



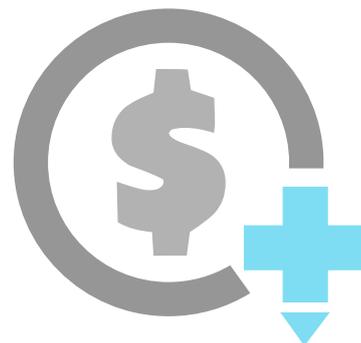
Partenariat pour en finir avec le paludisme

Dossier thématique

Parvenir à une couverture sanitaire universelle et un monde sans paludisme : deux objectifs complémentaires

© Maggie Hallahan

La réussite de l'adoption de la couverture sanitaire universelle (CSU) permettra de parvenir plus vite à un monde sans paludisme, dans lequel chacun, partout dans le monde, bénéficiera de services de santé accessibles, abordables et durables. Le paludisme représente chaque année plus de 200 millions de cas et 400 000 décès. Depuis l'an 2000, les efforts déployés dans le monde pour contrôler et éliminer cette maladie ont permis de sauver 7 millions de vies et de prévenir plus d'un milliard de casⁱ. La lutte contre le paludisme a permis aux pays d'améliorer leurs systèmes de santé et de faire progresser la CSU en fournissant des services de santé équitables et financièrement accessibles aux populations les plus vulnérables. Des investissements accrus à la fois dans la CSU et la lutte contre le paludisme sont essentiels pour maintenir les progrès et réduire la charge de morbidité en Afrique subsaharienne, où les cas de paludisme sont en augmentation dans certains pays, et pour contribuer aux efforts d'élimination dans les pays moins touchés.



Chaque année, un milliard de personnes ne reçoivent pas les soins de santé dont elles ont besoin et 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté en raison de dépenses de santé inabornablesⁱⁱ. **On estime que les soins dispensés aux personnes traitées pour le paludisme dans les pays endémiques en 2016 ont entraîné 556 millions USD de dépenses à la charge des patients**, ce qui a contribué à cette situationⁱⁱⁱ.

Messages clés

Les interventions contre le paludisme servent de point d'entrée au système de santé et à d'autres services de santé. L'éducation sur le paludisme et la prise en charge des cas sont souvent assurées par des agents de santé communautaires par le biais de la prise en charge intégrée des cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée, offrant un traitement rapide et efficace dans les zones rurales ayant un accès limité à des établissements de santé^{iv}.

La couverture universelle des interventions communautaires joue un rôle important dans les efforts visant à réduire la charge du paludisme. La lutte antivectorielle (moustiquaires imprégnées d'insecticide et pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent) et la chimioprévention du paludisme saisonnier représentent plus de la moitié des coûts de la lutte antipaludique et sont principalement dispensés au niveau communautaire, à l'instar de nombreux services de vaccination.

Les investissements dans la lutte contre le paludisme permettent d'élargir l'accès et la capacité de traiter d'autres problèmes de santé. Les investissements dans la lutte contre le paludisme visent à renforcer les capacités des agents de santé, à consolider les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, à mettre en place une infrastructure de surveillance en temps réel et de gestion des données, à améliorer les laboratoires et à renforcer le suivi et l'évaluation^v.

Les investissements dans le paludisme ont un rendement important. Ils entraînent un accroissement de la productivité agricole et de la croissance économique, une réduction de la pauvreté des ménages, une plus grande équité et autonomisation des femmes, ainsi qu'une meilleure éducation. Une réduction de 90 % du nombre de cas d'ici 2030 devrait permettre de dégager 4 000 milliards USD d'économies^{vi}.

Il est essentiel de maintenir les investissements dans le paludisme pour prévenir les résurgences et la charge qu'elles génèrent pour les systèmes de santé. Entre les années 1930 et les années 2000, 75 cas de résurgence du paludisme ont été documentés dans 61 pays. La plupart étaient une conséquence directe de l'affaiblissement des programmes de lutte contre le paludisme causé par des contraintes budgétaires, et ils ont entraîné une augmentation du nombre de cas et de décès dus au paludisme^{vii}.

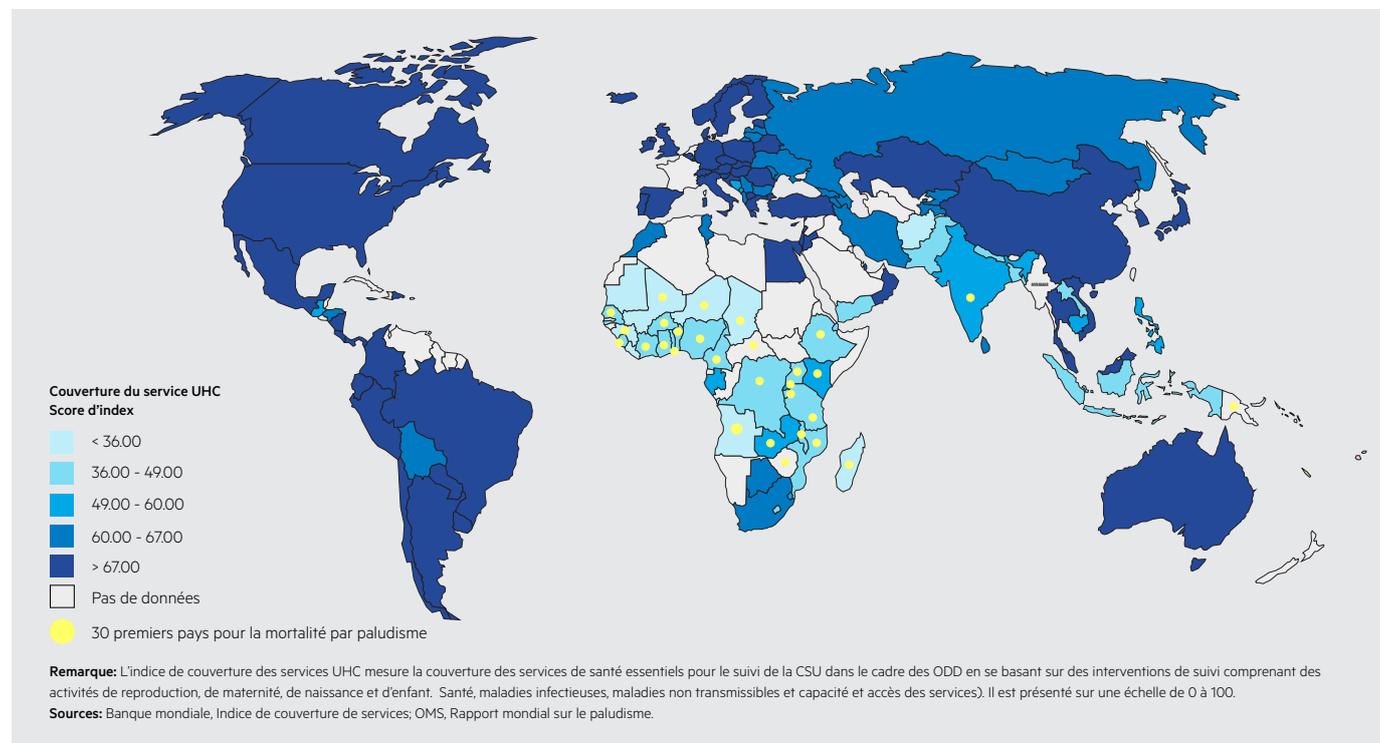
En réduisant la charge du paludisme sur les systèmes de santé, les ressources peuvent être réaffectées pour traiter d'autres problèmes de santé. Dans les pays fortement touchés, le paludisme représente jusqu'à 45 % du total des consultations externes^{viii}. La réduction de la charge du paludisme sur les systèmes de santé aura pour effet d'alléger la pression qu'elle exerce sur les systèmes de santé publique en libérant des budgets et du temps pour le personnel de santé et les professionnels, leur permettant ainsi de s'attaquer à d'autres problèmes de santé majeurs.

Le financement du paludisme et de la CSU exige une allocation des ressources accrue et efficace. La poursuite du financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est essentielle pour maintenir les progrès dans la lutte contre le paludisme et parvenir à la CSU. Le Fonds mondial est le plus grand investisseur multilatéral dans les systèmes de santé et la lutte contre le paludisme. Il fournit en effet environ 1 milliard USD par an pour le financement de systèmes de santé résilients et durables et représente près de 60 % du total des financements internationaux dans la lutte contre le paludisme^x.



Les pays impaludés ont une faible couverture sanitaire. Dix des 11 pays les plus touchés par le paludisme figurent parmi les moins bien classés au niveau mondial en ce qui concerne l'indice de couverture des services de CSU. Sans accès en temps utile à des soins de qualité abordables, les cas de paludisme sont plus susceptibles de se conclure par un décès.

Figure: 30 premiers pays pour la mortalité par paludisme



Gros plan sur l'Éthiopie

Dans le cadre de son programme de vulgarisation sanitaire (HEP), l'Éthiopie a mis en place des infrastructures de soins de santé primaire et formé près de 40 000 agents de vulgarisation sanitaire à la fourniture de services de santé de base aux communautés isolées. Avec le soutien du Fonds mondial, l'Éthiopie a financé le Programme HEP, construit des établissements de santé et amélioré son système d'achat et de chaîne d'approvisionnement^{xi, xii, xiii}

Une travailleuse de vulgarisation sanitaire dans une communauté rurale a déclaré qu'il y a dix ans, son travail était principalement consacré au traitement des personnes mourant du paludisme. Entre 2000 et 2017, les décès dus au paludisme en Éthiopie ont chuté de 58 %^{xv} et récemment, elle n'a rencontré qu'un seul cas de paludisme au cours des dernières semaines. Son travail quotidien comprend maintenant l'organisation d'un programme de vaccination contre la rougeole et la fourniture de soins prénatals^{xiv}.

Gros plan sur la Thaïlande

En 2002, la Thaïlande est parvenue à la couverture sanitaire universelle après avoir progressivement élargi la couverture d'assurance maladie, en commençant par un régime favorable aux plus démunis mis en place en 1975 pour fournir des soins médicaux gratuits. Le gouvernement a mis en place un système de couverture universelle basé sur la fiscalité pour fournir une assurance aux citoyens du secteur privé informel, avec des systèmes parallèles pour les travailleurs du secteur privé formel et les fonctionnaires. En 2015, ces systèmes couvraient 99,9 % de la population, tandis que les dépenses de santé publiques représentaient moins de 4 % du PIB. Les services de consultations externes pour la gestion des cas de paludisme sont couverts par le dispositif de CSU de la Thaïlande et le gouvernement utilise les fonds des donateurs pour intégrer les services de lutte contre le paludisme au système de santé publique général. Les hôpitaux des districts impaludés à travers la Thaïlande sont formés à la prévention, au diagnostic et au traitement de base du paludisme. La Thaïlande est un exemple qui montre comment le développement stratégique des systèmes de santé peut élargir la couverture sanitaire à un coût minimal dans les pays à revenu intermédiaire^{xv, xvi}.

Des solutions communes pour renforcer la CSU et les efforts de contrôle et élimination du paludisme

Accès

- **La distance et les temps de trajet vers les établissements de santé publics doivent être réduits.** L'accès aux établissements de santé primaire peut réduire la charge du paludisme de 66 %^{xvii}.
- **L'élargissement de l'accès à des agents de santé communautaires bien formés et dotés de ressources suffisantes doit être une priorité dans les efforts liés à la CSU.** L'élargissement de l'accès à la gestion des cas au niveau communautaire peut permettre de traiter rapidement le paludisme et d'autres maladies fébriles et de réduire le nombre total de consultations externes dans les établissements de santé^{xviii}.
- **La priorité doit être donnée à la couverture universelle des interventions préventives efficaces contre le paludisme, parmi lesquelles la lutte antivectorielle et la chimioprévention du paludisme saisonnier.** Des déficits de financement importants continuent de limiter l'accès à des outils efficaces pour la prévention du paludisme.

Qualité

- **La recherche et le développement doivent être encouragés afin de développer de meilleurs outils,** tels que de nouveaux outils de lutte antivectorielle, des médicaments adaptés aux enfants, des traitements radicaux à dose unique, pour améliorer la conformité et réduire la charge de la fourniture de services pour le système de santé.

- **Les efforts doivent se poursuivre pour améliorer la qualité du diagnostic et du traitement du paludisme dans les secteurs public et privé** afin de garantir que les cas présumés de paludisme sont confirmés avant le traitement et les patients reçoivent en temps voulu les médicaments appropriés et de qualité garantie.

Prix abordable

- **Le paludisme devrait être une priorité essentielle pour les budgets et les ensembles de prestations de santé de la CSU dans les pays impaludés,** y compris des outils de prévention, tels que la lutte antivectorielle, ainsi que le dépistage et le traitement du paludisme avec des diagnostics et des médicaments de qualité garantie.
- **Des experts de la maladie devraient être inclus dans les comités de surveillance nationaux de la CSU** afin de garantir l'accessibilité économique des soins et la pleine intégration du paludisme dans les programmes de couverture sanitaire.
- **Le financement extérieur est essentiel pour maintenir les progrès dans la lutte contre le paludisme et parvenir à la CSU dans les pays à faible revenu.** En raison de la marge de manœuvre budgétaire limitée et la taille réduite des marchés de nombreux pays impaludés, le soutien externe est essentiel pour financer la CSU et maintenir la lutte contre la maladie.
- **Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que le diagnostic et le traitement du paludisme devraient être gratuits dans le secteur public des pays impaludés,** afin de limiter les paiements directs et d'accroître la couverture des services de prévention, de dépistage et de traitement.

Références

- i. Rapport sur le paludisme dans le monde (2019) Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=1>
- ii. Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. (2017) Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <http://pubdocs.worldbank.org/en/193371513169798347/2017-global-monitoring-report.pdf>
- iii. Haakenstad, A. et al. (2019). Tracking spending on malaria by source in 106 countries, 2000-16: an economic modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*.
- iv. OMS, UNICEF. (2012) Joint Statement on Integrated Community Case Management (ICCM): An equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/statement_child_services_access_whoalice.pdf?ua=1
- v. Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme. (2017) Onzième rapport annuel. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <https://www.pmi.gov/docs/default-source/defaultdocument-library/pmi-reports/2017-pmi-eleventh-annual-report.pdf>
- vi. Partenariat RBM (2015) Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <https://endmalaria.org/resources/publications/aim-1>
- vii. Cohen, J et al. (2012). Malaria resurgence: a systematic review and assessment of its causes. *Malaria journal*, 11(1), 122.
- viii. Ameme et al. (2014). Direct observation of outpatient management of malaria in a rural Ghanaian district. *The Pan African Medical Journal*, 19.
- ix. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2019) Sixth Replenishment Investment Case. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : https://www.theglobalfund.org/media/8279/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_report_en.pdf
- x. World Health Organization (2018) *High burden to high impact: a targeted malaria response* ; consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275868/WHO-CDS-GMP-2018.25-eng.pdf?ua=1>
- xi. Banteyerga, H. (2011). Ethiopia's health extension program: improving health through community involvement. *MEDICC review*, 13(3), 46-49.
- xii. Taffese, H. et al. (2018). Malaria epidemiology and interventions in Ethiopia from 2001 to 2016. *Infectious diseases of poverty*, 7(1), 103.
- xiii. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2019) Ethiopia: Malaria Results Profile. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : https://www.theglobalfund.org/media/7965/eth-m_result_profile_en.pdf
- xiv. Leiberman, A (2019). Q&A: Peter Sands on what it takes to create effective health systems. Devex. Consulté en ligne le 3 septembre 2019 sur : <https://www.devex.com/news/q-a-peter-sands-on-what-it-takes-to-create-effective-health-systems-95117>
- xv. Aungkulanan, S. et al. V. (2016). Post universal health coverage trend and geographical inequalities of mortality in Thailand. *International journal for equity in health*, 15(1), 190.
- xvi. Tangcharoensathien, Vet al. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223.
- xvii. O'meara, W. P. et al. (2009). The impact of primary health care on malaria morbidity—defining access by disease burden. *Tropical Medicine & International Health*, 14(1), 29-35.

Pour plus d'informations :

Veillez contacter le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme à l'adresse info@endmalaria.org ou visitez notre site web endmalaria.org.