



1 : Introduction

1.1 Bref rappel sur l'intensification de la distribution de MILD et la mise en place de la couverture universelle

Parmi les méthodes permettant d'accroître la couverture et d'appliquer des mesures de prévention efficaces, la distribution massive de MILD est une stratégie clé. Depuis 2002, la distribution massive de MILD, dans le cadre de campagnes indépendantes ou de campagnes intégrées à grande échelle, a servi de stratégie de rattrapage pour les pays cherchant à obtenir des avancées rapides et importantes dans la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme. Les campagnes de distribution massive de MILD représentent toutefois une entreprise aux multiples facettes qui nécessite des mois de planification et d'organisation logistique complexe. C'est également pour des raisons de coût qu'elles n'ont lieu que certaines années, en vue d'accroître la couverture rapidement ou de remplacer les moustiquaires d'une grande partie de la population d'un pays.

Il est par conséquent essentiel que les pays soutiennent la possibilité pour leurs populations d'accéder aux MILD par d'autres moyens et de manière continue^{ab}. La mise à disposition de MILD

par le biais de campagnes de routine telles que la vaccination régulière et les consultations prénatales en général administrées gratuitement aux jeunes enfants et aux femmes enceintes, ou dans les points de vente communautaires ou commerciaux à un prix subventionné ou de marché, devrait faire partie d'une stratégie globale de soutien ou de post-intensification visant à assurer le maintien des avancées obtenues pendant les campagnes de distribution massive (voir Ressource R1-1 sur le CD annexé). La distribution de MILD par tous les moyens disponibles doit être intégrée aux stratégies de prévention du paludisme plus globales des pays. La prévention du paludisme grâce aux MILD n'est qu'un élément des plans nationaux de lutte contre le paludisme à plus grande échelle comprenant le traitement, les diagnostics et d'autres options de lutte anti-vectorielle, telles que la pulvérisation intra-domiciliaire.

L'intensification de la distribution de MILD a véritablement commencé en 2002, lorsque les partenaires de la Croix-Rouge américaine et de l'Initiative pour la lutte contre la rougeole ont testé la première campagne intégrée en associant la distribution de MILD à des activités d'immunisation complémentaires dans une région du nord du Ghana. Les résultats de l'étude pilote ont permis de démontrer que la distribution gratuite de MILD aux enfants de moins de cinq ans dans le cadre d'une campagne de vaccination contre la rougeole générait « pour un faible coût, une couverture rapide, élevée et équitable »^c. Ces résultats encourageants ont donné lieu à des activités similaires dans cinq districts de la Zambie, en 2003. Lorsque les distributions de MILD ont été évaluées, six mois après la campagne, les résultats ont montré que 97 pour cent des foyers ciblés avaient conservé leur moustiquaire et que la couverture globale des foyers avait augmenté, passant de 29 pour cent avant la campagne à 85 pour cent après celle-ci. Autre accomplissement important : celui du haut niveau d'équité obtenu entre les différents quintiles économiques¹ après les distributions massives en comparaison avec le caractère inéquitable de l'accès aux moustiquaires avant ces campagnes. En d'autres termes, grâce aux campagnes de distribution massive, les personnes les plus pauvres ont autant accès aux MILD que les personnes les plus riches.



Sierra Leone. © Mélanie Caruso, FICR

¹ Valeur statistique d'un ensemble de données représentant 20 pour cent d'une population donnée. Les quintiles servent le plus souvent à créer des points critiques, tels que le revenu, au sein d'une population donnée.

En 2004, sur la base des expériences faites au Ghana et en Zambie, l'OMS et l'UNICEF ont publié une déclaration commune, « *Malaria Control and Immunization: a sound partnership with great potential* » (Lutte antipaludique et vaccination : vers un partenariat porteur d'un grand potentiel). Cette co-déclaration décrit les méthodes communes de distribution et autres points de synergie entre la lutte contre le paludisme et l'immunisation et affirme que « 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 »^d.

En 2004, la première campagne intégrée d'envergure nationale a été mise en place au Togo. Les évaluations d'après campagne, réalisées un et neuf mois après la distribution, ont démontré le niveau élevé de couverture de toutes les interventions, ainsi qu'une forte hausse du taux de possession et d'utilisation des MILD par les ménages. Dès 2004, le modèle de distribution massive intégrée a été adopté par plusieurs pays, ce qui leur a permis de se rapprocher de manière plus rapide et plus efficace de leurs objectifs de prévention du paludisme.

Les rigoureuses évaluations entreprises entre 2002 et 2005 par les centres de contrôle et de prévention des maladies sur les modèles de campagnes intégrées au Ghana, en Zambie, au Togo, au Niger et en Mozambique ont démontré :

- un niveau de couverture élevé (par rapport à la période préalable à la campagne) dans les foyers où vivent des enfants de moins de cinq ans, avec la possibilité d'intensifier rapidement la couverture via un Programme élargi de vaccination (PEV) établi
- un niveau élevé d'équité entre les différents quintiles, la portée des campagnes étant suffisante pour résoudre les inégalités d'accès dues aux différents niveaux de pauvreté
- un niveau de conservation élevé des moustiquaires distribuées dans les foyers
- aucun impact négatif sur les campagnes de vaccination bien planifiées et bien mises en œuvre

Ces conclusions ont permis de répondre à certaines questions clés posées par les organisations nationales et internationales et qui leur avaient empêché d'adhérer totalement au modèle de la distribution massive et gratuite.

En 2007, la politique de lutte contre le paludisme est passée de distributions ciblées (privilegiant les groupes les plus vulnérables : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes) à une couverture universelle de toutes les personnes exposées au risque du paludisme. Suite à cette évolution, il est devenu plus difficile d'associer les campagnes de vaccination à la distribution de MILD étant donné la divergence des groupes ciblés. Si la distribution aux groupes vulnérables peut devenir prioritaire en cas d'insuffisance des MILD pour une campagne de couverture universelle, la plupart des pays ont intégré l'objectif de couverture universelle à leurs stratégies nationales et se rapprochent de cet objectif grâce au soutien de ressources accrues octroyées par divers bailleurs de fonds. Lorsque les pays ont une expérience et/ou des ressources limitées en matière de distribution massive de MILD, y compris en cas de nombre insuffisant de MILD, les campagnes ciblées basées sur l'expérience des PEV et assurant au moins la couverture des groupes vulnérables représentent une bonne stratégie. Ce type de stratégie aura néanmoins pour effet d'obliger ces pays à mettre en œuvre des modes de distribution de MILD destinés à rattraper certains retards dans l'urgence afin de protéger leur population toute entière. À l'avenir, les campagnes intégrées représentant un bon moyen de maintenir une couverture élevée parmi les groupes les plus vulnérables, elles devraient être considérées comme un moyen important de maintenir les avancées obtenues après les campagnes de couverture universelle.

À ce jour, les activités de prévention et de lutte contre le paludisme en sont à différents niveaux dans les différents pays. Alors que de nombreux pays atteindront les objectifs du Partenariat Faire Reculer le Paludisme (RBM) au-delà de 2011 et passeront en phase de post-intensification, d'autres pays pourraient ne pas les atteindre avant plusieurs années. En outre, certains pays sont désormais en transition entre une distribution massive ciblant les enfants de moins de cinq ans et l'intensification des campagnes en faveur d'une couverture de toute la population.

1.2 Politique de couverture universelle du Plan mondial de lutte contre le paludisme (GMP) de l'OMS

Non seulement les moustiquaires traitées à l'insecticide repoussent les moustiques femelles qui essaient de piquer, mais elles en tuent également une

partie^e. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) sont conçues pour conserver pendant au moins trois ans leur efficacité biologique envers les moustiques vecteurs du paludisme dans les conditions d'usage recommandées^f, avec une réduction correspondante du besoin de ré-imprégnation régulière.

L'évolution de la politique de l'OMS, d'une couverture en MILD ciblée à une couverture en MILD universelle, avait vocation à fournir une protection plus complète et plus équitable. L'utilisation individuelle d'une moustiquaire imprégnée est toujours l'une des meilleures formes de protection personnelle dans

C'est pourquoi l'OMS/GMP recommande une couverture en MILD de toutes les personnes exposées au risque du paludisme dans les zones ciblées par les activités de prévention du paludisme (« couverture universelle »). Dans la plupart des pays les plus lourdement touchés, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide est toujours inférieure aux objectifs fixés (objectifs mondiaux ou du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)). La meilleure opportunité d'intensifier rapidement la prévention du paludisme est la distribution gratuite ou fortement subventionnée de MILD par le biais des services de santé publics et de leurs partenaires lors d'une ou plusieurs campagnes spécifiques. Les avancées obtenues devraient dès lors être maintenues grâce à la distribution continue, aux canaux réguliers PEV et CPN, à la commercialisation subventionnée et au secteur privé. Les MILD devraient être considérées comme un bien public pour les populations qui vivent dans des régions endémiques du paludisme et, lors des distributions, devraient être systématiquement accompagnées d'informations sur la manière de les accrocher, de les utiliser et de les entretenir de manière appropriée.



Iles Salomon. © Rob Few, FICR

les régions endémiques du paludisme et demeure valable en termes de santé publique^g, mais lorsque les moustiquaires imprégnées sont employées par une large portion de la communauté, conformément aux préconisations d'une couverture universelle, la présence de quantités importantes d'insecticides a également un effet massif similaire à l'immunisation collective obtenu grâce aux campagnes à grande échelle. Dans les régions où la plupart des gens utilisent des moustiquaires imprégnées, l'effet « d'appât piégé » qu'entraîne la double action de répulsion et d'élimination des moustiques devrait globalement contribuer à réduire le taux de transmission du paludisme par la population locale de moustiques^h. Cette utilisation de moustiquaires à grande échelle peut par conséquent être synonyme d'une protection accrue pour l'humanité toute entière, dans la mesure où, outre le bénéfice personnel direct qu'en retirent la ou les personnes dormant sous la moustiquaire, les personnes dormant à côté peuvent également être protégéesⁱ. La couverture universelle présume que des moustiquaires soient mises à disposition de 100 pour cent de la population et qu'au moins 80 pour cent des personnes bénéficiant de cet accès utilisent leur moustiquaire chaque nuit sans exception, optimisant ainsi les avantages des moustiquaires imprégnées en protégeant l'ensemble de la population d'une infection par le paludisme. La puissance de cet effet de masse s'accroît vraisemblablement avec le niveau de la couverture locale atteinte par les moustiquaires imprégnées^k, ce qui devrait inciter encore un peu plus les pays à atteindre, puis maintenir, la couverture universelle.



Sierra Leone. © Église méthodiste unie

La manière d'obtenir une couverture totale peut varier en fonction du contexte épidémiologique et opérationnel. Les jeunes enfants et les femmes enceintes étant les groupes les plus vulnérables, leur protection devrait être une priorité immédiate dans le cadre des mesures prises en faveur du déploiement d'une couverture totale. Si le nombre de MILD disponibles n'est pas suffisant pour obtenir une couverture universelle de toutes les communautés exposées au risque du paludisme dans le pays, il est souvent préférable de chercher à obtenir la couverture complète de tous les enfants de moins de cinq ans plutôt que la couverture universelle de tous les groupes d'âge de certaines communautés tout en négligeant totalement les autres. Dans les régions de faible transmission où tous les groupes d'âge sont vulnérables, les programmes nationaux devraient établir les priorités sur la base de la répartition géographique du fardeau du paludisme. Les pays ne disposant pas de suffisamment de ressources pour couvrir l'ensemble de leur population devraient envisager une distribution ciblée tout en s'assurant également de la mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer en faveur de l'obtention de plus de ressources en vue d'une couverture universelle.

L'OMS/GMP appelle les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et leurs partenaires participant aux distributions de moustiquaires imprégnées d'insecticide à :

- n'acheter que des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) recommandées / approuvées par le WHOPES

- distribuer des MILD gratuites ou fortement subventionnées, soit directement, soit par le biais d'un système de coupons
- obtenir une couverture de MILD complète, y compris dans les zones à forte transmission, en distribuant les MILD par le biais des services de santé publics existants
- développer et mettre en œuvre des stratégies appropriées de communication et de plaidoyer en faveur d'une utilisation efficace des MILD
- mettre en œuvre des stratégies visant à maintenir le niveau élevé de la couverture de MILD parallèlement aux stratégies d'intensification rapide¹

1.3 Le Plan mondial de lutte contre le paludisme (GMAP)

Le Plan mondial de lutte contre le paludisme (GMAP) a été créé par le Partenariat RBM en consultation avec un grand nombre d'experts concernés et, notamment, d'épidémiologistes et d'économistes. Alors que chaque pays fixe ses propres objectifs en termes d'activités de lutte contre le paludisme, le Plan vise à promouvoir un consensus sur les objectifs ainsi que sur les stratégies et activités à déployer pour les atteindre et à soutenir les pays en vue de la création plus rapide d'un monde « libéré du paludisme ». À l'instar de cette boîte à outils de l'APP, le Plan évolue au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles informations.

Le GMAP se compose de quatre parties :

1. Le paludisme aujourd'hui. Retour sur les activités de lutte contre le paludisme qui ont permis d'arriver là où en est la lutte aujourd'hui, ainsi que sur la vision et les objectifs du Partenariat RBM.
2. La stratégie mondiale. Stratégies de réduction du fardeau du paludisme sur le court et le long terme. La vision mondiale.
3. Les stratégies régionales. La lutte contre le paludisme dans chaque région : Afrique, Asie-Pacifique, Amériques, Moyen-Orient et Eurasie. Ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs dans chaque région.
4. Le rôle du Partenariat RBM. Ce que fera le Partenariat RBM pour atteindre ses objectifs.

Pour de nombreux pays, les financements représentent le principal facteur de limitation des progrès en faveur de leurs objectifs de lutte contre le paludisme. S'il est vrai que les financements ont

beaucoup augmenté ces cinq dernières années, principalement en raison de l'attention accrue apportée au paludisme à l'international, ils doivent encore être multipliés par quatre pour atteindre les objectifs du GMAP ainsi que celui de la couverture universelle. Les niveaux de financement varient largement d'une région et d'un pays à l'autre, et nombre de zones largement touchées bénéficient encore de financements insuffisants pour atteindre leurs objectifs de lutte contre le paludisme.

L'augmentation des fonds alloués à la lutte contre le paludisme par les principaux bailleurs de fonds a permis à plusieurs pays de s'approcher des objectifs du Partenariat RBM pour 2010 et un nombre encore plus grand de pays seront bien placés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. Toutefois, cette évolution en faveur de la couverture universelle et le besoin associé en ressources accrues ont également posé de nouveaux défis aux pays en termes d'absorption et de mise en œuvre de ces ressources.

1.4 Nouvelles opportunités et nouveaux obstacles à l'intensification de la distribution de MILD

Alors que l'évolution des politiques en faveur d'une couverture universelle s'appuyait sur des preuves

scientifiques tangibles, l'expérience des pays / partenaires en matière de réalisation de la couverture universelle et, par conséquent, de recommandation quant à sa mise en œuvre, demeure à ce jour limitée. En 2007, pratiquement aucun pays n'avait ne serait-ce qu'essayé d'obtenir une couverture universelle. S'il est vrai que les campagnes intégrées bénéficiaient de l'avantage de l'expérience des PEV en matière d'organisation de campagnes massives, la dissociation des populations cibles (l'immunisation cible souvent les enfants de moins de cinq ans, tandis que la couverture universelle porte sur tous les groupes d'âge) a entraîné une réduction de l'intégration avec les PEV. En outre, avec les distributions ciblées, les Programmes nationaux de lutte contre le paludisme ont pu bénéficier des chiffres du recensement des enfants de moins de cinq ans par les PEV, plus précis que le décompte qui aurait pu être effectué sur la base des chiffres de la population totale, souvent obsolètes, et que l'estimation du nombre de foyers pour atteindre les objectifs de couverture universelle.

L'évolution d'une couverture ciblée en faveur d'une couverture universelle a également posé le défi du comblement des lacunes dans les zones où une distribution ciblée avait récemment eu lieu. Peu de pays ont aujourd'hui de l'expérience en matière de campagnes de rattrapage et nous saurons tirer des leçons des années à venir pour compléter les expériences présentées dans cette boîte à outils.



Sierra Leone. © Église méthodiste unie

Une fois que les pays ont atteint la couverture universelle alors se pose le défi du maintien des avancées. Alors que le processus d'intensification a souvent fait l'objet d'une mise en œuvre descendante et centralisée, il est probable que le processus de maintien dépende plus des districts ou des communautés (dans une approche ascendante). Les pays doivent disposer d'un système de suivi des MILD distribuées et, notamment, de l'échéancier des distributions et du nombre de MILD distribués chaque année dans le cadre des campagnes de routine, s'ils veulent pouvoir identifier les domaines où des efforts peuvent être faits en faveur du maintien des avancées et planifier le remplacement des moustiquaires parvenues en fin de vie utile.

1.5 Garantie de l'impact par l'intensification de l'utilisation des MILD

Le récent intérêt porté à l'intensification de la couverture des moustiquaires a engendré des avancées spectaculaires en termes de pourcentage de foyers possédant une ou plusieurs moustiquaires, mais l'utilisation correcte et cohérente des MILD distribuées n'a pas fait l'objet d'un intérêt intense. Bien que l'utilisation fasse partie intégrante de la couverture, le taux d'utilisation est largement inférieur au taux de possession. L'importance de la vérification de l'utilisation appropriée des MILD distribuées signifie que les activités de promotion d'un accrochage et d'une utilisation corrects doivent être planifiées et mises en œuvre avec le même niveau de soin que la distribution elle-même, sur la base de la meilleure combinaison possible de ressources locales et de réflexion créative. Les professionnels de la santé communautaires, les bénévoles, les radios locales, les dirigeants communautaires et nationaux ainsi que toutes les radios et chaînes de télévision nationales sont des canaux qui peuvent servir à promouvoir l'utilisation de moustiquaires tout au long de l'année. Le processus de développement des messages, de tests préliminaires portant sur la documentation et de mesure de l'impact des messages est également très important pour l'obtention d'avancées en termes d'utilisation de moustiquaires, de compte-rendu sur l'impact de la communication et de partage des meilleures pratiques. Ces efforts pour augmenter l'utilisation de moustiquaires parmi les propriétaires de moustiquaires semblent porter leurs fruits. Les faibles taux d'utilisation rapportés par certaines enquêtes sont essentiellement dus à un manque de moustiquaires

pour couvrir tous les membres du foyer ; une très forte proportion (80 pour cent) des moustiquaires imprégnées est utilisée^m.

1.6 Intensification dans le cadre d'une approche à grande échelle de la lutte contre le paludisme

S'il est vrai que l'intensification de la prévention du paludisme à base de MILD est une étape importante pour améliorer la lutte contre le paludisme et réduire les taux de morbidité et de mortalité du paludisme, ce n'est qu'une des nombreuses interventions visant à obtenir la couverture universelle des populations à risque et à réduire véritablement les taux de transmission du paludisme. Les politiques et stratégies propres aux Programmes nationaux de lutte contre le paludisme ont vocation à permettre un accès sans restriction à des traitements efficaces et appropriés, à des traitements présomptifs intermittents pour les femmes enceintes et les nourrissons (conformément aux politiques nationales), à la pulvérisation intra-domiciliaire (dans les zones appropriées) et autres interventions. L'intensification et le maintien d'une couverture et d'une utilisation de MILD élevées ne sont que l'un des éléments d'une approche à grande échelle de la lutte contre le paludisme.

S'il est vrai que l'intensification de la distribution de MILD a permis l'obtention d'une importante couverture de la population, des questions demeurent quant à la manière de maintenir les avancées obtenues en phase de post-intensification. Une récente étude du Malaria Consortiumⁿ conclut que « pour la phase de contrôle continu et de remplacement des MILD, il convient d'associer la prestation continue, de la part des commerces de détail et des mécanismes, des services communautaires et de routine aussi longtemps que les subventions permettront de résoudre les problèmes d'équité ».

Il reste beaucoup à apprendre sur les systèmes de distribution continue et le rôle des divers canaux de distribution dans l'intensification et dans le maintien des avancées obtenues. L'APP continuera de recueillir documents de référence, expériences et recommandations et les distribuera et mettra à disposition via son site internet, ses téléconférences et ses comptes-rendus de réunions.

Notes de fin

- a. Kilian A, Wijayanandana N, Ssekitooleeko J. *Review of delivery strategies for insecticide treated mosquito nets – are we ready for the next phase of malaria control efforts?* Se reporter à : www.malariaconsortium.org/pages/malaria_resources.htm
- b. Se reporter à : www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg_itn/docs/vcwgreport1.pdf
- c. The Core Group. *Partnerships in Action: An Integrated Approach to Combining a Measles Campaign with a Bed Net, Vitamin A and Mebendazole Campaign in Zambia* (2004). Disponible sur : www.comminit.com/en/node/70514
- d. Disponible sur : www.who.int/entity/immunization_delivery/interventions/rbm_epi_fr.pdf.
- e. Lines JD, Myamba J and Curtis CF (1987) *Experimental hut trials of permethrin-impregnated mosquito nets and eave curtains against malaria vectors in Tanzania*. *Med. Vet. Entomol.* 1 3751. Se reporter à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2979519
- f. Organisation Mondiale de la Santé, Programme mondial de lutte contre le paludisme. *Insecticide-treated mosquito nets. A WHO Position statement*. Genève, 2007. Disponible sur : www.who.int/entity/malaria/publications/atoz/itnspaperfinal.pdf
- g. Schellenberg JR, Abdula S, Nathan R, et al. (2001) *Effect of large-scale social marketing of insecticide treated nets on child survival in rural Tanzania*. *Lancet* 2001; 357: 1241-1247. Se reporter à : [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(00\)04404-4](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(00)04404-4)
- h. Magesa SM et al. *Trial of Pyrethroid impregnated bednets in an area of Tanzania holo-endemic for malaria. 2. Effects on the malaria vector population*. *Acta Tropica*, 1991, 49(2):97-108. Se reporter à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1680284
- i. Hawley WA, Phillips-Howard PA, ter Kuile FO, Terlouw DJ, Vulule JM, Ombok M, Nahlen BL, Gimnig JE, Kariuki SK, Kolczak MS, Hightower AW: *Community-wide effects of permethrin-treated bednets on child mortality and malaria morbidity in western Kenya*. *Am J Trop Med Hyg* 2003, 68:121-127. Se reporter à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12749495
- j. Binka F. *Impact of Spatial Distribution of Permethrin-Impregnated Bed Nets on Child Mortality in Rural Northern Ghana*. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59(1) : 80-85. Se reporter à : www.who.int/malaria/publications/atoz/itnspaperfinal.pdf
- k. Killeen GF, Smith TA, Ferguson HM, Mshinda H, Abdulla S, Lengeler C, Kachur SP *Preventing childhood malaria in Africa by protecting adults from mosquitoes with insecticide-treated nets*. *PLoS Med Jul 2007, 3:7*. Se reporter à : www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040229
- l. Organisation Mondiale de la Santé, Programme mondial de lutte contre le paludisme. *Insecticide-treated mosquito nets. A WHO Position statement*. Genève, 2007. Disponible sur : www.who.int/malaria/publications/atoz/itnspaperfinal.pdf
- m. Rapport mondial sur le paludisme 2010. Se reporter à : www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564106/en/index.html
- n. Kilian A, Wijayanandana N, Ssekitooleeko J. *Review of delivery strategies for insecticide treated mosquito nets – are we ready for the next phase of malaria control efforts?* Se reporter à : www.malariaconsortium.org/pages/malaria_resources.htm