

**EXAMEN DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE SIDA, DE TUBERCULOSE ET DE
PALUDISME
POUR LA STRATÉGIE 2012-2016 DU FONDS MONDIAL**

RÉSUMÉ

1. Ces dix dernières années, les avancées en matière de traitement et de prévention du sida, de la tuberculose et du paludisme ont permis de réduire le nombre d'épisodes de ces maladies et de décès qu'elles provoquent, ce qui a donné lieu à une inversion des tendances au niveau de leur transmission et de la mortalité qu'elles engendrent. Cependant, les progrès réalisés varient d'une maladie à l'autre, de même que l'épidémiologie, l'efficacité des actions de prévention et de traitement ou encore les fonds disponibles.
2. La pérennisation des avancées nécessitera de poursuivre les financements, tout particulièrement pour des services tels que le remplacement des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la lutte contre le paludisme ou la fourniture de traitements antirétroviraux contre le VIH, car l'arrêt de ces financements entraînerait la perte de vies humaines. Ces conséquences doivent être prises en compte à l'heure de décider de futurs besoins en financement.
3. Les nouveaux plans des partenaires internationaux (parmi lesquels l'ONUSIDA, l'OMS et les partenariats Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme) sont ambitieux et nécessitent des fonds supplémentaires, dans un contexte de financement marqué par l'austérité. Le Fonds mondial apportant une contribution majeure aux programmes en cours, une aide financière sera attendue de sa part pour leur intensification.
4. De récents événements sont venus modifier les démarches suivies dans la lutte contre les trois maladies. On peut citer :
 - des interventions et des méthodes nouvelles et éprouvées, par exemple le recours au traitement préventif (dépistage et traitement du VIH chez les couples sérodifférents) ou l'amélioration des kits de dépistage du paludisme et de la tuberculose multirésistante ;
 - de nouveaux objectifs, comme celui du partenariat Halte à la tuberculose qui vise à sauver la vie à un million de personnes entre 2011 et 2015 en les protégeant du VIH et de la tuberculose ; des orientations modifiées, par exemple celles concernant la baisse du seuil de traitement par antirétroviraux, ou les directives de l'OMS pour le dépistage précoce, le traitement et la surveillance du paludisme ;
 - la recherche opérationnelle employée pour faciliter l'intensification des interventions, avec par exemple le recours à de nouveaux dispositifs pour la circoncision.
5. D'autres tendances modifient les démarches en matière de traitement et de besoins en financement dans la lutte contre les maladies, parmi lesquelles :
 - une importance accrue accordée au dépistage et à la surveillance pour développer les activités en premier lieu dans les régions où la maladie est active (amélioration des tests de dépistage rapide pour le paludisme et la tuberculose multirésistante) ;
 - un meilleur ciblage des populations les plus exposées (par exemple, pour les épidémies localisées de VIH) ;
 - une diversification des filières employées (par exemple, une mise en œuvre des interventions de lutte contre les trois maladies davantage fondée sur la participation du secteur privé et des communautés) ;
 - une réponse à la menace de la résistance (par exemple, des plans mondiaux de lutte contre la résistance à l'artémisinine et aux insecticides).
6. Des cadres d'évaluation et de hiérarchisation des interventions en fonction de leur efficacité dans un contexte national donné (notamment présentés dans la récente publication du

cadre de financement de la lutte contre le VIH) sont également examinés. On y trouve une représentation des effets possibles qu'une démarche stratégique, organisée et hiérarchisée de l'intensification des programmes pourrait avoir sur les trois maladies, « en brisant la trajectoire de l'épidémie ».

7. À plus long terme, il n'existe aucune solution miracle à attendre des nouvelles technologies, mais d'autres avancées progressives sont à prévoir et devront être intégrées aux programmes du Fonds mondial si nécessaire. Le modèle de financement devra également être souple et réactif en vue d'être amélioré une fois ces avancées éprouvées.

8. Sur le plan du financement, une hausse de la demande est à prévoir pour couvrir un éventail plus vaste de programmes nécessitant une intensification. Outre la menace d'austérité découlant du contexte économique, il existe un réel besoin d'opter en priorité pour les interventions les plus efficaces et de financer celles-ci en fonction de la situation du pays. Il en résulte un besoin urgent d'investir de manière plus stratégique, en se concentrant sur les interventions les plus efficaces selon le contexte lié à une maladie donnée.

1. VIH ET SIDA

1.a Résumé

1.1 Au cours des dix dernières années, des avancées de premier ordre ont été réalisées en termes d'intensification des mesures de traitement du VIH et du sida, ce qui a permis de sauver un plus grand nombre de vies. Cependant, le nombre de personnes vivant avec la maladie a également augmenté du fait de ces progrès. La prévention a connu quelques évolutions, grâce à l'éducation, à la mobilisation communautaire et à la distribution de préservatifs, entraînant à l'échelle mondiale un déclin du nombre d'infections par le VIH.

1.2 Des études récemment menées sur le traitement de couples sérodifférents et la prophylaxie avant exposition laissent entrevoir la possibilité d'un plus grand nombre d'interventions de prévention efficaces à intégrer à des interventions mieux établies mais devant encore être intensifiées, comme la circoncision. Ces mesures, associées aux programmes visant à éliminer la transmission verticales chez la femme enceinte, offrent d'importantes possibilités en matière de prévention des infections.

1.3 Grâce à la mise au point d'antirétroviraux efficaces, le VIH, qui était considéré auparavant comme une condamnation à mort, est désormais regardé comme une maladie chronique. La baisse du prix des antirétroviraux va se poursuivre, mais cette tendance sera neutralisée par l'augmentation de la demande, qui découle en grande partie de l'accroissement de la prévalence, d'objectifs mondiaux plus ambitieux, de modifications des recommandations en matière de traitement et du recours au traitement préventif. Les conséquences sanitaires du VIH sur le plus long terme apparaissent de plus en plus l'attention se portera davantage à la fois sur les maladies non transmissibles et sur co-infections des personnes recevant des antirétroviraux.

1.4 Ces changements entraîneront une hausse des demandes de financement pour un ensemble plus large d'interventions nécessitant d'être intensifiées. Outre la menace d'austérité liée au contexte économique, il existe un réel besoin d'opter en priorité pour les interventions les plus efficaces et de les financer en fonction de la situation du pays. La publication récente du cadre d'investissement de lutte contre le VIH a mis en lumière les bénéfices et les retombées potentielles d'une augmentation des ressources coordonnée et organisée par priorités pour un ensemble d'interventions optimisées et stratégiques, en affirmant que la perspective de vaincre l'épidémie de sida et de briser sa trajectoire est réaliste.

1.b Estimation de la charge de morbidité

1.5 Le nombre de nouveaux cas de VIH a baissé de manière régulière au cours des dix dernières années, pour atteindre 2,6 millions par an en 2009¹. Une telle avancée a été possible grâce à une meilleure sensibilisation des populations les plus exposées à la maladie et à des comportements sexuels plus sûrs. Entre 2004 et 2009, le nombre de décès dus au sida est passé de 2,1 à 1,8 millions, alors que les traitements antirétroviraux devenaient moins chers et plus facilement accessibles². Le nombre de décès étant plus bas que celui des nouveaux cas d'infection, le nombre total de personnes vivant avec le sida n'a cessé d'augmenter, pour atteindre 33,3 millions de personnes en 2009. L'intensification de la lutte contre la transmission de la mère à l'enfant a permis de réduire notablement le nombre d'enfants nés avec le VIH (moins 24 pour cent en cinq ans)³. La charge de morbidité est bien plus lourde en Afrique, où l'on dénombre

¹ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010.

² Ibid.

³ Ibid.

68 pour cent des nouveaux cas d'infection par le VIH et 72 pour cent de l'ensemble des décès dus au sida. Huit des dix pays les plus touchés se trouvent en Afrique, parmi lesquels l'Afrique du Sud, qui compte presque 18 pour cent du nombre total de personnes vivant avec la maladie⁴.

Figure 1 : VIH et sida – incidence et prévalence estimées par pays (2009)

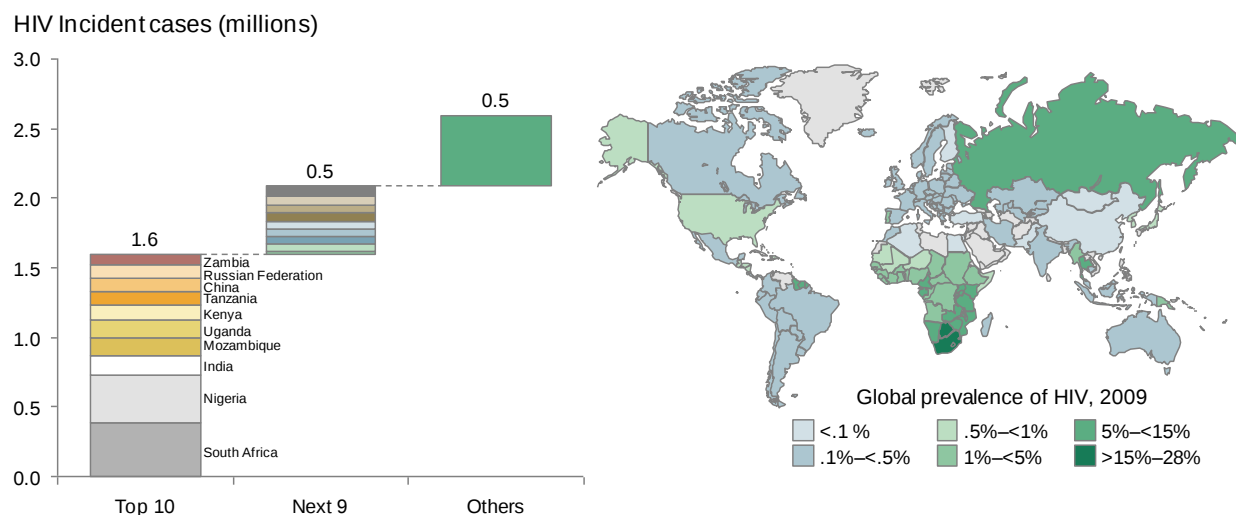
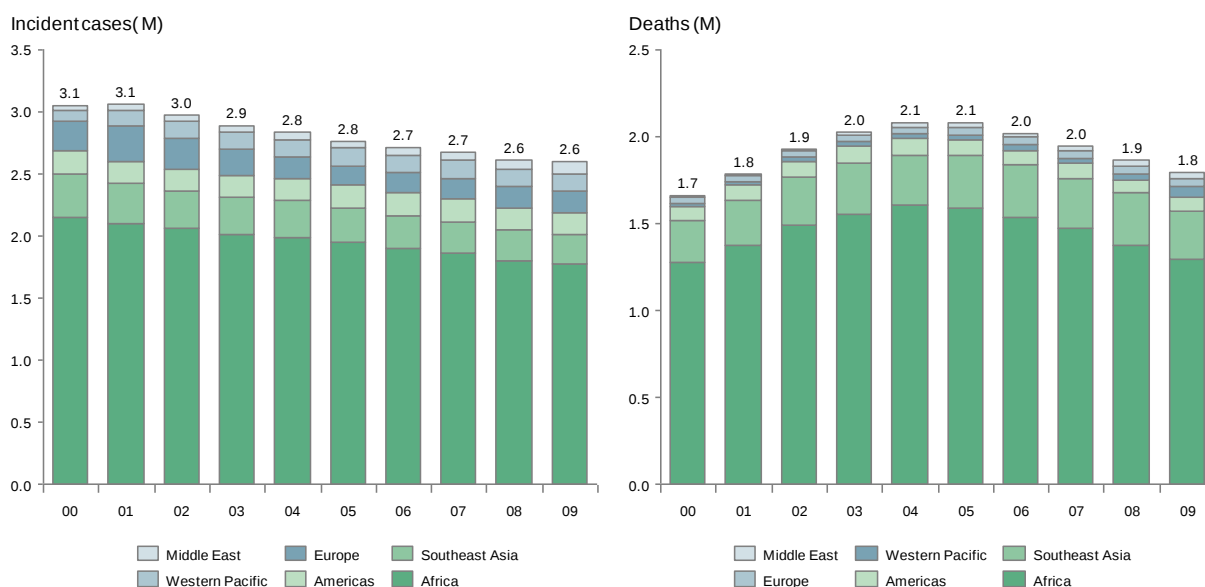


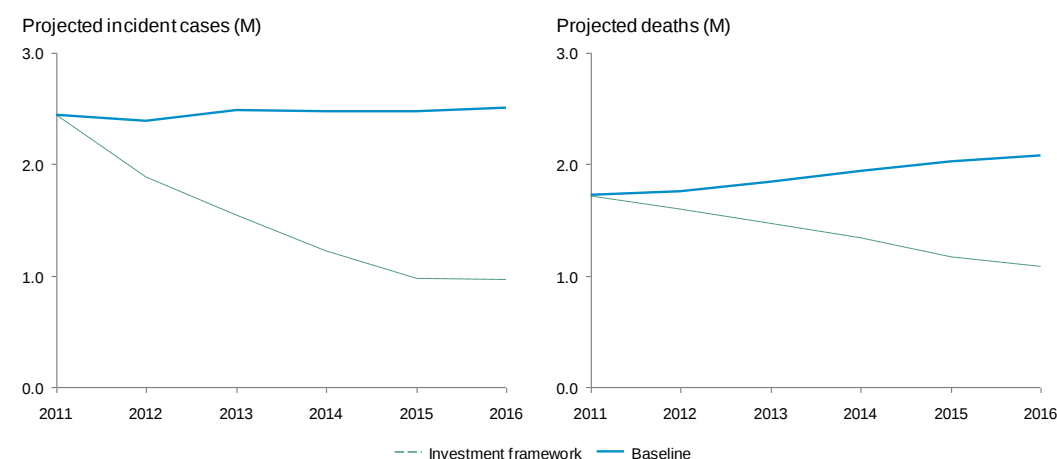
Figure 2 : VIH et sida – incidence et mortalité estimés par région OMS⁵ (2000-2009)



⁴ Ibid.

⁵ ONUSIDA, 2010

Figure 3 : VIH et sida – prévisions d’incidence et de mortalité (2011-2016)⁶



1.c Besoins non satisfaits

1.7 En 2009, sur un total de 14,6 millions de personnes ayant besoin d’un traitement antirétroviral, 60 pour cent, soit 8,7 millions, n’en ont pas bénéficié⁷. Les besoins non satisfaits en ce qui concerne **l’élimination de la transmission de la mère à l’enfant** du VIH sont moins importants, avec 47 pour cent du nombre total de femmes enceintes malades (soit 670 000 patientes) ne bénéficiant pas du traitement⁸. Les directives de l’OMS présentées en 2010 recommandent que le **traitement antirétroviral débute plus tôt (à une numération des CD4 de 350)**, ce qui entraîne une augmentation du nombre de personnes ayant besoin d’un traitement. L’étude START s’intéresse aux effets d’un traitement commencé plus tôt encore, même si les résultats qui en découleront ne pourront entraîner aucune modification des directives avant 2013 au plus tôt. Les **populations les plus exposées**⁹ représentent également une part importante des besoins non satisfaits, car la prévention et les possibilités de traitement leur sont souvent difficilement accessibles.

Figure 4 : VIH et sida - besoins non satisfaits par région ¹⁰

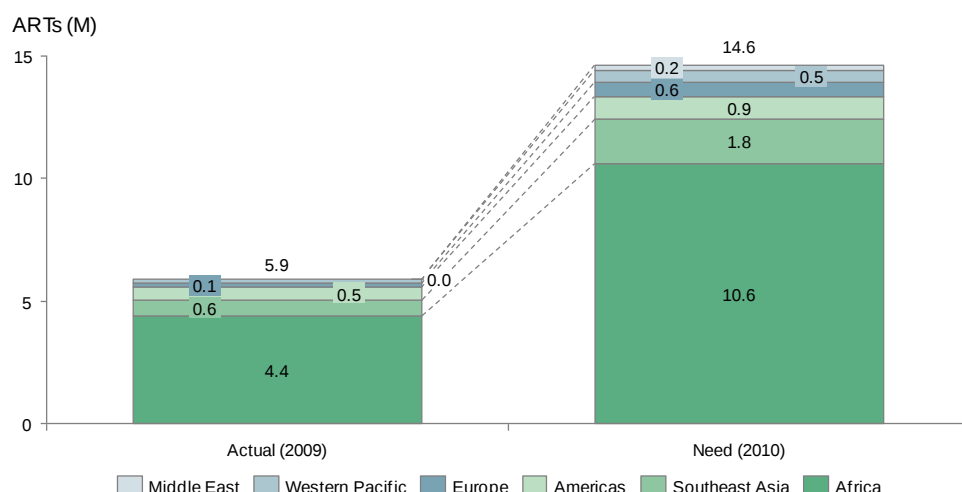
⁶ Schwartlander, Bernhard, *et al.* “Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS.” *The Lancet*. Vol 377, 11 juin 2011

⁷ Rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial.

⁸ Ibid.

⁹ Y compris, par exemple, les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les consommateurs de drogues par injection, les personnes en milieu carcéral et les migrants.

¹⁰ Données du Fonds mondial ajustées au Rapport sur les résultats 2010 du Fonds mondial



1.8 Alors qu'en chiffres absolus, c'est en Afrique que les besoins sont les moins satisfaits, avec 6,2 millions de personnes en manque de traitement, les autres régions connaissent tout de même un pourcentage de besoin supérieur à 50 pour cent.

1.9 Progression de la maladie : la prévalence (nombre de personnes vivant avec le sida) devrait globalement continuer de gagner de l'importance à mesure que les traitements antirétroviraux deviennent plus accessibles. Les patients, qui sans cela mourraient, pourront survivre, mais continueront de vivre avec la maladie et d'avoir besoin d'antirétroviraux. Le VIH devrait perdre du terrain grâce à des comportements sexuels plus sûrs et à une meilleure sensibilisation à la maladie.

1.10 Résistance : des études récentes menées par l'OMS montrent que la résistance aux antirétroviraux est inférieure à 5 pour cent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, quand elle atteint un taux compris entre 10 et 20 pour cent en Europe et aux États-Unis¹¹. Les effets de la résistance sur l'épidémie et le coût du traitement basé sur des traitements de deuxième intention plus chers ne sont pas encore connus.

1.d Principales avancées (nouvelles démarches et innovations)

Figure 5 : VIH et sida – probabilité et impact des nouvelles interventions¹²

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
Vaccins	Aucune	RV144, HVTN 505	2020+		
Prévention	Préservatifs, circoncision masculine	Traitement préventif (couples sérodifférents)	2011		
		prophylaxie orale avant exposition	2011		

¹¹ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010

¹² La « probabilité » est la vraisemblance que la nouvelle intervention soit développée et appliquée pendant la période concernée par la stratégie (2011-2015). L'« Impact » est l'effet produit par l'intervention en termes de santé. Plus la proportion grisée du disque est importante, plus la probabilité ou l'impact est élevé.

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
		(pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes)			
		Matériel de circoncision	2012		
Traitements	Antirétroviraux	Traitement 2.0	2011		
Dépistage	CD4, charge virale	Centre de santé	2011		
		Dépistage des couples	2011		

1.11 **Vaccin** : il n'existe encore aucun vaccin contre le VIH. Alors que ce concept apparaît comme plausible, et que plusieurs vaccins-candidats ont fait l'objet d'essais cliniques, les résultats positifs font défaut : l'essai RV144 conduit en 2009 n'a fait preuve que d'une efficacité limitée en réduisant le taux d'infection de 31 pour cent. Une étude de suivi de RV144 devrait entrer en phases d'essai IIb/III en 2014, mais ses résultats ne seront sans doute pas pris en compte avant 2020, dans le meilleur des cas. À l'heure actuelle, seuls deux essais en phase IIb sont en cours, pour le vaccin HVTN 505.

1.12 **Prévention** : parallèlement au préservatif et à la **circoncision**, dont l'efficacité a été prouvée mais qui n'est pas souvent appliquée en dépit des avancées constatées dans le matériel et les recherches opérationnelles, la prévention contre le VIH et le sida se tourne vers la prévention mixte, qui intègre des mesures biomédicales et comportementales¹³.

1.13 Sur le plan biomédical, le **traitement préventif** suppose la fourniture d'antirétroviraux dans le but d'éviter la transmission de la maladie. Plusieurs études ont prouvé que le risque de transmission s'amenuisait avec l'administration d'un traitement antirétroviral oral à des personnes séropositives ou à des personnes séronégatives exposées à un risque d'infection. Dans le cadre de l'une de ces études, cette démarche a permis de réduire le taux de transmission au sein de **couples sérodifférents** de 96 pour cent¹⁴, à condition que le partenaire séropositif prenne des antirétroviraux même si sa numération des CD4 est supérieure à 350. En outre, il a également été prouvé que la **prophylaxie avant exposition** était efficace dans deux essais cliniques, avec un traitement oral : pour des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes¹⁵ et pour des couples hétérosexuels, résultats ayant conduit le CDC (dépendant du ministère de la santé américain) à publier des directives provisoires au début de 2011¹⁶. L'OMS prévoit par ailleurs de publier des recommandations concernant les couples sérodifférents. L'intensification et le financement des traitements antirétroviraux à titre préventif pour les

¹³ Coates TJ et al. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. The Lancet 2008; 372:669-684

¹⁴ Coates TJ et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493-505

¹⁵ Grant RM. Antiretroviral agents used by HIV-uninfected persons for prevention: pre- and postexposure prophylaxis. *Clin Infect Dis*. 2010;50(Suppl 3):S96-S101

¹⁶ Équipe d'étude des partenaires sur la PPrE : <http://www.avac.org/ht/a/GetDocumentAction/i/35459>

personnes les plus exposées au risque de transmission du VIH représentent désormais un enjeu de taille.

1.14 Enfin, il a été prouvé pour la première fois en 2010 que les microbicides vaginaux pouvaient être intégrés à la démarche de prévention mixte, puisqu'ils permettent de réduire le risque d'infection par le VIH de 39 pour cent¹⁷.

1.15 Traitements : aujourd'hui, les antirétroviraux représentent le traitement classique contre le VIH. Même si de nouveaux médicaments sont en phase d'essais cliniques, aucune révolution médicale n'en est attendue. Il semble que l'accent soit plutôt mis sur la simplification et la réduction des coûts des traitements existants dans le cadre de l'initiative « Traitement 2.0 », qui vise à perfectionner les schémas thérapeutiques, à développer le dépistage par les centres de soins, à réduire les coûts, à adapter les systèmes d'approvisionnement et à mobiliser les communautés. Le prix des produits antirétroviraux a diminué principalement grâce à l'expiration de brevets, aux modifications des dispositions des licences, aux négociations et à l'accroissement de la concurrence, même si le rythme de réduction des prix devrait ralentir pour les traitements de première intention¹⁸.

1.16 Diagnostic : les avancées réalisées en matière de diagnostic semblent également se concentrer sur la simplification plutôt que sur des progrès technologiques révolutionnaires. L'augmentation du nombre de centres de soins et le dépistage des couples apparaissent comme les actions les plus prometteuses. Ainsi, avec plus de centres de soins, il est possible de réaliser un dépistage là où sont délivrés les services de santé. Le dépistage des couples les encourage pour sa part à faire le test ensemble, réduisant ainsi les comportements à risque et le manque d'information de l'un des partenaires. Dans les cinq prochaines années, des études sur l'incidence du VIH devraient être publiées, ce qui devrait permettre d'affiner les mesures de l'incidence de la maladie et, dès lors, d'améliorer la surveillance, la modélisation et l'évaluation.

1.17 Conséquences sur la demande : étant donné que les traitements existants garantissent la survie des patients atteints du sida mais non leur guérison, le nombre de personnes vivant avec la maladie continuera sans doute d'augmenter. Les avancées réalisées en matière de diagnostic faciliteront le repérage des personnes ayant besoin d'un traitement, et les solutions de préventions les plus prometteuses incluront forcément les traitements antirétroviraux. L'ensemble de ces facteurs devrait entraîner, à l'avenir, une augmentation de la demande d'antirétroviraux.

¹⁷ Abdool Karim Q. et al. "Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women", *Science*, 2010 ; 329:1168-74.

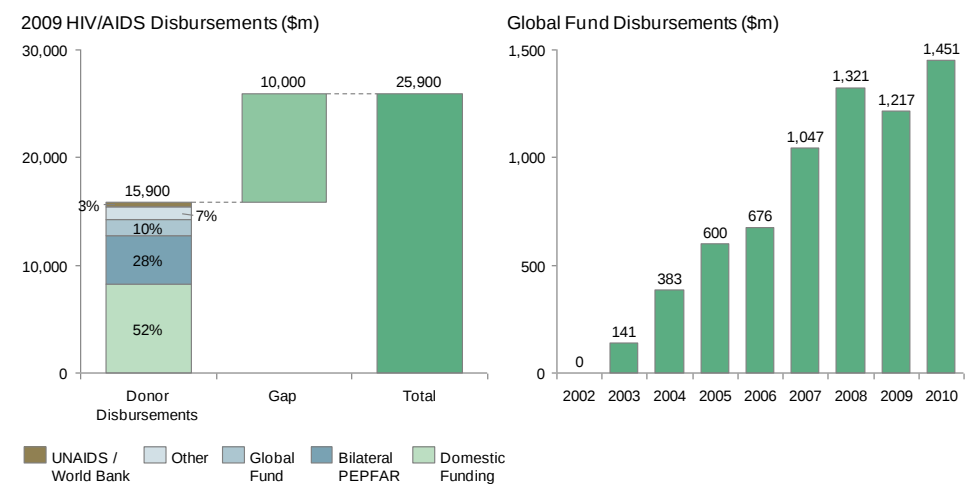
¹⁸ http://www.aids2031.org/pdfs/the%20cost%20of%20antiretrovirals_28.pdf

1.18 Dernièrement, la publication d'un article sur le **Cadre d'investissement** pour la lutte contre le VIH a donné lieu à un nouveau débat. Dans cet article, les auteurs demandent la mise en place d'une démarche de financement plus stratégique, avec un ensemble ciblé d'interventions adaptées au contexte épidémique de chaque pays. Ils décrivent également, en s'appuyant sur la modélisation de la prévention de plus de 12 millions de nouvelles infections et 7 millions de décès entre 2011 et 2012, les retombées possibles en termes de santé et de coûts d'une intensification des programmes coordonnée optant pour les programmes les plus efficaces¹⁹. Cette question de la hiérarchisation des priorités et de la prise en compte de l'optimisation des ressources est également examinée dans le cadre de l'initiative Rethink HIV, avec une attention particulière portée à l'Afrique subsaharienne, pour une publication prévue en 2012²⁰.

1.e Partenaires et contexte de financement

1.19 Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) est de loin le premier contributeur mondial en faveur de la lutte contre le sida. Avec 4,4 milliards de dollars apportés bilatéralement (sans prendre en compte les dons au Fonds mondial) en 2009, il est à l'origine de 58 pour cent des apports à l'échelle mondiale²¹. Le Fonds mondial est le deuxième plus important donateur international, avec 21 pour cent du financement mondial de la lutte contre le sida en 2009²².

Figure 6 : VIH et sida – récapitulatif du financement²³



¹⁹ Schwartlander, Bernhard, *et al.*. "Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS." *The Lancet*. Vol 377 June 11, 2011.

²⁰ <http://www.rethinkhiv.com/index.php/about>

²¹ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010 et site web du PEPFAR.

²² Rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial

²³ Recoupement de données issues du Rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial, de données ONUSIDA 2010 et de données disponibles sur les sites web des bailleurs de fonds.

1.20 Outre les 7,6 milliards de dollars US déboursés par les donateurs, 8,3 milliards ont été versés par les pays, au travers des secteurs public et privé. Avec des apports atteignant un total de 15,9 milliards de dollars, il aurait encore fallu 10 milliards pour répondre aux besoins de 2010²⁴. Du fait de l'augmentation du nombre de patients nécessitant un traitement antirétroviral, les besoins en financement continueront d'augmenter. En 2011, la communauté internationale s'est fixé l'objectif de placer un total de 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral d'ici 2015. Pour atteindre ce but, il sera nécessaire d'accroître le financement de manière continue. Cependant, les contributions des donateurs vont être touchées par le contexte économique qui ne fait qu'empirer, ce qui entraîne un risque d'aggravation du déficit de financement. Parmi les grands partenaires de la lutte contre le sida, on peut citer la Fondation Gates, Clinton Global Initiative, ONUSIDA, Partners in Health, Esther, MSF et PEPFAR.

²⁴ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010.

1.f Questions fondamentales et conséquences pour le Fonds mondial

Discussions/questions relatives au VIH et au sida	Conséquences pour le Fonds mondial
Publication et discussion autour du Cadre d'investissement pour la lutte contre le VIH et le sida, un exemple d'outil permettant d'orienter les décisions de financement vers les interventions les plus efficaces pour lutter contre les épidémies.	Démonstration des effets et de l'importance d'une réponse coordonnée, tenant compte des priorités et du contexte de l'épidémie dans chaque pays.
Les recommandations 2010 de l'OMS ont modifié le seuil de déclenchement du traitement pour que celui débute dès lors que la numération des CD4 est égale ou inférieure à 350. Étude START sur les avantages d'un nouveau relèvement de ce seuil (mise à jour des recommandations de l'OMS en matière de traitement au plus tôt en 2013).	Demande plus forte de financement des antirétroviraux si les recommandations préconisent de relever le seuil.
Accent mis sur l'éradication de la transmission mère-enfant d'ici à 2015.	Demande plus forte de financement des antirétroviraux et nouveaux besoins de coordination avec la santé maternelle, néonatale et infantile.
Accent mis sur les nouvelles méthodes de prévention : traitement préventif (ex. : traitement pour les couples sérodifférents), prophylaxie avant exposition et microbicides topiques.	Demande plus forte de financement des antirétroviraux et des microbicides pour des motifs de prévention de la transmission du VIH.
Reconnaissance de l'insuffisance des ressources allouées aux populations les plus à risque et de protection contre certaines épidémies.	Nécessité de mettre davantage l'accent sur les populations les plus à risque afin d'améliorer les effets et l'efficacité des financements.
La circoncision masculine est reconnue comme étant une intervention préventive unique et efficace, facilitée par la création de nouveaux instruments de circoncision qui permettront de voir le nombre de patients opérés augmenter rapidement.	Demande plus forte de financement des programmes qui proposent la circoncision. Nécessité potentielle d'encourager l'augmentation du nombre de ces interventions dont l'efficacité a été démontrée.
Les maladies non transmissibles , telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, et les co-infections (tuberculose et hépatite C) gagnent du terrain alors que les personnes atteintes du VIH vivent plus longtemps.	Demande plus forte de traitement des maladies non transmissibles et des co-infections chez les personnes atteintes du VIH, notamment pour la tuberculose (voir les objectifs 2015 du partenariat Halte à la tuberculose en matière de lutte contre le VIH et la tuberculose).

2. TUBERCULOSE

2.a Résumé

2.1 La lutte contre la tuberculose dans le monde s'est améliorée grâce à la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose et du Plan mondial Halte à la tuberculose, quoique la baisse de l'incidence de la maladie depuis 2004 ait été constante mais modeste.

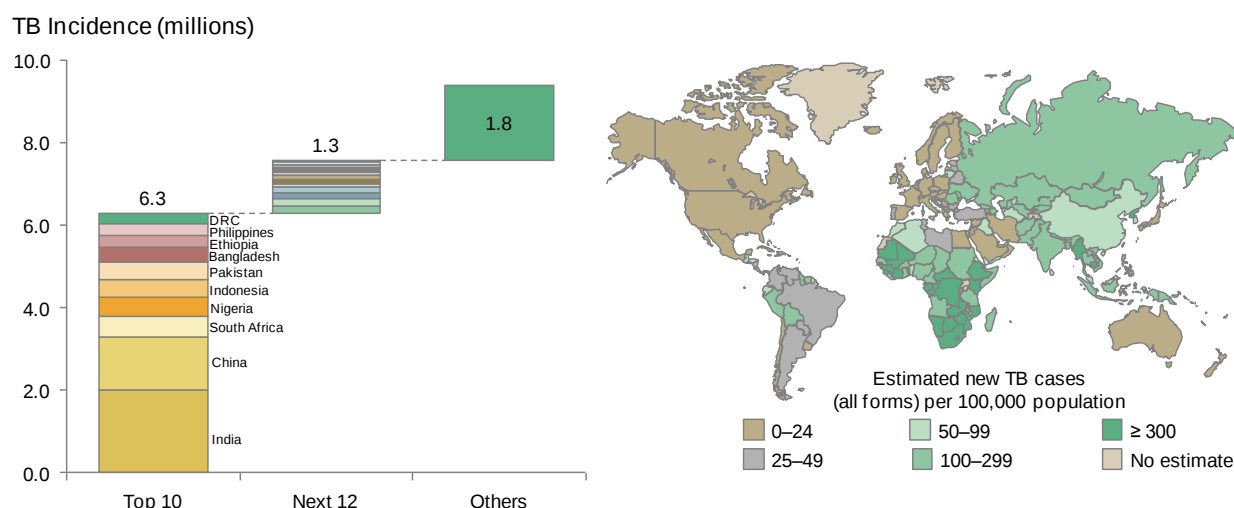
2.2 Aucun vaccin n'étant envisageable à court terme, toute amélioration future en termes de traitement et de dépistage aura des effets sur la charge de morbidité de la maladie. La tuberculose multirésistante nécessite des traitements plus coûteux et pourrait devenir une menace de plus en plus importante pour les systèmes de santé locaux dans certaines régions du monde. La co-infection VIH/tuberculose est de plus en plus fréquente et les pays d'Afrique, entre autres, devront faire face à ce problème au cours des prochaines années.

2.3 Compte tenu de ces réalités et des difficultés qui pèsent sur les conditions de financement, la tuberculose continuera de représenter un des principaux défis de santé au niveau mondial. Un effort coordonné (unissant les acteurs de la lutte contre la tuberculose et ceux de la lutte contre le VIH) va être nécessaire pour continuer de faire reculer la maladie et atteindre les objectifs fixés.

2.b Estimation de la charge de morbidité

2.4 La région la plus touchée par la tuberculose (en termes d'incidence) est l'Asie du Sud-Est, où se sont déclarés presque un tiers des nouveaux cas dans le monde en 2009. Le problème de la tuberculose liée au VIH est principalement concentré en Afrique subsaharienne, où se déclarent 80 pour cent des nouveaux cas recensés de tuberculose liée au VIH²⁵.

Figure 7 : tuberculose - incidence estimée par pays²⁶ (2009)

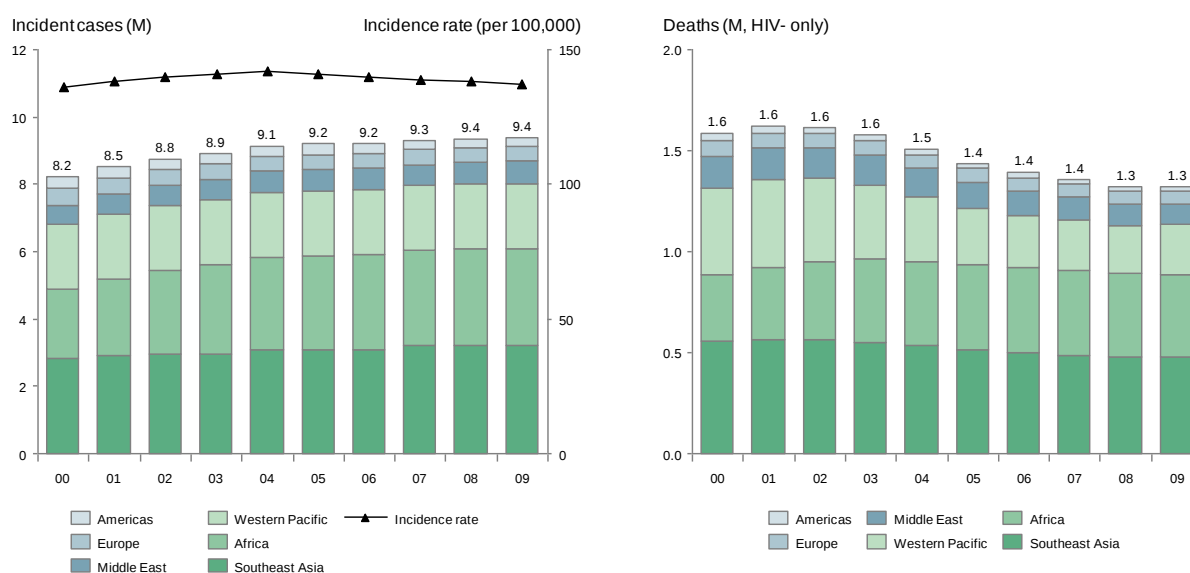


²⁵ OMS. Rapport 2010 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.

²⁶ Ibid.

2.5 L'incidence mondiale de la tuberculose baisse lentement d'environ 1 pour cent par an, après avoir culminé à plus de 140 cas pour 100 000 habitants en 2004. Du fait de l'effet conjugué de la croissance démographique et de l'incidence, le nombre absolu de cas a continué d'augmenter, passant de 8,2 millions en 2000 à 9,4 millions en 2009, ce qui neutralise la baisse du nombre de cas par habitant²⁷. La baisse de la mortalité est principalement due à l'intensification de la mise en œuvre des traitements DOTS et de la stratégie Halte à la tuberculose, qui ont permis de faire passer le taux de dépistage de 46 pour cent en 1995 à 63 pour cent en 2009 et d'améliorer le taux de réussite du traitement, passé de 57 pour cent en 1995 à 86 pour cent en 2009 pour les nouveaux cas à frottis positif. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des estimations précises en raison de l'absence de contrôle approprié dans de nombreux pays, on estime qu'environ 440 000 cas de tuberculose multirésistante se déclarent annuellement dans le monde (environ 3 pour cent de nouveaux cas et 21 pour cent de rechutes). Les cas de tuberculose chez des porteurs du VIH représentent environ 12 pour cent de l'ensemble des cas incidents et 23 pour cent des décès²⁸.

Figure 8 : tuberculose – incidence et mortalité estimées par région OMS (2000-2009)²⁹

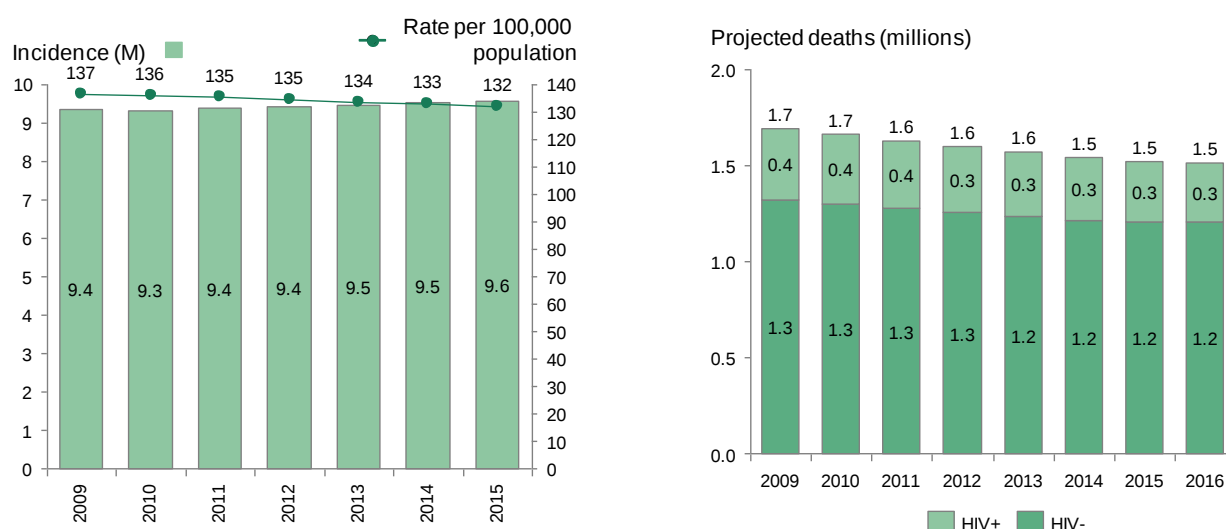


²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

Figure 9 : tuberculose – prévisions d'incidence et de mortalité (2010-2015)³⁰



2.c Besoins non satisfaits

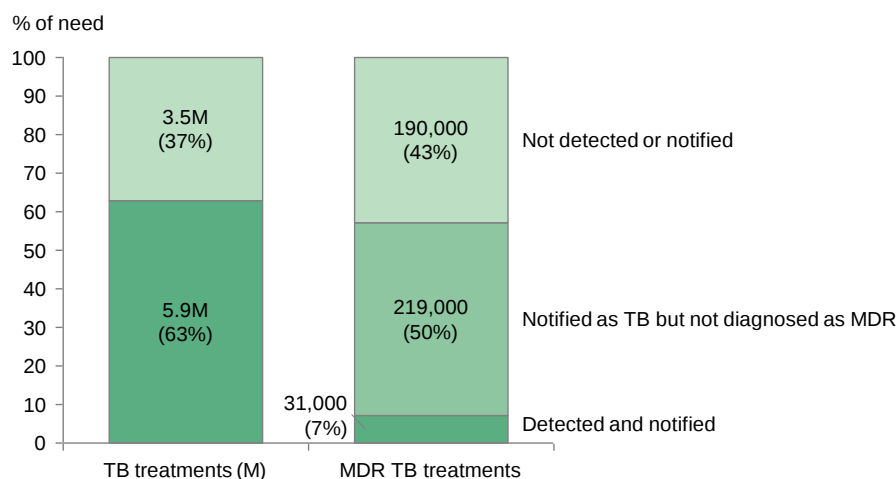
2.6 Selon les estimations, sur les 9,4 millions de nouveaux cas pour lesquels un traitement était nécessaire en 2009, 3,5 millions (soit 37 pour cent) n'ont pas été détectés. Sur les 250 000 cas de tuberculose multirésistante qui auraient pu être diagnostiqués, seuls 31 000 ont été diagnostiqués et déclarés³¹. Les besoins non satisfaits ont tendance à être plus marqués parmi les populations défavorisées des pays qui n'ont pas de système de santé capable de mettre en œuvre efficacement des programmes de lutte contre la tuberculose. Toutefois, les personnes défavorisées et les populations à risque (y compris les migrants, les sans-abri et les personnes marginalisées) dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé ont, elles aussi, moins de chance de voir leur maladie dépistée ou de recevoir un traitement approprié. Les **démarches communautaires** en matière de détection et de traitement contribuent à répondre à ces besoins actuellement non satisfaits.

Figure 10 : tuberculose – besoins de détection non satisfaits³²

³⁰ Valeurs prévisionnelles obtenues en ajustant le modèle log-linéaire de séries chronologiques pour les années 2005-2009. Prévisions de mortalité tirées de Glaziou, P. et al. « *Lives saved by tuberculosis control and prospects for achieving the 2015 global target for reducing tuberculosis mortality* », Bull World Health Organ 2011 ; 89 : 573–582

³¹ OMS. Rapport 2010 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.

³² Rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial. Le nombre de cas en attente de traitement ne comprend que les cas déclarés.



2.7 Progression de la maladie : la poursuite et l'accélération de la baisse récente de l'incidence, de la prévalence et du taux mortalité due à la tuberculose au niveau mondial seront possibles grâce au dépistage précoce et à l'amélioration du taux de guérison dans le cadre des initiatives en cours. Néanmoins, étant donné la longue période d'incubation de la tuberculose, il est peu probable qu'une modification brutale de la charge de morbidité (et de la répartition régionale de cette charge) intervienne à court terme.

2.8 Résistance : l'augmentation continue des cas de **résistance aux traitements actuels** constitue une menace. Les pays dotés de systèmes de santé faibles seront particulièrement exposés, la résistance se produisant souvent lorsque les programmes de traitement sont inadaptés. Le coût par patient du traitement et des soins administrés en cas de tuberculose multirésistante est au moins dix fois plus élevé que celui du traitement classique contre la tuberculose³³. Ces pays auront des difficultés à financer les traitements contre la tuberculose multirésistante, plus complexes et plus coûteux, et auront besoin d'une aide supplémentaire des donateurs extérieurs.

2.d Principales avancées (nouvelles démarches et innovations)

Figure 11 : tuberculose – probabilité et impact des nouvelles interventions³⁴

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
Vaccins	BCG	Mtb72F, MVA85A, H56	2020		
Traitements	Rifampicine/ Isoniazide/ Pyrazinamide/ Éthambutol	Moxifloxacine, Gatifloxacine, PA 824, TMC 207, OPC-67683	2013		

³³ Rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial, page 73 : « Dans les 22 pays lourdement touchés par la tuberculose, le coût des DOTS par patient variait de 139 à 313 dollars entre 2007 et 2009 selon les estimations. »

³⁴ La « probabilité » est la vraisemblance que la nouvelle intervention soit développée et appliquée pendant la période concernée par la stratégie (2011-2015). L'« impact » est l'effet produit par l'intervention en termes de santé. Plus la proportion grisée du disque est importante, plus la probabilité/l'impact est élevé(e).

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
Dépistage	Culture des expectorations (solides/liquides)	Xpert MTB/RIF	2011		
Tuberculose/VIH	Antirétroviraux/prophylaxie à l'isoniazide, intensification du dépistage et lutte contre l'infection	Sans objet	Sans objet		

2.9 Vaccins : le BCG (Bacille de Calmette et Guérin), vaccin actuellement utilisé contre la tuberculose, a une efficacité variable ; il est notamment moins efficace dans les régions tropicales et chez l'adulte. Bien que les recherches menées pour trouver un produit de substitution au BCG soient prometteuses (au moins trois vaccins-candidats sont actuellement en phase précoce d'essais cliniques : MVA85A, Mtb72F et H56), il est peu probable qu'un vaccin efficace soit mis au point à court ou moyen terme.

2.10 Traitements : la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS se compose de six éléments (y compris l'élargissement et l'amélioration des traitements DOTS de haute qualité). Elle prévoit un traitement normalisé, impliquant divers médicaments et une durée de traitement d'au moins six mois, assorti d'un contrôle et d'un accompagnement du patient. Les efforts mis en œuvre pour améliorer les programmes existants sont principalement axés sur la réduction de la durée du traitement. La moxifloxacine et la gatifloxacine, toutes deux en phase III d'essais cliniques, pourraient permettre de réduire la durée de traitement à quatre mois. Ces deux produits devraient être disponibles fin 2012 ou début 2013. De nouveaux médicaments antituberculeux actuellement en phase II d'essais cliniques pourraient être mis sur le marché d'ici à 2013 ; il s'agit du PA 824 (pour la tuberculose non résistante aux médicaments), et du TMC 207 et du OPC-67683 (pour la tuberculose résistante aux médicaments).

2.11 Dépistage : l'analyse au microscope des frottis d'expectoration est une procédure classique de diagnostic de la tuberculose dans la plupart des pays en développement, mais la détection des cas reste insuffisante. La culture est la méthode généralement utilisée pour confirmer la maladie et détecter une résistance. Les résultats de cultures liquides peuvent être obtenus en une à deux semaines, alors que quatre à douze semaines sont nécessaires pour obtenir des résultats probants à partir de cultures solides. Un nouveau test mis au point par Cepheid et FIND, le Xpert MTB/RIF, permet d'obtenir des résultats en un temps record de 100 minutes, mais son coût (négocié avec FIND à 17 000 dollars par machine et 16,86 dollars par cartouche) peut limiter sa mise en place dans les pays en développement.

2.12 Tuberculose liée au VIH : aucune nouvelle technologie spécifiquement conçue pour le traitement ou la prévention de la tuberculose liée au VIH n'est attendue à moyen terme. Le principal défi consistera à élargir les mesures déjà mises en œuvre, comme les traitements antirétroviraux et les éléments que sont la prophylaxie à l'isoniazide, intensification du dépistage des cas de tuberculose chez les malades du VIH et lutte contre l'infection pour éviter la propagation de la maladie dans les centres de santé.

2.13 Conséquences sur la demande : sachant qu'il faudra encore attendre plusieurs années avant qu'un vaccin efficace soit mis au point, la priorité aujourd'hui est d'améliorer et d'élargir les

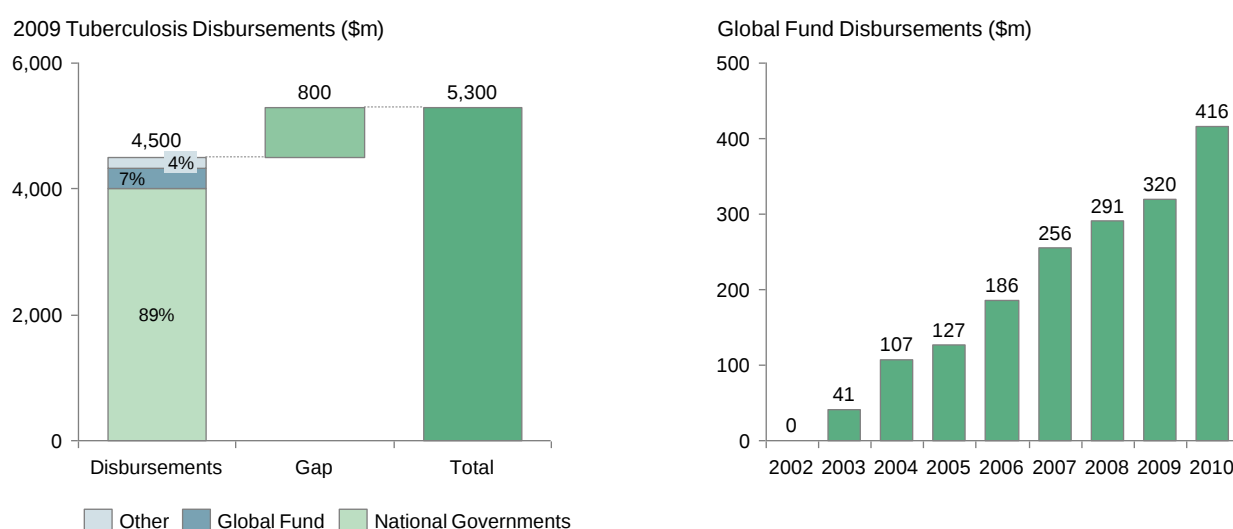
traitements et les solutions de dépistage existants. L'OMS estime qu'avec l'**amélioration du dépistage de la tuberculose** (qui permettra de réduire les délais de détection et de traitement), le nombre de cas **décelés de tuberculose multirésistante** devrait tripler et celui de cas de **tuberculose liée au VIH** doubler, ce qui entraînera une hausse des demandes de traitement pour des formes complexes de la maladie.

2.e Partenaires et contexte de financement

2.14 Les gouvernements nationaux sont la principale source de financement des activités de lutte contre la tuberculose, qu'ils financent environ à 87 pour cent depuis 2009. Le Fonds mondial, qui a couvert 65 pour cent du financement international en 2009, est de loin le donateur international le plus important. Sur les 2,8 milliards de dollars de fonds mis à la disposition des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans les 22 pays les plus touchés en 2011, environ 45 pour cent ont été utilisés par la Russie, 14 pour cent par la Chine, 10 pour cent par l'Afrique du Sud et 5 pour cent par l'Inde³⁵.

2.15 Sur les 5,3 milliards de dollars nécessaires en 2009 selon les estimations, seuls 4,5 milliards ont été dégagés, soit un déficit de financement de 0,8 milliard³⁶.

Figure 12 : tuberculose – récapitulatif du financement³⁷



2.16 Au cours de la période 2011-2015, 37 milliards de dollars US seront nécessaires pour mener à bien la lutte contre la tuberculose et atteindre l'objectif du partenariat Halte à la tuberculose, qui consiste à réduire de moitié d'ici 2015 la prévalence de la tuberculose et la mortalité liée à cette maladie par rapport à leurs niveaux de 1990. Récemment, l'objectif de **sauver 1 million de vies de la tuberculose liée au VIH d'ici à 2015** s'est ajouté à ceux déjà existants. Les **financements nationaux** (ajustés au niveau de croissance du PIB) apporteraient une contribution de l'ordre de 23 milliards de dollars du montant nécessaire, les 14 milliards restants devant être venir des donateurs internationaux. Il faudrait, pour parvenir à

³⁵ Ibid.

³⁶ Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

³⁷ Recoupement de données issues du Rapport 2010 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde et du Rapport sur les résultats du Fonds mondial.

ce chiffre, multiplier par six les niveaux actuels du financement international (en les faisant passer de 0,5 milliard à 2,8 milliards de dollars par an en moyenne).

2.17 Les principaux partenaires de la lutte contre la tuberculose sont les gouvernements nationaux, les organisations internationales telles que l'OMS, la Banque mondiale, ONUSIDA et l'Union internationale contre la tuberculose, les organismes bilatéraux comme USAID et le DFID, et de nombreuses autres ONG telles que *Partners in Health*, Médecins Sans Frontières, KNCV et la Croix-Rouge, qui sont pour la plupart membres du partenariat Halte à la tuberculose.

2.f Questions fondamentales et conséquences pour le Fonds mondial	
Questions	Conséquences pour le Fonds mondial
Objectifs mondiaux pour 2015 alignés sur les objectifs du Millénaire pour le développement (Plan mondial « Halte à la tuberculose »)	Demande plus forte de financement en vue de parvenir à une couverture universelle et d'atteindre les objectifs.
Objectif supplémentaire du partenariat Halte à la tuberculose en 2011 : sauver 1 million de vies de la coinfection VIH/tuberculose d'ici à 2015	Objectif repoussant les ambitions du Plan mondial « Halte à la tuberculose » d'origine. Le Fonds mondial devra consacrer des ressources supplémentaires au traitement et au dépistage du VIH et de la tuberculose (financement accru des antirétroviraux et de la méthode de prophylaxie à l'isoniazide, d'intensification du dépistage et de lutte contre l'infection).
Rôle de plus en plus important du financement national , notamment dans les pays à revenu intermédiaire	Le Fonds mondial devrait s'engager davantage dans l'élaboration de politiques et la sensibilisation, en particulier en Asie et en Europe.
L'accent étant mis sur le dépistage de la tuberculose multirésistante , nécessité de diagnostiquer et de traiter de manière appropriée les patients atteints de cette maladie.	Demande plus forte de financement pour le dépistage, les traitements plus onéreux et la mise en place de traitements de première intention limitant la progression de la tuberculose multirésistante.
Accent mis sur la participation d'entités extérieures aux programmes nationaux (tels que les secteurs privé et communautaire) à la prévention et au traitement de la tuberculose	Demande plus forte de financement des programmes public/privé et des démarches entreprises au niveau de la communauté, notamment pour les populations vulnérables.
Réduction possible de la transmission grâce à la détection précoce et améliorée des cas , en particulier chez les personnes vulnérables	Demande plus forte de financement de nouveaux instruments de diagnostic.

3. PALUDISME

3.a Résumé

3.1 Les avancées récentes en matière de traitement et de prévention du paludisme ont entraîné la baisse du nombre d'épisodes de cette maladie et de la mortalité qu'elle provoque. Pour pérenniser ces résultats, il sera nécessaire de remplacer les moustiquaires imprégnées d'insecticide une fois leur date d'expiration atteinte, dans le cadre d'une stratégie élargie de gestion intégrée des vecteurs, de prise en charge des cas de paludisme, de la surveillance, de l'éradication et du traitement préventif intermittent. Le Plan d'action mondial contre le paludisme a défini une stratégie visant à atteindre des objectifs ambitieux, parmi lesquels une couverture universelle effective d'ici 2015.

3.2 Aucun nouveau traitement ne devrait véritablement modifier le paysage de la maladie dans les cinq prochaines années. Cependant, le déploiement des tests de diagnostic rapide réduira les besoins en traitement, permettant ainsi d'investir davantage dans des solutions de surveillance plus performantes et donc de fournir une réponse mieux adaptée au paludisme. La résistance aux insecticides et aux traitements actuels fait planer une menace sur les futures avancées dans la lutte contre la maladie. Les plans de l'OMS contre la résistance aux insecticides ont été publiés en 2011 ; ceux concernant la résistance aux traitements sont prévus pour le début de 2012.

3.3 Les facteurs présentés ci-dessus viendront globalement aggraver le déficit de financement des besoins, qui ne sera que légèrement réduit grâce aux récents engagements des donateurs. Le Fonds mondial, qui à l'heure actuelle est à l'origine d'une part importante du financement mondial, restera un contributeur de premier plan de la lutte contre le paludisme.

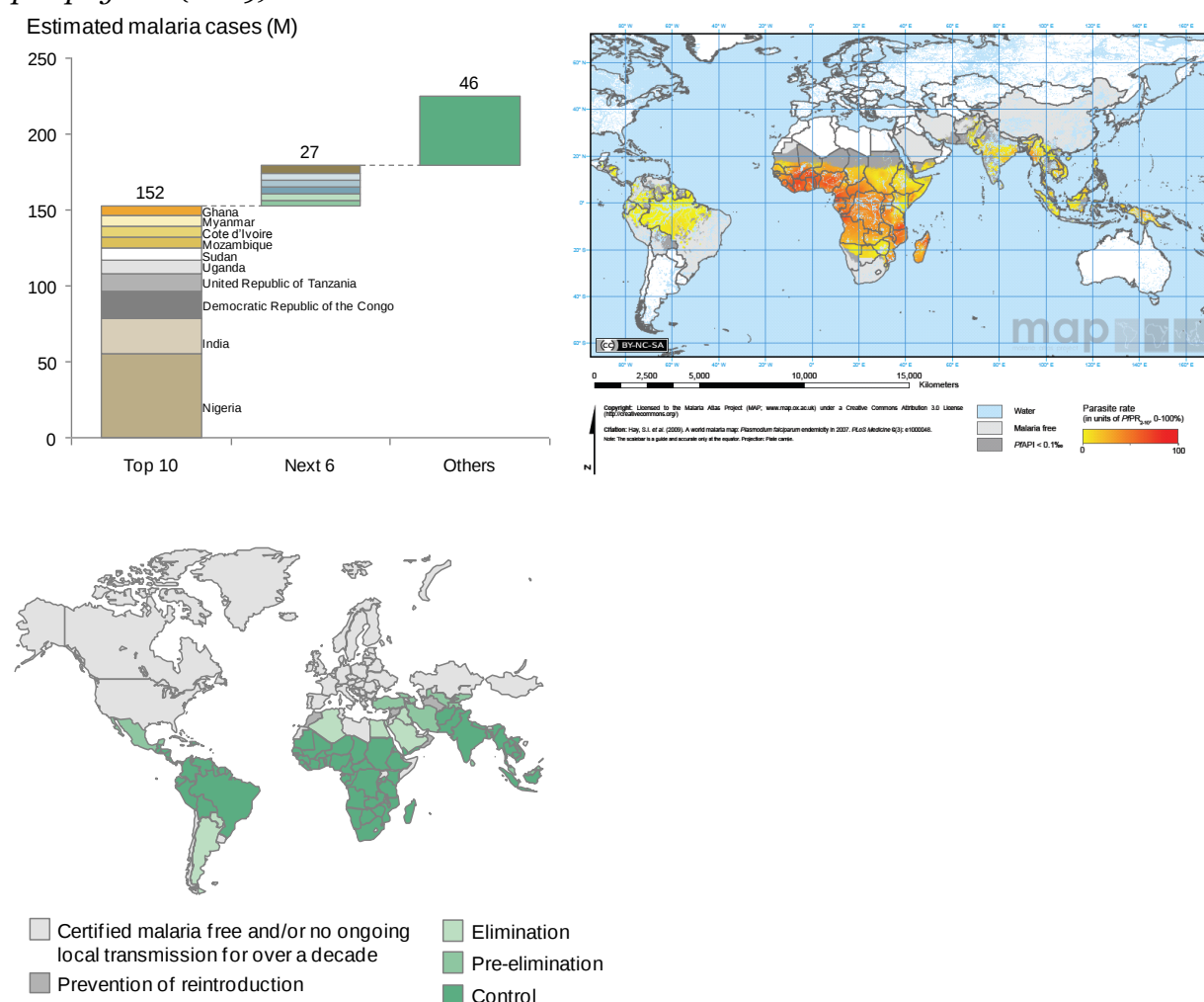
3.4 Face aux contraintes qui pèsent actuellement sur les ressources et qui vont à l'encontre des plans visant une amélioration de l'accès aux mesures, de la surveillance et de la lutte contre la résistance, il est nécessaire d'établir des priorités et de coordonner les efforts contre le paludisme.

3.b Estimation de la charge de morbidité

3.5 Aujourd'hui, le paludisme frappe principalement les régions tropicales, 78 pour cent de l'ensemble des cas et 91 pour cent du nombre total de décès dus à cette maladie ayant été constatés en Afrique en 2009³⁸. La maladie touche principalement quelques pays d'Afrique, parmi lesquels le Nigeria et la République démocratique du Congo, qui rassemblent le tiers des cas de paludisme et des décès causés par la maladie. Sur les deux espèces les plus connues du parasite responsable du paludisme, *P. vivax* et *P. falciparum*, la première est plutôt présente en Asie alors que la deuxième se concentre en Afrique. Le fait que le *P. falciparum* soit plus mortel explique l'écart entre la répartition des cas et les décès recensés.

³⁸ OMS, Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde

Figure 13 : paludisme – estimation des cas incidents³⁹ et du niveau d'intensité de l'épidémie par pays^{40,41} (2009)



3.6 Le nombre de cas de paludisme et de décès liés à la maladie a régulièrement baissé ces dernières années, pour atteindre environ 225 millions de cas et 781 000 décès en 2009⁴². Cette tendance à la baisse est en partie due à l'intensification rapide des interventions de lutte antivectorielle. Fin 2010, un nombre suffisant de moustiquaires a été distribué pour approvisionner jusqu'à 76 pour cent des 765 millions de personnes exposées à la maladie en Afrique subsaharienne⁴³.

3.7 Les taux de dépistage et de traitement sont également meilleurs. La part de cas suspects de paludisme signalés et qui ont été soumis à un test parasitologique s'élève désormais à 73 pour cent au niveau mondial, mais les chiffres varient grandement d'une région à l'autre, l'Afrique arrivant largement en dernier. Dans 21 des 42 pays africains qui publient des statistiques en matière de dépistage, moins de 20 pour cent des cas font l'objet d'un test⁴⁴. Le recours au traitement présomptif du paludisme étant majoritairement pratiqué par le secteur privé, il faudra, pour parvenir à un accès universel aux tests de diagnostic rapide, que celui-ci les emploie systématiquement. Il faudrait pour cela faire fonctionner l'aide au développement dans le secteur commercial privé, indépendamment de son niveau de structuration⁴⁵. L'administration de

³⁹ OMS, Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde – données pays

⁴⁰ Projet ATLAS (<http://www.map.ox.ac.uk/>)

⁴¹ OMS, Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde

combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) semble également être en hausse, même si les derniers chiffres publiés manquent de précision et varient grandement d'un pays à l'autre.

Figure 14 : paludisme – estimation de l'incidence et de la mortalité par région OMS (2000-2009)⁴⁶

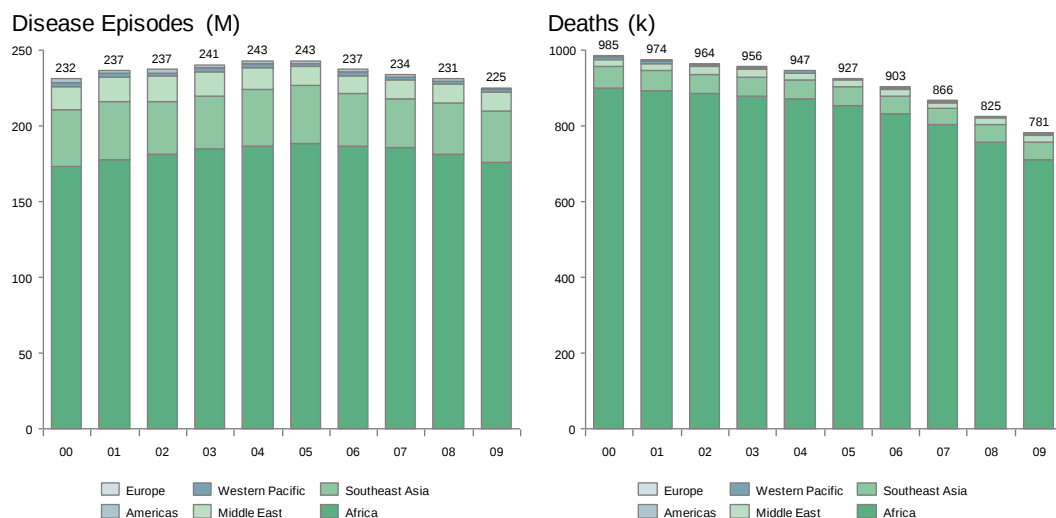
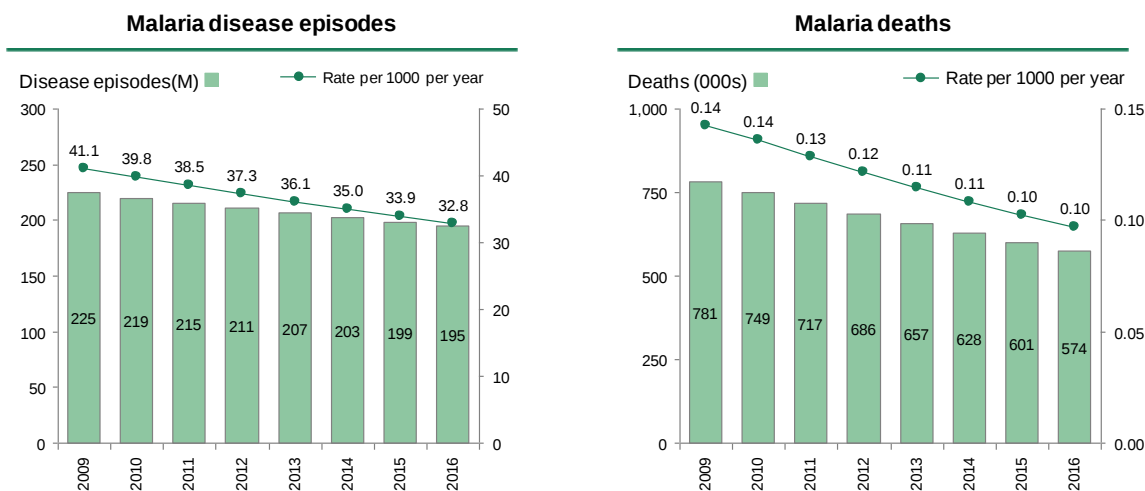


Figure 15 : paludisme – prévisions d'incidence et de mortalité (2010-2015)⁴⁷



⁴² Ibid

⁴³ Ibid. Soit 66 pour cent à la fin de 2009 et 10 pour cent supplémentaires en 2010.

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Rapport final de la Consultation sur les aspects économiques et le financement de l'accès universel à la confirmation parasitologique du paludisme, organisée du 31 mai au 1er juin 2011

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ Projections du Fonds mondial : valeurs obtenues en ajustant le modèle log-linéaire de séries chronologiques pour les années 2005 à 2009 et en s'appuyant sur une prévision de poursuite d'évolution.

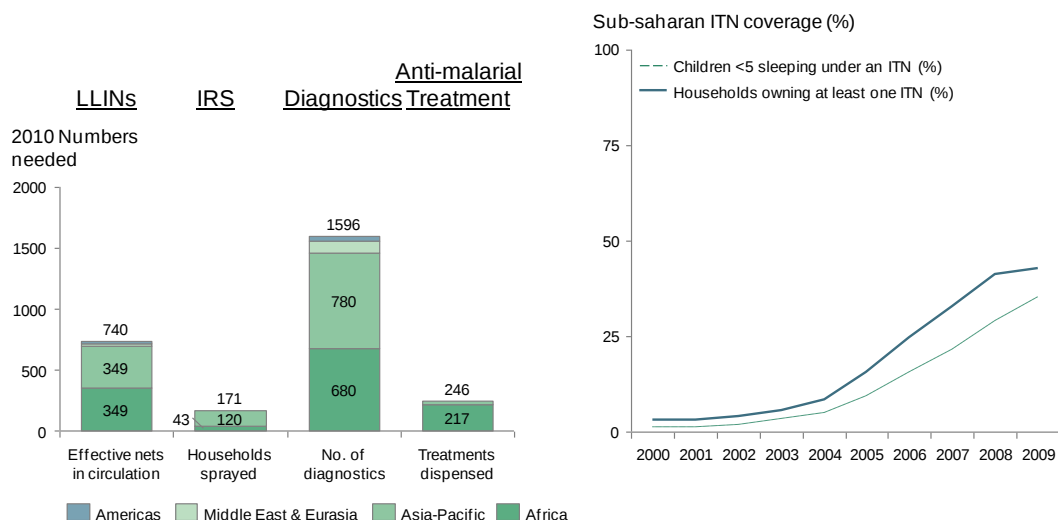
3.c Besoins non satisfaits

3.8 En 2009, 158 millions de traitements par CTA ont été administrés, alors que le nombre de malades s'élevait à environ 225 millions. Le déficit de soins réel est encore plus important que l'écart entre ces chiffres, de nombreux traitements par CTA ayant été administrés à des patients à la suite d'une erreur de diagnostic. L'accès au traitement par CTA varie d'un pays à l'autre ; en Afrique, il est généralement beaucoup plus difficile.

3.9 Les besoins non satisfaits en moustiquaires imprégnées d'insecticide sont très concentrés en Afrique, où, malgré un déploiement accéléré depuis 2004, cet équipement n'était présent en 2009 que dans 42 pour cent des foyers et ne protégeait que 35 pour cent des enfants de moins de cinq ans pendant leur sommeil⁴⁸. Parallèlement à la distribution de moyens de lutte antivectorielle, une éducation adaptée doit être assurée pour permettre la bonne utilisation des moustiquaires et autres dispositifs.

3.10 Parmi les groupes de population présentant des besoins non satisfaits, on trouve les migrants et les travailleurs saisonniers, souvent exclus des systèmes de distribution traditionnels.

Figure 16 : paludisme – prévision des besoins par région⁴⁹



3.11 **Progression de la maladie** : plus on se rapproche des objectifs en matière d'accès universel aux moyens de lutte antivectorielle, plus le nombre d'épisodes de paludisme devrait diminuer. La **généralisation des tests de diagnostic rapide** permettra d'établir des diagnostics plus exacts, d'obtenir des données épidémiologiques plus précises et de mieux utiliser les traitements existants. En raison du décalage logique entre la distribution de systèmes de lutte antivectorielle et leur impact, l'intensification récente de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide devrait entraîner une baisse de l'incidence dans les années à venir.

3.12 **Résistance** : à ce jour, la résistance à l'artémisinine se limitait principalement aux pays de l'Asie du Sud-Est, qui connaissent un taux de transmission très faible. Néanmoins, une utilisation

⁴⁸ OMS, Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde

⁴⁹ Plan d'action mondial contre le paludisme pour les besoins par régions, 2010, Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde pour la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique subsaharienne.

ininterrompue de monothérapies orales à base d'artémisinine dans les pays d'Afrique, où le taux de transmission est élevé, peut engendrer une résistance accrue aux traitements par CTA. Dans le passé, **la pharmacorésistance**, notamment à la chloroquine, engendrait une hausse de la mortalité infantile et un retour en arrière dans la lutte contre la maladie. En 2011, l'OMS a publié un plan d'action mondial pour endiguer la résistance aux artémisinines pour faire face à cette menace et a appelé à une utilisation plus rationnelle des CTA (en s'appuyant sur une confirmation du diagnostic de paludisme). La menace que représente la résistance à l'artémisinine pourrait également être atténuée par des traitements autres que les CTA, actuellement en phase initiales d'essais cliniques.

3.13 La résistance aux insecticides constituera bientôt elle aussi une menace de taille. Une résistance aux pyréthrinoides, qui forment la seule famille d'insecticide homologuée pour une utilisation sur des moustiquaires, a déjà été observée en Afrique. En l'absence de nouvelles familles d'insecticides, autres que les quatre déjà homologuées pour la pulvérisation à effet rémanent, la résistance pourrait bien menacer l'efficacité des démarches actuellement menées dans le cadre de la lutte antivectorielle. Un recours plus systématique aux interventions de lutte antivectorielle multiples et un meilleur suivi de celles-ci pourront limiter le risque de résistance. Un plan mondial de lutte contre la résistance aux insecticides devrait être publié par l'OMS au début de 2012.

3.b Principales avancées (nouvelles démarches et innovations)

Figure 17 : paludisme – récapitulatif du financement⁵⁰

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
Vaccins	Aucune	RTS, S	2015		
Prévention	Moustiquaires imprégnées d'insecticide, moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, pulvérisations intra-domiciliaires à effets rémanents	Revêtements muraux durables	2013-14		
		Nouveaux insecticides	2016+		
		Traitements préventifs intermittents de l'enfant et du nourrisson	2011-2012		
Traitements	CTA	Formulations pour enfants et femmes enceintes	2012-2014		

⁵⁰ La « Probabilité » est la vraisemblance que la nouvelle intervention soit développée et appliquée pour la période concernée par la stratégie (2011-2015). L'« Impact » est l'effet produit par l'intervention en termes de santé. Plus la proportion grisée du disque est importante, plus la probabilité/l'impact est élevé(e).

Type	Solution existante	Solution attendue	Délai	Probabilité	Impact
Dépistage	Test de diagnostic rapide	Technique d'amplification isotherme (LAMP)	2012?		

3.14 Vaccin : si de nombreuses recherches ont été menées sur la possibilité de mettre au point un vaccin contre le paludisme, aucune solution n'est encore disponible. Le vaccin-candidat le plus prometteur, le RTS,S, est entré en essais de phase III en mai 2009. Développé au travers d'un partenariat public/privé entre GSK et PATH Malaria Vaccine Initiative, RTS,S cible les nourrissons et les jeunes enfants, mais il ne permettrait une immunité que sur le court terme, pour une efficacité de 50 à 60 pour cent. Les résultats complets des essais cliniques devraient être connus en 2014 et l'OMS prévoit de publier une recommandation politique en 2015. Cependant, même si ce vaccin est un succès, il ne remplacera sans doute pas les mesures de prévention actuelles comme la lutte antivectorielle.

3.15 Prévention : parallèlement aux technologies employées dans la lutte antivectorielle, les efforts ont redoublé pour découvrir de nouvelles options de lutte contre la résistance aux insecticides. L'une des innovations les plus encourageantes est le revêtement durable en plastique imprégnée d'insecticide destiné aux murs intérieurs. Cette solution a démontré son efficacité dans des études restreinte. Elle devra d'abord être validée par les procédures d'essai de l'OMS avant que son utilisation à une plus large échelle fasse l'objet d'une recommandation. De nouvelles familles d'insecticides sont en cours de développement, mais il est peu probable que des essais soient conduits et une homologation obtenue avant cinq ans. L'OMS élabore actuellement un plan mondial de lutte contre la résistance à l'insecticide dans le but d'endiguer la menace de la résistance aux insecticides existants. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, qui sont utilisables pendant plus de cinq ans, constituent également une solution possible. Même si ces moustiquaires affichent un meilleur rapport coût-efficacité sur un an, leur utilisation restera limitée du fait de leur prix de départ plus élevé. Au-delà de la lutte antivectorielle traditionnelle, le traitement préventif intermittent, constitué de médicaments antipaludiques fournis à l'ensemble de la population exposée à la maladie, a donné des résultats encourageants sur les enfants et les nourrissons, mais doit encore être adopté à plus grande échelle. Un renforcement des actions devra être centré sur le Sahel.

3.16 Traitements : les innovations en matière de traitement sur le court terme devraient se limiter à de nouvelles applications des traitements par CTA existants. En 2011, l'OMS a publié une recommandation portant sur l'injection d'artésunate dans les cas graves de paludisme, lorsque les patients sont dans l'impossibilité de prendre un traitement oral. Des traitements plus adaptés aux femmes enceintes et aux enfants devraient être disponibles en 2012-2014. Les traitements à prise unique (OZ 439 et NITD 609) pourraient être modifiés, même si aujourd'hui ce projet n'en est qu'au stade des premiers essais cliniques. De nouveaux composés de synthèse, actuellement à l'étude, vont devenir indispensables à la lutte contre la résistance aux CTA. Le Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables (AMFm), qui poursuit actuellement sa phase 1 avec neuf projets pilotes dans huit pays, a pour objectif de permettre aux pays de rendre les traitements par CTA plus abordables par l'intermédiaire des secteurs public et privé et des ONG. Les premiers résultats montrent que les avancées de l'AMFm ont permis un

meilleur accès aux traitements par CTA et une baisse de leur prix de détail⁵¹. Ces avancées prouvent que parallèlement au gouvernement et aux organisations à but non lucratif, qui représentent les filières traditionnelles de l'aide au développement (et que l'AMFm soutient également), le secteur privé commercial est une voie durable pour fournir des traitements par CTA financés par des donateurs aux populations des pays touchés par des épidémies de paludisme.

3.17 Dépistage : des tests de diagnostic rapide ont été mis au point, même si leur efficacité varie selon le lieu et le type de dispositif. Les nouveaux progrès réalisés portent particulièrement sur la simplification de leur utilisation et sur une plus grande précision de diagnostic dans les contextes où la prévalence est moindre. La technique d'amplification isotherme (LAMP – *Loop Mediated Isothermal Amplification*) fait notamment partie de ces avancées dans le dépistage du paludisme ; on peut l'utiliser dans des laboratoires pour détecter une densité parasitaire peu élevée. Le déploiement continu des tests de diagnostic rapide constituera une priorité majeure en termes de ressources, mais devrait par ailleurs réduire le nombre de traitements antipaludéens administrés à des patients qui ne sont pas atteints du paludisme. Il devrait également mettre en avant un nouveau besoin portant sur le traitement des fièvres non paludéennes. La surveillance devient de plus en plus importante : l'OMS prévoit de publier des **orientations sur le diagnostic, le traitement et la surveillance**, dans le but d'enregistrer et de signaler chaque cas.

3.18 Conséquences sur la demande : parce que des avancées révolutionnaires en matière de vaccination, de prévention, de traitement et de dépistage ne pourront se faire à court ou à moyen terme, les besoins de la lutte contre le paludisme resteront considérables. Le déploiement continu des mesures de diagnostic déjà en place devrait néanmoins réduire les besoins en matière de traitement contre le paludisme.

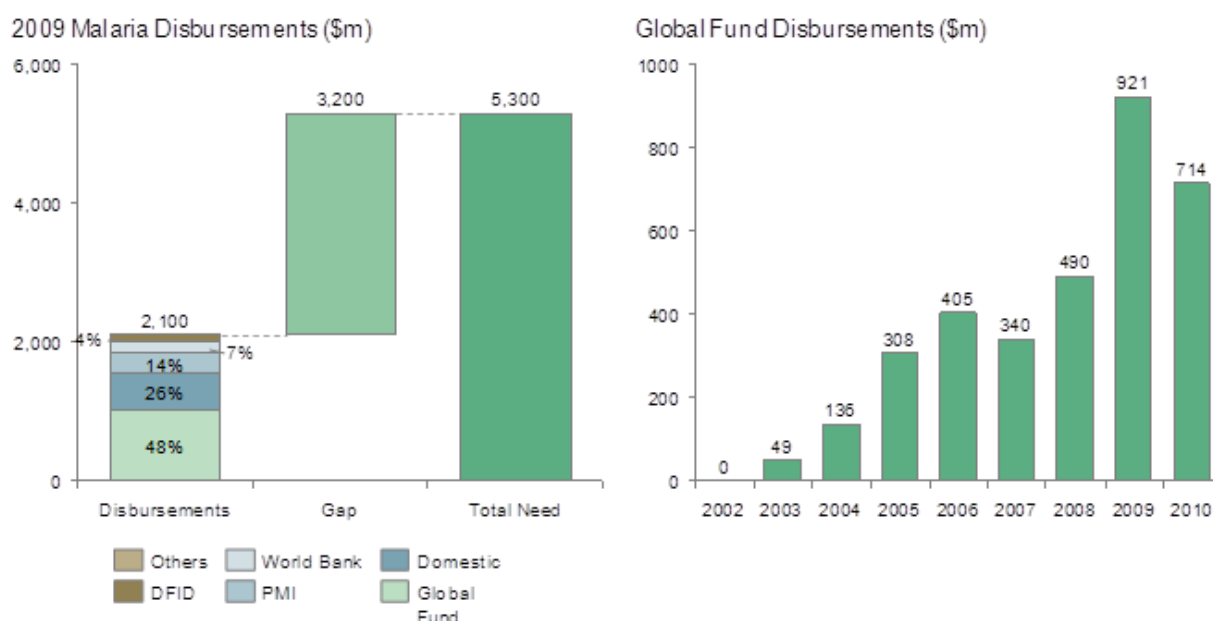
3.e Partenaires et contexte de financement

3.19 Le Fonds mondial est le plus important donateur dans la lutte contre le paludisme, ses apports représentant environ 65 pour cent de l'ensemble des contributions mondiales⁵². Parmi les autres donateurs internationaux, on trouve l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, la Banque mondiale et le ministère britannique pour le développement international (DFID).

⁵¹ Health Action International. Prix de vente au détail des CTA cofinancés par l'AMFm et d'autres organisations de lutte contre le paludisme au Ghana, au Kenya, au Nigeria et en Tanzanie. Juin 2011

⁵² Site web du Fonds mondial

Exhibit 18: paludisme – récapitulatif du financement⁵³



3.20 Sur les 5,3 milliards de dollars nécessaires à la lutte contre le paludisme en 2009, seuls 2,1 milliards avaient été débloqués, ce qui représente un déficit d'environ 3,2 milliards. Selon le Plan d'action mondial contre le paludisme, qui a pour objectif de réduire de 75 pour cent l'incidence de la maladie à l'échelle mondiale et d'atteindre une mortalité proche de zéro, les besoins en financement s'élèveront encore à au moins 5 milliards de dollars par an jusqu'en 2015. En 2008, le partenariat Faire reculer le paludisme a adopté l'objectif d'éradiquer le paludisme d'ici la fin de 2015 dans dix pays supplémentaires et dans la région Europe de l'OMS.

3.21 La Banque mondiale devrait maintenir son niveau de financement actuel (entre 150 et 200 millions de dollars), alors que l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme a fait passer son soutien de 300 millions de dollars en 2008 à 620 millions en 2011, et cette tendance devrait se poursuivre en 2012. On attend des hausses similaires de la part du DFID, qui pourrait apporter plus de 500 millions de dollars par an d'ici 2015. Faire reculer le paludisme et l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le paludisme sont d'autres partenaires de premier plan dans la lutte contre le paludisme.

⁵³ Recoupement des données issues du Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde et des sites web de l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, de l'ONU et du Fonds mondial

3.f Questions fondamentales et conséquences pour le Fonds mondial

Discussions/questions relatives au paludisme	Conséquences pour le Fonds mondial
Le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds pour la lutte contre une maladie où les besoins sont encore importants et où d'ambitieux objectifs de partenariat existent	Le Fonds mondial devrait continuer de contribuer largement au financement de la lutte contre le paludisme et potentiellement augmenter ses apports en fonction des plans communs avec les partenaires.
À l'approche de leur date limite d'utilisation, les nombreuses moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées ces dernières années devront être remplacées .	Une grande part des financements consacrés au paludisme est « hypothéquée » et devra servir au remplacement des anciennes moustiquaires.
L'OMS a prévu de publier des conseils en matière de dépistage, de traitement et de surveillance afin que chaque cas de paludisme soit enregistré et signalé.	Accroissement des demandes de financement pour la fourniture de tests de diagnostic rapide et pour la mise en place et la maintenance de systèmes de surveillance en vue d'une utilisation plus efficace des CTA axée sur les cas confirmés de paludisme.
Avec l'intensification du dépistage par test de diagnostic rapide , le nombre de patients diagnostiqués comme étant atteints du paludisme sera moindre mais le coût du dépistage sera plus important.	L'utilisation des tests de dépistage rapide a pour conséquence principale de mettre en évidence le manque de traitements pour les fièvres dues à des causes étrangères au paludisme une fois le diagnostic établi. Ce problème appelle une réponse synergique en termes de traitement des fièvres non paludéennes.
Rôle des secteurs public et privé et des ONG dans l'élargissement de l'accès à la prévention, au diagnostic et au traitement.	Analyse des combinaisons de filières qui conviennent le mieux à chaque pays, notamment en fonction des filières actuelles de fourniture de services.
Accent mis sur la participation du secteur communautaire à la lutte contre le paludisme, qui consiste à toucher les populations marginalisées et à veiller à la distribution et au remplacement des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.	Accroissement des demandes de financement de projets menés au niveau communautaire.
La menace d'une résistance aux médicaments (notamment à l'artémisinine et aux médicaments associés) et aux insecticides pèse sur les résultats déjà obtenus en matière de prévention et de traitement du paludisme.	Nouvelles demandes d'intervention attendues en termes de traitement et de lutte antivectorielle. Demandes de cofinancement de la mise en œuvre de stratégies d'endiguement (conformes aux plans mondiaux d'endiguement de la résistance à l'artémisinine et de gestion de la résistance aux insecticides) afin de garantir l'optimisation des ressources.