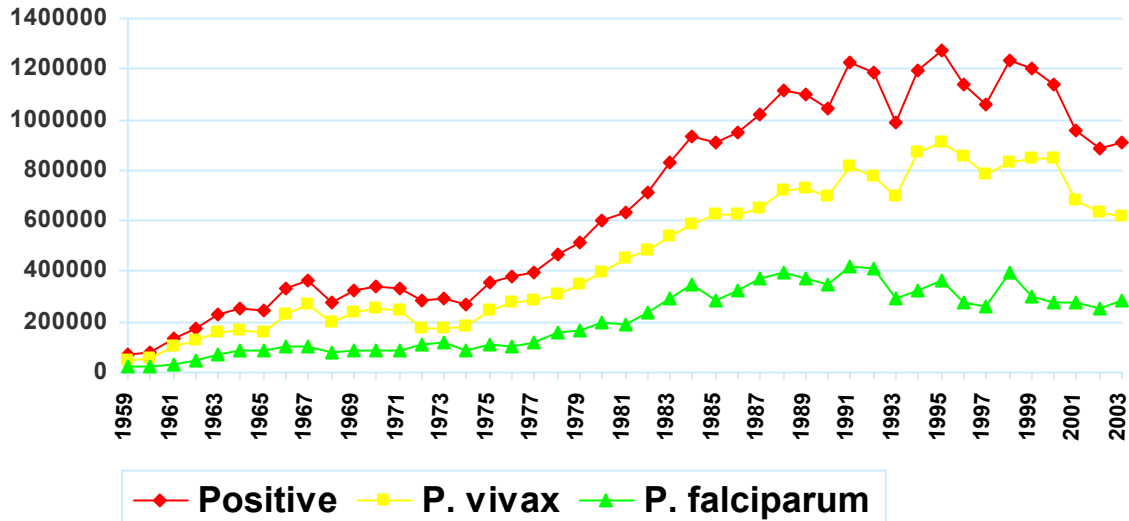
8. In 2003, les Etats Membres de l'OPS ont indiqué qu'environ 303 millions de personnes parmi les 859 millions d'habitants des Amériques vivent dans des régions où il existe un risque écologique de transmission du paludisme. Environ 226 millions d'entre eux vivent dans des régions à faible risque ou risque extrêmement faible ; 45 millions dans des régions de risque modéré et 32 millions dans des régions à risque élevé (Figure 1). Ces chiffres représentent une diminution de 3,08 % dans le pourcentage de la population générale de la Région à risque en 1998 lorsque l'Initiative RBM a été mise sur pied. Le paludisme reste un grave problème de santé publique dans la région où la transmission est notée dans 21 des 39 Etats Membres de l'OPS.

Figure 1: Population des Amériques en fonction du niveau de risque de transmission, 1998-2003 (en milliers)



9. La sous-notification des cas est probable connaissant les faibles systèmes d'information sanitaire. Depuis 1959, les Etats Membres notifient à l'OPS l'information sur le nombre annuel de cas par parasites du paludisme. Depuis 1963, plus de 200 000 cas ont été notifiés et ce nombre a quadruplé en 1983 et il a continué d'augmenter, passant à plus d'un million de cas en 1987. Lorsque l'Initiative RBM a été lancée en 1998, 1,2 million de cas était notifié. Depuis, les Etats Membres ont signalé une incidence moindre et une amélioration des tendances épidémiologiques (Figure 2).

Figure 2: Paludisme dans les Amériques par espèce de parasites, 1959-2003
Nombre de cas



10. *Plasmodium vivax* est la principale cause du paludisme dans la Région, représentant 68% de tous les cas, *P.falciparum* est la cause de 31,5% et *P.malariae* de moins de 0,5% de tous les cas. Dans les pays qui se partagent la forêt tropicale de l'Amazonie, des proportions analogues sont notées exception faite de ceux dans le massif des Guyanes. Dans la Mésio-Amérique, *P.vivax* représente 80% des cas, mais dans la République dominicaine et en Haïti presque 100% des cas sont imputables à *P.falciparum*.

11. La charge de paludisme indiquée dans les Amériques par les Etats Membres en 2003 portent le nombre de cas à 909 788 (figure 3) et 99 décès (Figure 4), soit une réduction de 30% dans le nombre absolu de cas pour la Région entière et une réduction de 12% dans les régions à risque élevé et modéré depuis 1998. On note une diminution de 73% dans le nombre général de décès imputables au paludisme depuis 1998.

Figure 3: Morbidité liée au paludisme dans les Amériques, 1998-2003
Nombre de lames de sang positives

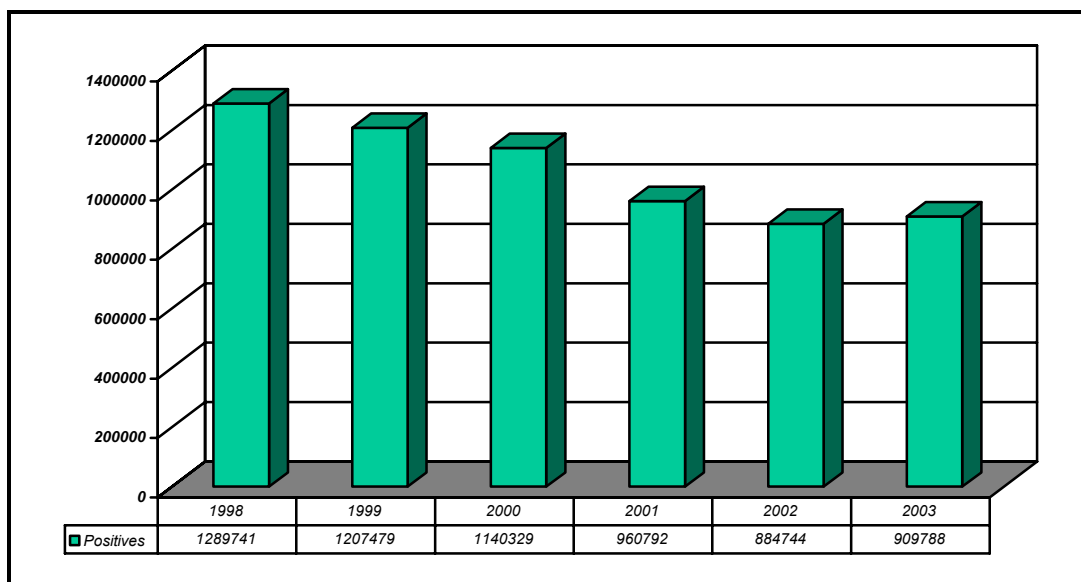
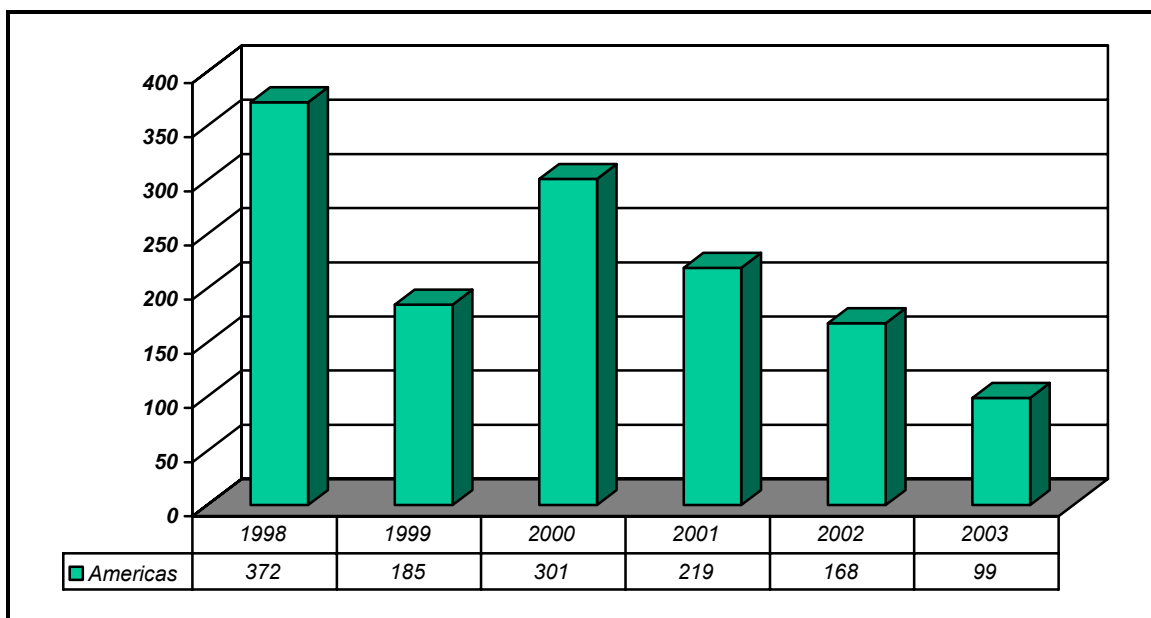


Figure 4: Mortalité imputable au paludisme dans les Amériques, 1998-2003
Nombre de décès



12. Les pays où s'étend l'Amazonie sont ceux de la Région des Andes (Bolivie, Colombie, Equateur, Pérou et Venezuela) ; le Brésil et le Massif des Guyanes (Guyane française, Guyana et Surinam) sont ceux qui sont le plus durement touchés comptant 92% de tous les cas de paludisme et 69% de tous les décès imputables au paludisme en 2003. (Figures 5 et 6).

Figure 5: Morbidité imputable au paludisme dans les Amériques par sous-région, 1998-2003: Nombre de lames de sang positives

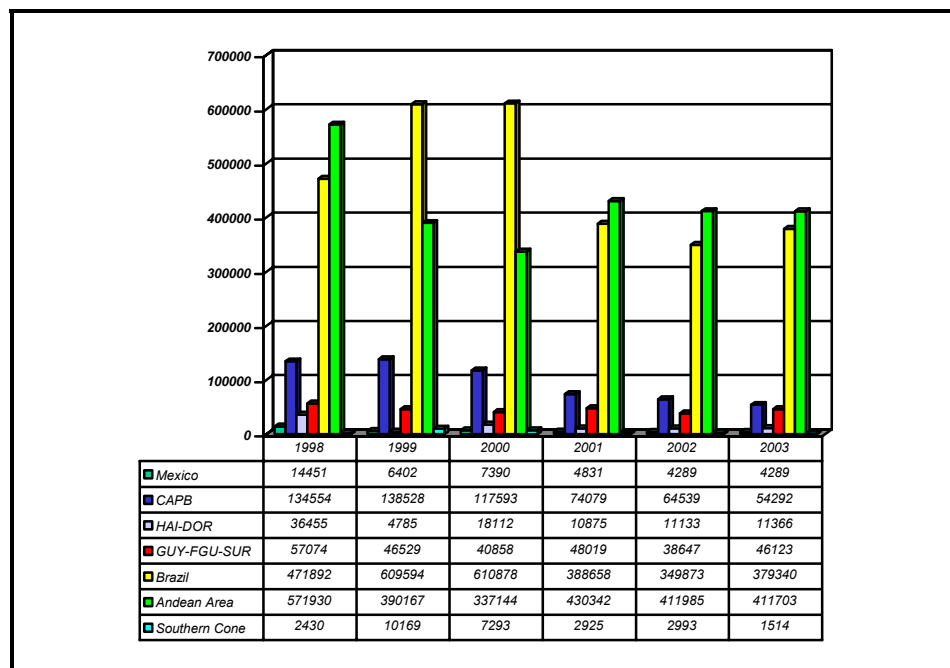
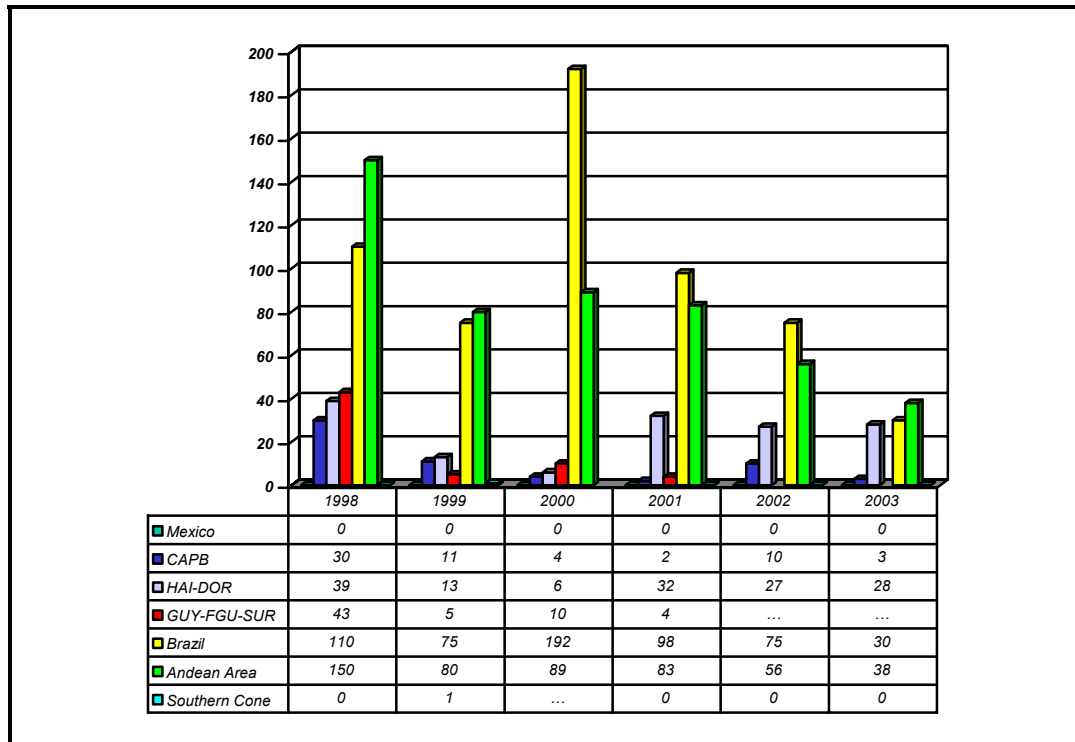


Figure 6: Mortalité imputable au paludisme dans les Amériques par sous-région, 1998-2003: Nombre de décès



13. Sur les 21 Etats Membres où le paludisme est endémique, 15 ont notifié des diminutions dans le nombre absolu de cas, dix d'entre eux signalant des diminutions de plus de 50% alors que six pays ont indiqué des augmentations (Tableau 1). On ne note aucune réintroduction de transmission de la maladie dans les Etats Membres où elle a été interrompue.

**Tableau 1: Changement en pourcentage
dans le nombre de cas notifiés, 1998 – 2003
Par pays**

PAYS	CHANGEMENT EN %
Argentine	- 64%
Belize	- 65%
Bolivie	- 72%
Brésil	- 20%
Colombie	+ 20%
Costa Rica	- 86%
République dominicaine	- 24%
Equateur	+ 19%
El Salvador	- 93%
Guyane française	+ 11%
Guatemala	- 35%
Guyana	- 33%
Haiti	- 71%
Honduras	- 76%
Mexique	- 70%
Nicaragua	- 80%
Panama	+ 334%
Paraguay	- 33%
Peru	- 65%
Surinam	+ 18%
Venezuela	+ 45%

14. *Plasmodium falciparum* est le parasite paludéen le plus pathogène. C'est le seul parasite pour lequel la résistance aux antipaludéens, signalée pour la première fois en Colombie en 1958, est à présent indiquée dans le monde entier. Dans les Amériques, la

résistance n'est soupçonnée ou confirmée que les pays qui se partagent la forêt tropicale de l'Amazonie.

Stratégie de lutte contre le paludisme dans la Région : Mise en œuvre et mobilisation de ressources

15. Conformément aux résolutions adoptées lors des Assemblées mondiales de la Santé tenues récemment et des Conférences de l'OMS et de l'OPS, notamment celles adoptées lors de la 52^e Assemblée mondiale de la Santé (5), du 126^e Comité exécutif (6) et de la 115^e session du Conseil exécutif (7) ainsi que de la 58^e Assemblée mondiale de la Santé (8), les pays membres ont adopté et soutenu l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

16. Un certain nombre d'événements, d'initiatives et autres facteurs d'importance mondiale ont marqué l'actuelle stratégie de lutte contre le paludisme dans les Amériques. S'agissant de : a) la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme (GMCS) adoptée par la Conférence ministérielle de 1992 ; b) l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (RBM) en 1998 ; c) l'adoption en 2002 des Objectifs du Millénaire pour le Développement ; d) des résolutions des Assemblées mondiales de la Santé et conférences récentes de l'OMS et de l'OPS ; e) de l'apparition de la résistance aux antipaludéens et ses répercussions dans les Amériques ; et f) la situation des ressources institutionnelles, humaines et financières de l'OPS et des Pays Membres.

17. La stratégie actuelle de lutte contre le paludisme dans les Amériques soutient essentiellement les fonctions des ministères de la santé se rapportant à la prévention et à la lutte contre le paludisme ; tire parti des synergies avec d'autres programmes sanitaires connexes, surtout ceux pour la santé environnementale, les produits pharmaceutiques et la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA et la tuberculose, la participation des communautés et de la société civile, l'engagement du secteur privé dans la prévention et le traitement, l'identification des meilleures pratiques, les partenariats et mécanismes de prévention pour élargir à plus grande échelle les interventions, la préparation des outils et mesures de soutien pour la gestion au niveau district, le renforcement des capacités et la collaboration entre les pays.

18. C'est l'engagement ferme des Etats Membres de suivre la situation qui protégera les progrès réalisés au niveau de la réduction de l'incidence et de la prévention de la réintroduction de la transmission dans les endroits où elle a été interrompue. Au même titre, il revient à l'OPS de continuer à soutenir les mécanismes pour suivre les progrès au niveau de la prévention et de la lutte contre la maladie et ceux servant à mobiliser les ressources conformément à la résolution CE126.R19 de l'OPS (4).

19. Les États Membres utilisent des ressources nationales pour lutter contre le paludisme. L'Initiative Faire Reculer le Paludisme apporte un soutien financier aux activités de prévention et de lutte contre le paludisme. L'OPS aide à mobiliser d'autres collaborateurs dans la Région : a) Le Réseau de l'Amazone pour la surveillance de la résistance aux antipaludéens (RAVREDA)/Initiative Paludisme Amazone (AMI) ; le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et c) le Programme des Nations Unies pour l'environnement/Fonds pour l'environnement mondial pour la prévention de la réintroduction de l'utilisation de DDT dans la lutte contre le vecteur du paludisme au Mexique et en Amérique centrale.

20. Le Réseau de l'Amazone pour la surveillance de la résistance aux antipaludéens/Initiative Paludisme Amazone est une réponse au phénomène mondial de résistance accrue aux antipaludéens par *Plasmodium falciparum*. Le réseau créé lors d'une réunion coordonnée par l'OPS à Bahia au Brésil en 2001 est financé par l'entremise de l'Initiative Paludisme Amazone de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Le partenariat regroupe les pays de la Bolivie, du Brésil, de l'Equateur, de la Colombie, Guyana, du Pérou, du Surinam et du Venezuela. Elle est coordonnée par l'OPS et l'USAID et la collaboration technique est assurée par l'OPS, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Rational Pharmaceutical Management Plus* et la Pharmacopée des Etats-Unis. (9). Suite aux données dégagées par les essais d'efficacité, six des pays participant susmentionnés ont changé leur politique de traitement et utilisent à présent l'association médicamenteuse antipaludéenne, recommandée par l'OMS depuis 2001 et dont il est question dans la Résolution EB115.R14 et le Document A58/8 de l'Assemblée.

21. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a approuvé les propositions de divers pays en vue de financer les activités de lutte contre le paludisme en Bolivie, au Guatemala, Guyana, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua et à Surinam. Un accord est également sur le point d'être finalisé avec Organismo Andino de Salud (ORAS) concernant une proposition pour combattre la maladie dans les régions frontalières de la Colombie, de l'Equateur, du Pérou et du Venezuela.

22. Le Programme des Nations Unies pour l'environnement/Fonds pour l'environnement mondial a approuvé un Programme régional Action et Démonstration sur des options durables de lutte contre le vecteur sans utilisation de DDT au Mexique et en Amérique centrale avec la participation des domaines techniques de l'OPS Développement durable et Environnement ; Systèmes Analyse et Information sanitaire et Prévention et contrôle des maladies.

23. La recherche en vue de trouver des moyens plus efficaces de prévention et de contrôle du paludisme est réalisée sous l'égide la Banque mondiale/Programme de Développement des Nations Unies/Programme de recherche et de formation en maladies

tropicales (TDR) de l'Organisation mondiale de la Santé. Conjointement avec l'OPS, ils ont soutenu de nombreux projets de recherche sur le paludisme dans la Région.

Défis actuels, Stratégies d'expansion et le rôle de l'OPS

24. L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA 52.11, a encouragé les Etats Membres à « réduire les souffrances imputables au paludisme et à promouvoir le développement national de manière durable en faisant reculer le paludisme ». En 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies ajoutait aux Objectifs du Millénaire pour le Développement tout effort fait en vue de stopper la propagation et commencer à inverser la tendance de la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies répandues d'ici 2015. En outre, en 2000, le Conseil directeur de l'OPS recommandait vivement aux Etats Membres d'adopter l'initiative Faire Reculer le Paludisme dans les territoires où le paludisme représente encore un problème de santé publique et de s'engager à faire une évaluation annuelle des progrès dans les différents domaines de l'initiative jusqu'à ce que le paludisme soit éliminé en tant que problème de santé publique dans la Région. L'examen des données entre 1998 et 2003 montre que ce défi doit pourtant encore être relevé puisque le paludisme continue à être un problème de santé publique dans les Amériques et qu'il a empiré par ailleurs dans certains Etats Membres.

25. Les défis dans les Amériques sont directement liés aux tendances épidémiologiques dans la Région et à l'impact différent de la stratégie du paludisme selon le pays et la sous-région au regard de divers facteurs.

26. Les divers domaines d'intervention et aspects à traiter sont les suivants : information sur les vecteurs du moustique dans les sous-régions, leur distribution, les modes de piqûres et de comportements, recherche opérationnelle pour trouver et utiliser de nouvelles méthodes novatrices de contrôle du vecteur ainsi qu'utilisation sélective d'insecticides. S'agissant du diagnostic de la maladie, le réseau de laboratoires doit être étendu chaque fois que c'est possible et les agents communautaires et les volontaires doivent utiliser davantage les tests de diagnostic rapide dans les régions où l'accès aux services de santé est difficile. Le coût plus élevé des associations de médicaments pour *P.falciparum* résistant aux médicaments ainsi que la disponibilité et l'observance des protocoles de traitement dont le traitement standardisé de quatorze jours pour le paludisme *P.vivax* sont parmi les autres grandes questions à envisager. Les groupes plus pauvres de la population et ceux qui se déplacent souvent avec des conditions d'habitation précaires et qui n'ont pas accès à des interventions adéquates de prévention et de contrôle tombent encore plus dans le dénuement suite à la maladie. La décentralisation et la réforme du secteur de la santé dans plusieurs pays et la nouvelle orientation que cela suppose pour la prestation et le financement des services sont des aspects qui se répercutent sur la gestion des services de santé. Les changements dans les

systèmes de santé sont à l'origine de la perte de personnes formées en matière de paludisme et il faudra en tenir compte lorsqu'on définit les besoins en formation, de pair avec l'insuffisance du personnel infirmier. La déficience de l'échange systématique d'information relève d'un autre aspect à traiter par l'entremise de la création des réseaux de communication entre les divers services techniques des Ministères de la santé et d'autres institutions. Les pays qui ont réussi à mobiliser des ressources financières pour la prévention et le contrôle du paludisme par l'entremise de mécanismes comme le Fonds mondial nécessiteront une coopération technique pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les activités planifiées. L'OPS peut fournir une coopération technique, coordonner et collaborer avec d'autres organisations concernant l'utilisation efficace des ressources. Le Fonds stratégique de l'OPS est un mécanisme potentiel pour l'achat d'antipaludéens.

27. Les conditions écologiques tiennent une part importante dans la lutte contre le paludisme puisqu'il s'agit d'une maladie transmise par vecteur. Cette transmission dépend de la présence de personnes infectées par le paludisme et des caractéristiques des moustiques, affectées par des conditions environnementales comme la température, l'humidité et la végétation. L'environnement de l'Amazonie prédispose les pays de la région au plus grand risque de transmission. Dans ce programme inachevé, notons qu'il faut renforcer la recherche entomologique pour définir et appliquer les options faisables les plus adaptées pour lutter contre le vecteur.

28. Il existe une résistance aux médicaments à *P.falciparum* dans la région. Les facteurs liés au diagnostic et au traitement soulèvent également des préoccupations. La situation est pire en cas de problème au niveau de l'accessibilité et de l'observance du traitement soit chez les patients ou les prestataires de soins de santé. En effet, le traitement est moins efficace, même à l'aide de médicaments efficaces, si la couverture n'est pas suffisante. La couverture est également affectée par la durée du traitement, le coût de combinaisons thérapeutiques plus chères et l'éducation de ceux affectés. Des tests de diagnostic rapides sont disponibles et recommandés dans des contextes particuliers bien que ces tests doivent encore être améliorés. Dans ce programme inachevé, l'évaluation du traitement s'avère également nécessaire surtout sous l'angle résistance et efficacité. De plus, il faut renforcer encore les efforts en matière d'éducation sur le paludisme, engagement communautaire et participation de tous les secteurs pour garantir un diagnostic rapide et un traitement adéquat et d'un coût abordable.

29. De faibles systèmes de santé et une prestation et qualité inadéquates des soins freinent les améliorations épidémiologiques. La décentralisation politique et administrative et la réforme du secteur de la santé dans plusieurs pays sont en train de changer la gestion, l'organisation, la prestation et le financement des services. Il devient impératif de renforcer la capacité de gestion à tous les niveaux au vu de la redéfinition des fonctions des gouvernements central, régional et local. Les groupes plus pauvres de la population et les groupes itinérants dans les régions de risque écologique accru de

transmission avec des conditions d'habitation précaires, un manque d'accès aux interventions de prévention et à la prestation de services sont prédisposés tant aux conséquences de la maladie qu'à une pauvreté plus grande encore suite à la perte de productivité et au manque à gagner. Dans le cadre du programme inachevé, il faut renforcer les systèmes de santé pour relever les défis dans des situations spécifiques. Dans certains cas, il faudra créer des postes de santé, renforcer les efforts en intégrant la prestation de services, consolider le système d'informations sanitaires, améliorer les capacités logistiques, les politiques d'achat et de distribution des médicaments, améliorer la qualité, organiser la participation communautaire en mettant sur pied un réseau de collaborateurs volontaires et des partenariats public-privé.

30. La contraction d'un personnel disposant des capacités techniques pour traiter les problèmes se rapportant au paludisme au sein des systèmes de santé existants est directement liée au problème des faibles systèmes de santé. Les changements dans les systèmes de santé d'un grand nombre de pays ont signifié la perte d'un personnel formé sans remplacement adéquat. Dans le cadre du programme inachevé, il est important d'évaluer la nécessité de disposer d'un personnel formé en matière de paludisme, de vérifier le recrutement et la rétention du personnel de santé ainsi que la formation portant sur les aspects techniques et de gestion de la lutte contre le paludisme y compris l'utilisation de la stratification épidémiologique pour cerner les domaines d'interventions prioritaires.

31. Les problèmes de communication, coordination et coopération empêchent d'obtenir de meilleurs résultats dans la lutte contre le paludisme et entravent par ailleurs l'utilisation efficace des ressources disponibles. Le défi qu'il s'agit de relever ici consiste à promouvoir la création de réseaux de communication entre les services techniques des ministères de la santé et autres institutions dont des organisations non gouvernementales et le secteur privé en vue de faciliter un échange systématique d'information et de faciliter le recours à des mesures et actions pour la prévention et le contrôle du paludisme.

32. Le rôle de chef de file de l'OPS et sa coopération technique par l'entremise des bureaux dans les Etats Membres ainsi que la coordination du soutien technique provenant de l'OMS et des centres collaborateurs comme les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) assurent l'orientation et le soutien à l'application de mesures effectives de lutte contre le paludisme dans les Amériques.

33. La coopération technique doit chercher à maintenir les accomplissements et à se concentrer sur les défis, actuels et nouveaux, sur le plan du renforcement des capacités, coopération horizontale, diffusion de l'information et des connaissances, mise au point de normes, plans et politiques, promotion de la recherche, formation et mobilisation de ressources et mécanismes de collaboration pour renforcer la collaboration inter-pays afin

de réduire la charge de la maladie et d'enrayer la propagation du paludisme dans d'autres pays.

34. Le tableau 2 présente un récapitulatif des accomplissements qu'il s'agit de maintenir, divers aspects du programme non achevé et les nouveaux défis à relever.

35. Les États Membres doivent continuer d'affecter des ressources nationales vérifiant la surveillance pour éviter la réapparition de la maladie. Un défi de taille doit être relevé par l'OPS : fournir aux États Membres la coordination et la coopération technique nécessaires pour mobiliser et utiliser efficacement les ressources financières accrues (notamment celles du Fonds mondial) pour continuer l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

36. L'engagement face à l'Initiative Faire Reculer le Paludisme ne doit pas se relâcher. Des politiques nationales et des plans opérationnels devront être adoptés pour garantir l'accessibilité de ceux exposés au risque ou affectés par le paludisme aux interventions de prévention et de contrôle et l'engagement à une évaluation annuelle de l'initiative.

37. Les différentes questions susmentionnées sont conformes au Rapport du Secrétariat de l'OMS (A58/8, 2005) et à la Résolution par le Conseil exécutif de l'OMS (EB115.R14, 2005) de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Tableau 2: Récapitulatif des accomplissements, programme inachevé et défis à relever

Accomplissements à maintenir	Programme inachevé	Nouveaux défis
1. Interruption de la transmission dans 18 pays, avant l'initiative Faire Reculer le Paludisme, en Amérique du Nord et du Sud et les îles des Caraïbes (sauf Hispaniola).	a. Surveillance de cas importés possibles de paludisme vers des territoires où la transmission a été interrompue.	a. Cas importés avec souches résistantes exige intervention sur la base du traitement et surveillance pour contrôler le vecteur.
2. Programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans des pays à endémicité.	a. Intégration de la capacité technique et de gestion au sein du système de santé et exploitation de synergies avec d'autres programmes de santé. b. Participation des membres communautaires aux activités de prévention et de contrôle du paludisme.	a. Recrutement. Renforcement des capacités techniques en matière de prévention et contrôle du paludisme et rétention du personnel. b. Communication et collaboration entre pays pour enrayer la propagation du paludisme. c. Mise au point d'une stratégie pour augmenter et maintenir la participation communautaire.

Accomplissements à maintenir	Programme inachevé	Nouveaux défis
3. Mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme et de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme dans tous les pays d'endémicité (CE126.R19, PAHO 2000)	a. Evaluation du niveau de mise en oeuvre des divers volets de la stratégie. b. Adaptation des plans, normes et politiques pour relever les nouveaux défis.	a. Collecte ponctuelle de données et évaluation annuelle de la situation paludique b. Intégration des systèmes verticaux de surveillance du paludisme dans le système de surveillance sanitaire général.
4. Réduction des cas de paludisme dans 15 des 21 territoires d'endémicité.	a. Application des activités de prévention et de contrôle pour réduire l'incidence visant à atteindre les buts de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.	a. Eviter la réapparition de la maladie par l'entremise d'activités de prévention et de contrôle du paludisme. b. Augmentation de la transmission du paludisme dans certains territoires et accès difficile au diagnostic et traitement.
5. Création d'un réseau multipays et multistitutionnel pour suivre la résistance aux antipaludéens dans les pays de l'Amazonie et obtention des résultats des essais d'efficacité in vivo	a. Adoption de nouvelles politiques de traitement antipaludéen, application de directives de traitement et utilisation dans les secteurs public et privé. b. Mise en place d'un réseau analogue dans la sous-région mésoaméricaine.	a. Coût des nouvelles associations médicamenteuses qui est plus élevé que celui des protocoles précédents. b. Combattre la vente d'antipaludéens falsifiés c. Achat et distribution d'antipaludéens de qualité. d. Observance du traitement par les prestataires et les utilisateurs
6. Mobilisation réussie de ressources financières	a. Mise en oeuvre d'activités de prévention et de contrôle du paludisme dans des pays avec propositions approuvées par le Fonds mondial, élaboration de nouvelles propositions individuelles ou conjointes avec d'autres pays à endémicité. b. Autre mobilisation de ressources (humaines et techniques)	a. Incapacité à entreprendre les activités prévues peut entraîner la cessation du financement par le Fonds mondial. b. Mise en place de mécanismes d'utilisation efficace des ressources financières par l'entremise de réseaux et de collaboration avec des organisations techniques comme l'OPS. c. Mobilisation supplémentaire de ressources financières pour pérenniser les activités de prévention et de contrôle.
7. Activités choisies de contrôle du vecteur en fonction de la stratification épidémiologique	a. Recherche opérationnelle sur la résistance du vecteur aux insecticides et interventions les plus novatrices. b. Prise en charge intégrée du contrôle du vecteur.	a. Identification, acceptabilité et utilisation d'autres méthodes telles que les moustiquaires imprégnées aux insecticides, nouvelles méthodologies novatrices de contrôle du vecteur.
8. Inter-programmatique (environnement, systèmes d'information, paludisme, technologie, services de santé et collaboration inter-pays, Mexique et Amérique centrale)	a. Consolidation des activités. Obtention et utilisation des résultats.	a. Mobilisation des ressources et mise en place d'interventions novatrices mises en avant par l'approche interprogrammatique.
9. Coordination de la coopération technique par l'OPS avec diverses organisations et centres collaborateurs de l'OMS	a. Collaboration accrue avec partenaires Faire Reculer le Paludisme y compris le secteur privé.	a. Harmonisation du travail entre organisations techniques, organisations non gouvernementales et universités.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

38. Le Comité exécutif est prié d'apporter commentaires et suggestions sur la nécessité d'une résolution par les États Membres en vue de continuer l'engagement face à l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, de suivre et d'évaluer les progrès vers la réalisation des buts respectifs, de promouvoir la mobilisation des ressources, la recherche opérationnelle et la coopération technique et coordination entre les pays.

Références

1. Pan American Health Organization. A History of the Pan American Health Organization, Washington, 1992.
2. Pampana. E. A textbook of Malaria Eradication, Second Edition. Oxford University Press, 1969.
3. World Health Organization. Roll Back Malaria. Geneva: WHO; 2000.
4. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN; 2000.
5. World Health Organization. Resolution WHA52.11 of the 52nd World Health Assembly. Geneva: WHO; 1999.
6. Pan American Health Organization. Resolution CE126.R19 of the 126th Session of the Executive Committee. Washington, DC: PAHO; 2000.
7. World Health Organization. Resolution EB115.R14 of the 115th session of the Executive Board. Geneva: WHO; 2005.
8. World Health Organization. WHA A/58, WHO 2005.
9. Amazon Network for the Surveillance of Antimalarial Drug Resistance/Amazon Malaria Initiative. RAVREDA/AMI Newsletter. 2004.
