



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 46<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 57<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 26-30 septembre 2005

*Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire*

CD46/17 (Fr.)

15 juillet 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

### **PALUDISME ET OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONALEMENT CONVENUS, INCLUANT CEUX CONTENUS DANS LA DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE**

Si la transmission du paludisme a été éliminée dans un certain nombre de territoires elle n'en reste pas moins notifiée par 21 des États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). D'après les estimations, 40 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 États 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<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, les États Membres ont décidé d'adopter l'Initiative Faire Reculer le Paludisme dans les territoires où le paludisme continue de constituer un problème de santé publique. En 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies portait aux Objectifs De Développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire « 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 de Développement internationalement convenus contenus dans la Déclaration du Millénaire, notamment ceux liés au paludisme, 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.

Le présent document est un complément au rapport présenté au cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 (document A58/8) qui fait le point de la situation concernant le paludisme en Afrique. Il brosse un tableau d'ensemble de la situation paludique dans les Amériques et de la coopération technique de l'OPS aux États Membres. Le Conseil directeur est invité à faire part de leurs commentaires et à encourager vivement les États Membres à maintenir leur engagement face à l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et aux objectifs de développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire.

Le Conseil est également invité à considérer la résolution annexée qu'a proposée le Comité exécutif.

## 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 ..... | 10          |
| Défis actuels, stratégies d'expansion et le rôle de l'OPS .....   | 12          |
| Mesures à prendre par le Conseil directeur.....   | 18          |
| Annexe  |             |

## Introduction

1. La transmission du paludisme survenait sur l'ensemble des Amériques lors des premières années du 20<sup>e</sup> siècle. Elle se rangeait au titre d'une des maladies infectieuses répandues à l'origine de la Résolution de la seconde Conférence internationale des États 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 États-Unis : c'était le prédécesseur de l'actuelle Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).<sup>1</sup>

2. Si l'expérience et la connaissance de la lutte contre le paludisme s'est vue renforcée par les efforts déployés par les États-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 Arnaldo Gabaldon dans les pays respectifs. D'autres faits venaient témoigner de la réussite de la lutte contre le paludisme en Argentine et aux États-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.<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Pan American Health Organization. A History of the Pan American Health Organization. Washington, DC; 1992.

<sup>2</sup> Pampana. E. A Textbook of Malaria Eradication, Second Edition. Oxford University Press; 1969.

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.<sup>3</sup> Deux années plus tard, en 2000, les Nations Unies ont rendu public les Objectifs de Développement internationalement convenus et liés à la santé de la Déclaration du Millénaire 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.<sup>4</sup>

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 États 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 et son adoption officielle en 2000 dans les Amériques ; met en avant les progrès et le programme inachevé ; encourage les États Membres à maintenir leur engagement pour faire progresser l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs de Développement internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire 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 ; et contribue à la mise en œuvre dans les Amériques de la résolution WHA58.2.

### **Le point de la situation: vue d'ensemble des modes épidémiologiques du paludisme**

7. En 2004, les États Membres de l'OPS ont indiqué qu'environ 250 millions de personnes parmi les 865 millions d'habitants des Amériques vivent dans des régions où il existe un risque écologique de transmission du paludisme. Environ 211 millions d'entre eux vivent dans des régions à faible risque ou risque extrêmement faible (< 1 cas pour

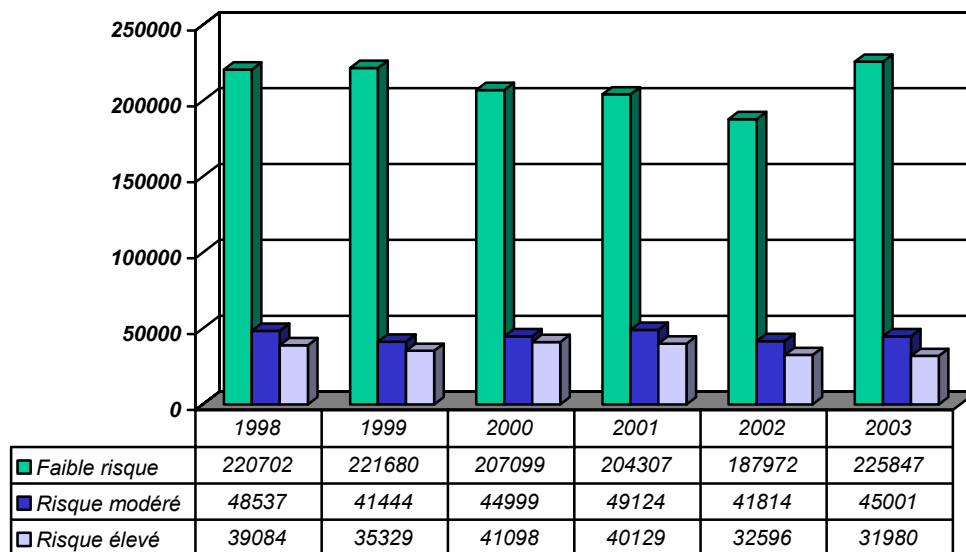
---

<sup>3</sup> World Health Organization. Roll Back Malaria. Geneva: WHO; 2000.

<sup>4</sup> United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN; 2000.

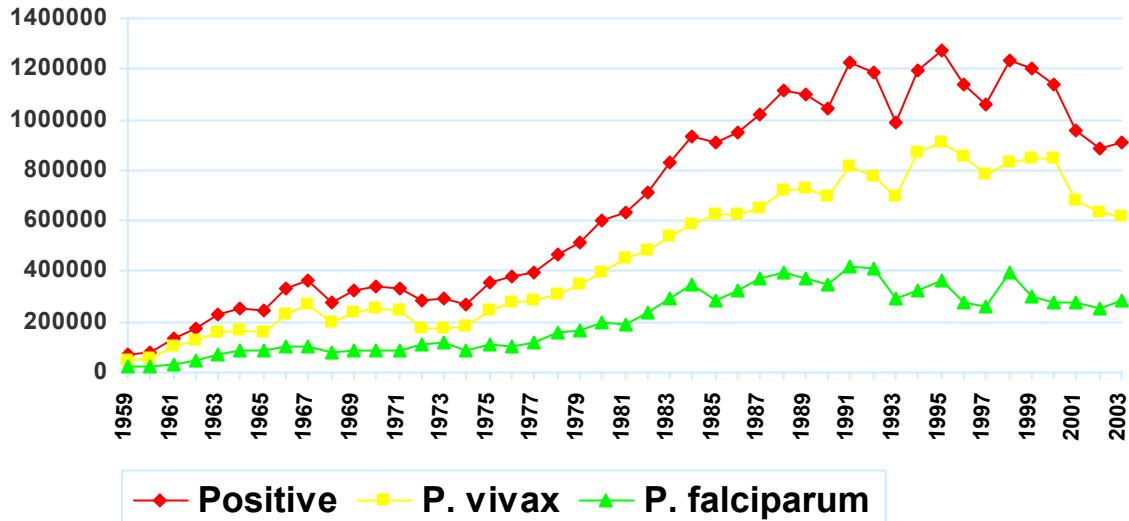
mille habitants) ; 29 millions dans des régions de risque modéré (1-10/1 000) et 11 millions dans des régions à risque élevé (>10/1 000) (Figure 1). Ces chiffres représentent une diminution de 14% dans le pourcentage de la population générale de la Région à risque en 2000 lorsque l'Initiative RBM a été officiellement adopté dans la Région. Le paludisme reste un grave problème de santé publique dans la région où la transmission est notée dans 21 des États Membres de l'OPS.

**Figure 1: Population des Amériques en fonction du niveau de risque de transmission, 1998-2004 (en milliers)**



8. La sous-notification des cas est probable connaissant les faibles systèmes d'information sanitaire. Depuis 1959, les États Membres notifient au Secrétariat 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 2000, 1,1 million de cas était notifié. Depuis, les États Membres ont signalé une incidence moindre et une amélioration des tendances épidémiologiques (Figure 2).

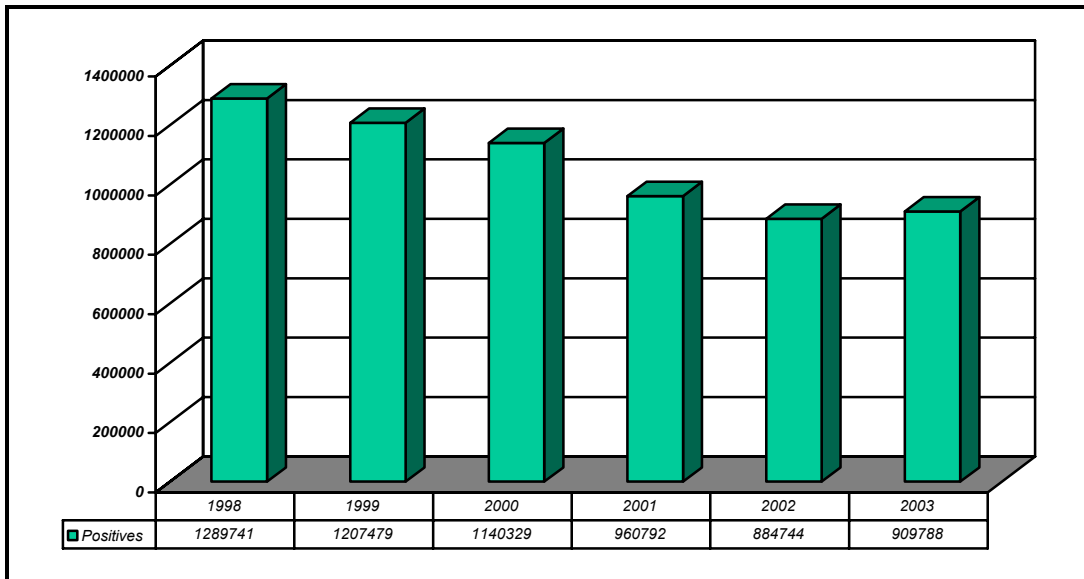
**Figure 2: Paludisme dans les Amériques par espèce de parasites, 1959-2004**  
**Nombre de cas**



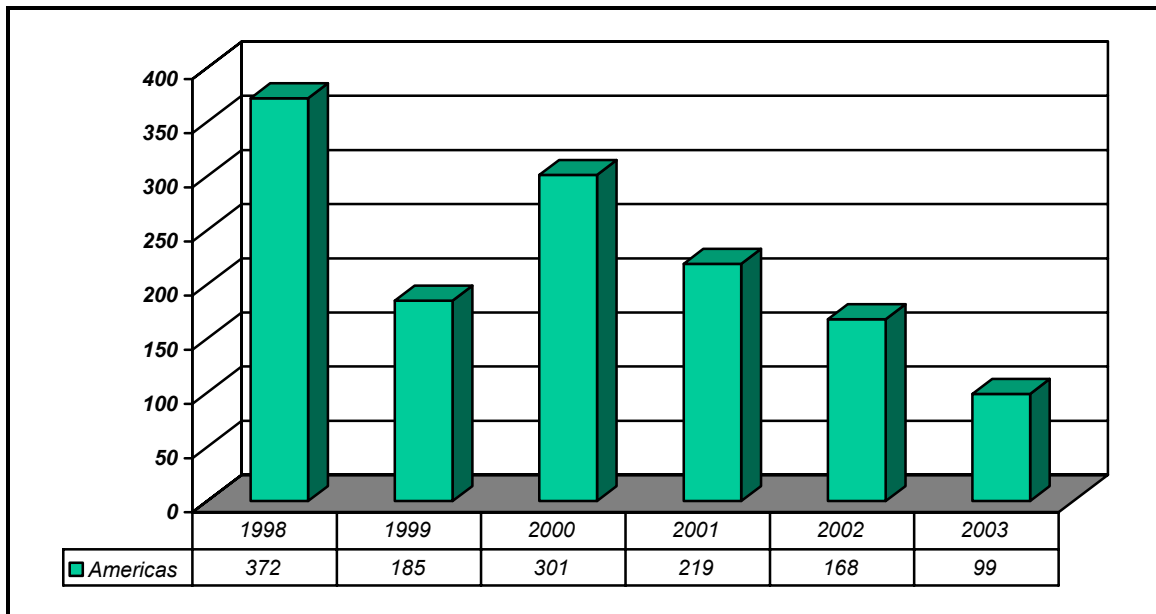
9. *Plasmodium vivax* est la principale cause du paludisme dans la Région, représentant 74% de tous les cas, *P. falciparum* est la cause de 25,6% et *P. malariae* de moins de 0,4% de tous les cas. Dans les pays qui se partagent la forêt tropicale de l'Amazonie, des proportions analogues sont notées exception faite de ceux dans le massif des Guyanes. Dans la Mésio-Amérique, (le Mexique, l'Amérique centrale et Haïti) *P. vivax* représente 93,6% des cas, mais dans la République dominicaine et en Haïti presque 100% des cas sont imputables à *P. falciparum*.

10. La charge de paludisme indiquée dans les Amériques par les États Membres en 2004 portent le nombre de cas à 871 965 (figure 3) et 95 décès (Figure 4), soit une réduction de 23,5% dans le nombre absolu de cas pour la Région entière et une réduction de 21% dans les régions à risque élevé et modéré depuis 2000. On note une diminution de 78% dans le nombre général de décès imputables au paludisme depuis 2000.

**Figure 3: Morbidité liée au paludisme dans les Amériques, 1998-2004**  
Nombre de lames de sang positives



**Figure 4: Mortalité imputable au paludisme dans les Amériques, 1998-2004**  
Nombre de décès



11. Les pays qui se partagent la forêt tropicale de 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 91% de tous les cas de paludisme et 79% de tous les décès imputables au paludisme en 2004. (Tableaux 1 et 2).

**Tableau 1: Morbidité imputable au paludisme dans les Amériques  
par sous-région, 1998-2004:  
Nombre de lames de sang positives**

| Sous-région    | Année   |         |         |         |         |         |         |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    | 2004    |
| Mexique        | 14,451  | 6,402   | 7,390   | 4,831   | 4,289   | 4,289   | 3,406   |
| CAPB           | 134,554 | 138,528 | 117,593 | 74,079  | 64,539  | 54,292  | 60,327  |
| HAI-DOR        | 36,455  | 4,785   | 18,112  | 10,875  | 11,133  | 11,366  | 13,157  |
| GUY-FGU-SUR    | 57,074  | 46,529  | 40,858  | 48,019  | 38,647  | 46,123  | 39,924  |
| Brésil         | 471,892 | 609,594 | 610,878 | 388,658 | 349,873 | 379,340 | 459,333 |
| Zone des Andes | 571,930 | 390,167 | 337,144 | 430,342 | 411,985 | 411,703 | 293,774 |
| Cône sud       | 2,430   | 10,169  | 7,293   | 2,925   | 2,993   | 1,514   | 809     |

**Tableau 2: Mortalité imputable au paludisme dans les Amériques par sous-région,  
1998-2004: Nombre de décès**

| Sous-région    | Année |      |      |      |      |      |      |
|----------------|-------|------|------|------|------|------|------|
|                | 1998  | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Mexique        | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| CAPB           | 30    | 11   | 4    | 2    | 10   | 3    | 4    |
| HAI-DOR        | 39    | 13   | 6    | 32   | 27   | 28   | 16   |
| GUY-FGU-SUR    | 43    | 5    | 10   | 4    | ...  | ...  | 8    |
| Brésil         | 110   | 75   | 192  | 98   | 75   | 30   | 30   |
| Zone des Andes | 150   | 80   | 89   | 83   | 56   | 38   | 37   |
| Cône sud       | 0     | 1    | ...  | 0    | 0    | 0    | 0    |



12. Sur les 21 États Membres où le paludisme est endémique, 15 ont notifié des diminutions dans le nombre absolu de cas, huit d'entre eux signalant des diminutions de plus de 50% alors que six pays ont indiqué des augmentations (Tableau 3). On ne note aucune réintroduction de transmission de la maladie dans les États Membres où elle a été interrompue.

**Tableau 3: Changement en pourcentage  
dans le nombre de cas notifiés, 2000 vs. 2004  
par pays**

| <b>Pays</b>            | <b>Changement en %</b> |
|------------------------|------------------------|
| Argentine              | - 74%                  |
| Belize                 | - 29%                  |
| Bolivie                | - 53%                  |
| Brésil                 | - 25%                  |
| Colombie               | + 9%                   |
| Costa Rica             | - 31%                  |
| République dominicaine | +94%                   |
| Equateur               | -70%                   |
| El Salvador            | - 89%                  |
| Guyane française       | -18%                   |
| Guatemala              | - 42%                  |
| Guyana                 | +20%                   |
| Haïti                  | - 40%                  |
| Honduras               | - 58%                  |
| Mexique                | - 54%                  |
| Nicaragua              | - 71%                  |
| Panama                 | + 392%                 |
| Paraguay               | - 90%                  |
| Pérou                  | +23%                   |
| Suriname               | -39%                   |
| Venezuela              | + 57%                  |

13. *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 dans 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**

14. Conformément aux résolutions des Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS, notamment la Résolution WHA52.11 adoptée lors de la 52<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, et la résolution CD42R15 adoptée par le 42<sup>e</sup> Conseil directeur, les pays membres ont adopté et soutenu l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et les Objectifs de développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire.

15. 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) la promulgation des Objectifs de Développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire ; 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.

16. Dans le cadre de la stratégie actuelle de lutte contre le paludisme dans les Amériques, les efforts se concentrent sur le soutien des fonctions des ministères de la santé se rapportant à la prévention et à la lutte contre le paludisme ; la promotion 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 ; le renforcement des capacités ; et la collaboration entre les pays.

17. C'est l'engagement ferme des États 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 CD42.R15 de l'OPS adoptée par le 42<sup>e</sup> Conseil directeur.

18. 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.

19. Dans les Amériques, l'initiative RBM finance les activités de deux conseillers sous-régionaux qui fournissent une aide technique aux pays qui avoisinent l'Amazone et les pays mésoaméricains respectivement. Par l'entremise de cette assistance technique, des propositions retenues étaient développées et approuvées par le GFATM pour sept pays, y compris les cinq pays clés de l'OPS. Le partenariat RBM a également apporté un soutien à l'Hispaniola grâce à la présence d'un agent technique en Haïti. Dans le cadre de l'Initiative RBM, la prise de décisions reposant sur les des données probantes ainsi que la mise au point de nouveaux outils ont été appuyées par l'Initiative Paludisme Amazone. De plus, l'Initiative RBM soutient les efforts entrepris par le Traité amazonien de coopération, qui encourage le développement des activités de surveillance et de lutte contre le paludisme dans les pays qui sont situés dans le bassin fluviale de l'Amazone, tout en mettant l'accent sur les régions frontalières et les populations indigènes.

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 de la troisième réunion du *Surveillance Network for Emerging Infectious Diseases in the Amazon Countries* à Bahia au Brésil en mars 2001 est financé à raison de 1,5 million \$ par année par l'entremise de l'Initiative Paludisme Amazone de l'Agence des États-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 États-Unis.<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> Amazon Network for the Surveillance of Antimalarial Drug Resistance/Amazon Malaria Initiative. RAVREDA/AMI Newsletter. 2004.

antipaludéenne, recommandée par l'OMS depuis 2001 et dont il est question dans le Rapport du Secrétariat de la Santé mondiale (Document A58/8, 2005) et la Résolution adoptée par l'Assemblée de la Santé mondiale (WHA58.2 2005).

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, 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. Le financement total consacré à la lutte contre le paludisme qui proviennent de ces propositions se chiffre à environ US\$ 54 million. Le personnel technique de l'OPS au niveau national et régional a fourni une coopération technique dans la conception et développement des propositions, et l'OPS est membre des Mécanismes de coordination des pays.

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. Entre autres, les projets qu'a financés la TDR grâce à des subventions modestes ont inclus des recherches opérationnelles dans le domaine de l'entomologie, la lutte contre le vecteur et la prévention des maladies. On a également appuyé des cours de formation en éthique et surveillance.

### **Défis actuels, stratégies d'expansion et le rôle de l'OPS**

24. L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA52.11, a encouragé les États 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 de Développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire 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 États 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 2000 et 2004 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 États 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 et de moustiquaires imprégnés d'insecticides. *P. vivax* est le parasite le plus prévalent dans la Région, et compte tenu des caractéristiques de son cycle de vie, des efforts spécifiques seront nécessaires afin d'assurer la réduction de la transmission.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. Le rôle de chef de file de l'OPS et sa coopération technique par l'entremise des bureaux dans les États 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.

37. 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.

38. Les États Membres doivent continuer d'affecter des ressources nationales vérifiant la surveillance pour éviter la réapparition de la maladie après avoir réussi à

l'affaiblir. 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 de Développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire.

39. L'engagement face à l'Initiative Faire Reculer le Paludisme ne doit pas se relâcher. Des politiques nationales et des plans opérationnels devront être adoptées 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.

40. Les actions suivantes sont nécessaires pour atteindre les Objectifs de Développement liés à la santé et internationalement convenus de la Déclaration du Millénaire et pour réduire la charge du paludisme dans la Région.

- a) Dans les pays et régions où la transmission du paludisme a été interrompue, on doit renforcer la surveillance des cas importés et accélérer le temps de réaction en ce qui concerne les cas détectés.
- b) La Stratégie de lutte contre le paludisme mondial et l'Initiative Faire Reculer le Paludisme doivent être renforcées et élargies dans tous les pays d'endémicité en :
  - adaptant des plans, normes et politiques en vue de répondre aux conditions changeantes ;
  - élargissant la mise en œuvre des activités liées au contrôle intégré du vecteur en fonction de la stratification épidémiologique ;
  - intégrant les systèmes de surveillance verticaux au sein des systèmes de surveillance de la santé généraux ;
  - évaluant le degré et la qualité de la mise en œuvre des stratégies de prévention et lutte contre le paludisme ;
  - faisant la collecte des données de manière opportune et en évaluant la situation paludique annuellement ;
  - adoptant les politiques en matière de traitement paludéen qui sont axées sur les données de surveillance et de résistance.



- c) L'infrastructure des programmes nationaux doivent être renforcée en :
- recrutant et développant la capacité technique en ressources humaines en matière de prévention et de lutte contre le paludisme ;
  - intégrant les programmes de prévention et de lutte contre le paludisme au sein du système de santé ;
  - mobilisant les ressources financières par l'entremise du secteur privé, le Fonds mondial contre le Sida, la tuberculose et le Paludisme ou d'autres sources ;
  - utilisant l'assistance technique pour mettre en œuvre les projets du Fonds mondial.
- d) Les actions menées au niveau sous-régional doivent être coordonnées de façon à créer un plus grand impact en ;
- maintenant un réseau multipays et multinstitutionnel en matière de surveillance de la résistance anti-paludéenne dans les pays amazoniens ;
  - élaborant un réseau de surveillance semblable qui est à la fois multiculturel et multinstitutionnel dans la région mésoaméricaine.

41. L'OPS continuera d'offrir une coopération technique aux États Membres afin de soutenir ces actions qui sont conformes au Rapport du Secrétariat de l'OMS (Document A58/8, 2005) et à la Résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 (WHA58/2, 2005).

42. Le tableau suivant représente une estimation des ressources en dollars américains requises pour la période biennale 2006-2007.

|                           | <b>Exigences</b> | <b>Disponible</b> | <b>Déficit</b>   |
|---------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Pays                      | 5 700 000        | 2 560 000         | 3 140 000        |
| Régional et sous-régional | 2 800 000        | 1 700 000         | 1 100 000        |
| <b>Total</b>              | <b>8 500 000</b> | <b>4 260 000</b>  | <b>4 240 000</b> |

**Mesures à prendre par le Conseil directeur**

43. Le Conseil directeur est invité à considérer la résolution annexée qu'a proposée le Comité exécutif.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 136<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005*

CD46/17 (Fr.)  
Annexe

### **RÉSOLUTION**

#### **CE136.R5**

#### **LE PALUDISME ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONALEMENT CONVENUS, INCLUANT CEUX CONTENUS DANS LA DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE**

##### ***LA 136<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document CE136/16 sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » et l'objectif de développement internationalement convenu relatif au paludisme contenu dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies.

##### ***DÉCIDE :***

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

##### ***LE 46<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document CD46/17 sur le paludisme, qui propose que les États Membres poursuivent leurs efforts pour combattre le paludisme à l'aide du renforcement de la capacité nationale à tous les niveaux de service, afin de préserver les réalisations et de continuer à réduire le fardeau de la maladie là où elle continue à être un problème de santé publique;

Tenant compte du fait que le 42<sup>e</sup> Conseil directeur avait exhorté les États Membres à adopter l'initiative « Faire reculer le paludisme » dans les territoires où le paludisme constitue encore un problème de santé publique et à s'engager à effectuer une évaluation annuelle sur les progrès dans les différentes zones de l'initiative jusqu'à ce que le paludisme soit éliminé en tant que problème de santé publique dans la Région;

Préoccupé du fait que la maladie continue à être un problème de santé publique dans un nombre de territoires et que des efforts sont nécessaires pour atteindre les objectifs de l'initiative « Faire reculer le paludisme » et aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire de 2010 et 2015, respectivement;

Reconnaissant le potentiel d'un appui financier accru aux pays pour la lutte contre le paludisme qu'offre le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; et soucieux du fait que les critères d'éligibilité au Fonds mondial excluent de nombreux pays de la région de la possibilité d'avoir accès à des dons futurs; et

Prenant note du rapport sur le paludisme du Secrétariat de l'OMS à la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la résolution WHA58.2 sur le « contrôle du paludisme, »

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) établir des politiques nationales et des plans opérationnels pour assurer l'accessibilité aux interventions de prévention et de contrôle pour les personnes à risque ou celles atteintes de paludisme, afin d'obtenir une réduction du fardeau du paludisme d'au moins 50% d'ici 2010 et de 75% d'ici 2015;
  - b) réaliser des évaluations annuelles sur les progrès nationaux de l'initiative « Faire reculer le paludisme »;
  - c) allouer des ressources internes, mobiliser des ressources supplémentaires et les utiliser efficacement dans l'exécution d'interventions appropriées de prévention et de contrôle du paludisme, et s'engager à réaliser des évaluations systématiques sur leurs progrès;
  - d) tenir compte du besoin d'inclure les personnes formées au paludisme lors de l'évaluation des besoins en personnel des systèmes de santé, et prendre des mesures pour assurer l'engagement, la formation et la rétention du personnel de santé;
  - e) encourager la communication, la coordination et la collaboration entre les unités de contrôle du paludisme et les autres unités techniques et institutions, incluant les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les universités et renforcer la collaboration interpays pour réduire le fardeau de la maladie et empêcher la propagation du paludisme au-delà des frontières;

- f) exécuter des approches intégrées de prévention et de contrôle du paludisme à l'aide de la collaboration multisectorielle et de la participation communautaire;
- g) chercher à réduire les facteurs de risque de transmission à l'aide de la gestion intégrée des vecteurs; et promouvoir l'amélioration des conditions locales et environnementales et des milieux sains, et intensifier l'accès aux services de santé afin de réduire le fardeau de la maladie;
- h) plaider d'une manière coordonnée à travers leurs représentants au Conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à travers d'autres circuits diplomatiques de haut niveau, dont le Sommet des Amériques, en faveur de l'équité des pays et des partenaires de la région à l'accès aux ressources du Fonds mondial.

2. De demander à la Directrice de :

- a) continuer à assurer la coopération technique et les efforts de coordination pour réduire le paludisme dans les pays endémiques et empêcher la réintroduction de la transmission là où elle a été éliminée;
- b) développer des mécanismes destinés à suivre les progrès de la prévention et du contrôle du paludisme et d'en faire rapport de façon périodique;
- c) assister les États Membres, selon les besoins, à développer et mettre en œuvre des mécanismes efficaces et rentables en vue de la mobilisation et l'utilisation des ressources;
- d) initier et appuyer les initiatives sous-régionales et interpays visant la prévention et le contrôle du paludisme parmi les populations mobiles, ainsi que dans les zones d'intérêt épidémiologique commun, notamment les zones frontalières.
- e) aider les États Membres, s'il y a lieu, à l'exécution de projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.