

La stratégie RBM comprend trois interventions principales

Moustiquaires imprégnées (MII)

Il a été démontré qu'un fort taux de couverture et d'utilisation des MII réduisait la mortalité générale infantile de 20% ainsi que l'anémie chez les femmes enceintes et l'incidence des petits poids de naissance. Des taux de couverture élevés permettent également de protéger les autres personnes vivant dans la communauté. L'amélioration de la couverture chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est donc une priorité pour tous les programmes nationaux de lutte antipaludique. Les moustiquaires doivent être retraitées après trois lavages et au moins une fois par an. Les moustiquaires à imprégnation durable qui conservent leur efficacité pendant toute la durée de vie de la moustiquaire (de 3 à 5 ans) ne sont pas encore massivement disponibles. Les diverses expériences de distribution des MII ont été résumées dans un document de consensus qui montre que la clé du succès est la complémentarité entre les secteurs public et privé. Les circuits de distribution commerciaux constituent un moyen efficace de diffusion des moustiquaires, mais le retraitement de celles-ci devrait être assuré gratuitement¹. Toutefois, la mise en place d'un système durable de distribution de moustiquaires gratuites ou subventionnées aux groupes vulnérables tels que les jeunes enfants et les femmes enceintes est indispensable pour atteindre les objectifs de santé publique.

Traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes

La recommandation actuelle concernant le TPI dans les zones de transmission stable du paludisme est l'administration d'une dose curative complète de SP à toutes les femmes enceintes après que le fœtus a commencé à bouger. Des recherches récentes ont montré que l'administration d'un traitement préventif intermittent aux jeunes enfants (dose unique de SP) dispensée à l'âge de 2, 3 et 9 mois à l'occasion de la vaccination de routine dans le cadre du PEV, pouvait réduire l'incidence du paludisme clinique et de l'anémie au cours de la première année de la vie. On compte accumuler d'ici 2006 suffisamment de preuves de l'efficacité et de l'innocuité de cette intervention pour que l'OMS puisse formuler une recommandation.

Traitement précoce et efficace des cas cliniques

Le traitement du paludisme doit débuter dans les 24 heures après l'apparition des premiers symptômes. Pour les enfants vivant dans les zones de transmission stable, on applique généralement l'approche symptomatique fondée sur la présence de fièvre ou d'un récent épisode fébrile. Lorsque l'accès aux services de santé est limité, il est nécessaire de prévoir un traitement de réserve (à conserver chez soi) pour les jeunes enfants.

¹ Accélérer la promotion des moustiquaires imprégnées en Afrique – Cadre stratégique pour la coordination de l'action nationale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (WHO/CDS/RBM/2002.43).

Programme ACSD du Sénégal

Dans le cadre du programme ACSD du Sénégal, des MII subventionnées sont distribuées par les centres de santé aux enfants complètement vaccinés (DTC3/rougeole) à l'occasion des séances de vaccination de routine du PEV. Il en est aussi proposé à l'occasion des visites prénatales.

Le Gouvernement a fixé un prix subventionné défini pour les MII et mis en place un mécanisme qui permet de payer ces moustiquaires par mensualités à chacune des cinq visites dans le cadre du PEV.

Leur distribution fait l'objet d'un suivi mensuel auprès des centres de santé et à l'échelon communautaire. Après 18 mois, les résultats montrent une notable augmentation à la fois du taux de vaccination contre la rougeole (de 50% à 68%) et du taux de couverture des MII (de 3% à 45%).

Parmi les femmes enceintes, on a également noté une augmentation importante du nombre de femmes se présentant à au moins trois visites prénatales et le taux de couverture des MII pour ce groupe est passé de 3% à 64%.

Le principal défi est de faire en sorte que la distribution de ces moustiquaires soit programmée de manière à coïncider avec la saison de forte transmission du paludisme pendant laquelle la demande est plus forte.

5. Etapes suivantes

- L'UNICEF et l'OMS travailleront à tous les niveaux avec les gouvernements et les partenaires pour consolider les expériences acquises et en tirer des enseignements concernant la combinaison des services et les avantages réciproques de la collaboration. Cela comprendra l'évaluation des campagnes récentes de distribution de MII faites à l'occasion de la vaccination contre la rougeole ainsi que la distribution de ces moustiquaires lors des activités de vaccination de routine.
- Sur la base de ces expériences, un cadre d'action sera élaboré et discuté avec les programmes nationaux et les partenaires.
- L'UNICEF et l'OMS travailleront avec les programmes nationaux afin de promouvoir la collaboration et la prestation combinée des services dans des pays déterminés.
- Les services compétents de l'UNICEF et de l'OMS évalueront les matériels de formation du PEV, ainsi que leur pertinence et les possibilités d'utilisation dans chacun des deux programmes.
- Les futurs modules de formation à la lutte anti-paludique, notamment pour ce qui concerne la gestion au niveau du district, devraient incorporer les méthodes et concepts pertinents du PEV, ainsi que des outils de micro-planification en vue de la prestation de services combinés.
- L'UNICEF et l'OMS demanderont aux organismes de financement et de planification d'étudier la possibilité d'intégrer cette initiative dans les activités de planification du secteur de la santé au niveau des pays.
- L'UNICEF et l'OMS vont explorer les moyens d'approvisionnement en traitement antipaludiques emballés pour l'utilisation à domicile les centres de vaccination (DCT, rougeole) et les campagnes de vaccination supplémentaires, afin d'assurer aux enfants un accès au traitement antipaludique rapide et efficace.



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTÉ

DÉCLARATION CONJOINTE



Lutte antipaludique et vaccination : vers un partenariat porteur d'un grand potentiel

Les programmes de lutte antipaludique et de vaccination ont pour vocation commune d'améliorer la santé maternelle et infantile, essentiellement par des interventions préventives. L'OMS et l'UNICEF étudient actuellement comment ces programmes pourraient être mieux intégrés et définissent, dans la présente déclaration, les domaines dans lesquels la collaboration pourrait être renforcée à l'avenir.

1. Introduction

2. Collaboration

3. Interventions

4. Expériences

5. Etapes suivantes

Liste des abréviations

ACSD: Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant

AT: anatoxine tétanique

DCT: diphtérie-coqueluche-tétanos

GAVI: Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination

GFATM: Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme

MII: moustiquaires imprégnées d'insecticide

PEV: programme élargi de vaccination

RBM: Faire reculer le paludisme

SP: sulfadoxine-pyriméthamine

© Organisation mondiale de la Santé, 2004. Tous droits réservés.

WHO/HTM/RBM/2004.52 Rev. 1



Crédit : OMS/IVB - Tracey Goodman

1. Introduction

Les programmes de vaccination et de lutte antipaludique, qui font partie des priorités de santé publique dans de nombreux pays, comptent parmi les interventions de santé publique les plus rentables que l'on connaisse. Mais ils sont l'un comme l'autre exigeants en termes de ressources humaines et financières, car ils visent à assurer la couverture la plus large possible. Une forte couverture de la population tant par la vaccination que par les interventions de lutte antipaludique dirigées vers les jeunes enfants et les femmes enceintes sera nécessaire pour atteindre les objectifs de développement pour le millénaire qui sont

de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle.

Actuellement, les programmes de vaccination – qui sont à visée purement préventive – sont généralement plus développés et touchent davantage d'enfants que les programmes de lutte antipaludique qui sont plus complexes et incluent des composantes à la fois curatives et préventives. Bien que la collaboration entre ces programmes ait été jusqu'ici limitée, on pourrait explorer, mettre au point, et développer des synergies inter-programmes dans le contexte d'un renforcement des programmes nationaux.

Vaccination

Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de mai 2002 consacrée aux enfants, la communauté internationale a réaffirmé son engagement quant aux objectifs en matière de vaccination, à savoir l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la réduction de moitié de la mortalité due à la rougeole et l'obtention d'ici 2010 d'une couverture vaccinale de 90% au plan national avec au moins 80% dans chacune des circonscriptions. Pour atteindre ces objectifs, les stratégies du Programme élargi de vaccination (PEV) sont les suivantes :

- renforcer les services de vaccination de routine ;
 - organiser périodiquement des activités de vaccination supplémentaires ou des campagnes de vaccination de masse ; et
 - améliorer la surveillance et le suivi.
- Le renforcement de la vaccination systématique et l'introduction de nouveaux vaccins sont rendus possibles grâce à la collaboration bilatérale et à divers partenariats établis à l'échelle mondiale, y compris l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, l'initiative contre la rougeole et l'Alliance globale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Dr Fatoumata Nafo-Traore
Directeur, Faire reculer le paludisme, OMS

M. Edwin J. Judd
Directeur, Division des Programmes, UNICEF, New York

Dr Daniel Tarantola, Directeur,
Département Technologie de la santé et produits pharmaceutiques, OMS

Lutte antipaludique

Des changements majeurs ont été enregistrés au cours des 20 dernières années dans le domaine du paludisme. La résistance à la chloroquine s'étend et les données montrent une progression de la mortalité en Afrique au cours des années 90¹. Toutefois, dans le même temps, plusieurs avancées scientifiques ont été réalisées et ont démontré l'efficacité de nouveaux outils et de nouvelles approches de lutte.

En réponse à la charge croissante que représente le paludisme et compte tenu des possibilités offertes par les nouveaux outils de lutte, le Partenariat pour faire reculer le paludisme a été lancé en 1998 avec pour objectif d'ici à 2010 de réduire le fardeau du paludisme d'au moins 50% grâce à la mise en œuvre d'interventions reconnues efficaces, dans le cadre de services de santé renforcés. En 2000, les Chefs d'Etat africains ont résolu

d'atteindre d'ici 2005 une taux de couverture de 60% avec les moustiquaires imprégnées d'insecticide, surtout pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (objectifs d'Abuja). En 2002, la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) a donné aux pays d'endémie accès à un financement extérieur supplémentaire pour la lutte antipaludique. Des efforts coordonnés ont été entrepris pour renforcer trois interventions majeures contre le paludisme (p. 4) – à savoir la distribution de moustiquaires imprégnées, le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et le traitement précoce et efficace des cas cliniques – interventions dont l'efficacité et le bon rapport coût efficacité ont été amplement démontrés en Afrique sub-Saharienne. Les groupes cibles prioritaires pour ces interventions sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

mêmes données démographiques pour planifier leurs opérations sur le terrain. Les besoins et les taux de couverture peuvent être évalués lors des mêmes enquêtes auprès des ménages.

• **La formation et la supervision.** D'une manière générale, les outils et méthodologies mis en œuvre dans le cadre du PEV doivent être examinés pour évaluer dans quelle mesure ils sont utilisables par le personnel chargé de la lutte antipaludique. Lorsque des outils similaires ont été mis au point, les directeurs de programme du PEV peuvent apporter une aide précieuse dans le cadre de la formation à la lutte antipaludique. Dans certains pays, on peut désormais envisager de recruter pour les programmes nationaux de lutte antipaludique du personnel précédemment formé aux campagnes de lutte contre la poliomyélite. Tandis que les pays orientent de plus en plus leurs systèmes de santé vers une planification décentralisée

basée à la fois sur les besoins et les ressources et vers une utilisation soigneusement planifiée et coordonnée des ressources disponibles (humaines et autres) pour les grands programmes de prévention, le renforcement des services de santé deviendra de plus en plus important. Dans les situations d'urgence, l'accès aux services essentiels est souvent interrompu. Assurer en continu un accès aux vaccins indispensables pour les enfants – ainsi qu'aux outils de prévention et de lutte antipaludique (en particulier les moustiquaires imprégnées) pour tous les sujets à risque – est une priorité de santé publique. C'est aussi un élément important de tout programme visant à répondre aux besoins sanitaires dans les camps accueillant des réfugiés ou des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. La continuité des services de lutte antipaludique et de vaccination est essentielle, même en temps de guerre ou toutes autres situations d'urgence.

FARDEAU DE LA MALADIE

Paludisme	Maladies évitables par la vaccination	Interventions pour la lutte	Lors de vaccinations dans le cadre du PEV	Activités ou campagnes de vaccination supplémentaires
<ol style="list-style-type: none"> Un cinquième de la population mondiale est exposé au risque de paludisme. On enregistre chaque année au moins 300 millions de cas de paludisme dans le monde. Le paludisme fait environ 1 million de morts par an dans le monde ; 90% de ces décès surviennent en Afrique sub-Saharienne et les victimes sont principalement de jeunes enfants. Le paludisme coûte annuellement US\$ 12 milliards à l'Afrique en perte de productivité, réduction du revenu des ménages et dépenses occasionnées par le traitement. Il ralentit la croissance économique de 1,3% par an. 	<ol style="list-style-type: none"> Un quart des enfants nés chaque année (33,2 millions) ne sont pas vaccinés ni protégés contre des maladies courantes évitables. Chaque année, 1,6 millions d'enfants de moins de cinq ans – principalement dans les pays les plus pauvres du monde – meurent de maladies qui peuvent être évitées par la vaccination. Bien que la couverture vaccinale à l'échelle mondiale (DTC3) soit estimée à 75%, il y a de grandes disparités entre les régions et les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Dans de nombreux pays d'Afrique, les taux de couverture vaccinale sont inférieurs à 50%. 	<ol style="list-style-type: none"> Moustiquaires imprégnées Insecticide TPI pour femmes enceintes 	<p>Distribution de moustiquaires imprégnées, directement ou par la remise de bons d'échange aux femmes enceintes et/ou aux enfants de moins de 1 an à l'occasion d'une vaccination.</p> <p>Distribution d'insecticide pour retraiter les moustiquaires imprégnées lors de séances de vaccination de routine dans les zones où le taux de couverture est d'au moins 30%.</p> <p>Un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine peut être administré lors d'une vaccination antitétanique si celle-ci a lieu au 2^e ou 3^e trimestre de la grossesse (après que le fœtus a commencé à bouger).</p>	<p>Fourniture de moustiquaires imprégnées gratuites ou de bons d'échange aux enfants < 5 ans.</p> <p>Campagnes de traitement des moustiquaires dans le cadre de campagnes de vaccination dans les zones reculées.</p> <p>Non applicable.</p>

2. Collaboration entre les deux programmes

Les programmes de lutte antipaludique et de vaccination sont des programmes majeurs de médecine préventive qui visent tous deux à assurer une large couverture de la population. Ils ont plusieurs caractéristiques en commun :

- Des éléments de programme similaires (formation, supervision, achat et distribution, prévision dans les approvisionnements, surveillance et évaluation, communication) pour des prestations de services visant les mêmes groupes cibles – femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans.
- Au niveau du district et de la périphérie, ce sont habituellement les mêmes personnels qui s'occupent de la vaccination et de la lutte antipaludique – les besoins en matière de formation et de supervision sont analogues.

- L'infrastructure physique est souvent la même.
- Les deux programmes ont les mêmes besoins logistiques: une chaîne d'approvisionnement leur est nécessaire pour délivrer les services dans les zones rurales et les endroits les plus reculés du pays.
- Les outils informatiques tels que les cartes ou les bases de données démographiques qu'ils utilisent sont les mêmes.
- Les techniques d'enquête et de surveillance sont analogues.

Compte tenu de toutes ces similitudes et de ces chevauchements, il est impératif d'établir une coordination entre ces programmes et de rechercher des synergies en travaillant conjointement depuis le niveau du village jusqu'au niveau du Siège des organisations internationales concernées.

3. Domaines de collaboration potentiels

D'une manière générale, l'infrastructure opérationnelle des programmes du PEV est déjà bien développée dans la plupart des pays et peut donc servir de support ou de cadre pour mettre en œuvre des interventions de lutte antipaludique. De cette manière, on peut espérer accroître à la fois la couverture vaccinale et celle des interventions antipaludiques parmi les groupes cibles. Le tableau qui suit donne quelques exemples de prestations conjointes pour des services déjà existants ou qui pourraient être développées localement. En plus

de la fourniture des produits mentionnés dans le tableau ci-dessus, d'autres domaines de collaboration potentielle sont par exemple :

- **La mobilisation sociale et l'éducation sanitaire** sur le paludisme à l'occasion des séances de vaccination et de mobilisation des volontaires en prévision des campagnes de vaccination.
- **La reconnaissance géographique, les enquêtes et la surveillance.** Les deux programmes utilisent les mêmes instruments de reconnaissance géographique et les

4. Expériences concrètes

Dans des pays comme le Vietnam, où les programmes de lutte contre le paludisme reposent sur du personnel spécialisé travaillant sous la direction des services de santé périphériques, les opérations sur le terrain et la logistique sont souvent organisées conjointement avec les services du PEV.

Au Cambodge, dans les années 90, alors que le programme de lutte antipaludique se développait rapidement et qu'il était relativement bien soutenu sur le plan financier, les opérations de distribution de MII sur le terrain ont été l'occasion non seulement de pratiquer des vaccinations, mais aussi de distribuer de la vitamine A et des traitements vermifuges. Toutefois, dans la plupart des pays asiatiques, les possibilités de collaboration peuvent être limitées au niveau infra national, car la lutte antipaludique est souvent très

focalisée, alors que les programmes de vaccination visent à assurer la couverture de l'ensemble de la population. Récemment, des campagnes de vaccination contre la rougeole et des campagnes de distribution de MII dans les zones reculées ont été combinées au Ghana et en Zambie.

Dans plusieurs pays, des MII sont maintenant distribuées aux jeunes enfants lors des séances de vaccination systématique, comme par exemple dans le cadre du programme *Accelerated Child Survival and Development* (ACSD) mis en œuvre en Afrique occidentale avec l'appui de l'UNICEF. L'un des objectifs de l'ACSD est d'accroître la couverture vaccinale et la distribution de MII subventionnée aux femmes enceintes et aux enfants complètement vaccinés (DTC3/rougeole).

En Zambie, en juin 2003, une campagne de vaccination contre la rougeole a été combinée avec la distribution de vitamine A, de mébendazole et de MII dans cinq districts sélectionnés par le programme national. Le PEV et les programmes de lutte antipaludique ont mené cette campagne conjointe avec l'appui de la Croix-Rouge, des « Centers for Disease Control and Prevention », de la Fondation des Nations Unies, de l'UNICEF et de l'OMS. Dans quatre districts, les moustiquaires ont été distribuées sur les lieux de vaccination ; dans un cinquième district, elles ont été livrées à des commerçants locaux auprès desquels le public pouvait se les procurer contre la remise d'un bon d'échange distribué au centre de vaccination. La mobilisation communautaire a très bien fonctionné : la distribution de MII, qui avait fait l'objet d'une publicité préalable, a suscité un grand intérêt et a constitué pour les mères une incitation supplémentaire à faire vacciner leurs enfants contre la rougeole.

Les observations faites dans le cadre d'une enquête communautaire en grappe ont montré que les taux de couverture dépassaient les 80% pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les ménages dans les cinq districts concernés; ces taux étaient comparables et uniformément élevés dans toutes les strates économiques de la population. Bien que les moustiquaires aient été distribuées pendant la saison de faible transmission, plus de 50% des villageois ont déclaré s'en être servi pour leurs enfants au cours de la nuit précédente.

¹ WHO/UNICEF. Rapport sur le paludisme en Afrique, 2003. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/MAL/2003.1093).