

## LE PALUDISME À L'HEURE DE « *ROLL BACK MALARIA* »

M. LE BRAS, D. MALVY

*Med Trop* 2004; **64** : 576-578

**RÉSUMÉ** • Ce n'est que depuis 4 ans qu'une prise de conscience politique à l'échelle mondiale permet d'envisager, à travers un programme ambitieux et bien soutenu matériellement « *Roll back malaria* » (RBM) coordonné par l'OMS, des actions significatives et une relance de la recherche en malariologie. Les principales orientations actuelles de RBM sont précisées. Ce dispositif entraîne un transfert de responsabilités et des moyens de la recherche auquel il faut s'adapter. Pour l'heure les compétences françaises se sont peu mobilisées.

**MOTS-CLÉS** • Paludisme - Faire reculer le paludisme (en anglais : « *Roll back malaria* ») - Lutte - Recherche - Organisation.

### MALARIA AT THE TIME OF ROLL BACK MALARIA

**ABSTRACT** • Only within the last 4 years has worldwide political awareness of the impact of malaria made it possible to envision significant initiatives in malaria control and research within the framework of an ambitious and sustained program called the "Roll Back Malaria (RBM) Partnership" coordinated by the WHO. The purpose of this article is to describe the current main objectives of the RBM partnership. This program implies a transfer of responsibilities and research technologies, which will require adaptation. Up to now French expertise has played little part.

**KEY WORDS** • Malaria - Roll back malaria - Control - Research - Organization.

Il aura fallu beaucoup de temps pour qu'une initiative globale se préoccupe de faire reculer le paludisme.

Après avoir renoncé à l'ambition démesurée d'éradiquer la maladie au début de la décennie 1960 la communauté internationale est restée indifférente à un fléau qui touche plus de 90 pays, 2 milliards 400 millions de personnes, représentant 40% de la population mondiale, responsable de 300 à 500 millions d'accès/an dont 1,5 à 2 millions de morts/an, entraînant dans les pays concernés une réduction de 1,3% du taux de croissance annuel (1).

Les responsables politiques sont longtemps restés sourds aux appels des experts qui déploreraient l'importante mortalité, surtout avant l'âge de 5 ans et l'impact de la maladie sur les femmes enceintes : mortalité, avortements, anémie, faible poids des enfants à la naissance, etc. et les populations se sont longtemps résignées.

Ce n'est que devant l'augmentation de l'incidence et la diffusion de la chloroquinorésistance, puis des multi-chimiorésistances, ainsi que de la difficulté de traiter les voyageurs qu'une menace semble avoir été perçue.

C'est donc en 1992 qu'est organisée à Amsterdam, dans une ambiance très médiatisée, la conférence des

ministres de la santé des pays concernés par la maladie en présence de leurs partenaires économiques et de l'OMS.

Il aura fallu attendre encore 6 ans. Ce n'est qu'en 1998 qu'une initiative associant l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale se donne pour objectif de faire reculer le paludisme dans le monde, « *Roll back malaria* » en sollicitant des partenaires des secteurs public, privé et associatif. Cette alliance globale associe actuellement 90 partenaires.

Il aura fallu attendre deux ans de plus (2000 à Abuja) pour qu'un objectif ambitieux et évaluable soit formulé : celui de réduire de moitié le poids du paludisme en terme de mortalité, d'impact économique et social entre 2001 et 2010.

Il en résulte une prise de conscience de la gravité de la maladie qui devient une des trois grandes priorités sanitaires mondiales pour la recherche et l'action avec la tuberculose et l'infection par le VIH. Cet objectif induit un renforcement de la solidarité internationale, une mobilisation politique sociale et des conséquences sur les actions de terrain, la recherche et les programmes de formation des professionnels de soins.

### LE PROGRAMME « *ROLL BACK MALARIA* » (RBM)

Son exécution est dévolue au département RBM de l'OMS (<http://www.mosquito.who.int>) responsable de l'élaboration de la politique et de la stratégie de la lutte antipaludique, de l'appui aux actions et aux moyens techniques et logistiques, de la coordination de l'ensemble des actions.

• Travail de l'EA 3677 (M.L.B., Professeur émérite et D.M., Directeur du Centre René Labusquière), Université Victor Ségalen Bordeaux2, Bordeaux, France.

• Correspondance : M. LE BRAS, EA 3677, Université Victor Ségalen Bordeaux2, 33076 Bordeaux Cedex • Fax : 05 56 24 46 82

• Courriel : lebrastregana@wanadoo.fr •

• Article sollicité.

Le département établit les recommandations et les guides de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation des actions de prévention et de contrôle, fondées sur des preuves et des consensus d'experts.

Les tendances actuelles identifiées par RBM lors des dernières années sont principalement :

- la confirmation de l'impact considérable de la maladie en Afrique subsaharienne ou doivent se concentrer tous les efforts (90% de la mortalité mondiale);
- une augmentation des flambées épidémiques;
- une augmentation de la mortalité;
- une augmentation des résistances thérapeutiques;
- une ré-émergence du paludisme à *P. vivax* dans les zones où il avait été éradiqué (Caucase, Asie centrale);
- une augmentation du paludisme d'importation dans les pays développés.

### LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Les variantes tactiques classiques sont maintenues mais leurs protocoles actualisés :

- lutte contre la mortalité par un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée;
  - lutte contre la morbidité avec comme « cible » privilégiée la femme enceinte par l'utilisation plus systématique des moustiquaires imprégnées et la généralisation d'une nouvelle technique, le traitement préventif intermittent ou TPI qui fait la preuve de son efficacité et de son acceptabilité. Des réserves peuvent être formulées quant au choix du traitement le plus souvent recommandé pour le TPI, l'association pyriméthamine-sulfadoxine, dont la prescription est des plus discutables pendant la grossesse;
  - lutte contre la transmission par l'utilisation de protections imprégnées d'insecticides adaptées à la situation (vêtements, rideaux, moustiquaires), aspersion intradomestiques d'insecticides rémanents, mesures larvicides diverses;
  - lutte contre les épidémies par la mise en place de mesures prédictives, de détection précoce et d'action rapide par anticipation des mesures à prendre, des protocoles d'action et d'évaluation;
  - mise en oeuvre de nouveaux outils (médicaments, insecticides par l'incitation à la recherche), de nouvelles stratégies et méthodes, amélioration de l'utilisation de toutes les armes disponibles;
  - coordination des actions permettant d'optimiser l'adaptation des mesures efficaces aux situations locales.
- Toutes ces initiatives nécessitent d'être associées au développement des capacités techniques et du savoir-faire des structures de soins, et aux partenariats public-privé-ONG.

### LES PRINCIPAUX OBSTACLES

Leur identification permet de déterminer les priorités d'action.

- L'insuffisance d'accessibilité des moyens disponibles est actuellement un facteur majeur, en particulier le prix encore trop élevé des médicaments de première ligne et des insecticides, l'insuffisance de l'information sur l'utilisation et l'observance des prescriptions, « la cacophonie » des professionnels de soins, et le manque de moyens de monitoring et d'évaluation dans les secteurs dits périphériques du système de santé touchant les populations marginalisées.

- La difficulté à mettre en oeuvre une politique permettant d'éviter ou de retarder l'apparition des résistances pour les antimalariques et les insecticides, de détecter précocement les épidémies et la progression des résistances.

- Le décalage existant entre le niveau des connaissances sur le paludisme et leur utilisation pratique sur le terrain, l'adaptation de la présentation et du coût des médicaments, l'insuffisance de l'arsenal thérapeutique face à la montée des résistances notamment chez les enfants et les femmes enceintes, l'absence de possibilités de vaccination.

Des facteurs importants échappent aux possibilités des sciences biomédicales et sont propres aux situations économiques et sociales provoquées par les conflits, les réfugiés, l'extrême pauvreté.

### LES PRIORITÉS DE RECHERCHE IDENTIFIÉES PAR RBM

Elles résultent de l'identification des obstacles. Elles conditionnent des objectifs précis qui feront l'objet d'appels d'offres.

- Améliorer la couverture des soins par une meilleure information, communication, éducation pour la santé, même par l'utilisation du marketing social pour favoriser la compréhension et l'accessibilité des actions, mieux comprendre les facteurs d'acceptabilité des mesures proposées ainsi que les conditions de l'observance surtout chez les populations défavorisées. Il en résulte une augmentation des programmes de recherche sur les facteurs sociaux et économiques (2), les modifications des comportements ainsi que sur le financement spécifique des actions antipaludiques (*Sector-Wide Approaches : SWAs*).

- Promouvoir et valider de nouvelles méthodes d'utilisation des médicaments disponibles notamment pour les TPI de la femme enceinte et du jeune enfant. Il faudrait pour cela améliorer les capacités de recherche opérationnelle en Afrique - notamment en Afrique francophone où elles font cruellement défaut - à l'image de ce qui existe en Thaïlande pour renforcer en formation et en pratique les « bonnes pratiques » de fabrication des médicaments (BPF), de laboratoires (BPL), d'investigation clinique (BPC).

- Promouvoir d'autres insecticides, d'autres antimalariques et poursuivre les recherches pour une bonne immunisation. Plusieurs initiatives associent les secteurs publics et privés apportent leur soutien à ces approches tels *Medicine for Malaria Venture (MMV)* et *WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)*. Pour la vaccination les Etats-Unis apportent leur soutien au programme TDR (*Tropical disease research*) de l'OMS dans le cadre de l'*African Malaria Vaccine Testing Network (AMVTN)*.

- Améliorer les capacités de veille sanitaire, de surveillance épidémiologique, d'analyse et de traitement d'une information fondée sur des preuves, rationalisation des protocoles d'action adaptés aux exigences du lieu, du temps et de la population. La mise à disposition d'un outil de surveillance géo-stratégique le «*Mapping Malaria Risk in Africa*» (MARA) constitue un progrès mais qui requiert d'être alimenté par des informations fiables et récentes pour être opérationnellement utile. Il est donc nécessaire de développer encore des études épidémiologiques affinées pouvant être par la suite monitorées en continu par les services de soins. Plusieurs organismes s'y investissent tels le NIH et le CDC d'Atlanta pour les Etats-Unis et le *Wellcome Trust*.

- Favoriser les connaissances fondamentales concernant tous les aspects du cycle du paludisme notamment le vecteur et l'hôte réservoir infesté et malade, la physiopathologie de la maladie, le développement des tests de diagnostic rapides, de techniques de dépistage de la pharmacorésistance et de la résistance des vecteurs aux insecticides.

Tous ces aspects et les précédents objectifs sont parfaitement intégrés dans le cadre de RBM en Afrique à travers la Multilatérale Initiative on Malaria in Africa (MIM) qui rassemble les données de références pertinentes région par région, contribue au renforcement des capacités locales, sélectionne et finance les projets de recherche en étroite concertation avec TDR, grâce à des fonds multilatéraux émanant principalement du NIH, du Wellcome Trust, des CDC, de l'Union Européenne et de sa plateforme de financement des trois maladies du fonds global (tuberculose, VIH et paludisme), de la Fondation Bill et Melinda Gates et de nombreuses autres agences. Le MIM organise son congrès spécifique tous les deux ans, le prochain se déroulera à Yaoundé (Cameroun) en novembre 2005.

#### ACTIVITÉS PRATIQUES DE RBM

Elles se répartissent en 3 domaines : production documentaire, financement et recherche.

La production documentaire accessible sur le site fournit principalement : des informations sur le paludisme par pays, des guides diagnostiques, des recommandations thérapeutiques, des outils pour le monitoring des résistances.

Le financement concerne :

- la production de combinaisons antimalariques contenant de l'artémisinine de qualité acceptable (26/04/04) ;
- l'accès aux combinaisons ACT (*Artemisinin based Combination Therapies*). Ce programme initié en 2001 est adopté actuellement par 32 pays (évaluation de mars

2004) représentant 30 à 50 millions de personnes qui devraient avoir accès à ce traitement en première ou deuxième ligne. Les estimations pour fin 2005 envisagent une couverture de 130 à un peu plus de 200 millions de sujets (3) ;

- des initiatives en recherche-action des traitements à domicile (HMM : *home malaria management*).

La recherche enfin par l'animation des activités de MIM, la relance de l'intérêt de l'étude des interrelations entre VIH et paludisme et le financement des programmes de recherches prioritaires. A titre indicatif les appels d'offres en 2004 concernent : la génomique anophélienne (à visée de contrôle), la bio-informatique et la génétique appliquée à la vaccination et au traitement, la compréhension des résistances, l'impact des réformes dans le secteur de la santé, la découverte de nouveaux médicaments avec une priorité pour la femme enceinte, l'approche non invasive du diagnostic notamment pour le traitement à domicile, les vaccins, les nouvelles méthodes d'accessibilité.

#### LA VISIBILITÉ DES ÉQUIPES FRANÇAISES

Il n'y a pratiquement plus de financement spécifiquement français pour la recherche sur le paludisme. Les fonds importants consentis par la France sont attribués soit au programme RBM coordonné par l'OMS, soit à la plateforme européenne du fonds global. Les équipes francophones et leurs partenaires du Sud doivent donc répondre aux appels d'offre d'EDCTP, de TDR, de RBM ou de MIM. Pour l'heure le nombre de sujets retenus n'est ni à la hauteur des compétences, ni des espoirs des réseaux francophones.

Si l'on prend l'exemple du MIM, une équipe francophone sur 15 a été financée en 1998, 2 sur 5 en 99, 0 sur 3 en 2000, 1 sur 13 en 2002. Une seule fois le partenariat avec une équipe française a été retenu. Il en résulte qu'en 4 ans une seule équipe française, soit un seul programme sur 33 a bénéficié du financement d'un bailleur de fonds significatif. Notre silence mériterait une analyse rapide et une mobilisation plus dynamique.

#### RÉFÉRENCES

- 1 - WHO - The Africa malaria report. Geneva, World Health Organisation, 2003 (WHO/CDS/MAL/2003.1093).
- 2 - SACHS J, MALANEY P - The economic and social burden of malaria, *Nature* 2002; 7 : 680-685.
- 3 - WHO - Antimalarial drug combination therapy: Report of WHO technical consultation, 2001 (WHO/CDS/RBM/2001.35).