

**PROGRAMME OMS  
DE LUTTE  
ANTIPALUDIQUE  
EN AFRIQUE**



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Division de la Lutte contre les Maladies tropicales  
**PROGRAMME OMS DE LUTTE ANTIPALUDIQUE EN AFRIQUE**

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

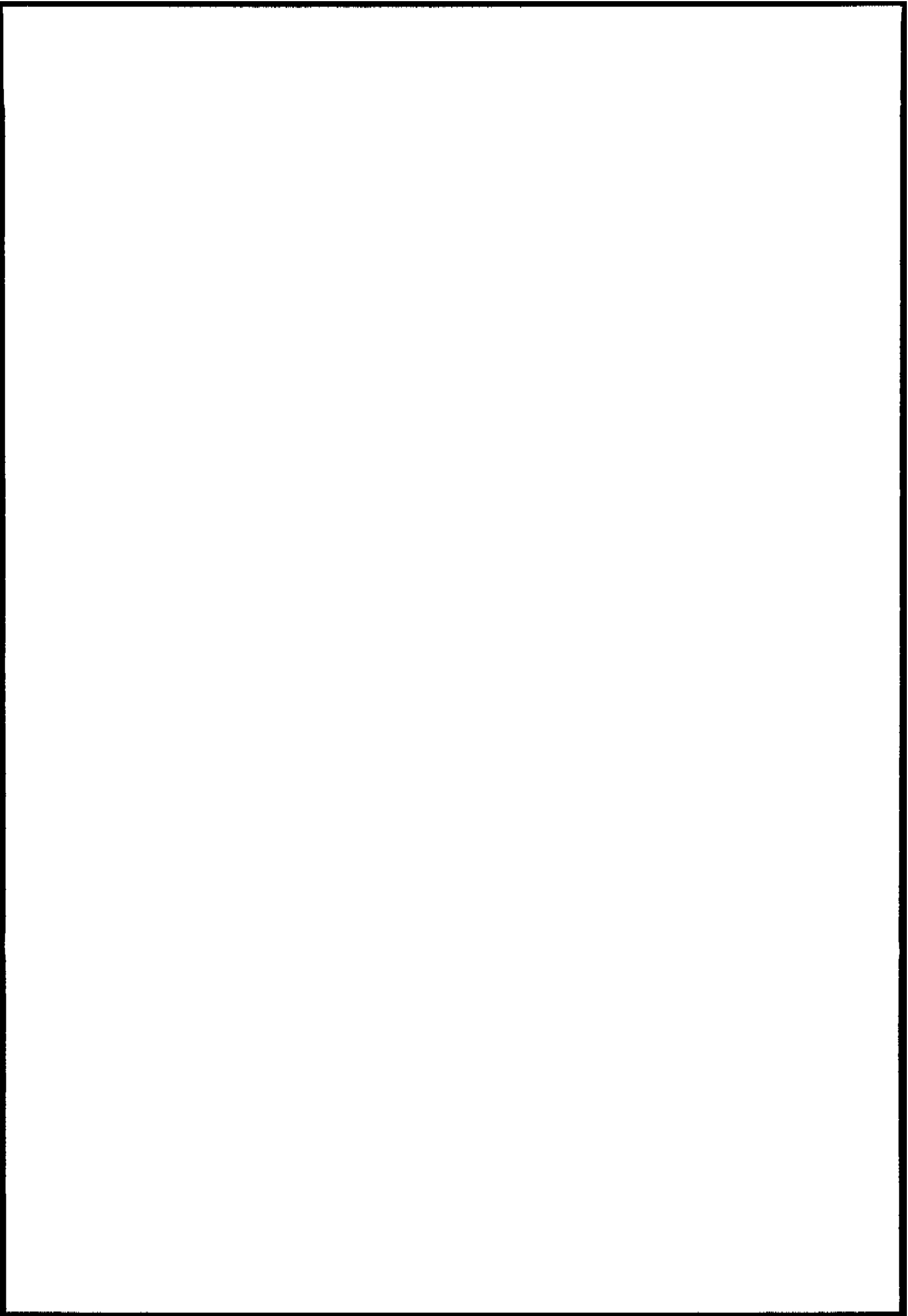
The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

#### ABREVIATIONS :

<b>CDR</b>	Division de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aiguës
<b>CDS</b>	Division des Maladies transmissibles
<b>CTD</b>	Division de la Lutte contre les Maladies tropicales
<b>EHA</b>	Division des Opérations de Secours d'Urgence et de l'Action humanitaire
<b>TDR</b>	Programme spécial PNUD/Banque mondiale/ OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales
<b>CAP</b>	Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	Agence des Etats-Unis pour le Développement international



## 1. INITIATIVE MONDIALE POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Pendant la session de 1990 du Conseil exécutif, plusieurs délégués, dont ceux du Royaume-Uni et du Nigéria, ont proposé que l'OMS organise une conférence ministérielle sur le paludisme. Le Secrétariat de l'OMS chargé du paludisme, implanté dans la nouvelle Division CTD, a reconnu que le moment était venu d'appeler de nouveau l'attention du monde sur cette maladie. Plus de deux décennies s'étaient écoulées depuis la fin de la campagne mondiale d'éradication (1955-1969), période pendant laquelle l'intérêt manifesté par les donateurs s'était beaucoup amenuisé en dépit d'une augmentation parfois spectaculaire de la prévalence du paludisme.

Grâce au généreux appui technique et financier provenant de diverses sources, dont l'offre du Gouvernement des Pays-Bas d'accueillir la conférence ministérielle, trois réunions interrégionales se sont tenues : à Brazzaville en octobre 1991, à New Delhi en février 1992, et à Brasilia en avril 1992. Les résultats de ces réunions ont contribué à l'élaboration de la Stratégie mondiale de lutte antipaludique qui a été présentée et adoptée par les ministres de la santé, les institutions sanitaires et les organismes s'occupant du développement sanitaire lors de la Conférence ministérielle mondiale sur le paludisme à Amsterdam en octobre 1992.

La stratégie mondiale qui a été approuvée à Amsterdam comporte quatre composantes techniques :

- i) *le diagnostic précoce et le traitement rapide;*
- ii) *la planification et la mise en oeuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle;*
- iii) *la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies; et*
- iv) *le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre et favoriser une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays, évaluation qui porte notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.*

***” Le but global de la lutte antipaludique est la prévention de la mortalité et la réduction de la morbidité et des pertes sociales et économiques dues au paludisme par l'amélioration et le renforcement progressifs des moyens de lutte locaux et nationaux afin de combattre la maladie aux niveaux du pays, du district et de la communauté***

**” Le processus de planification, d'exécution et d'évaluation qui a été mis en route se poursuivra jusqu'à ce que tous les pays impaludés du monde atteignent au moins le but d'empêcher la mortalité due au paludisme et de réduire la morbidité et les pertes sociales et économiques provoquées par cette maladie ”**

Eu égard à l'importance du paludisme, en particulier en Afrique, le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) a mis en route une étude en 1993. Elle a abouti à l'approbation de la Stratégie mondiale de lutte antipaludique par la quarante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies en novembre 1994 et à l'adoption par l'ECOSOC en juillet 1995 du Plan d'action de l'OMS pour la lutte antipaludique 1995-2000. L'ECOSOC a saisi cette occasion pour lancer un appel en faveur d'un accroissement des ressources pour la prévention et la maîtrise du paludisme, «en particulier en Afrique». La lutte antipaludique a également été incorporée dans l'Initiative spéciale du Secrétaire général pour l'Afrique qui a été récemment proposée.

Dans le contexte de ce but global, deux principaux objectifs ont été fixés à l'échelle mondiale :

- a) *d'ici 1997, au moins 90 % des pays impaludés devront avoir mis en oeuvre des programmes appropriés de lutte antipaludique;*
- b) *d'ici 2000, la mortalité due au paludisme devra avoir été réduite au minimum de 20 % par rapport à 1995 dans au moins 75 % des pays touchés.*

Pendant la période 1993-1994, des objectifs, cibles et priorités ont été fixés au niveau régional, et des directives pour la mise en oeuvre ont été élaborées à l'échelle mondiale et adaptées lors de réunions régionales de l'OMS organisées comme suivi de la Conférence d'Amsterdam.

Les priorités pour l'Afrique, où l'on estime que se produisent 90 % des cas et des décès dus au paludisme dans le monde, sont les suivantes :

- a) *établissement de programmes appropriés de lutte antipaludique et mise en oeuvre de plans d'action conformément à la S.stratégie mondiale;*
- b) *renforcement des services généraux de santé, les prestataires de soins d'autres secteurs et les communautés elles-mêmes devant assurer le diagnostic précoce et un traitement rapide, c'est-à-dire la prise en charge de la maladie;*
- c) *maîtrise des épidémies dans les zones vulnérables à cet égard.*

Par la suite ont eu lieu au niveau des pays des réunions de planification où les objectifs et buts régionaux et les plans nationaux de lutte antipaludique ont été élaborés ou réorientés conformément à la Stratégie mondiale de lutte antipaludique. Ces plans prévoient l'amélioration et le renforcement progressifs des moyens de lutte locaux et nationaux.

Les objectifs de la lutte antipaludique en Afrique au sud du Sahara sont les suivants :

- a) *réduire de 30 % par rapport à 1995 l'incidence de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans en particulier, dans au moins 80 % des pays de la région d'ici 2001;*
- b) *réduire de 30 % par rapport à 1995 l'incidence de la morbidité prononcée attribuée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2001;*
- c) *réduire de 30 % par rapport à 1995 l'incidence des formes graves et compliquées de paludisme chez les femmes enceintes d'ici 2001.*

## **2. COMPOSANTES ESSENTIELLES DE LA STRATEGIE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE POUR L'AFRIQUE**

La Stratégie mondiale insiste sur l'avantage incontestable d'un progrès durable, même s'il est lent, par rapport à des succès spectaculaires mais éphémères. Ses principaux buts concernent des problèmes qui ne sont pas seulement importants, mais peuvent aussi être pris en charge.

Les plans nationaux de lutte antipaludique sont critiques. Chacun de ces plans doit décrire le problème du paludisme, recenser les priorités et les objectifs essentiels du programme, indiquer un calendrier pour les atteindre, spécifier les mécanismes de surveillance et d'évaluation, et préciser comment les activités programmatiques seront financées.

Les plans nationaux comporteront aussi des mesures préventives sélectives et durables, en particulier dans les pays où les groupes de population à risque (nourrissons et jeunes enfants, femmes enceintes, réfugiés, habitants des nouvelles zones de colonisation, etc.) et les zones urbaines impaludées

*”Tous les plans d'action établis pour les pays impaludés d'Afrique doivent comprendre la prise en charge de la maladie comme priorité absolue pour le programme de lutte antipaludique. Cela nécessitera de la part des pays l'élaboration initiale puis l'actualisation permanente de leurs politiques nationales en matière de médicaments antipaludiques ”*

---

antipaludiques bien déterminées.

Le traitement du paludisme devient plus compliqué du fait de la propagation de *Plasmodium falciparum* résistant à la chloroquine, surtout en Afrique de l'Est et en Afrique australe (Figure 1). La pharmacorésistance doit être surveillée de près, les politiques nationales en matière de médicaments antipaludiques étant révisés en conséquence.

Les épidémies posent un problème dans certains pays d'Afrique, mais pas tous. Là où c'est nécessaire, les plans nationaux doivent comprendre des mesures précises pour endiguer, éviter et maîtriser les épidémies et, ultérieurement, les prévoir en vue d'une action de prévention et de lutte plus efficace. Dans tous ces plans, l'élément de préparation doit englober les besoins prévisibles en matière de médicaments et d'insecticides, et leur stockage.

Sans moyens d'application, les plans ne sont que des promesses sans lendemain. Tous les pays africains doivent renforcer leur système de soins de santé à tous les niveaux pour permettre des mesures adéquates de diagnostic et de traitement. Un groupe central de spécialistes nationaux est crucial pour définir et élaborer les stratégies, pour former et encadrer, pour coordonner la coopération intersectorielle, pour promouvoir l'éducation sanitaire et la participation des communautés, et pour recenser les besoins critiques en matière de recherche opérationnelle. Un personnel spécialisé sera nécessaire pour orienter et appliquer les mesures préventives en faveur des populations visées et en vue de maîtriser les épidémies.

Les programmes nationaux de lutte antipaludique doivent aussi être réorientés afin de fonctionner dans le cadre d'un système décentralisé de prestations sanitaires.

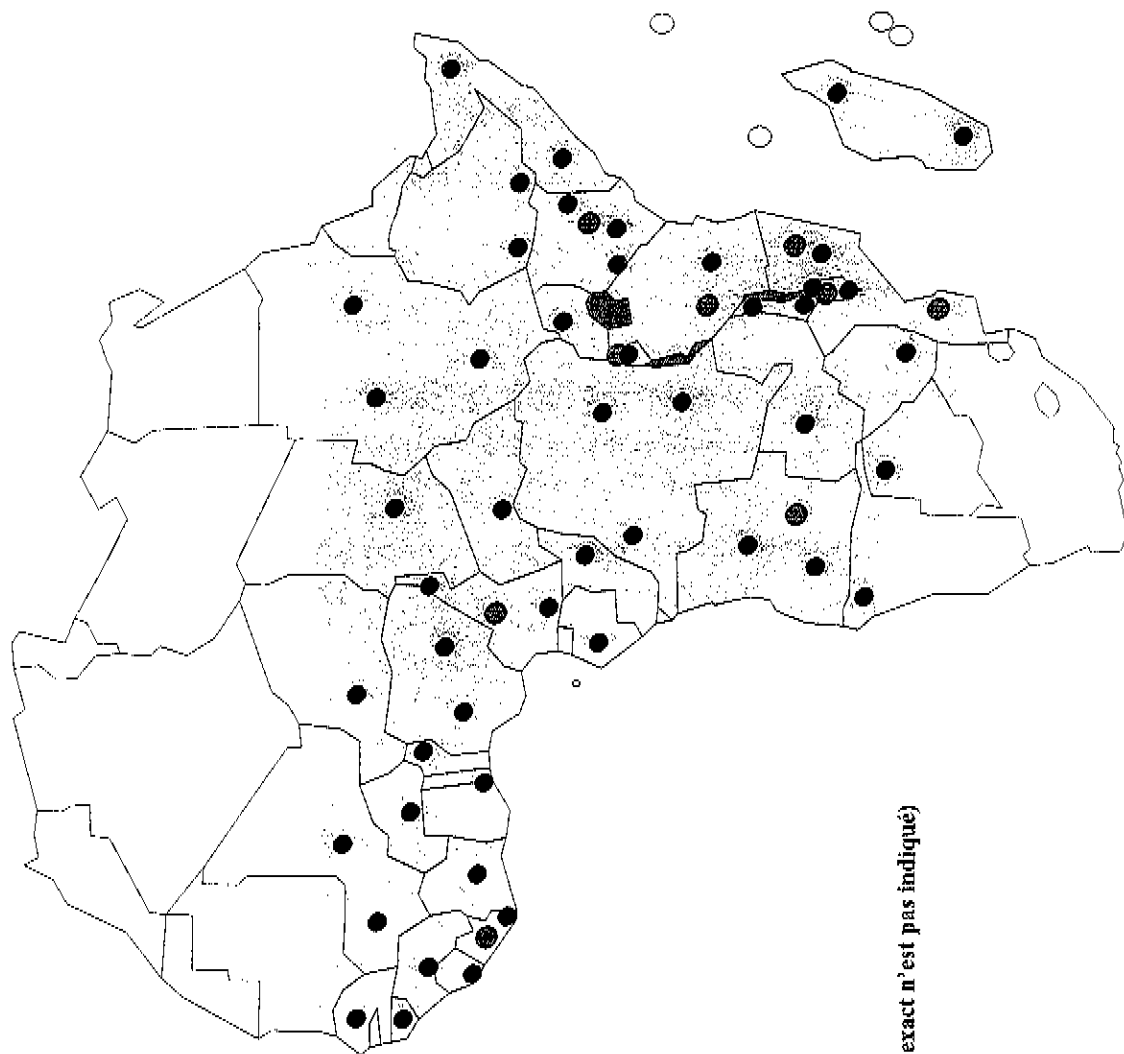
### **3.    PROGRES À CE JOUR       (Novembre 1995)**

#### **Elaboration de plans d'action**

Trente-huit des cinquante-trois pays et territoires d'Afrique où le paludisme est endémique et qui bénéficient déjà du soutien de l'OMS ont parachevé des plans de lutte antipaludique conformes aux principes de la Stratégie mondiale. Ces plans en sont à divers stades d'exécution pour ce qui est de la prise en charge de la maladie, des mesures sélectives de prévention, y compris la protection individuelle grâce aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, et de la préparation aux épidémies (Figure 2).

Figure 1

# ZONE D'ENDEMICITE PALUDIQUE EN AFRIQUE ET SITUATION EN MATIERE DE PHARMACORESISTANCE



- ▨ Zone de transmission du paludisme
- Pays où l'on a signalé une résistance à la chloroquine (l'emplacement exact n'est pas indiqué)
- ⊗ Pays où l'on a signalé une résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine (par exemple le Fansidar) (l'emplacement exact n'est pas indiqué)

Les appellations employées et la présentation des données sur les cartes n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

***” Rares sont les pays d’Afrique qui disposent des ressources financières et techniques nécessaires pour répondre à leurs besoins. Les partenaires internationaux associés à l’oeuvre de développement ont été invités à soutenir davantage les efforts pour combattre le paludisme afin que leurs ressources contribuent à renforcer des plans nationaux durables de lutte antipaludique conformément à la Stratégie mondiale ”***

Beaucoup de pays qui n’ont pas encore complété leur plan d’action ont vu leurs efforts entravés par des problèmes associés à l’instabilité politique, à la guerre civile et aux catastrophes naturelles. Cependant, les hostilités ayant récemment cessé, l’OMS a commencé à fournir à quelques pays un appui technique et financier pour la lutte antipaludique.

### **Renforcement des ressources humaines**

De 1972 à 1981, les cadres sanitaires et les administrateurs de programmes ne disposaient d’aucun cours de formation de base en paludologie ou en planification ou gestion des programmes de lutte antipaludique. Depuis cette époque, l’OMS a mis au point des cours d’une durée de 16 semaines pour répondre à ce besoin et la formation a débuté en 1982. Les cours sont organisés par un personnel professionnel pleinement qualifié et spécialisé dans le domaine de la formation et de l’utilisation correcte d’un matériel didactique et d’aides visuelles de haute qualité.

Dans tous les pays d’Afrique, sauf huit, une personne au moins a suivi une formation intensive. Chaque participant acquiert les compétences lui permettant de planifier, d’exécuter et d’évaluer les mesures de lutte antipaludique qui conviennent à son pays. Comme le montre la figure 3, dans de nombreux pays plusieurs personnes ont ainsi été formées.

En 1994/95, tous les administrateurs de programmes de lutte antipaludique en Afrique ont reçu une formation spécialisée en planification, exécution et évaluation. Vingt administrateurs en provenance de 10 pays d’Afrique ont pu observer sur place les programmes de lutte antipaludique les plus avancés afin d’améliorer leurs connaissances et leur expérience.

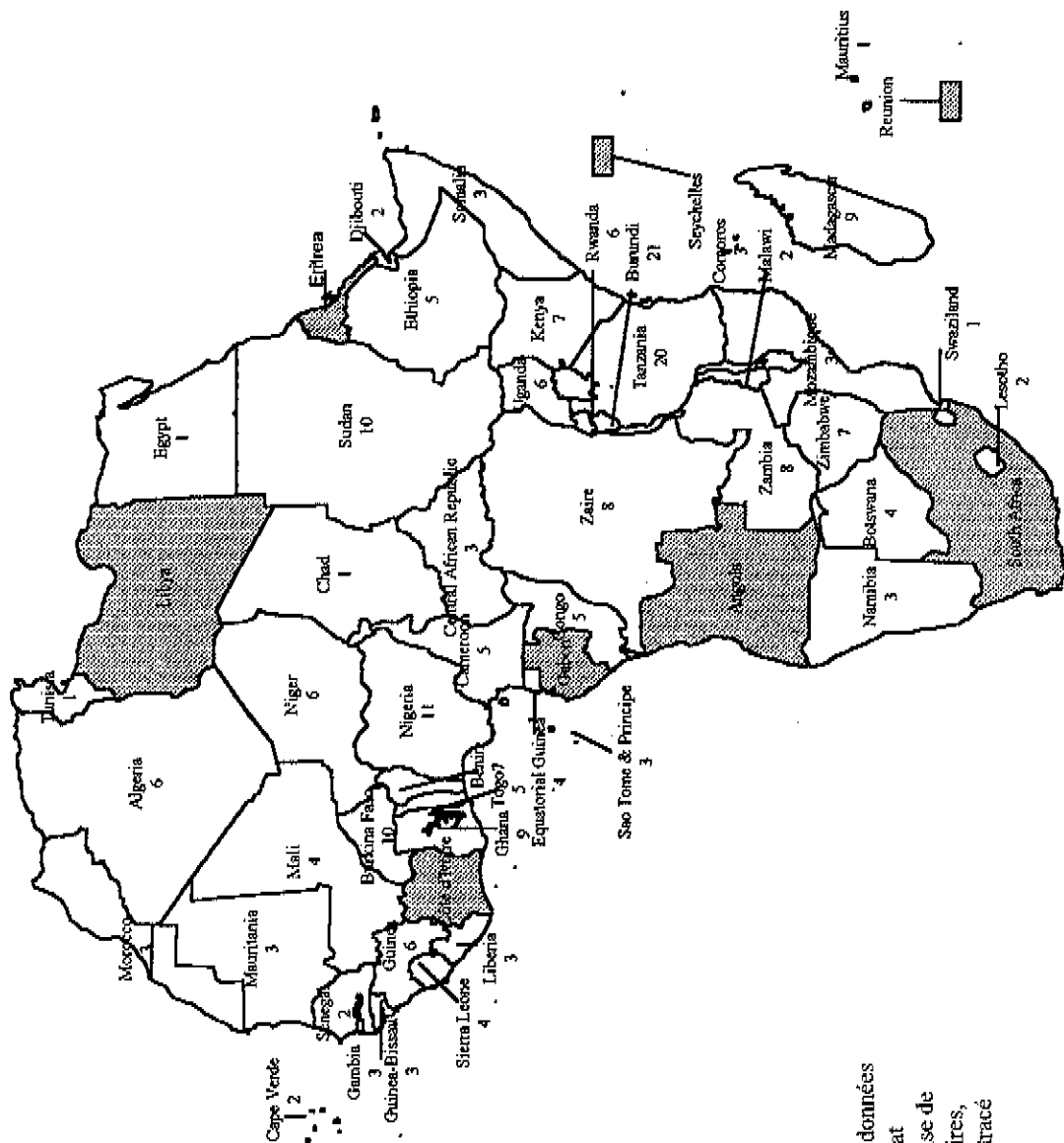
Plus de 150 formateurs ont été formés en Afrique. Ces personnels sont aujourd’hui responsables au niveau des pays de la formation des agents de santé de district et de leurs équipes à la prise en charge de la maladie et à la lutte antipaludique. Ces agents de santé devront à leur tour s’employer à éduquer la population

Soixante-quatre spécialistes de la lutte antivectorielle et entomologistes en provenance de 34 pays africains ont suivi de nouveaux cours de recyclage dans ce domaine en 1994/95.

Figure 2

ETAT D'AVANCEMENT DU PLAN D'ACTION POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME CONFORMEMENT A LA STRATEGIE MONDIALE			
	PLAN D'ACTION COMPLETE	PLAN D'ACTION EN COURS	PAYS NON IMPALUDES
Afrique du Sud	Maroc	Angola	Lesotho
Algérie	Maurice	Cabinda	Libye
Bénin	Mauritanie	Côte d'Ivoire	Tunisie
Botswana	Mayotte	Djibouti	
Burkina Faso	Namibie	Erythrée	
Burundi	Niger	Gambie	
Cameroun	Nigeria	Guinée-Bissau	
Cap-Vert	Ouganda	Guinée équatoriale	
Comores	Réunion	Libéria	
Congo	Sao Tomé-et-Principe	Mozambique	
Egypte	Sénégal	RCA	
Ethiopie	Sierra Leone	Rwanda	
Gabon	Swaziland	Sahara occidental	
Ghana	Tanzanie	Somalie	
Guinée	Tchad	Soudan	
Kenya	Togo		
Madagascar	Zaire		
Malawi	Zambie		
Mali	Zimbabwe		

**FIGURE 3**  
**ADMINISTRATEURS FORMÉS PAR L'OMS/CTD**  
**À LA LUTTE ANTIPALUDIQUE EN AFRIQUE**



**■ Pays sans administrateur formé par l'OMS/CTD à la lutte antipaludique**

Les appellations employées et la présentation des données sur cette carte n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

En 1994/95, plus de 1300 membres du personnel ont été formés à la prise en charge des malades dans 21 pays d'endémicité palustre, dont 11 dans la Région africaine. En outre, près de 200 médecins et infirmiers ou infirmières au niveau du district ont été formés à la prise en charge des cas de paludisme grave au Bénin, au Burkina Faso, en Ethiopie, au Ghana, en Namibie, en Ouganda, en Sierra Leone, en Tanzanie et en Zambie.

Les pharmaciens/marchands de médicaments ont commencé à recevoir une formation portant sur l'utilisation correcte des antipaludiques en septembre 1995 au Ghana, en Ouganda et en Zambie. On pense qu'au seul Ghana, plus de 3200 marchands de médicaments auront été ainsi formés dès mars 1996. Des séminaires d'orientation sur la lutte contre le paludisme, l'accent étant mis plus particulièrement sur le diagnostic et sur un traitement correct fondé sur la politique nationale en matière d'antipaludiques, ont débuté en décembre 1995 à l'intention des médecins du secteur privé dans ces trois pays et il est prévu que plus de 300 de ces médecins auront bénéficié de cette formation d'ici mars 1996.

Une consultation sur l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme grâce à l'éducation des malades a été organisée en 1994/95 pour des participants provenant du Congo, de Côte d'Ivoire, de Madagascar, de la République Centrafricaine et du Zaïre. La formation des agents de santé communautaires au diagnostic et au traitement du paludisme a débuté en 1995 au Ghana, en Ouganda et en Zambie.

Outre le développement des personnels, on accorde une grande attention au transfert de technologie, par exemple à l'emploi de matériaux imprégnés pour la protection individuelle contre les moustiques. Une formation sur place a été organisée par l'OMS en 1994/95 à l'intention du personnel national au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Tchad.

Comme l'illustrent ces exemples, dès que les pays ont commencé à mettre en oeuvre leur plan national, le soutien de l'OMS est adapté, du point de vue de son contenu et de son calendrier, aux besoins prioritaires de chaque pays. Des activités interpays sont organisées pour développer l'efficacité et permettre un partage aussi large que possible de l'expérience acquise. Pendant tout le processus de soutien, des directives ont été préparées et mises à jour à mesure qu'était acquise une plus grande expérience. L'annexe 1 énumère les directives et normes récemment préparées.

**” Au total,  
241 administrateurs  
provenant de  
46 pays d'Afrique  
ont eu la  
possibilité de  
bénéficier des  
cours  
internationaux de  
formation  
organisés par  
l'OMS. Pour que  
les objectifs de la  
lutte  
antipaludique  
soient atteints, les  
pays en cause  
doivent exploiter  
pleinement les  
connaissances  
spécialisées ainsi  
acquises ”**

---

## **Evaluation et mobilisation des ressources financières nécessaires**

Là où les gouvernements ne sont pas en mesure de fournir à la population exposée aux risques des prestations adéquates pour la prise en charge des malades et n'ont pas les moyens techniques et financiers nécessaires pour protéger la population contre le paludisme, les gens sont obligés de financer eux-mêmes le coût de la protection et du traitement. Il n'est pas étonnant que le fardeau de cette maladie ainsi que son coût soient supportés d'une manière disproportionnée par les couches pauvres de la population. On a estimé qu'en Afrique plusieurs centaines de millions de dollars des Etats-Unis sont dépensés à titre privé pour combattre le paludisme.

Inévitablement, comme c'est le cas dans la plupart des régions d'Afrique, la menace se fait surtout sentir là où les ressources dont dispose le système national de santé sont tout à fait insuffisantes. Les programmes nationaux ont besoin de ressources supplémentaires pour renforcer les activités de prise en charge de la maladie, notamment par la livraison de quantités limitées d'antipaludiques. Cet élément à lui seul est estimé pour l'Afrique à US \$12 millions. Quatorze millions de dollars des Etats-Unis de plus sont nécessaires chaque année pour des activités complètes de lutte antipaludique, y compris la maîtrise des épidémies. Ces coûts ne comprennent pas l'assistance technique à court terme, la formation du personnel dans des cours internationaux, l'élaboration de matériels didactiques ou l'évaluation de la formation.

Il faut insister sur la nécessité d'un appui financier additionnel. Sans cet appui, ni les pays ni l'OMS ne pourront poursuivre leurs activités, et le public continuera en conséquence de dépenser des centaines de millions. Si les programmes nationaux étaient renforcés pour mettre en oeuvre les plans établis en application de la Stratégie mondiale de lutte antipaludique, les fonds privés et publics seraient utilisés d'une manière beaucoup plus rationnelle.

C'est par l'exemple de certains pays déterminés qu'on pourra le mieux illustrer le rôle de l'OMS dans l'évaluation des besoins et la mobilisation des ressources. Le Bénin et l'Ethiopie ont été choisis à cette fin. Ces deux pays montrent clairement les résultats qui peuvent être obtenus non seulement par l'action coordonnée d'institutions bilatérales et multilatérales, mais aussi avec le concours d'autres organismes des Nations Unies et d'ONG. Ils montrent aussi comment l'effectif de la population, la nature du problème palustre et le stade atteint dans la mise en oeuvre des programmes sont des déterminants importants du volume et de la nature de l'appui extérieur requis.

---

Les annexes 2 et 3 récapitulent les progrès accomplis dans ces deux pays et mettent en lumière les efforts actuellement entrepris à plusieurs niveaux et le caractère global du soutien fourni par l'OMS. C'est particulièrement évident dans le cas de l'Éthiopie où des épidémies de paludisme se produisent régulièrement.

Au Bénin, les besoins en formation ont été déterminés pour les médecins, les spécialistes médicaux, le personnel infirmier, les aides-infirmiers, les aides-soignants, les techniciens de laboratoire, les biologistes et les responsables de la salubrité de l'environnement. L'effectif total à former s'établit à 4820 personnes, auxquelles s'ajoutent de nombreux agents de santé communautaires. Les sujets à traiter sont la prise en charge du paludisme grave avec complications, la prise en charge du paludisme à la périphérie et dans la communauté, le diagnostic du paludisme, l'imprégnation des moustiquaires et l'éducation sanitaire de la communauté (information, éducation et communication).

Pour l'Éthiopie, pays beaucoup plus vaste qui doit faire face régulièrement à la menace d'épidémies de paludisme, les besoins sont proportionnellement plus grands et s'étendent à d'autres compétences. Comme il est indiqué à l'annexe 3, le nombre de personnes formées en Éthiopie illustre bien le principe qui consiste à former à l'échelon central un noyau de personnel, qui pourra à son tour développer l'encadrement nécessaire à tous les autres niveaux du programme national.

La stratégie en matière de formation que l'OMS a suivie au cours des dix dernières années doit se poursuivre pendant la prochaine décennie et au-delà afin d'assurer la continuité et la durabilité des programmes nationaux de lutte antipaludique. Malgré son coût et le temps qu'elle nécessite, cette composante de la Stratégie mondiale est critique, et c'est un domaine où l'aide bilatérale et multilatérale peut donner rapidement des résultats avec un impact à long terme. Les institutions nationales de formation qui sont capables d'organiser des cours régionaux et internationaux ont été recensées et évaluées, et les efforts se poursuivent pour renforcer leurs activités. Les investissements extérieurs qui sont nécessaires à ce titre de même que pour les autres activités de soutien essentielles pourraient être canalisés au moyen d'arrangements bilatéraux ou multilatéraux.

### **Soutien en cas d'épidémie ou d'urgence**

Une aide technique d'urgence a été fournie aux pays et aux groupes de population confrontés à des épidémies. Ces activités ont été menées en coopération étroite avec d'autres divisions du Siège de l'OMS (en particulier EHA), les bureaux régionaux, des organismes bilatéraux et internationaux, et des ONG.

---

Une aide d'urgence a été fournie pour planifier et exécuter des opérations de lutte contre des épidémies au Botswana, au Burundi, en Erythrée, en Ethiopie, à Madagascar, en Namibie, au Rwanda et au Soudan. Une assistance technique a contribué à la prévention et à la maîtrise du paludisme dans les camps de réfugiés du Burundi, du Rwanda, de la Tanzanie et du Zaïre.

**DIRECTIVES ET NORMES**

**Groupe d'étude sur la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de lutte antipaludique (Genève, 1993).**

**Groupe d'étude sur la lutte antivectorielle pour combattre le paludisme et d'autres maladies transmises par les moustiques (Genève, 1993).**

**Consultation informelle sur les dérivés de l'artémisinine (Genève, 1993).**

**Consultation informelle sur les politiques relatives aux antipaludiques (Genève, 1994).**

**Directives pour la prise en charge de l'état fébrile à la périphérie (1994).** Ces directives ont été élaborées dans le cadre de l'Initiative en faveur de l'enfant malade au sein de l'OMS et en dehors (OMS/CDR; OMS/CDS; OMS/CTD; OMS/TDR; UNICEF, USAID). (Une mise à l'épreuve est en cours.)

**Guide pratique pour les systèmes d'information en vue de l'évaluation des programmes de lutte antipaludique (publication commune CTD/AFRO, 1994).**

**Directives sur l'emploi d'une méthode à bandelette réactive pour le diagnostic de *P. falciparum* (1995).**

**Consultations informelles sur la prise en charge du paludisme sans complications et sur le paludisme grave avec complications (1995).**

**Un centre pour le contrôle de la qualité des antipaludiques et les systèmes d'essai pour la sensibilité aux médicaments in vitro a été créé au Centre de Recherche pharmaceutique de l'Université scientifique de Malaisie à Penang (Malaisie) (1995).**

**Un protocole détaillé simple destiné au personnel des programmes nationaux pour surveiller la sensibilité aux antipaludiques in vivo a été élaboré (1995).**

**Directives pour la lutte antipaludique parmi les groupes de réfugiés et de personnes déplacées (publiées).**

**Directives pour la prévention et la maîtrise des épidémies de paludisme (publication 1996).**

**Directives pour la protection des voyageurs internationaux contre le paludisme (Voyages internationaux et santé : vaccinations exigées et conseils d'hygiène) (publication annuelle).**

**Guide de formation à l'intention des agents de santé de district pour la lutte antipaludique en Afrique tropicale. Partie I - Guide du stagiaire, Partie II - Guide du formateur (1992).**

**Directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme en Afrique (1992).**



## BENIN

### LE PROBLEME DU PALUDISME

La totalité de la population du Bénin (plus de cinq millions d'habitants) est exposée au risque de paludisme.

Le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Bénin.

Les principaux types épidémiologiques sont les suivants : savane, zones urbaines, littoral et zones côtières, lagunes.

Plus de 80 % des infections palustres sont dues à *Plasmodium falciparum*, le restant étant dû à *Plasmodium malariae* et à *Plasmodium ovale*.

### BESOINS DU PROGRAMME NATIONAL ET PROGRES REALISES

Le plan d'action national pour combattre le paludisme (programme de lutte antipaludique) a été révisé en 1994. Il couvre les années 1995-1999 et envisage un budget total d'environ US \$900 000.

Les ressources financières affectées au programme de lutte antipaludique par le Ministère de la Santé sont limitées. Le coordonnateur se réunit avec tous les partenaires nationaux et internationaux intéressés afin de définir et exécuter des activités bien déterminées tant à l'échelon central qu'au niveau périphérique. Il doit aussi renforcer le groupe central du paludisme qui est nécessaire pour encadrer ces activités.

### APPUI DE L'OMS

#### Pour le processus national de planification

Le Bénin est l'un des pays que l'OMS a recensé comme ayant le plus besoin d'une collaboration intensifiée, et il reçoit de l'Organisation un appui technique et financier.

L'OMS a aidé à évaluer l'exécution du programme national de lutte antipaludique en décembre 1994. Cette évaluation a permis de dégager les priorités suivantes:

- i) Formation des agents de santé de district pour la prise en charge des cas de paludisme avec ou sans complications. Renforcement de la capacité des laboratoires des services généraux de santé.

- 
- ii) Promotion de l'emploi des moustiquaires, l'accent étant mis tout particulièrement sur leur réimprégnation.
  - iii) Renforcement des activités d'information, d'éducation et de communication en rapport avec les études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP).
  - iv) Développement des travaux pertinents de recherche opérationnelle, en particulier les enquêtes CAP.
  - v) Renforcements de la coordination de la lutte antipaludique pour donner des conseils et un soutien appropriés en vue des activités dans les districts;
  - vi) Evaluation de l'impact et des indicateurs de résultats du programme.

L'OMS a conseillé de créer un groupe central pour faciliter la collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs qui s'intéressent aux activités de lutte antipaludique.

L'OMS a fourni un appui pour une réunion en mars 1995 sur les activités du programme de lutte antipaludique avec les parties intéressées en vue de la mise en oeuvre de ces activités au niveau central et au niveau des districts.

L'OMS (Siège et AFRO) a mis à disposition US \$120 000 pour des activités concernant le renforcement de la prise en charge de la maladie principalement par le développement des personnels et la distribution de matériels d'éducation et de formation.

Principales sources extérieures de financement à l'heure actuelle pour le paludisme : France, Japon, UNICEF, Etats-Unis d'Amerique et OMS.

---

## **Pour le développement des personnels**

Sept administrateurs principaux de programme ont participé à la formation internationale de base de l'OMS pour le paludisme (durée : de 12 à 16 semaines) pendant la période 1984-1993.

Un atelier s'est tenu du 26 février au 8 mars 1995 sur la définition et la prise en charge des cas de paludisme avec ou sans complications. Y participaient 17 médecins (généralistes et spécialistes) provenant aussi bien d'hôpitaux nationaux que d'hôpitaux de (sous)-district.

En octobre 1995, 60 médecins ont reçu une formation sur la prise en charge des cas graves de paludisme avec complications, 160 accoucheuses traditionnelles et infirmières sur la prise en charge des malades et 90 techniciens de laboratoire de six districts sur les techniques de laboratoire de base pour le paludisme.

## **Prochaine étape**

Le service national de lutte antipaludique au Bénin a encore besoin d'être renforcé. L'OMS fournit une assistance technique au Ministère de la Santé en vue d'élaborer un plan de mise en oeuvre détaillé pour 1996.

## **ANNEXE 3**

### **ETHIOPIE**

#### **LE PROBLEME DU PALUDISME**

Sur une population totale de 52 millions d'habitants (1993), plus de 60 % risquent de contracter le paludisme. Le paludisme est endémique sur 75 % environ du territoire national, principalement dans les régions situées au-dessous de 2000 mètres.

De 60 à 70 % des infections sont dues à *Plasmodium falciparum*, la plupart des autres pouvant être attribuées à *Plasmodium vivax*.

Le paludisme est instable dans la majeure partie de l'Ethiopie. De grandes épidémies ont eu lieu, par exemple en 1958 où l'on a dénombré 150 000 décès pour un nombre de cas estimé à 3 millions. Depuis quelques années, les épidémies sont plus fréquentes et plus largement dispersées, n'étant plus limitées aux zones avoisinant les haut-plateaux. La propagation des épidémies est liée aux déplacements de populations nombreuses dus à la sécheresse, à la famine et à la guerre civile, ainsi qu'à l'effondrement des services de santé dans les régions touchées par le conflit. En 1992, 450 villages au total dans la Vallée du Rift ont été frappés par des épidémies de paludisme qui ont provoqué plus de 10 000 décès.

La résistance à la chloroquine se répand rapidement.

#### **BESOINS DU PROGRAMME NATIONAL ET PROGRES REALISES**

L'Ethiopie a une longue histoire d'activité nationale de lutte contre le paludisme. Néanmoins, compte tenu de la menace permanente d'une épidémie de paludisme et du nombre croissant de cas de paludisme grave, ainsi que de la détérioration de la situation en ce qui concerne la résistance aux médicaments et aux insecticides, cette maladie reste hautement prioritaire, exigeant une action plus décentralisée avec la participation active des communautés atteintes.

Un plan d'action quinquennal a été établi pour la période 1994-1998. Les besoins financiers proposés pour ce plan s'élèvent à près de US \$60 millions, dont

---

11,5 millions devraient provenir d'institutions donatrices, en particulier pour le financement des transports, des médicaments et des réactifs diagnostiques.

Principales sources extérieures de financement à l'heure actuelle pour le paludisme : Italie, Pays-Bas, UNICEF et OMS.

Des plans individuels de développement de l'infrastructure sont envisagés pour chaque région comme suite à l'engagement pris par les autorités politiques de décentraliser le pouvoir en faveur des régions.

Un système d'information efficace est un élément critique pour assurer un fonctionnement efficient de tout programme national de lutte antipaludique. L'alerte aux épidémies, la surveillance de l'efficacité des médicaments et de la pharmacorésistance et l'évaluation des activités du programme exigent qu'un tel système soit en place partout où sévit le paludisme.

## **APPUI DE L'OMS**

### **Pour le processus national de planification**

Assistance technique et mobilisation du financement des donateurs pour les programmes régionaux de lutte antipaludique et le renforcement des moyens d'action:

Proposition de projet pour la région du Tigré préparée en 1993. Propositions analogues pour les régions de Ziway et de Gode.

Propositions de projet de lutte antipaludique basé sur la communauté préparées en 1994 pour les régions des populations somaliennes et d'Ethiopie méridionale.

L'OMS a examiné ces propositions de projet et s'emploie actuellement à mobiliser des moyens de financement, en particulier avec l'aide du Gouvernement italien.

L'Ethiopie est l'un des pays que l'OMS a recensé comme ayant le plus besoin d'une collaboration intensifiée, et elle reçoit donc de l'Organisation un appui technique et financier.

## **Pour le développement des personnels**

Six administrateurs principaux de programme ont participé à la formation internationale de base de l'OMS pour le paludisme (durée : de 12 à 16 semaines) pendant la période 1988-1994. En 1994, l'un de ces administrateurs a participé à un cours sur la gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales. Un administrateur a participé à un cours de formation des formateurs organisé par l'OMS au Ghana.

L'OMS a parrainé un atelier national sur le paludisme du 20 au 22 octobre 1993 pour 102 participants : personnel des bureaux sanitaires régionaux, coordonnateurs de la lutte antipaludique, spécialistes des maladies infectieuses, cadres de la santé publique et pédiatres des trois écoles de médecine, spécialistes scientifiques de l'Institut national de Recherche en Santé, de l'Institut de Biologie pathologique, etc.

Un appui a été fourni pour la réalisation d'un film sur l'intervention de la communauté dans la lutte antipaludique au Tigré (en association avec les discussions techniques de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1994).

L'OMS a organisé à Nazareth, du 10 au 21 octobre 1994, un atelier interrégional de formation sur la lutte antivectorielle sélective auquel ont participé quatre Ethiopiens (coordonnateurs et dirigeants d'équipes de région et de zone).

Un consultant de l'OMS a servi de principal moniteur et animateur pour un atelier de formation des formateurs consacré au paludisme grave avec complications qui a été organisé du 9 au 14 octobre 1995 à l'intention des médecins de l'échelon central (28).

Une formation de recyclage pour les techniciens de laboratoire (223) et des ateliers sur la prise en charge de la maladie organisés au niveau régional à l'intention des médecins (280) ont lieu actuellement avec l'appui de l'OMS.

---

### **Prochaines activités**

Un cours sur le paludisme d'une durée de trois mois pour 28 cadres régionaux supérieurs a été mis au point (il doit débuter en janvier 1996), et des moyens de financement ont été obtenus des Pays-Bas à cet effet (US \$154 000). Une forte participation du personnel de l'OMS est prévue.

### **Système d'information (Tigré)**

Un système a été établi pour évaluer les activités et fournir des conseils sur le renforcement des capacités au niveau du district. Il portera sur le dépistage précoce des flambées de paludisme et d'une augmentation de l'incidence du paludisme grave et de l'échec du traitement à la chloroquine; sur la surveillance des disponibilités de médicaments au niveau du village et sur l'utilisation de la chloroquine, tant du point de vue de la posologie que de l'observance du schéma thérapeutique.

### **Lutte contre les épidémies et activités connexes**

En 1991, une aide d'urgence a été fournie pour maîtriser des épidémies de paludisme dans des régions touchées par la guerre civile. L'USAID et l'OMS ont apporté leur contribution pour faire face à la pénurie de médicaments.

Du 8 juillet au 15 août 1995, un consultant a évalué le risque de paludisme et d'autres maladies transmises par des vecteurs à l'occasion de la construction et de l'utilisation de près de 500 microbarrages dans la région du Tigré.