



# Contre le paludisme, il est temps de passer aux ACT !

dossier de presse

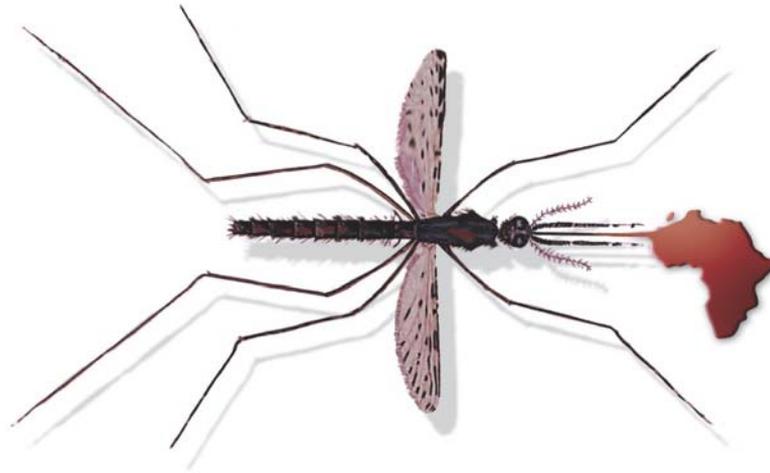
15 avril 2004

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, est aussi interdite.

**VOILÀ UNE ARME DE DESTRUCTION MASSIVE  
QUI N'INTÉRESSE PERSONNE.**



LE PALUDISME TUE PRÈS DE 2 MILLIONS D'AFRICAINS PAR AN. ENSEMBLE, ARRÊTONS CETTE HÉCATOMBE.

Envoyez vos dons sur [www.msf.fr](http://www.msf.fr) ou BP 2004-75011 PARIS

► N°magique Indigo 32 60 — "Médecins Sans Frontières" — 0.18 EUR TTC/Min

  
**MEDECINS  
SANS FRONTIERES**  
BP 2004-75011 PARIS

**MSF lance la campagne  
Il est temps de passer aux  
ACT !**

*Artemisinin-based combination therapy*

contacts presse : Caroline Livio (01 40 21 27 94 )

Florence Ratajczak (01 40 21 28 07)

## Sommaire

---

### **P 2----- Contre le paludisme, il est temps de passer aux ACT**

A l'occasion de la Quatrième journée africaine de lutte contre le paludisme, le 25 avril 2004, Médecins Sans Frontières lance une campagne de mobilisation contre le paludisme.

### **P 3-----Le paludisme : 2 millions de morts par an**

Mal connu en France, le paludisme est l'une des affections humaines les plus meurtrières, avec 1,5 à 2,4 millions de morts par an, dont la moitié ont moins de cinq ans. Chaque jour, en Afrique, les Médecins Sans Frontières soignent en moyenne 3000 malades du paludisme...

### **P 4-----Une maladie que l'on rêvait d'éradiquer, mais...**

Dans les années 1960, l'Organisation mondiale de la Santé caressait l'espoir d'éradiquer cette maladie parasitaire. Pourtant, depuis une vingtaine d'années, le paludisme progresse sur tous les fronts et commence à réapparaître dans des régions dont il avait totalement disparu, comme en Turquie, au Moyen-Orient... Aujourd'hui, on dénombre quatre fois plus de cas et trois fois plus de morts que dans les années 1970 et la maladie se manifeste sous une forme aiguë, catastrophique, épidémique...

### **P 6-----Un combat à armes inégales**

Si un tel nombre de personnes sont infectées, et ré-infectées, par la maladie, c'est parce que les médicaments efficaces il y a trente ans, ne le sont plus aujourd'hui. Pourtant, ces médicaments inefficaces sont encore massivement utilisés et la prévention seule ne permet pas de lutter contre ce mal ... La recherche sur le paludisme reçoit 1 000 à 10 000 fois moins de financements que les travaux sur le sida et, en dehors des ACT, peu de progrès sont faits en faveur de nouvelles molécules.

### **P 7-----Les ACT : le traitement le plus efficace**

Face au paludisme, nous ne sommes pourtant pas désarmés. « Les mères africaines ignorent que leurs enfants meurent d'une maladie guérissable et que les bailleurs de fonds pourraient choisir de financer un traitement efficace qui les sauverait. » déclarait Nick White<sup>1</sup>, Ce traitement, ce sont les ACT, Artemisinin-based combination therapy (combinaisons à base d'artémisinine) aujourd'hui les seuls traitements efficaces.

### **P 8-----L'engagement de MSF pour passer aux ACT**

Faute de volonté politique, ce médicament n'est pas disponible dans la majorité des pays africains. Leur utilisation doit être autorisée par les protocoles de santé nationaux, la production augmenter et le prix baisser. MSF se bat quotidiennement, sur le terrain comme sur le front de la recherche, pour l'utilisation des ACT.

### **P 10-----Les enjeux de la campagne**

En lançant cette campagne « il est temps de passer aux ACT », Médecins Sans Frontières veut obtenir la possibilité de soigner correctement les malades. Il nous faut sensibiliser le public et les acteurs impliqués à l'enjeu de nouveaux traitements et collecter des fonds pour acheter des traitements.

### **P 11-----Eléments techniques de la campagne**

### **P 13-----Annexes**

---

<sup>1</sup> Nick White, président du Wellcome Trust Southern Asian Tropical medicine Research Units et professeur de médecine tropicale - Université d'Oxford

## **Contre le paludisme, il est temps de passer aux ACT**

La scène se déroule quelque part en Afrique. Il est encore tôt ce matin, mais, comme tous les jours, de nombreuses personnes attendent déjà devant ce dispensaire de brousse. Des mères, surtout, qui emmènent un enfant fiévreux. Cette fièvre là, les mères africaines savent qu'elles doivent la redouter : elle peut être le signe d'un paludisme, une maladie qui risque d'emporter leur enfant.

Le médecin qui les recevra partage les craintes de ces mères. Il connaît bien les ravages du paludisme : **un malade sur trois**, dans sa consultation quotidienne, en souffre. Chaque jour, sur nos terrains, les Médecins Sans Frontières soignent en moyenne 3 000 malades du paludisme (toutes sections MSF confondues)... Une maladie aussi banale que l'est chez nous le rhume ou l'angine en hiver. En beaucoup plus grave. Aujourd'hui, le paludisme fait deux millions de morts par an. **Toutes les trente secondes, il tue un enfant.**

Pourtant, mourir du paludisme ne devrait pas être une fatalité : un médicament existe... mais il n'est pas disponible pour tous ceux qui en auraient besoin dans un dispensaire africain...

**A l'occasion de la Quatrième journée africaine de lutte contre le paludisme, le 25 avril 2004, Médecins Sans Frontières lance une campagne de mobilisation contre le paludisme<sup>2</sup>.**

**Parce que le paludisme est un fléau contre lequel on ne lutte pas à armes égales**

Aujourd'hui, on compte 4 fois plus de cas, 3 fois plus de morts que dans les années 1970... Le paludisme est la maladie la plus souvent traitée par les équipes de MSF en Afrique et représente plus de 1 million de consultations toutes sections confondues par an, hors épidémies (dont 250 000 pour la seule section française)...

**Alors qu'aujourd'hui, soigner un malade coûte dix fois plus cher, Médecins Sans Frontières lance une campagne pour passer aux ACT**

Les traitements anciens (chloroquine, Fansidar®, amodiaquine) sont de moins en moins performants, rendant la maladie plus difficile à soigner. Face à ces échecs thérapeutiques de plus en plus fréquents, des médicaments développés à partir d'une plante chinoise ont prouvé leur efficacité pour combattre le paludisme : il s'agit des dérivés d'artémisinine. Aujourd'hui, ils peuvent être associés à un autre antipaludéen, constituant ainsi les ACT. Mais, si ce traitement, recommandé par l'OMS, est le traitement le plus efficace pour soigner les malades, il n'est encore que trop marginalement employé dans les pays à forte prévalence :

- il nous faut convaincre les pays africains d'autoriser les équipes médicales qui sont prêtes à passer aux ACT pour soigner correctement les malades
- il faut les convaincre de changer leur protocole de prise en charge,
- il faut faire baisser les prix de ces traitements pour les mettre à la portée des pays pauvres.
- Il faut convaincre les bailleurs de fonds publics de financer ces traitements.

Aujourd'hui, ce sont les donateurs privés qui nous permettent de fournir des traitements efficaces aux 3000 malades que nous soignons chaque jour. Aujourd'hui, faute d'une volonté politique pour passer aux ACT, le paludisme fait 2 millions de morts par an...

**L'objectif : une mobilisation pour nous donner les moyens d'agir**

Par cette campagne, nous cherchons à :

- sensibiliser le public à la gravité de cette maladie.
- inciter des donateurs à financer des traitements pour soigner le paludisme. Le prix d'achat d'un traitement (test diagnostique + médicament efficace contre le paludisme coûte environ 2 euros.)

---

<sup>2</sup> elle s'étendra sur toute l'année 2004.

## **Le paludisme : 2 millions de morts par an**

---

Mal connu en France (environ 7 000 cas par an, presque exclusivement chez les voyageurs de retour de zones impaludées), le paludisme est l'une des affections humaines les plus meurtrières, avec 1,5 à 2,4 millions de morts par an, dont la moitié ont moins de cinq ans. Chaque jour, en Afrique, les Médecins Sans Frontières soignent en moyenne 3 000 malades du paludisme...

2,3 milliards de personnes sont exposées au risque d'infection, soit 40 % de la population mondiale. Il affecterait entre 300 et 500 millions de personnes dans le monde chaque année et fait entre 1,5 et 2,4 millions de morts par an.

### **9 cas sur 10 en Afrique, surtout des enfants**

Le paludisme est observé dans plus de 100 pays, mais 90% des cas se situent en Afrique subsaharienne.

Il est la cause de 30% à 50% des admissions hospitalières sur le continent africain (source OMS) et la première cause de mortalité chez les enfants africains. On estime qu'un enfant en meurt toutes les 30 secondes.

Les accès répétés de paludisme, fréquents dans les zones impaludées, provoquent chez les enfants anémie chronique, malnutrition, retards de croissance, vulnérabilité à d'autres infections...

### **La première pathologie soignée par les équipes MSF en Afrique**

Chaque jour, en Afrique, nos médecins soignent en moyenne 3 000 malades du paludisme au total (et environ 1 100 000 de cas par an toutes sections MSF confondues). Pour la seule section française, ce sont environ 600 malades soignés chaque jour et 232 672 cas soignés en 2002, hors épidémies. En 2003, 350 000 malades ont été pris en charge par la section française de MSF, dont 100 000 lors d'épidémies. On estime qu'environ 30% des patients soignés dans nos missions sur ce continent sont touchés par cette maladie. Cette maladie constitue le quotidien des consultations en Afrique et est une urgence quotidienne pour nos équipes.

### **Un coût économique et social considérable**

On estime à 12 milliards de dollars US le montant des pertes annuelles pour le continent noir, soit 1 point de croissance perdu chaque année à cause du paludisme<sup>3</sup>. « *Conséquence de l'effet cumulatif sur trente-cinq ans, le Produit intérieur brut des pays africains est aujourd'hui inférieur de 32% à ce qu'il aurait été sans le paludisme* », déclarait ainsi l'OMS lors du Sommet africain d'Abuja, au Nigeria, le 25 avril 2000, en lançant la campagne « faire reculer le paludisme ». Une famille pauvre africaine peut se retrouver à consacrer un quart de son revenu annuel à la prévention et au traitement du paludisme.

#### **Lire aussi en annexes :**

- **MSF et le paludisme**
- **Fiches d'activités paludisme MSF**
- **Qu'est-ce que le paludisme ?**

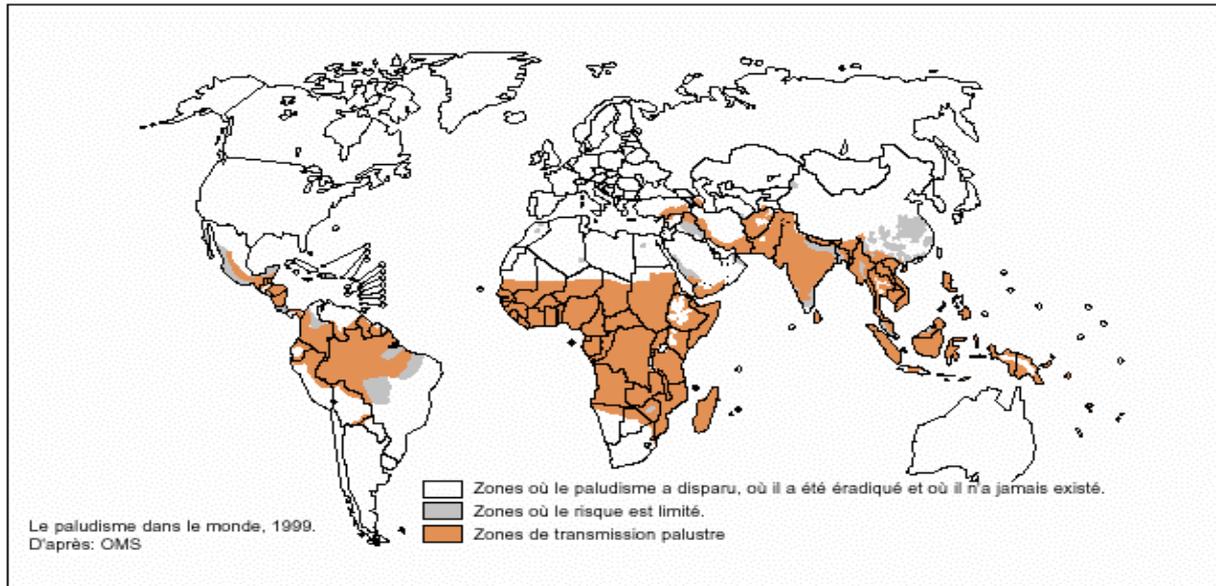
---

<sup>3</sup> source OMS, *Communicable diseases* 2002, p 176. Voir références documentaires en annexes

## Une maladie que l'on rêvait d'éradiquer, mais...

Dans les années 1960, on caressait l'espoir d'éradiquer cette maladie parasitaire. Pourtant, depuis une vingtaine d'années, le paludisme progresse sur tous les fronts et commence à réapparaître dans des régions dont il avait totalement disparu, comme en Turquie, au Moyen-Orient... Aujourd'hui, on dénombre quatre fois plus de cas et trois fois plus de morts que dans les années 1970 et la maladie se manifeste sous une forme aiguë, catastrophique, épidémique...

### LE PALUDISME DANS LE MONDE



Ci-dessus: Le paludisme dans le monde. Le paludisme est endémique dans les régions tropicales et subtropicales.

### L'Afrique subsaharienne, particulièrement touchée

Avec les campagnes d'éradication ou de contrôle de la maladie dans les pays au climat tempéré, le paludisme a disparu de nos régions méridionales dans les années 1960. A l'époque, les médicaments développés à la période coloniale permettaient effectivement de guérir de cette maladie. Depuis une vingtaine d'années, le paludisme est en recrudescence dans presque toute l'Afrique subsaharienne. Le nombre annuel moyen de cas déclarés était quatre fois plus élevé entre 1982 et 1997, qu'entre 1962 et 1981. Les quelques succès ont été réduits à néant par l'émergence de résistances aux médicaments et insecticides dans les zones à forte transmission et par l'appauvrissement des infrastructures.

Par conséquent, les décès se sont multipliés. Alors qu'il avait baissé régulièrement depuis le début des années 1900 jusqu'au début des années 1980, et qu'il continuait à baisser dans le reste du monde, le taux annuel de mortalité due au paludisme a augmenté de façon spectaculaire en Afrique au cours des deux dernières décennies.

En lançant, en 2001, sa première journée africaine du paludisme, l'OMS souhaitait que, d'ici 2005, « 60% des personnes souffrant du paludisme aient accès rapidement à un traitement adéquat, que 60% des femmes enceintes aient accès à un traitement préventif et que 60% de la population à risque utilise des moustiquaires. »

### Regain d'épidémies en Afrique

Le paludisme se manifeste de plus en plus souvent sous une forme aiguë catastrophique, épidémique. De 1997 à 2002, 35 régions ont connu des épidémies de paludisme. De nouvelles flambées sont attendues à chaque saison des pluies.

Le paludisme à *P. falciparum* s'étend aujourd'hui à de nouvelles régions. Fin 2000, la maladie a flambé dans les collines du Burundi, dans ces régions en altitude de l'Afrique des grands lacs qui étaient, jusqu'alors, épargnées. On estime à plus de 3,4 millions le nombre de cas, pour une population de 6,5 millions d'habitants. Nos équipes médicales ont soigné 700 000 personnes. Le nombre des décès a été estimé à plus de 10 000 durant cette épidémie.

En Afrique de l'Est, chaque saison des pluies marque le retour du pic saisonnier du paludisme. Fin 2003, nouvelle épidémie, au Sud du Soudan et en Ethiopie : au Soudan, dans les villages isolés, nos équipes médicales soignent 71 000 personnes au total... En Ethiopie, MSF prend en charge 29 000 malades dans l'East Wollega.

**Les raisons de ce retour en force :**

- La mutation constante des parasites qui rendent la quasi-totalité des traitements utilisés jusqu'à aujourd'hui inefficaces, même en bi-thérapie (c'est-à-dire en traitement combiné, la combinaison la plus courante étant la chloroquine et le Fansidar®).
- Les variations climatiques. Le climat et le relief ont une incidence sur la transmission par le moustique, particulièrement à la saison des pluies (par exemple, El Niño a provoqué une épidémie de malaria au nord-ouest du Kenya en 1997).
- La pression démographique conduit à une occupation de terres situées dans des zones impaludées et autrefois moins peuplées exposant des populations dépourvues d'immunité au parasite.
- Les conditions de vie précaires des populations exposées aux conflits armés (notamment déplacées) et l'incidence des crises économiques sont aussi des facteurs d'explosion épidémique, sur fond de dégradation générale de l'accès aux soins : aujourd'hui 50% de la population des régions les plus pauvres d'Afrique n'ont pas accès aux médicaments antipaludéens.

**Lire aussi en annexes :**

- **histoire de la lutte contre le paludisme**
- **fiches d'activités Burundi, Ethiopie et Soudan**

## Un combat à armes inégales

---

**Si un tel nombre de personnes sont infectées, et ré-infectées, par la maladie, c'est parce que les médicaments efficaces il y a trente ans, ne le sont plus aujourd'hui, Pourtant, ces médicaments inefficaces sont encore massivement utilisés et l'accent est trop souvent mis sur la prévention...**

**La recherche sur le paludisme reçoit 1 000 à 10 000 fois moins de financements que les travaux sur le sida et, en dehors des ACT, peu de progrès sont faits en faveur de nouvelles molécules.**

La gravité de ces épidémies est révélatrice d'un problème majeur : les parasites responsables du paludisme sont devenus résistants aux médicaments les plus couramment utilisés ; de nombreux insecticides sont, eux, devenus inefficaces face à un moustique, lui aussi, de plus en plus résistant ; les mesures de prévention sont insuffisantes voire inaccessibles à la plupart des pays touchés ; quant au vaccin, il n'est pas prêt d'être mis au point.

**Epuisement de la chloroquine** : depuis les années 1950, la chloroquine (Nivaquine®, premier antipaludéen) fut une arme très efficace. Mais son usage sans contrôle a favorisé l'émergence de souches de résistances au parasite. Selon l'OMS, un traitement est efficace si le taux d'échec est inférieur à 5%. S'il dépasse 25%, il faut changer de protocole. Aujourd'hui, ce taux est atteint par la plupart des pays africains touchés par le paludisme en ce qui concerne la chloroquine. Or, on prescrit de la chloroquine bien qu'elle ne marche pas dans 80% des cas. « *Au moins 200 études montrent l'inefficacité de la chloroquine* », Bernard Pécoul, directeur de la Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels, MSF (rapport Agir maintenant, Médecins Sans Frontières, avril 2003).

**Les autres anti-paludéens habituellement prescrits** - Fansidar® et amodiaquine rencontrent aussi des résistances dans de nombreux de pays où ils sont utilisés. La sulphadoxine-pyriméthamine (Fansidar®) a été utilisée pour contrer les résistances à la chloroquine. Elle fut efficace pendant cinq ans seulement avant qu'une résistance à la SP apparaisse.

**Les moustiquaires imprégnées** ont, pendant des années, suscité un enthousiasme aujourd'hui mitigé par les problèmes de coût (à raison de 3 ou 4 dollars, les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont hors de portée des revenus de la majorité des Africains). Elles sont difficiles à mettre en place d'un point de vue logistique et des résistances aux insecticides sont apparues. A l'heure actuelle, les moustiquaires imprégnées sont utilisées par moins de 5% des personnes « à risque » (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique sub-saharienne). De plus, toute stratégie de contrôle du paludisme axée uniquement sur la prévention est vouée à l'échec si elle ne repose pas aussi sur un traitement efficace et sur des mesures d'éradication du vecteur et du parasite.

**Aujourd'hui, il n'existe pas de vaccin contre le paludisme.** Depuis 1998, une quarantaine de vaccins ont fait l'objet de recherches et actuellement, plus de douze prototypes de vaccins sont à l'étude dont certains en sont déjà à la phase d'essai clinique : vaccins à partir d'antigènes du parasite susceptibles d'entraîner une immunité humorale (les anticorps) et des vaccins à partir de l'ADN du parasite. Si le récent décryptage de la carte complète du génome du parasite et du moustique ouvre de nouvelles voies, les chercheurs estiment que les résultats seront difficilement mis au point avant une quinzaine d'années. Il faut donc continuer à faire « sans » et le défi principal réside donc dans les traitements.

## Les ACT : le traitement le plus efficace aujourd'hui

Face au paludisme, nous ne sommes pourtant pas désarmés. « *Les mères africaines ignorent que leurs enfants meurent d'une maladie guérissable et que les bailleurs de fonds pourraient choisir de financer un traitement efficace qui les sauverait.* » déclarait Nick White<sup>4</sup>, Ce traitement, ce sont les ACT, *Artemisinin-based combination therapy* (combinaisons à base d'artémisinine) aujourd'hui seuls véritablement efficaces contre la maladie.

L'artémésinine, issue d'une plante chinoise, a largement prouvé son efficacité sur d'autres continents, comme l'Asie. Des études menées dans de nombreux pays impaludés (2 millions de cas traités) démontrent à la fois son efficacité, sa facilité d'administration (injectable ou voie orale en une dose quotidienne), l'absence d'effets secondaires et de résistances. Elle élimine plus rapidement les parasites présents dans le sang. C'est donc un atout en phase épidémique : elle « casse » la transmission épidémique.

Pour augmenter son effet, mais aussi retarder l'apparition de résistances, elle est administrée en association avec une autre molécule, SP, amodiaquine ou méfloquine : ce sont les ACT, combinaisons thérapeutiques. La faible parasitémie restante grâce à l'effet de l'artémisinine est éliminée par le deuxième antipaludéen d'action plus prolongée.

Toujours pour limiter l'apparition de résistances, mais aussi pour réduire les coûts, il est aussi indispensable d'améliorer le diagnostic du paludisme en procédant à des examens de laboratoire : leur utilisation permet un diagnostic précis, et donc de traiter uniquement les personnes affectées par le paludisme, ce qui diminue de près de 50% le nombre des cas réellement à soigner. En règle générale, aujourd'hui, le diagnostic se fait surtout sur des signes cliniques (fièvre, courbatures, vomissements...) assez peu spécifiques et des antipaludéens sont donc donnés à des personnes qui ne souffrent pas de paludisme.

### Un traitement recommandé par l'OMS

En 2002, l'OMS publie une recommandation claire sur la nécessité d'utiliser les ACT dans les pays touchés par les résistances aux antipaludéens classiques. « *L'OMS, sur l'avis d'experts internationaux, recommande l'introduction de polythérapies pour remplacer les monothérapies dans le traitement du paludisme... L'OMS préconise en particulier le recours à des associations médicamenteuses contenant des dérivés d'artémisinine – ACT* »<sup>5</sup>.

### Un médicament encore cher

Produit en faibles quantités, ce médicament est plus cher que la chloroquine. Un traitement de première ligne chloroquine ou SP coûte actuellement entre 0,2 et 0,5 \$ alors qu'un traitement ACT oscille entre 1,2 et 2,4 \$ (pour MSF : 1\$ + 0,5 \$ pour le test rapide), soit cinq à six fois plus cher que des traitement classiques mais... inutiles. Pour de nombreux patients, cette différence est le prix de la vie. Un prix que, malheureusement, bien peu de personnes en Afrique peuvent payer. Seule une fabrication à grande échelle pourra faire significativement baisser le prix.

**Lire aussi en annexes :**  
- **Qu'est-ce que les ACT ?**  
- **Qui produit les ACT ?**

<sup>4</sup> Nick White, président du Wellcome Trust Southern Asian Tropical medicine Research Units et professeur de médecine tropicale - Université d'Oxford

<sup>5</sup> OMS, communiqué, février 2002

## **L'engagement de MSF pour passer aux ACT**

---

**Faute de volonté politique, ce médicament n'est pas disponible dans la majorité des pays africains. Leur utilisation doit être autorisée par les protocoles de santé nationaux, la production augmenter et le prix baisser. MSF se bat quotidiennement, sur le terrain comme sur le front de la recherche, pour l'utilisation des ACT.**

### **Un engagement de MSF pour ses patients**

Afin de garantir aux patients des soins adéquats dans des contextes de résistances aux anciens traitements, MSF a décidé depuis 2001 d'introduire systématiquement les ACT comme traitement de première ligne pour tous ses malades atteints du paludisme. Ce changement de politique repose sur le constat de la progression de la pharmacorésistance en Afrique et sur l'expérience acquise d'utilisation des ACT dans les pays asiatiques (Thaïlande, Cambodge, Birmanie, Pakistan, Afghanistan).

MSF propose son soutien aux pays africains qui changent de protocole en faveur de la mise en place des ACT : c'est le cas au Burundi et au Liberia.

La Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME) milite pour convaincre les pays africains de choisir des médicaments efficaces dans leur protocole national, les bailleurs de financer ces traitements, les industries pharmaceutiques d'en augmenter la production, de faire baisser les prix des traitements et de poursuivre la recherche pour de nouvelles molécules. Si des médicaments sont à l'étude, il est en effet probable qu'aucune nouvelle molécule contre le paludisme ne sera disponible dans les pays à forte prévalence dans les dix prochaines années. Le soutien politique et financier à la R&D pour de nouveaux antipaludéens est donc capital.

Enfin, MSF apporte son soutien au DNDi (Initiative pour les Médicaments pour les maladies négligées) qui stimule la recherche de co-formulations d'artésunate+amodiaquine.

### **Des conflits avec les autorités sanitaires**

Dans de nombreux pays, pourtant, les équipes MSF se heurtent à la difficulté d'offrir à leurs patients des traitements efficaces. Certaines autorités de la santé résistent à introduire ces traitements plus chers, produits en quantité insuffisante, comme protocole de traitement de première ligne dans les structures de santé publiques ou même à les utiliser lors d'épidémies, tant que tous les malades n'y ont pas accès. Les schémas thérapeutiques officiels privilégient les solutions les moins chères, aux dépens de l'efficacité. En respect de leur éthique, nos médecins sont souvent contraints d'importer et de prescrire hors du cadre légal national ces médicaments parce qu'ils ne sont pas autorisés dans les pays où nous travaillons. Une situation absurde, donc, qui nous oblige à nous battre pour soigner des malades !

### **Les pays passés aux ACT**

Les pays asiatiques sont déjà passés aux ACT et ont enregistré un spectaculaire recul de la maladie. Parmi les pays africains, le Malawi, le Kenya, le Botswana, la Zambie, la province du Kwazulu-Natal uniquement pour l'Afrique du Sud, le Burundi et Zanzibar en Tanzanie ont adopté les ACT. Le Liberia vient de changer son protocole en faveur des ACT, la Sierra Leone également. La décision a été prise pour le Cameroun, le Ghana, Sao Tome, les Comores et la Guinée équatoriale.

D'autres pays sont en discussion pour le faire : le Soudan et l'Éthiopie, qui ont connu des épidémies en 2003, le Sénégal et le Mozambique...

### **Lever les obstacles politiques et financiers**

L'argument financier est souvent invoqué pour justifier ces résistances à passer aux ACT. Or, ceux-ci traduisent surtout l'absence de volonté politique : une production insuffisante, les industries pharmaceutiques ne recevant pas de pressions pour augmenter la production, donc des prix élevés, et des réticences des pays africains à abandonner les médicaments inefficaces mais économiques dans leurs protocoles de soins nationaux.

Ces pays ont besoin d'être encouragés et accompagnés par les bailleurs dans la mise en place de nouveaux protocoles pour être en mesure d'en assurer les surcoûts : le Fonds Global, créé par les Nations unies pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a récemment déclaré ne plus désormais accepter de financer de médicaments inutiles. Le coût global de ces changements doit être mis en regard du coût du paludisme. Comme le démontrait ce haut fonctionnaire de la santé du KwaZulu Natal<sup>6</sup> « *Si le traitement du paludisme est plus onéreux, le coût supplémentaire doit être mis en balance avec l'accroissement des coûts sociaux. Si nous n'avions pas changé notre politique, un cercle vicieux se serait installé : le paludisme se serait aggravé, il aurait fait davantage de victimes, les médias en auraient parlé, le tourisme en aurait souffert et il y aurait eu moins d'argent dans le système. Il y aurait eu moins d'argent disponible pour les services de santé.* »

Autre exemple, pour le Burundi, une étude réalisée en janvier 2002 par MSF<sup>7</sup> montrait qu'un changement de protocole en faveur des ACT se chiffrerait à 1,6 millions de dollars par an, sur la base de 2 millions de cas par an dans le pays. 1,6 millions de dollars auquel il faut ajouter le coût des tests de diagnostic rapide (0,50 \$ l'unité).

---

<sup>6</sup> Rapport d'évaluation de la Southeast African Combination Antimalarial Therapy, février 2002

<sup>7</sup> Nouveaux protocoles nationaux pour le traitement du paludisme en Afrique – Etudes de cas : Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzanie et Ouganda. MSF, janvier 2002

## **Les enjeux de la campagne pour passer aux ACT**

En lançant cette campagne « il est temps de passer aux ACT », Médecins Sans Frontières veut obtenir la possibilité de soigner correctement les malades. Il nous faut sensibiliser le public et les acteurs impliqués à l'enjeu de nouveaux traitements et collecter des fonds pour lutter contre une maladie meurtrière.

**Utiliser des médicaments efficaces, en particulier dans les contextes épidémiques :**  
Les ACT « cassent » la transmission en abaissant rapidement la charge parasitaire dans le sang. Ils sont donc plus adaptés en période d'épidémie, alors qu'il faut prendre en charge des centaines de patients. La chloroquine et le Fansidar® ne sont, nous l'avons vu, quasiment plus efficaces pour soigner les cas simples. Le schéma thérapeutique actuel le plus fréquent en Afrique pour les cas sévères est la quinine. La quinine est certes très efficace, mais elle est beaucoup plus difficile à manier et n'est pas plus économique que les dérivés d'artémisinine.

### **Le droit à des traitements efficaces contre le paludisme :**

Le paludisme fait 5 000 morts par jour ; nous soignons 600 malades du paludisme par jour pour la section française, environ 3 000 toutes sections confondues. Ce passage aux ACT ne doit pas être une mesure d'exception pour MSF, mais ces traitements doivent être disponibles pour tous les malades qui en ont besoin, même en dehors des périodes d'épidémies. Donc, dans les pays à fortes résistances, le changement du protocole national en faveur de ces combinaisons thérapeutiques s'impose. Il faut une vraie volonté politique en faveur d'une vraie lutte contre le paludisme.

### **Mobiliser des fonds pour financer ces traitements**

Se rendre à l'évidence qu'un traitement plus cher vaut mieux que pas de traitement du tout : que donner de la chloroquine à un enfant africain risque, à 80%, de n'avoir aucun effet bénéfique contre son paludisme. C'est le choix médical et politique qu'a fait Médecins Sans Frontières. Un choix en faveur d'un traitement plus cher mais efficace que nous demandons à de nombreux donateurs de soutenir. Les ACT utilisés par MSF sont financés sur fonds privés essentiellement, les bailleurs publics et les gouvernements hésitant trop souvent encore à financer les ACT.

Pour lever les obstacles politiques, les bailleurs de fonds et agences internationales doivent financer ces nouveaux traitements et cesser de financer des médicaments inutiles. Ils doivent soutenir les initiatives rompant avec une culture du moindre coût pour la santé qui se paie en millions de vies...

**Lire aussi en annexes : les fiches activités par pays**

## **La campagne « Il est temps de passer aux ACT »**

---

### **La campagne**

**Un message** : le paludisme est une arme de destruction massive. Pour le combattre, il faut se donner les moyens de passer aux ACT.

**Quand ?** Une campagne lancée à l'occasion de la 4<sup>ème</sup> Journée africaine du paludisme, le 25 avril 2004, et qui se poursuivra le reste de l'année 2004.

### **Les partenaires**

#### **L'AGENCE AUSTRALIE**

« Avant même d'y voir un objet de communication, cette cause nous a touchés en tant qu'individus, tant les chiffres de l'épidémie nous ont semblé ahurissants au regard du silence médiatique qui pèse sur le paludisme et ses conséquences. C'est pourquoi nous sommes fiers aujourd'hui de participer à la lutte que mène Médecins Sans Frontières contre le paludisme et contre l'indifférence. En tant qu'agence de communication, nous souhaitons faire ressentir l'urgence et la gravité de la situation sans pour autant verser dans le misérabilisme nauséabond ou le spectaculaire gratuit qui trop souvent guident les traitements publicitaire et médiatique de sujets de cette nature. Nous espérons avoir réussi, nous espérons que cette communication sera un porte-voix efficace et juste pour Médecins Sans Frontières dans son combat contre le paludisme. »

#### **Merci à toute l'équipe qui a travaillé bénévolement :**

Nicolas Bellet, concepteur-rédacteur  
Laure Boguais, productrice  
Florian Carlo de Preaulx, chef de publicité  
Etienne de Laharpe, planneur stratégique  
Murielle Germond, production TV/radio  
Jean-Philippe Gontran, directeur de la création  
Véronique Lafargue, directrice artistique  
Jérôme Leclabart, directeur général  
Michel Jeanclaude, vice-président

#### **FRANCE TELECOM**

Met gracieusement à notre disposition le numéro indigo magique 32 60 dites « Médecins Sans Frontières » (0,15 euro la minute pour l'appelant).

#### **TRANSCOM WORLDWIDE**

Filiale du Groupe suédois KINNEVIK, c'est le réseau de centre de contacts le plus important d'Europe avec ses 39 implantations dans 17 pays. TRANSCOM propose des solutions internationales dans le domaine de la gestion des relations clientèles aussi bien au niveau d'émissions que de réceptions d'appels, ainsi que le traitement des courriers et e-mails.

Partenaire depuis 2000 des opérations Télémarketing de Médecins sans Frontières, le centre de TRANSCOM TULLE (situé en Corrèze), souhaite aujourd'hui s'engager activement auprès de MSF pour sa campagne de lutte contre le paludisme. « Parmi nos valeurs figure notamment celle d'être reconnu comme entreprise socialement responsable et respectueuse de son environnement dans chaque pays dans lequel nous opérons. Cet engagement se symbolise par la mise à disposition de nos moyens techniques et de nos équipes spécialisées pendant toute la durée de l'opération afin d'assurer l'enregistrement des dons de personnes qui auront composé le 32 60. Les 400 collaborateurs de TRANSCOM TULLE sont fiers de s'associer à cette campagne. »

## **AIR FRANCE**

AIR FRANCE nous apporte son concours en diffusant largement le message de la campagne, notamment dans les avions (vidéo et magazine de bord). D'autres actions sont engagées en parallèle pour sensibiliser les clients (affiches à Orly) et le personnel de la compagnie (information dans les publications internes du groupe). Au centre de vaccination des Invalides, un mini-guide « Agir contre le paludisme », co-produit par MSF et le Guide du Routard, en partenariat avec AIR France, sera mis à la disposition des voyageurs pendant tout l'été.

## **LE GUIDE DU ROUTARD**

Le site *routard.com* qui dispense une information complète sur le paludisme (état des lieux de la maladie, conseils pratiques pour le voyage) s'est associé à Médecins Sans Frontières pour le contenu du mini-guide « Agir contre le paludisme ». Partenaire de la campagne d'action de MSF, toute l'équipe du routard, déjà sensibilisée à la cause par son expérience de terrain dans les régions tropicales, s'est investie pour relayer le message.

### **Les soutiens de la campagne**

Affimext ; Bueil Publicité ; Clear Channel ; Insert ; JC Decaux/ Avenir ; JC Decaux Airport ; Metrobus ; Viacom Outdoor ; Aviation Sans Frontières ; Le Crédit Coopératif.

### **Merci pour leur précieuse collaboration à :**

Catherine Bourgoïn, Institut Pasteur : réalisation de photos macro pour la modélisation du moustique en 3D pour le spot TV

Professeur François Rodhain, Institut Pasteur : prêt de diapositives de moustiques anophèles

Bernard et Brigitte Surugue, IRD Audiovisuel : images de moustique anophèle avec l'aimable autorisation de Bernard Surugue, réalisateur de *Un jour comme les autres*/ IRD audiovisuel/droits réservés.

## **Eléments techniques**

### **PHOTOS LIBRES DE DROIT**

Florence Gaty : reportages Sud Sudan (couleur) et Ethiopie (noir et blanc)

Disponibles pour téléchargement en haute définition sur [www.msf.fr/photospalu](http://www.msf.fr/photospalu)

### **VIDEO PRESS RELEASE**

Durée : entre 18' ou 20' (confirmation mardi soir)

Réalisation : Etat d'Urgence Production. François Dumaine, Sara Mac Leod et Estelle Goré

Disponible sur demande à François Dumaine au 01 40 21 28 40

### **VISUEL DE LA CAMPAGNE / ANNONCE PRESSE**

Disponible pour téléchargement sur [www.msf.fr/photospalu](http://www.msf.fr/photospalu)

Print : couleur ou noir et blanc

Disponibles sur demande à partir du 22 avril. Contact pour demandes de spécifications techniques (formats et supports) : Florence au 01 40 21 28 07.

### **SPOT RADIO : version de 30'' et version de 35''**

Réalisation : le studio Possible - Stéphane Martin et Franck Delabre

Voix : Joël Demarty et Johanna Menuteau

Disponible sur demande. Contact : Florence au 01 40 21 28 07.

### **SPOT TV : durée 30''**

Réalisation : Def2shoot

David Danesi, superviseur effets spéciaux ; Dan Elhadad, graphiste 2D ; Michel Kinfoussia, graphiste 3D ; Stéphane Soubiran, graphiste 3D ; Grégoire Pédrón, graphiste.

Disponible sur demande. Contact : Florence au 01 40 21 28 07.

# Annexes

## Médecins Sans Frontières et le paludisme

La section française de MSF soigne des malades du paludisme dans 17 pays africains, comptant 34 projets et 101 centres de soins MSF ou cliniques mobiles (Données 2002).

En 2003, ce sont 350 000 malades qui ont été soignés : 250 000 hors épidémies et 100 000 pris en charge lors d'épidémies (Soudan et Ethiopie).

Toutes sections confondues (France, Belgique, Espagne, Hollande, Suisse), MSF prend en charge environ 1 000 000\* de malades du paludisme chaque année dans ses programmes.

\* Détails du nombre de malades pris en charge selon les sections Médecins Sans Frontières :

- France : 250 000 personnes
- Belgique : 522 000
- Hollande : 261 000
- Suisse : 120 000

soit un total de 1 153 500 malades pris en charge par an

# Burundi

## Un des premiers pays d'Afrique à utiliser des dérivés d'artémisinine

### Une épidémie d'une ampleur sans précédent



Le Burundi a été touché, de fin 2000 à juillet 2001, par une épidémie de paludisme d'une ampleur sans précédent, certainement l'épidémie la plus grave jamais décrite sur le continent africain. Près de 3,5 millions de cas ont été recensés sur l'ensemble du territoire, pour une population de 6,5 millions de personnes. Elle a vraisemblablement causé des milliers de victimes : selon une étude MSF<sup>8</sup>, l'épidémie a tué 12 780 personnes entre septembre 2000 et mars 2001, soit beaucoup plus que les décès directement causés par la guerre civile sur la même période.

**n 8 mois, MSF a diagnostiqué et soigné près de 1,2 millions de personnes dans les provinces de Kayanza, Ngozi et Karuzi, au nord du pays.** Mais l'utilisation d'un traitement plus efficace aurait certainement permis de sauver des vies.

### Des médicaments devenus inefficaces

Cette épidémie a touché, pour la première fois, des zones de moyenne à basse endémie (zones de hauts plateaux, de 1 400 à 1 700 mètres d'altitude). Dans ces régions, les populations étaient peu immunisées, ce qui a favorisé l'explosion du nombre de cas et entraîné une mortalité élevée. Le développement des cultures de marais, qui a favorisé la profusion de moustiques vecteurs de la maladie, l'arrêt de la lutte anti-vectorielle depuis la reprise du conflit en 1993 et les forts taux de résistances aux médicaments recommandés dans le protocole national à cette époque pour le traitement de première ligne (chloroquine et sulphadoxine-pyriméthamine - ou SP, également connue sous son nom commercial Fansidar®) sont les différents facteurs qui expliquent l'émergence et la durée de cette épidémie. Car les médicaments utilisés n'étaient plus efficaces. Des études de résistances menées par MSF l'ont clairement démontré : selon les provinces, les taux de résistance s'élevaient de 50 à 90 % pour la chloroquine et de 13 à 63 % pour le Fansidar®.

### Trois ans de bataille pour changer le protocole de traitement

MSF s'est alors battu pour utiliser, dans un premier temps, des combinaisons à base d'artémisinine pour les patients que les équipes prenaient en charge, mais en vain. Cette prise de position a provoqué un conflit avec les autorités allant jusqu'à provoquer l'expulsion de notre chef de mission en 2001. L'association a donc mené une importante campagne de sensibilisation et d'information pour convaincre les autorités burundaises de l'intérêt de changer le protocole de traitement, et d'y inclure les dérivés d'artémisinine.

Une réunion de consensus, organisée en juillet 2002 par le ministère de la Santé burundais, rassemblant différents ONG et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a entériné la décision de changer le protocole national. Un Comité de Pilotage a été constitué en septembre 2002 pour préparer l'introduction de ce nouveau protocole sur l'ensemble du territoire. En novembre 2003, le nouveau protocole a définitivement été mis en place et combine des dérivés d'artémisinine (l'Artesunate) avec un autre antipaludéen encore efficace, l'Amodiaquine. Le Burundi est ainsi devenu un des premiers pays d'Afrique, avec la Zambie et Zanzibar (Tanzanie) à utiliser les dérivés d'artémisinine.

MSF est directement associé à cette opération, notamment dans la province de Makamba pour laquelle nous nous sommes engagés à fournir les médicaments antipaludéens pendant un an au minimum dans les centres de santé de la province et pour l'hôpital de référence de Makamba, où MSF est présent. Car l'activité liée au paludisme y est particulièrement élevée. **Dans le service maternité, par exemple, le paludisme est la pathologie principale et représente chaque mois entre 75% et 86% des hospitalisations.**

<sup>8</sup> Legros D, Dantoine F. Rapport interne Epicentre MSF. *Malaria Epidemics in Burundi*. Sept 2000-May 2001, page 14. Ce chiffre est estimé sur la base du nombre de décès dus à une fièvre. L'intervalle de confiance est de 9 115 à 18 959.

# CONGO- BRAZZAVILLE

## Les ACT, peut-être, mais à quel prix ?



La région de la Likouala, située au Nord du Congo, le long du fleuve Oubangui se caractérise par son isolement aussi bien géographique que sanitaire.

Face aux besoins de la population - estimée à 41000 personnes dont un peu plus de la moitié sont des réfugiés de la RDC ou de la RCA voisines- et à l'isolement de la région, Médecins Sans Frontières, en accord avec le ministère de la santé s'est investi dans des activités de soins curatifs et préventifs, entièrement gratuits dans toute la zone, et dans les centres de santé d'Eboko, Boyélé et Bétou.

### **Centre de Bétou : le paludisme, première cause de consultation**

Le centre de santé de Bétou, qui vient d'être réhabilité et agrandi par MSF, est devenu le centre de référence du district : capacité d'hospitalisation de 71 lits, activité chirurgicale d'urgence... Il enregistre un total de 26052 consultations sur l'année 2003. Le paludisme reste la première cause de consultations et représente, selon les mois, au minimum 20% et jusqu'à 40% de celles-ci. Sur le seul dernier trimestre 2003, plus de 2200 tests rapides (paracheck) ont été effectués dont la moitié sur des enfants de moins de cinq ans. 77 % de ces enfants (soit 855 sur 1110) ainsi que 74 % (soit 31 sur 42) des femmes enceintes se sont révélés positifs.

### **Médecins Sans Frontières utilise les ACT**

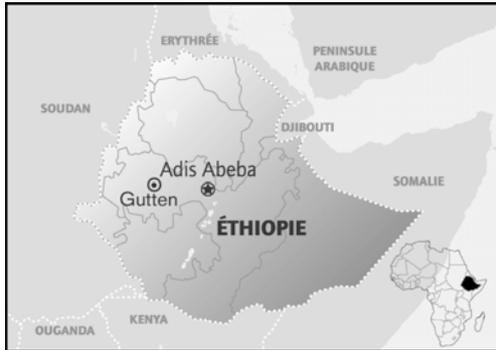
Depuis mars 2002, dans le programme de Bétou, les cas de paludisme non compliqués et confirmés par test rapide (paracheck) sont soignés selon le protocole associant un dérivé d'artémisinine à du Sulfadoxide + Pyriméthamine (SP). Dans un premier temps, seuls les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes étaient concernés par ce protocole. Des sessions de formation dans le but d'étendre ce protocole à l'ensemble de la population ont été faites aux différents prescripteurs (médecins, infirmiers) : pour le centre de Bétou, en juin 2003, pour Eboko, en juillet 2003 et pour Boyélé, en août 2003.

### **Des ACT qui seront payants**

Médecins Sans Frontières a pu utiliser en accord avec le ministère de la Santé, les dérivés d'Artemisine dans ses protocoles de traitement même si ces dérivés ne font pas encore partie du protocole national. Le changement de ce dernier est actuellement en discussion. Un comité auquel participe Médecins Sans Frontières, notamment à travers une étude des résistances menée par la section hollandaise, décidera du futur protocole qui sera adopté dans tout le pays. Dans l'expectative la plus optimiste, c'est-à-dire celle qui comprendrait l'utilisation généralisée des ACT, il restera néanmoins le problème de l'accès à ces médicaments, au demeurant très chers. En effet, aujourd'hui, au Congo, la population quel que soit son niveau d'indigence, doit payer ses soins, y compris ses médicaments pour pouvoir être soignée.

# Ethiopie

## « Deux champs de bataille »



La région de l'East Wellega compte environ 1,2 millions d'habitants, dont plus de 60% directement exposés au risque du paludisme.

Au détour d'une mission exploratoire dans cette zone (à 400 km de la capitale Addis Abeba), une de nos équipes a découvert à la fin du mois d'octobre dernier un grand nombre d'habitants touchés par la maladie.

En urgence, nous avons mis en place un dispensaire sous tente afin de venir en aide au centre de santé publique de Gutten, dépourvu de moyens et par conséquent dans l'incapacité de prendre en charge les patients. L'objectif principal était de réduire rapidement le taux de mortalité observé dans la zone. Mais face à l'ampleur de l'épidémie et faute d'autorisation du gouvernement pour utiliser des médicaments à base d'artémisinine, la prise en charge des patients s'est heurtée à de nombreuses difficultés, à la fois sur le terrain, mais aussi dans nos relations avec le ministère de la Santé.

### Lourd traitement...

Opérationnelle le 12 novembre 2003, notre structure d'accueil a vite été débordée face au nombre de patients qui venaient se faire dépister et soigner. Malgré les dispensaires mobiles que nous avons également mis en place sur la zone (ce qui nous permettait de visiter trois sites deux fois par semaine, et de référer les cas les plus sévères sur le centre de santé), nous n'avons malheureusement pas pu contrôler toute la zone et avons été contraints d'annuler ou de reporter certaines visites, au regard de l'afflux massif de patients à Gutten, et surtout à cause de la lourdeur de la prise en charge.

Ainsi, l'inefficacité des médicaments de première ligne (Chloroquine + SP) obligeait les équipes à utiliser la quinine, médicament de seconde ligne, certes très efficace, mais qui nécessite trois prises par jour, espacées de 8 heures, pendant cinq jours. De plus, la difficulté de soigner les patients avec un tel traitement augmentait terriblement lorsqu'il s'agissait des enfants de moins de cinq ans, premières victimes de la maladie et qui occupaient plus de 80% des places disponibles dans le centre. En effet, ces enfants en bas âge rejettent la quinine administrée par voie orale : seule une injection intra-rectale pourra contourner cette difficulté, à raison là aussi de trois prises par jour, pendant cinq jours... Un traitement lourd, trop lourd, notamment au plus fort d'une épidémie qui voyait le centre accueillir près d'une centaine de patients, sans compter la gestion des va-et-vient incessants des dispensaires mobiles, qui allaient soigner chaque jour plusieurs centaines de cas dans les environs de Gutten, et revenaient avec les cas les plus sévères, ou avec des enfants.

### Et sourde oreille...

Simultanément à la "crise", nous avons décidé d'alarmer les autorités sur l'urgence de permettre aux équipes l'utilisation de dérivés d'artémisinine. En vain. Nous avons également tenté de convaincre les principaux bailleurs. Mais ceux-ci ont tardé à réagir et n'ont commencé à soutenir notre action qu'à la fin de l'épidémie. Enfin, nous avons invité la presse à venir se rendre compte par elle-même de la situation à Gutten. Convaincue de l'urgence, celle-ci nous a permis d'imposer le débat sur la place publique.

Aujourd'hui le débat est lancé, des études de résistance menées sur 14 sites ont toutes révélées – officieusement à ce jour – des taux d'inefficacité inacceptables des médicaments de première ligne, et le gouvernement éthiopien se dit prêt à réfléchir à la mise en place d'un nouveau protocole national prévoyant l'utilisation des ACT (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisine)... Entre temps, nos équipes auront mené plus de 44 000 consultations, soigné près de 29 000 patients, dont 5 900 enfants de moins de cinq ans...

## L'Afrique de l'Ouest

Liberia et Côte d'Ivoire sont fortement touchés par le paludisme

### Le Liberia, pionnier malgré la guerre

En 2000, une étude conduite par Epicentre à l'hôpital d'Harper, à la frontière avec la Côte d'Ivoire, révèle des taux très élevés de résistance aux antipaludéens classiques. La résistance à la chloroquine est de 74%, et dépasse les 50% pour le Fansidar®. Sur la base de cette étude, Médecins Sans Frontières entame les discussions avec le ministère de la Santé libérien pour changer le protocole national de traitement contre le paludisme, et y inclure les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (ACT)



*A peine un mois avant le déclenchement des offensives des rebelles du LURD sur la capitale, le gouvernement entérine le changement de protocole. C'est probablement l'une des dernières décisions majeures du régime de Charles Taylor, renversé quelques semaines plus tard. Depuis, la demande de fonds pour permettre le passage aux ACT a été acceptée. 12 millions de dollars devraient bientôt être débloqués par le Fonds Global pour permettre l'application de ce nouveau protocole.*

### Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, 70% des enfants hospitalisés à l'hôpital de Bouaké souffrent d'un paludisme grave. Dans cet ex-CHU, où MSF travaille depuis le début de la crise ivoirienne en octobre 2002, 2/3 des consultations externes en pédiatrie concernent des cas de paludisme. Le pays est en discussion pour réviser son protocole de traitement du paludisme mais des combinaisons d'artémisinine sont disponibles dans les pharmacies du pays.

# République Démocratique du Congo

## Le Nord Katanga, ravagé par la guerre



### Des structures de soins délabrées

Le Nord de la province du Katanga, dans le Sud-est de la RDC, est une zone particulièrement secouée par la guerre et où les structures de santé sont délabrées. Médecins Sans Frontières a réhabilité une partie de ces structures pour faire face aux besoins de santé importants de la population locale comme celle déplacée par la guerre.

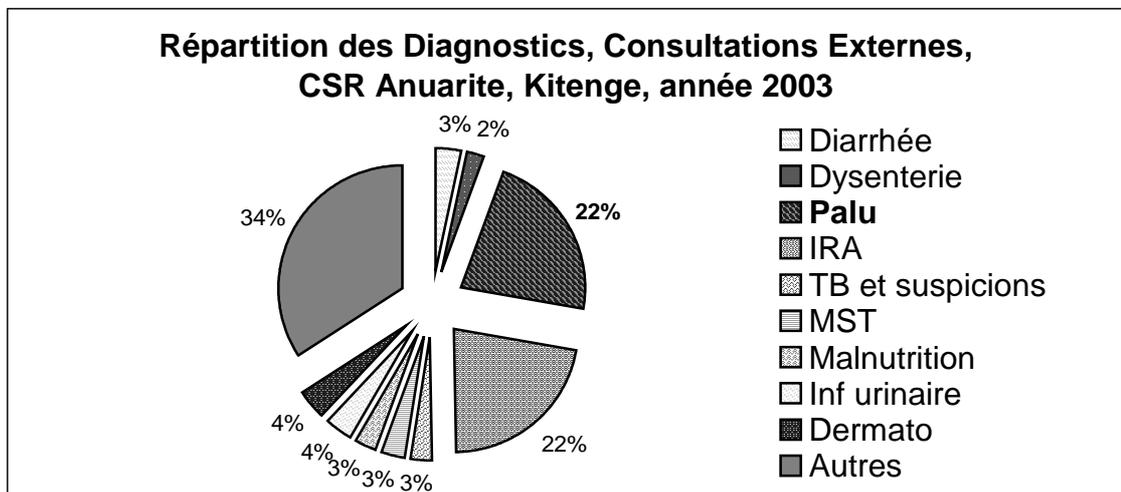
Les malades se déplacent, parfois de très loin, couvrant jusqu'à plus de 50 kilomètres pour se présenter dans un dispensaire.

### Le paludisme, principale cause de consultation

Sur l'ensemble des centres de santé pris en charge par MSF dans cette province, le paludisme est l'une des pathologies les plus fréquentes. Les équipes utilisent les combinaisons thérapeutique à base d'artémisinine pour soigner les patients.

### Le centre de santé de Kitenge

Dans le centre de santé de référence d'Anuarité, à Kitenge, 23 111 consultations ont été pratiquées en 2003, dont 26% d'enfants de moins de 5 ans. Sur la même période, le paludisme représente 19% de la morbidité hospitalière globale et 28% de la morbidité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans.



### Le centre de santé de Kileo

Le village de Kileo est situé au sud de Kitenge, à une quarantaine de kilomètres. Le centre de santé y a été construit par la communauté villageoise et MSF en 2002. Bien que précaire et exiguë, cette structure de santé a tout de même permis d'accueillir un afflux de personnes en consultation externe, qui a culminé en mars 2003 avec 1350 consultations (l'activité sur 2002 avait oscillé entre 100 et 650 consultations mensuelles). Le paludisme confirmé par test a représenté 38,5% des consultations.

# Sierra Leone

## Vers un changement de protocole national ?



La Sierra Leone se relève lentement de près de dix ans d'un conflit armé qui a fait des dizaines de milliers de morts et provoqué le déplacement de près de deux millions de personnes.

Malgré la paix, les conditions de vie de la population restent très difficiles, avec un revenu moyen de moins de 150 euros par an et par personne, et une espérance de vie qui ne dépasse pas quarante ans.

### **Le paludisme, une des causes majeures de mortalité en Sierra Leone**

« La Sierra Leone est, probablement, proportionnellement au nombre d'habitants, le pays où il y a le plus de paludisme au monde. » Francesco Checchi, épidémiologiste à Epicentre.

Une étude du Ministère de la Santé a ainsi montré qu'à Freetown, la capitale, 42% des décès pédiatriques étaient imputables à cette maladie. Au sud du pays, des chercheurs ont pu montrer que le paludisme était responsable de 27% des décès, toutes populations confondues.

Mais ici comme dans nombre d'autres pays d'Afrique, les traitements anti-paludéens classiques se révèlent largement inefficaces.

Après une étude de résistance au niveau national, et de longues discussions entre le ministère de la Santé, l'OMS, MSF et d'autres ONGs, le gouvernement sierra-léonais a finalement annoncé au mois de mars dernier l'adoption d'un nouveau protocole national, incluant les dérivés d'artémisinine. D'ici à la fin 2006, les ACT devraient être disponibles dans tout le pays. Reste à mettre en pratique cette décision politique.

### **Médecins Sans Frontières à Kailahun**

Créé en 2001 pour permettre à la population de cette région dévastée par la guerre d'accéder aux soins, l'hôpital MSF de Kailahun accueille de très nombreux patients atteints par le paludisme. Ainsi, en 2003, 65% des hospitalisations en pédiatrie étaient dues à cette maladie. Sur un total de près de 15 000 consultations externes, plus de la moitié - soit 8300- sont liées au paludisme.

Kailahun a également été l'un des cinq sites de l'étude de résistance conduite par MSF, l'OMS et d'autres ONGs sur le traitement du paludisme. Engagée en octobre 2002, cette étude a confirmé des taux de résistance importants pour la chloroquine (78,8% à Kailahun) et le Fansidar® (46,1% à Kailahun).

### **L'étude des résistances**

*" Antimalarial resistance has reached crisis proportions in Sierra Leone. The efficacy of the current first-line treatment, CQ, is dramatically low, with obvious consequences for morbidity and mortality. This treatment should be abandoned as soon as possible, and combination therapy introduced. SP resistance, in steep ascent throughout Africa, is concerning in Sierra Leone, and precludes its effective use. A combination of artesunate and AQ should be prioritised for deployment; however, its efficacy should be verified in key sites. Artemether-lumefantrine (Coartem®) is an alternative option. "*

Extrait du rapport « Efficacy of Antimalarials in Sierra Leone : results form Six in vivo Studies of Chloroquine, Sulfadoxine-Pyrimethamine and Amodiaquine"- Francesco Cecchi, Epicentre- octobre 2003

### **Enfin un nouveau protocole de traitement**

MSF a mené sur plus de deux ans un travail de pression sur les autorités sierra-léonaises pour les amener à accepter l'utilisation de nouveaux traitements contre le paludisme, alors que les médicaments classiques ont fait la preuve de leur inefficacité. Finalement, au mois de mars dernier, le gouvernement sierra-léonais a annoncé lors d'une réunion de concertation avec l'OMS, MSF et d'autres ONGs, qu'il adoptait un nouveau protocole national de traitement du paludisme, en y incluant les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine. Les ONGs sont invitées à participer dès maintenant à la mise en place de ces ACT.

Le gouvernement sierra-léonais vient de déposer une demande de subventions auprès du Fonds Global pour financer ce changement de protocole. Une fois l'argent débloqué, restera à organiser la formation du personnel soignant au diagnostic et à la prise en charge de la maladie avec ces nouveaux traitements, puis toute la mise en place pratique des ACT. Cet énorme chantier de santé publique devrait être achevé à la fin 2006.

### **RECIT D'UNE VOLONTAIRE A KAILAHUN**

*Alors que la France connaît une canicule historique, la Sierra Leone est sous la pluie. Claire, habituellement médecin à l'hôpital Mondor à Créteil, est en mission à Kailahun. Chaque jour, des enfants, surtout des bébés, arrivent dans l'hôpital frappés par le paludisme. Les places manquent, c'est l'urgence.*

« Aujourd'hui, comme chaque matin depuis quelques semaines, il fait gris, saison des pluies oblige. Il paraît qu'en France, en ce moment même, c'est la canicule. Les victimes de coup de chaud, en particulier les personnes âgées, affluent vers les hôpitaux qui sont parfois débordés par la situation. Ici, aussi on est débordé. Mais ce sont des enfants, surtout des bébés qui arrivent sans cesse et c'est le paludisme qui nous les envoie. Chaque matin, je me demande ce qui m'attend dans le secteur pédiatrique. J'ai l'impression de plonger dans l'arène quand j'entre dans ce bâtiment de torchis, un peu sombre, au milieu des cris, des odeurs et de la promiscuité humaine... Nous avons dû doubler notre capacité d'accueil de 30 enfants à 60. Dans chaque lit, on case 2 enfants et 2 mères. Le pire ce sont les soins intensifs : environ 3 enfants par lits, des tuyaux d'oxygène qui s'entremêlent, des perfusions accrochées aux poutres de la structure, les mères qui dorment sous les lits à même le sol. Quand arrive un petit dans un état critique, je décide très vite quel enfant est le moins « mal » pour faire une place au nouvel arrivant. Coma, convulsions, anémie sévère, détresse respiratoire, dans plus de 80% des cas, il s'agit de manifestations liées au paludisme. Alors, il faut tenir le temps qu'agissent les traitements spécifiques. Je me souviens d'une petite fille en arrêt respiratoire que nous ventilions manuellement. C'était l'heure du déjeuner, on était tous fatigués, on avait faim et elle ne respirait toujours pas. Mais son cœur continuait à battre, alors on ventilait, on aspirait les poumons, on reventilait. Infirmiers, aide-soignants, docteur, on s'est relayés pendant quelques heures sans trop y croire. Et, puis elle a poussé un gros soupir, suivi de mouvements respiratoires chaotiques, mais de plus en plus organisés... Trois jours plus tard, elle était accrochée au dos de sa mère, prête à repartir au village. C'était magique.

Bien sûr, ce n'est pas toujours comme ça. La mort est trop souvent au rendez-vous. Mais les succès sont si nombreux que je ne me pose vraiment pas la question de l'utilité de ce travail. Et aujourd'hui, comme chaque jour, je continue à avancer, convaincue. »

# Soudan

## Face à une épidémie, s'adapter aux conditions climatiques

Les équipes MSF d'Akuem, dans la province du Bahr-el-Ghazal, au sud du Soudan, entre les mois de juin et décembre 2003, ont soigné plus de 71 000 malades du paludisme dont près de 50 000 grâce à des cliniques mobiles utilisant un moyen de locomotion un peu particulier : des bicyclettes.



Comment faire lorsque le paludisme frappe une région entière, mais que la montée des eaux, suite à une saison des pluies particulièrement violente empêche tout déplacement des équipes médicales par voiture ? En utilisant un autre moyen de locomotion, en l'occurrence des bicyclettes.

Pour faire face à la recrudescence des cas autour d'Akuem, dans les comtés d'Aweil Est et Nord, MSF a mis en place des cliniques mobiles, composées de deux personnes, un infirmier et un assistant, qui se déplacent à vélo.

Au total, 15 équipes ont été constituées : 6 fonctionnent au départ d'Akuem, 4 de Madhol (Aweil Est) et 5 de Gok Machar (Aweil Nord). Dans chaque village, les équipes diagnostiquent, soignent et délivrent des médicaments à des centaines de personnes lors de chaque passage. Au total, 40 bicyclettes ont été achetées à Nairobi au Kenya pour ces équipes mobiles à vélo qui seront en action jusqu'à ce que la décrue des eaux permette à nouveau aux véhicules de circuler.



**Chaque équipe mobile transporte de quoi diagnostiquer et soigner près de 400 malades lors des tournées qui durent entre 4 et 5 jours.**

49 262 personnes ont ainsi pu être diagnostiquées et soignées par ces équipes à vélo. Elles ont permis de soigner les malades isolés dans leur village à cause de la montée des eaux et incapables de se rendre dans les centres de santé. *"Ces équipes mobiles à bicyclette ont ainsi certainement évité la mort d'enfants et de personnes vulnérables qui seraient, sans cette aide, restées bloquées chez elles"* rappelle Greg Elder, le coordinateur médical de MSF. Au total, avec les cliniques mobiles et les différentes structures fixes mises en place par MSF, 71 000 personnes ont pu être soignées depuis le mois d'août.

## Protocole de prise en charge du paludisme dans les missions de Médecins Sans Frontières<sup>9</sup>

### Etat des lieux :

Nous devons garantir, dans nos missions, un diagnostic et un traitement efficace à tous les patients que l'on soigne et en priorité à la population la plus vulnérable (enfants et femmes enceintes).

Or actuellement on constate que les traitements anti-paludéens sont inadaptés dans beaucoup de nos missions. Pour d'autres pays nous savons que la chloroquine utilisée est très probablement inefficace mais nous n'avons pas de données suffisantes sur un traitement alternatif fiable. Enfin certaines missions utilisent un anti-paludéen efficace d'après les équipes et pour lequel le niveau de résistance rapporté dans les publications est à un niveau acceptable. Mais nous savons qu'en utilisant ces molécules en monothérapie et à grande échelle, on risque de voir émerger assez rapidement des résistances.

### Modalités de la mise en place des ACT pour le traitement de 1<sup>ère</sup> ligne du paludisme non compliqué à *P.falciparum* :

#### Où ?

Dans toutes les missions où MSF est impliqué directement dans la prise en charge des patients. Cela suppose donc qu'il y ait un suivi et un contrôle possible du diagnostic et du traitement.

#### Comment ?

Toute suspicion clinique de paludisme doit être confirmée par une goutte épaisse positive ou un test rapide (paracheck) positif avant le traitement.

Le personnel MSF expatrié et local doit avoir compris l'intérêt de ce traitement, ses modalités de prescription (voir protocoles) et doit expliquer clairement au patient la prise du traitement et l'importance de poursuivre le traitement à la maison. La première dose de traitement doit être prise sous supervision d'un agent de santé.

#### Pour qui ?

La combinaison thérapeutique (CT) comprenant un Dérivé d'Artémésinine (DA) est à recommander comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne pour tous les patients.

Ceci est particulièrement indiqué dans les régions où le paludisme est hypoendémique ou de transmission instable ou lorsque des populations ont migré d'une région hypoendémique vers une région endémique à transmission stable. En effet dans ces situations toutes les tranches d'âge sont à risque d'évoluer vers un paludisme sévère. Les régions hypoendémiques ou de transmission instable sont grossièrement les régions de hauts plateaux (> 1500m) et les zones sahélo-sahariennes.

Pour les populations vivant dans des régions endémiques, l'acquisition d'une immunité se fait en général vers l'âge de 5 ans (plus tard si la transmission n'est pas intense). Elle assure une protection qui limite les symptômes du paludisme et protège contre un accès palustre sévère.

Dans cette situation la CT comprenant un DA doit être recommandée comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne en priorité aux enfants ≤ 5 ans et aux femmes enceintes. Cette recommandation doit être élargie si possible à toutes les classes d'âge (pour des raisons pratiques et également pour diminuer la transmission et l'émergence des résistances).

---

<sup>9</sup> Extrait du document « Prise en charge du paludisme non compliqué à plasmodium falciparum sur les missions MSF en Afrique », Dr Suna Balkan, département médical Paris, 24/10/01

## **Situations particulières :**

### **- Epidémies**

Elles surviennent en général dans les régions hypoendémiques et/ou de transmission instable. Toutes les tranches d'âge sont symptomatiques et à risque d'évoluer vers un paludisme sévère. Par ailleurs dans une épidémie une forte charge gamétoctaire circule, assurant la transmission du paludisme. Il faut réduire au plus vite cette charge gamétoctaire grâce à un diagnostic et un traitement efficace précoce. La CT avec un DA a l'avantage d'être rapidement efficace et d'agir sur les gamétoctes, pouvant ainsi diminuer la transmission. Cette propriété des DA est donc particulièrement intéressante en situation épidémique.

L'artésunate sera associée à un 2<sup>ème</sup> anti-paludique dont le choix dépend du niveau de résistance (SP, AQ ou CQ). Si celui-ci n'est pas connu dans la région de l'épidémie, on pourra utiliser le Coartem® qui est une association comprenant de l'artémether et de la luméfantine ou l'association Artésunate + méfloquine (voir les protocoles d'utilisation).

### **- Projets de recherche opérationnelle:**

Il serait intéressant d'évaluer la mise en place de cette CT par des études apportant des arguments en leur faveur (compliance, économie, évolution des mutations, diminution de la charge gamétoctaire) afin de convaincre les autorités de santé nationales et internationales de la pertinence de ces CT. Par ailleurs il est important pour MSF d'évaluer l'efficacité réelle des CT dans nos contextes d'intervention (sans DOTS). Ces études devront être proposées au cas par cas par le terrain ou par le siège et seront menées en collaboration avec Epicentre.

## **Guide Line examens de laboratoire :**

### **Qu'est-ce que le Paracheck ?**

Le Paracheck est un test rapide qui détecte la présence de Plasmodium Falciparum (P.f) dans le sang. C'est une détection indirecte du P.f puisqu'il détecte l'antigène HRP-2 sécrété par le trophozoïte et le gamétoctes au moment où ils parasitent le globule rouge.

C'est une mesure qualitative (présence ou non de P.f) et non pas quantitative (ne peut quantifier la parasitémie). Le résultat est obtenu dans les 10 minutes par une technique très simple. Ce test a une très bonne sensibilité (95%) donc il est aussi fiable qu'un bon microscopiste. L'inconvénient majeur est qu'il reste positif 7 à 14 jours après le traitement et donc il ne sert à rien de le refaire pendant cette période là.

### **Critères cliniques nécessaires à la réalisation d'un parascheck :**

Toute suspicion clinique de paludisme doit être confirmée par un parascheck :

→ Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou présence de fièvre dans les 2 derniers jours

PLUS au moins un des critères suivants :

- Anémie
- Splénomégalie
- Céphalées
- Absence d'autres infections (otite=0, pneumonie =0, angine=0)

→ Suspicion de paludisme sévère

### **Interprétation du Résultat et Conduite à tenir :**

#### **1- Le résultat est positif :**

→ Le patient a au moment du test un paludisme à P.f: traiter

→ Le patient a la cicatrice d'un P.f traité : demander au patient quand et quel traitement il a reçu pour son épisode de paludisme. Si le traitement vous paraît insuffisant (chloroquine, Fansidar alors qu'une résistance élevée est connue dans la zone), donner le traitement optimal (Combinaison thérapeutique avec un dérivé d'artémésinine). Si le patient a reçu le

traitement optimal dans les 15 derniers jours avec une bonne observance : ne pas traiter. Rechercher d'autres causes de fièvre.

**2- Le résultat est négatif :**

→ Le patient n'est pas infecté par le P.f: chercher une autre cause de fièvre par un nouvel examen clinique.

→ Le patient est peut-être infecté par P.Malariae, P.ovale, P Vivax : Si la prévalence est élevée pour l'un de ces 3 types de Plasmodium (PV en Asie du sud Est, Sri Lanka, Amérique Centrale), il peut être utile de donner un traitement par Chloroquine. Sinon et c'est le cas pour la plupart des pays d'Afrique, la prévalence de ces formes étant très basse: ne pas donner de traitement anti-palustre et chercher un autre diagnostic.

→ Le patient a des signes de paludisme sévère : traiter comme un paludisme sévère

**3- Le résultat est douteux ou pas interprétable :**

→ Refaire le test.

## Les protocoles MSF de prise en charge ACT

### Protocole Artésunate + Amodiaquine

Indication :

Paludisme non compliqué confirmé par un test rapide positif ou une goutte épaisse positive.

Posologie et mode d'administration :

Artésunate cp à 50 mg sécable + Amodiaquine cp à 200mg Base sécable

Prendre les 2 médicaments en une prise orale par jour. La première prise doit être supervisée.

J1 : Artésunate 4mg/kg/jour + Amodiaquine Base 10mg/kg/jour

J2 : Artésunate 4mg/kg/jour + Amodiaquine Base 10mg/kg/jour

J3 : Artésunate 4mg/kg/jour + Amodiaquine Base 10mg/kg/jour

Poids (kg)	Age	Artésunate 50 mg (4mg/kg/j) J1, J2, J3	Amodiaquine Base 200mg (10mg/kg/j) J1, J2, J3
5 – 7 kg	< 6mois	½ cp	¼ cp
7,1 – 12 kg	7 mois – 24 mois	1 cp	½ cp
12,1 – 20 kg	25 mois – 7 ans	2 cp	1 cp
20,1 – 30 kg	8 – 12 ans	2 cp	1 cp ½
30,1 – 40 kg	13 – 15 ans	3 cp	2cp
40,1 – 50 kg	> 15 ans	4 cp	2 cp ½
50,1 – 60 kg		4 cp	3 cp
> 60 kg		5 cp	3 cp

Contre-indication :

1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (donner Quinine pendant 7 jours)

Poids < 5 kg (donner Quinine pendant 7 jours).

Effets indésirables :

Artésunate : est en général très bien toléré. On peut observer cependant des effets rares et mineurs à type de douleurs abdominales, nausées.

Amodiaquine : utilisé en traitement curatif, ils sont rares et mineurs à type de nausées et vomissements et de prurit. Les risques d'effets secondaires décrits lorsque l'amodiaquine était utilisée en prophylaxie sur la lignée sanguine et les fonctions hépatiques (agranulocytose et hépatite) ne sont pas observés en traitement curatif.

### Protocole Artésunate+ Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)

Indication : Paludisme non compliqué confirmé par un test rapide positif ou une goutte épaisse positive.

Posologie et mode d'administration :

Artésunate cp à 50 mg sécable + S/P (500 mg de sulfadoxine + 25 mg de pyriméthamine)

Prendre les médicaments en une prise orale par jour. La première prise doit être supervisée.

La SP est donnée le premier jour seulement, l'artésunate pendant 3 jours

J1 : Artésunate 4mg/kg/jour + SP 1cp/20kg de poids

J2 : Artésunate 4mg/kg/jour

J3 : Artésunate 4mg/kg/jour

Poids	Artésunate cp 50 mg (4mg/kg/j) J1, J2, J3	Fansidar J1
5 - 7 kg	½ cp	½ cp
7,1 - 12 kg	1 cp	½ cp
12,1 - 20 kg	2 cp	¾ cp
20,1 - 30 kg	2 cp	1 cp
30,1 - 40 kg	3 cp	1 cp ½
40 - 50 kg	4 cp	2 cp
50,1 - 60 kg	4 cp	2 cp ½
> 60 kg	5 cp	3 cp

Contre-indication :

1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (donner Quinine pendant 7 jours)  
Poids < 5 kg (donner Quinine pendant 7 jours).

Effets indésirables :

Artésunate : est en général très bien toléré. On peut observer cependant des effets rares et mineurs à type de douleurs abdominales, nausées.

SP : des effets secondaires rares mais graves ont été rapportés : syndrome de Lyell, syndrome de Stevens -Johnson, agranulocytose. Sinon peut provoquer des nausées, vomissements, réactions allergiques cutanées. Ne pas associer au cotrimoxazole (risque de majoration des effets secondaires)

### **Protocole de Traitement par Coartem**

Co-artemeter = Coartem®

1 comprimé contient 20 mg d'artemether et 120mg de luméfantrine.

Indication :

- Paludisme non compliqué confirmé par un test rapide positif ou une goutte épaisse positive.
- En situation épidémique

Posologie et mode d'administration :

Il faut prendre le traitement en 2 prises par jour pendant 3 jours

La première prise doit être supervisée.

- Il faut prendre le traitement avec de la nourriture riche en lipides (amélioration ++++ de l'absorption de la luméfantrine)

Poids	Jour 1	Jour 2	Jour 3
10 kg - 14kg	1 cp x 2	1 cp x 2	1 cp x 2
15 kg - 24kg	2 cp x 2	2 cp x 2	2cp x 2
25kg - 34kg	3 cp x 2	3 cp x 2	3 cp x 2
> 35 kg	4 cp x 2	4 cp x 2	4 cp x 2

Contre-indication:

- 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (donner Quinine pendant 7 jours)
- enfant de moins de 1 an ou poids < 10kg (donner Quinine pendant 7 jours ou Artésunate + 2<sup>ème</sup> anti-paludique)

Effets secondaires : rares et mineurs

→ Troubles du sommeil, céphalées, douleurs abdominales, nausées, prurit, asthénie, arthralgies.

## Protocole Artésunate+ Mefloquine

Indication :

→ Paludisme non compliqué confirmé par un test rapide positif ou une goutte épaisse positive.

→ Situation épidémique

Posologie et mode d'administration :

Artésunate cp à 50 mg sécable + Mefloquine 250 mg sécable

Prendre les médicaments en une prise orale par jour.

La première prise doit être supervisée.

La Mefloquine (MFQ) est donnée le premier et deuxième jour, l'artésunate pendant 3 jours.

J1 : Artésunate 4mg/kg/jour + MFQ 15 mg/kg/jour

J2 : Artésunate 4mg/kg/jour + MFQ 10 mg/kg/jour

J3 : Artésunate 4mg/kg/jour

Poids	Artésunate cp 50 mg J1, J2, J3 (4mg/kg/j)	MFQ cp 250 mg (15mg/kg/j) J1	MFQ cp 250 mg (10mg/kg/j) J2
5 - 7 kg	½ cp	¼ cp	¼ cp
7,1 - 12 kg	1 cp	½ cp	½ cp
12,1 - 20 kg	2 cp	1 cp	½ cp
20,1 - 30 kg	2 cp	1 cp ½	1 cp
30,1 - 40 kg	3 cp	2 cp	1 cp ½
40 - 50 kg	4 cp	2 cp ½	1 cp ¾
50,1 - 60 kg	4 cp	3 cp	2 cp
> 60 kg	5 cp	4 cp	2 cp ½

Contre-indication :

1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (donner Quinine pendant 7 jours)

Poids < 5 kg (donner Quinine pendant 7 jours).

Effets indésirables :

Artésunate : est en général très bien toléré. On peut observer cependant des effets rares et mineurs à type de douleurs abdominales, nausées.

MFQ: nausées , vomissements, ces symptômes peuvent être majorés si prise concomitante d'un repas riche en graisse. Des troubles neuro-psychiatriques à type de vertiges, cauchemar, angoisse peuvent survenir, sont réversibles à l'arrêt du traitement.

## **Qu'est-ce que les ACT ?**

### **Arthémisia, plante millénaire**

Depuis plus de 2000 ans la médecine chinoise utilise cette plante, l'Artemesia Annuua ou armoise chinoise, en infusion pour faire baisser la fièvre et soulager d'autres symptômes associés au paludisme. En 1972, le principe actif de cette plante fut isolé et baptisé artémisinine. Les Chinois transformèrent ensuite l'Artémisinine pour la mettre sous forme médicamenteuse. Depuis plus de dix ans, les ACT sont utilisés en Asie avec une efficacité bien supérieure à celle de la quinine. Cependant, il faut plus de 18 mois pour que la plante arrive à maturité et pour pouvoir en extraire les principes actifs. Actuellement, cette culture se fait principalement en Chine et au Viet-Nam mais d'autres pays comme l'Inde ou la Tanzanie l'ont également mise en route.

### **L'exemple du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud)**

L'introduction des ACT dans la province de Kwazulu-Natal en Afrique du Sud depuis février 2001, couplée à un renforcement de la lutte anti-vectorielle a entraîné un recul spectaculaire de la maladie : de 41 786 cas en 2000 à 9 443 en 2001 (soit moins 78% !). Les admissions hospitalières pour cause de paludisme ont diminué de 82% et le nombre des décès de 87% dans la même période.

## **Qui produit les ACT aujourd'hui ? (liste non exhaustive)**

### **Producteurs européens :**

Novartis ; société basée en Suisse, vend une coformulation ACT (artéméther + Luméfantrine) : le Coartem (commercialisé en France sous le nom de Riamet).

Prix : 2,4 US\$ la dose pour un adulte

Sanofi-Synthelabo, société basée en France, vend sur le marché africain de l'artésunate, produit par le fabricant chinois Guilin, sous le nom d'Arsumax.

Prix : 1,26 US\$

Sanofi annonce un blister combiné d'Artumax et d'amodiaquine. Cette combinaison vient d'être préqualifiée par l'OMS.

Prix : 1,32 US\$

Mepha, société basée en Suisse, a mis au point une combinaison d'artésunate et de méfloquine en blister pour le marché asiatique et développe sous blister une combinaison d'artésunate et d'amodiaquine pour le marché africain.

Prix : non fixé

### **Producteurs asiatiques :**

**Indiens :** plusieurs sociétés indiennes développent des blisters d'ACT :

Prix Ipca : 1,5 E

Prix Medicamen (en collaboration avec Danikpharma/Mission Pharma) : 1,5 US\$

Prix Cipla : 1,5 US\$

**Chinois et vietnamiens :** Avec les Chinois, les Vietnamiens sont les principaux extracteurs et synthétiseurs de matières premières pour les dérivés d'artémisinine. Au Vietnam, plusieurs de ces producteurs de matières premières investissent pour satisfaire aux normes internationales de fabrication des comprimés et proposeront des produits finis meilleurs marché à partir de 2004. Ces comprimés ne sont vendus en Afrique qu'à des institutions à but non lucratif et à des gouvernements pour le marché public africain.

**Producteurs africains :** la société kenyane Cosmos a lancé une production d'un dérivé d'artémisinine et il existe maintenant des cultures de la plante en Tanzanie.

## Qu'est-ce que le paludisme ?

Le paludisme est une maladie provoquée par 4 espèces de protozoaires (parasites unicellulaires) du genre Plasmodium : falciparum, vivax, ovale et malariae. Les parasites infectent les globules rouges. La plupart des décès sont dus au falciparum, responsable d'affections cérébrales.

### ***Le vecteur***

Le paludisme est transmis à l'homme par un moustique, l'anophèle femelle, qui pique pour se nourrir de sang et stimuler ainsi la production de ses œufs. La ponte se fait principalement dans des eaux stagnantes (flaques d'eau, marais...), -en latin, « palud » signifie « marais »- ce qui explique la recrudescence de la maladie en saison des pluies.

### ***Le cycle de la maladie***

Le parasite plasmodium se développe dans l'estomac du moustique. En piquant l'homme, il lui injecte dans le sang sa salive infectée. Le parasite s'installe alors dans le foie humain où il se multiplie. Puis les parasites migrent dans le sang où ils tuent les globules rouges. Un anophèle sain vient piquer un homme infecté et sucer son sang infecté. Le cycle est ainsi fermé.

### ***Quels symptômes, quelles populations à risque ?***

Les symptômes du paludisme apparaissent plusieurs jours après que la personne soit piquée (entre 9 à 14 jours selon le Plasmodium). En règle générale, le paludisme s'accompagne de fièvres importantes, frissons, douleurs articulaires, courbatures, nausées.... Le parasite migre dans le corps et va progressivement infecter les globules rouges. Le paludisme peut aussi se manifester chez l'enfant par des troubles digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements) ou des troubles de la conscience comme la somnolence, le délire ou le coma. Chez le bébé, il peut entraîner l'impossibilité de boire ou de téter. Plus fréquents chez l'adulte, les troubles rénaux ou encore l'œdème aigu du poumon, presque toujours fatal.

En l'absence de traitement, la maladie peut s'aggraver voire devenir mortelle surtout chez les personnes les plus vulnérables (enfants, femmes, vieillards...).

### ***Comment le dépister ? Le test rapide***

Tout accès de fièvre chez un individu doit paraître suspect et nécessite un diagnostic d'urgence. On peut pratiquer des tests rapides et fiables même en l'absence de laboratoire : on prélève une goutte de sang au bout d'un doigt, qu'on étale ensuite sur une lame dont la coloration révèle ou non la présence du parasite dans les globules rouges. Ce diagnostic précoce permet de mettre rapidement le malade sous traitement et éviter ainsi l'évolution vers un paludisme plus grave qui entraînera la mort dans près de 30% des cas.

## Histoire la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme débute en 1948, lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lance un programme mondial pour éradiquer la maladie. L'usage de l'insecticide DDT comme moyen de prévention et le traitement par la chloroquine étaient à la base de ce programme. Celui-ci visait essentiellement les pays faiblement impaludés comme l'Europe du sud, l'Amérique du Nord, Hong Kong, une partie de la Malaisie, l'île Maurice et Singapour où la maladie a, depuis, été éradiquée. L'Afrique subsaharienne n'en a pas bénéficié, l'OMS jugeant l'éradication difficile à cause du taux élevé de transmission et du manque d'infrastructure. Suite au développement d'une résistance parasitaire au DDT et aux inquiétudes grandissantes sur le caractère néfaste de ce pesticide, cette méthode a été abandonnée.

En 1969, l'OMS décide de combattre le paludisme en préconisant l'usage de la chloroquine dans les pays où la maladie subsiste. Bon marché et rapide, la chloroquine, est, au départ, efficace. Mais son usage sans contrôle a favorisé la propagation du paludisme et la résistance du parasite. La sulphadoxine-pyriméthamine (SP ou Fansidar®) a été utilisée pour contrer ce problème. Elle sera efficace pendant cinq ans seulement avant qu'une résistance à la SP n'apparaisse. La chloroquine et la SP ont développé de telles résistances qu'aujourd'hui, leur action est devenue inefficace, ce qui n'empêche pas leur utilisation. Ces traitements, en effet, continuent d'être prescrits.

Selon l'OMS, un traitement est efficace si le taux d'échec est inférieur à 5%. S'il dépasse 25%, il faut changer de protocole. Aujourd'hui, ce taux est atteint par la plupart des pays africains touchés par le paludisme en ce qui concerne la chloroquine. Les gouvernements et la communauté internationale ont progressivement pris en compte l'ampleur de la crise. Ainsi, FRP (Faire Reculer le Paludisme), partenariat mondial lancé en 1998 par les Nations Unies a organisé le premier sommet contre le paludisme en avril 2000 à Abuja (Nigeria).

Les hauts responsables des 44 pays africains touchés par la maladie se sont engagés d'ici 2005 à fournir des moyens préventifs comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides à au moins 60% des personnes exposées au paludisme, permettre un accès rapide et à un prix abordable à au moins 60% des personnes touchées, et donner un traitement préventif à au moins 60% des femmes enceintes. Des mesures préventives se sont effectivement concrétisées comme la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Mais ces tentatives n'ont pas fait baisser la maladie. Au contraire, celle-ci aurait progressé. Aujourd'hui, les experts considèrent les dérivés d'artémisinine comme le traitement le plus efficace contre le paludisme. En effet, des études réalisées dans des pays touchés par la maladie montrent que l'élimination du parasite et la baisse de la fièvre est plus efficace.

## En savoir plus

### > MSF et La Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels

[www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)

Le rapport « Agir maintenant<sup>10</sup>. Pour fournir à l'Afrique un traitement antipaludique efficace » publié le 24 avril 2003, à l'occasion de la journée internationale de lutte contre le paludisme.

Nouveaux protocoles nationaux pour le traitement du paludisme en Afrique – Etudes de cas : Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzanie et Ouganda. MSF, janvier 2002

#### Autres sources d'information sur le paludisme :

- Fondation pour la recherche médicale : [www.frm.org](http://www.frm.org)
- OMS : [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/)

Rapport OMS-Unicef paludisme 2003

(OMS – Weekly Epidemiological Record 74 – 1999)

*OMS – World Health Report 1999*)

### > Un fonds photographique et audiovisuel à MSF

- Les reportages photo de Florence Gaty au Sud Soudan et en Ethiopie où ont eu lieu les récentes flambées épidémiques (couleur + noir&blanc).
- Films : « L'artémisinine » de Georges Badia, 20' réalisé par Etat d'Urgence Production (producteur de films pour MSF) + « ACT NOW » 8' produit pour la journée mondiale du paludisme en 2003 par MSF Genève.

---

<sup>10</sup> En anglais : “ACT now. To get malaria treatment that works to Africa”