

## Le traitement du paludisme en Afrique sub-saharienne : des progrès notables mais des mesures pas toujours applicables

Millet Pascal

Université Victor Segalen Bordeaux 2 et Association ReMed\* (Réseau Médicaments et Développement), Paris

*Med Trop* 2011 ; 71 : 5-6

Dans son dernier « rapport mondial sur le paludisme », l'OMS estime l'incidence annuelle mondiale à 247 millions d'accès de paludisme pour l'année 2006, dont 86 % en Afrique subsaharienne. Ces estimations indiquent également les chiffres de 881 000 décès du paludisme en 2006, dont 91 % ont eu lieu en Afrique et 85 % chez les enfants de moins de cinq ans.

Pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, le paludisme est considéré comme une priorité par les Gouvernements car le fardeau de cette maladie endémique y est très lourd. Par exemple, au Burkina-faso, 3,79 millions de cas ont été notifiés en 2008, et le paludisme représente 48 % des causes de décès dans les formations sanitaires (65 % chez les moins de cinq ans). Le paludisme demeure le premier motif de consultation et d'hospitalisation au niveau des formations sanitaires.

Au début des années 2000, suite à la reconnaissance de niveaux élevés de résistance à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine, l'OMS a proposé une nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme pour tous les pays impaludés du globe. Celle-ci préconise l'utilisation de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le traitement du paludisme simple. En Afrique subsaharienne, les 2 combinaisons les plus recommandées par les pays sont artésunate / amodiaquine (AS/AQ) et artémether / luméfantrine (AM/LF), en fonction du degré de résistance à l'amodiaquine.

Depuis 2005, un effort important a été réalisé dans la mise à disposition des CTA auprès des pays concernés. Le Fonds mondial, UNICEF, UNITAID, la fondation Bill et Melinda Gates, avec l'OMS et certains producteurs pharmaceutiques, ont pu organiser un approvisionnement en CTA de qualité et à prix réduit. Le premier élément de la chaîne d'accès au médicament est donc en place et fonctionnel. Roll Back Malaria concentre ses efforts sur le programme Affordable Medicine Facility – malaria (AMFm), qui propose la distribution des CTA au prix de la chloroquine ou de la sulfadoxine – pyriméthamine (SP), programme qui doit faire l'objet d'une évaluation sur le terrain dans 9 pays (Cambodge, Ghana, Kenya, Madagascar, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie).

### Qu'en est-il aujourd'hui ?

Bien que l'ensemble des pays africains ait mis en place des protocoles de prise en charge du paludisme simple basés sur un ou deux CTA, on dénombre toujours, sur le marché pharmaceutique privé et public des pays d'Afrique francophone la présence de mono-

thérapies, dont une moyenne de trente médicaments de marque à base d'un dérivé d'artémisinine (dans certains pays le nombre de produits à base d'artémisinine peut atteindre 140). Cette pléthore de produits antipaludiques, dont l'origine est un dysfonctionnement des services de régulation de l'Etat, crée une grande confusion chez les prescripteurs et les dispensateurs.

D'autre part, la persistance des monothérapies à base d'artémisinine représente un risque important de développement de résistances aux dérivés de l'artémisinine, résistance actuellement en émergence au Cambodge. Cette persistance est en partie due au fait que pendant 2 ou 3 ans a été promu l'emploi de dérivés d'artémisinine seuls avant de promouvoir l'utilisation des CTA et que seules des monothérapies étaient disponibles.

Par ailleurs, pour éviter la prescription systématique des CTA à toute personne présentant une fièvre, sans confirmation biologique, les programmes nationaux de lutte contre le paludisme ont récemment introduit les tests de diagnostic rapide (TDR) au sein des formations sanitaires publiques, dans le but de réserver exclusivement l'utilisation des CTA aux cas de paludismes simples « confirmés ». Mais la nécessaire disponibilité conjointe des réactifs et des CTA dans les centres de santé complique les chaînes d'approvisionnement, de stockage et de distribution.

Enfin, la mise à disposition gratuite ou subventionnée des CTA dans plusieurs pays soulèvent des problèmes inattendus.

Tout d'abord, la distribution du médicament reste à la charge des pays. Ce coût n'est pas toujours évalué, et quand il l'est, il est rarement pris en charge par les bailleurs.

Le non paiement des CTA par le malade entraîne des effets négatifs sur le fonctionnement des structures de santé. Les structures sanitaires (dans les pays où la participation financière des usagers est maintenue), dont une partie des recettes est issue de la vente des médicaments, se voient privées du recouvrement des coûts qui permet le fonctionnement des centres de santé concernés. Elles n'ont donc pas d'intérêt à proposer des CTA gratuits ou fortement subventionnés et il est constaté une dérive des pratiques vers l'utilisation des produits traditionnels dont le prix de vente assure un revenu pour la structure (quinine, chloroquine, SP). Aussi, tous les cas sont déclarés « graves », tous les cas suspects sont déclarés comme paludisme, ou les examens biologiques classiques sont utilisés à la place des TDR (car payants et permettant plus facilement une prescription en attendant le résultat).

De plus, les pharmacies privées qui vendent des traitements antipaludiques ont un intérêt financier à continuer à proposer à leurs clients des traitements autres que ceux proposés dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

Plusieurs études ont montré que de nombreux infirmiers contournent les recommandations pour ne pas réaliser ou ne pas tenir compte des résultats des TDR soit en décidant de la mise sous trai-

• Correspondance : pascal.millet@u-bordeaux2.fr

tement quelque soit le résultat du test, soit en déclarant systématiquement le cas comme « cas grave » devant bénéficier du traitement par quinine.

Il est à noter que les bailleurs basent leurs évaluations des programmes d'accès aux médicaments sur une approximation basée sur la concordance entre le nombre de traitements mis à disposition au niveau des pays et le nombre de patients traités ou guéris « tant de traitements fournis au pays = autant de patients guéris ». Il est évident que cette adéquation n'est pas réaliste.

Les modalités pour améliorer l'accessibilité financière des CTA sont donc délicates à définir et les interventions méritent d'être mieux évaluées. Des études ponctuelles sont menées dans plusieurs pays et des équipes de chercheurs en sciences sociales s'intéressent

aux attitudes et pratiques communautaires face aux CTA. Plusieurs publications rapportent des problèmes liés à l'accès aux CTA dans de nombreux pays.

Il est donc devenu impératif de réfléchir à de nouveaux systèmes de financements des soins et d'intégrer la lutte contre le paludisme dans les politiques globales de santé. Il est nécessaire que les bailleurs se coordonnent pour intégrer les différents plans de lutte et pour mettre en place un fond commun destiné à financer à la place des malades les dépenses nécessaires aux soins et à la prévention. ■

*\* Membres de l'Association ReMed (Réseau Médicaments et Développement) ayant participé à la réalisation de cet article : J. André, S. Barbereau, G. Bourdeau, H. Degui, M. Douala-Mouteng, Ch. Mouala, JL Rey.*



Enfant de Dionewar, Ile du Sine Saloum, Sénégal © Rémy Michel