

46654

INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE **LE PALUDISME**

**PROGRAMME RENFORCÉ
DE LA BANQUE MONDIALE
POUR LA LUTTE CONTRE LE
PALUDISME EN AFRIQUE**



THE WORLD BANK

INTENSIFIER LA LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

LE PROGRAMME RENFORCÉ DE LA
BANQUE MONDIALE POUR
LA LUTTE CONTRE LE
PALUDISME EN AFRIQUE

INTENSIFIER LA LUTTE

CONTRE LE PALUDISME

LE PROGRAMME RENFORCÉ DE LA
BANQUE MONDIALE POUR

**LA LUTTE CONTRE LE
PALUDISME EN AFRIQUE**



THE WORLD BANK

Washington, DC

© 2009 La banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Téléphone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

Tous droits réservés

1 2 3 4 12 11 10 09

Ce volume est une production du staff de la banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale. Les informations, les interprétations et les conclusions exprimées dans ce volume ne représentent pas nécessairement les vues des directeurs exécutifs de la Banque mondiale et des gouvernements qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et les autres informations reprises sur aucune carte dans cet ouvrage n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale concernant le statut légal d'aucun territoire ou l'endossement ou l'acceptation de ces frontières.

Droits et autorisations

Le contenu de cette publication est couvert par un copyright. La copie et/ou la transmission de tout ou partie de cet ouvrage sans permission peut être une violation des lois applicables. La banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale encourage la dissémination de ses ouvrages et accordera normalement rapidement l'autorisation de reproduire parties de cet ouvrage.

Pour obtenir la permission de photocopier ou de réimprimer partie de cet ouvrage, adressez votre demande avec informations complètes au Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA; téléphone: 978-750-8400; fax: 978-750-4470; Internet: www.copyright.com.

Toutes autres demandes sur les droits et les licences, droits subsidiaires inclus, sont à adresser à l'Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2422; e-mail: pubrights@worldbank.org.

ISBN: 978-0-8213-7794-9
e-ISBN: 978-0-8213-7827-4
DOI: 10.1596/978-0-8213-7794-9

Photo de couverture: Arne Hoel, Banque mondiale

Table des matières

Avant-proposix
Remerciementsxi
Abréviationsxiii
Vue d'ensemble	1
Introduction	1
Contexte	1
Le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique	3
Phase II	6
Conclusion	12
1 La charge du paludisme en Afrique	15
Estimation du nombre de décès d'enfants attribués au paludisme en Afrique par pays	17
Paludisme : nombre d'infections et de décès aggravé par les populations mobiles et les mouvements transfrontaliers	17
L'effet du paludisme sur le développement en Afrique	17
La charge du paludisme épuise les systèmes de santé	19
Perspectives et défis de la lutte contre le paludisme en Afrique	21
Réduction du fardeau —Possible et impérative	24
2 La Phase I du Programme renforcé	27
Le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique	28
Résultats initiaux	31
Défis	42
3 Passage à la Phase II: Contexte et défis	49
Le « Nouvel » agenda pour l'élimination du paludisme	49
Engagement sur le concept de « Mise à l'échelle pour impact »	50
Coordination de l'accélération des efforts pour obtenir des résultats sous l'égide du Partenariat RBM	52
Défis actuels	53
4 Le Programme renforcé pour la lutte contre le paludisme en Afrique: Phase II	59
Un processus consultatif	59
La conception de la Phase II	60
L'estimation de l'enveloppe nécessaire pour la Phase II	62
Les objectifs stratégiques de la Phase II	63
Pilier 1—Prévention et contrôle régionaux et transfrontaliers	63
Pilier 2—Support plus substantiel aux pays sur lesquels pèse un lourd fardeau et dont les besoins insatisfaits sont importants (Nigéria et République démocratique du Congo) ...	66

Intensifier la lutte contre le paludisme

Pilier 3—Maintenance du support aux projets en cours et soutien ciblé pour les nouveaux projets	68
Pilier 4—Faciliter les politiques et les stratégies qui accroissent l'accès à des traitements du paludisme efficaces	70
Pilier 5—Renforcer les systèmes de santé dans les pays du Programme renforcé pour accélérer la délivrance des moyens de lutte contre le paludisme	72
Le suivi et l'évaluation en Phase II	75
Risques encourus dans la réalisation de la Phase II	78
L'agenda multisectoriel	79
Travail analytique	80
Comment la Phase II peut-elle influencer la lutte contre le paludisme et le coût d'un désengagement de la Banque	80
Les implications pour la Banque en cas de non engagement	82
La contribution potentielle de la Banque dans la Phase II de la lutte contre le paludisme	82
5 Implications pour les opérations de la Banque	85
Définition de l'engagement de la Banque	85
Implications opérationnelles	86
Supporter la lutte contre le paludisme durant la Phase II (2008–11)	88
Implications pour la structure du personnel et l'établissement des budgets	88
6 Conclusion	91
Annexe 1: La carte des résultats du paludisme	93
Annexe 2: Chronology of Phase II Development	111
Annexe 3: Les trois plus grands bailleurs de fonds de la lutte contre le paludisme et leurs avantages comparatifs	113
Annexe 4: Cadre des résultats de la Phase II	115
Annexe 5: Plan d'action de trois ans pour la Phase II	119
Annexe 6: Cartes de l'intégration régionale	121
Références	123
Indice	127
Encadrés	
2.1 Le Plan d'action pour l'Afrique	29
2.2 L'approche du Programme renforcé dans la lutte contre le paludisme	30
2.3 Focalisation sur les résultats	34
2.4 L'Appel de Dakar	35
Graphiques	
1.1 Le paludisme tue les enfants de trois manières	16

1.2	Le poids du paludisme sur les formations sanitaires	20
1.3	Distribution du paludisme endémique en Afrique	22
1.4	Proportion de vies sauvées par les interventions clés	24
2.1	Multiplication par neuf des prêts programmes pour la lutte contre le paludisme en Afrique depuis le début du Programme renforcé, EF 2000–2008	32
2.2	Condensé du portefeuille de la Banque pour la lutte contre le paludisme en Afrique ...	39
2.3	Engagements dans la lutte contre le paludisme jusqu'à décembre 2008	41
2.4	Débours pour les biens et services de lutte contre le paludisme jusqu'à décembre 2008	42
2.5	Fonds disponibles pour la lutte contre le paludisme (2007)	47
3.1	Objectifs et délais de la lutte contre le paludisme	50
3.2	La relation entre l'accélération de la couverture des programmes antipaludéens et la réduction du fardeau de la maladie	52
3.3	Financements annuels nécessaires pour financer la lutte contre le paludisme en Afrique	55
3.4	Objectifs pour le développement du millénaire et paludisme	56
4.1	Phase II : Cadre conceptuel	61
4.2	Résultats de l'élimination des goulets d'étranglement en Éthiopie et au Rwanda	73

Tableaux

1.1	Caractéristiques qui rendent la lutte contre le paludisme tellement difficile en Afrique Sub-saharienne	23
2.1	Prêts de la Banque pour la lutte contre le paludisme en Afrique, projets actifs et dans le pipeline, EF 2006–2008 (USD millions)	33
2.2	Partenariats pour le succès: les trois plus grands bailleurs de la lutte contre le paludisme en Afrique	37
4.1	Différences entre Phase I et Phase II	61
4.2	Ébauche de l'enveloppe des ressources pour les piliers de la Phase II	63
4.3	Catégories potentielles de projets	69
4.4	Risques associés à la réalisation de la Phase II	78

Avant-propos

Il semble aujourd’hui que lorsqu’en 2005 la Banque mondiale publiait *Faire reculer le paludisme: la stratégie mondiale et le Programme renforcé de la Banque mondiale*, le monde avait un objectif bien modeste puisqu’il souhaitait seulement réduire de moitié le nombre des décès dus au paludisme en Afrique d’ici 2010. À l’époque, beaucoup trouvaient l’objectif peu réaliste et doutaient de la volonté des pays africains et des partenaires dans le monde de le réaliser. Depuis lors, un influx de financements nouveaux, de partenaires nouveaux et des succès remarquables obtenus dans plusieurs pays subsahariens ont restimulé l’engouement universel pour la lutte contre le paludisme. Ceci, combiné avec la reconnaissance que faire trop peu contre le paludisme coûterait trop cher en vies humaines et en perte de productivité et de croissance économique, a convaincu la communauté universelle que nous pourrions et devrions adopter un objectif plus ambitieux — l’élimination du paludisme comme problème de santé publique sur le continent.

Ce sursaut d’optimisme intervint alors que la Banque mondiale développait la seconde phase de son Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique. Nous avons adopté le nouvel objectif et l’avons introduit dans notre stratégie qui a été examinée et révisée pendant plusieurs mois par de nombreuses parties prenantes.

La stratégie mondiale et le Programme renforcé 2005 de la Banque mondiale réitère l’engagement institutionnel de la Banque d’aider à réduire le fardeau du paludisme en Afrique qui s’est traduit concrètement par le Programme renforcé pour la lutte contre le paludisme en Afrique. Le programme a permis d’engendrer un engagement politique plus fort des gouvernements, d’amener à la cause de nouveaux partenaires, et d’augmenter considérablement la disponibilité de moustiquaires, de médicaments, d’insecticides, de personnel et de talents pour combattre le paludisme. Le nouveau *Programme renforcé pour la lutte contre le paludisme en Afrique – Intensifier la lutte contre le paludisme* est l’étape suivante — il va tirer profit des leçons apprises au cours des trois premières années, s’adapter à un environnement et des attentes nettement différents, et reconformer l’engagement indéfectible de la Banque mondiale pour aider à mettre fin à l’emprise du paludisme sur l’Afrique.

La Banque mondiale reste engagée dans le combat universel contre le paludisme parce que c’est un problème majeur de santé publique, mais aussi

parce qu'il coûte chaque année quelques US\$12 milliards et qu'il contribue à maintenir dans la pauvreté familles et communautés. Notre mission de combattre la pauvreté demande que nous aidions nos clients à éliminer une maladie qui retarde leur développement. Au cours des trois premières années (2006–2008), le Programme renforcé a engagé plus de US\$470 millions dans la lutte contre le paludisme sur le continent. En adoptant une double approche qui combine des interventions de contrôle de la maladie et le renforcement des systèmes de santé, le Programme, de concert avec les pays et les partenaires, contribuait largement à la tentative universelle de combattre la maladie.

La Phase II (2009–2011) verra une intensification et un élargissement de l'action de la Banque. Le 25 septembre 2008, lors de la session spéciale des Nations Unies sur les Objectifs de développement pour le millénaire, le président de la Banque mondiale, Robert B. Zoellick, annonçait une extension du programme de US\$1,1 milliard. La stratégie de la Phase II pose le raisonnement et la base pour un engagement doublé. Elle est conçue de manière à tirer parti des avantages comparatifs de la Banque mondiale pour contribuer à l'élimination du paludisme dans certaines parties de l'Afrique à l'horizon 2015, objectif fixé par le Partenariat Roll Back Malaria et le secrétaire général des Nations Unies.

Il existe des moyens de prévenir et de soigner le paludisme. Il est possible dans les années qui viennent de réduire considérablement le nombre des décès et des maladies qu'il provoque. Attaquer la maladie en force, avec un effort concentré au tout début de l'action (front loaded) entraînera un formidable impact sur la santé et l'économie. Les nations africaines et la communauté universelle se préparent à réaliser ces objectifs nouveaux et ambitieux. La Banque mondiale a été appelée à prendre la tête de cet effort qui rencontre son engagement dans le développement de l'Afrique et la réduction de la pauvreté. La Phase II du Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique est la réponse affirmative et enthousiaste de la Banque à cet appel.

Obiageli Ezekwesili
Vice-président
Banque mondiale Région Afrique

Remerciements

Ce document a été préparé par l'équipe de référence pour les actions antipaludéennes de la Région Afrique de la Banque mondiale sous la direction de Anne Maryse Pierre-Louis, spécialiste principale et coordinatrice santé, nutrition et population du Programme renforcé de la Banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique et les membre de son équipe, Amy Ba, Noel Chisaka, John Paul Clark (Task Leader), Nansia Constantinou, Ramesh Govindaraj, Carol Hooks, Jean-Pierre Manshande, Sylvia Meek, Sunil Mehra, Patrick M. Mullen, Melisse E. Murray, Son Nam Nguyen, Jumana N. Qamruddin, Sangeeta Raja, Daniel Ritchie, Jean J. de St. Antoine, Moussoukoro Soukoule, Joseph Valadez, Monique Vledder, et William Weiss.

L'équipe de référence pour les actions antipaludiques tient à remercier pour leur aide inestimable et leur soutien les nombreux collègues, institutions et agences qui ont participé à la Phase I du Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique ainsi qu'au développement de la stratégie de la Phase II du programme. Notre travail n'a de valeur que dans la mesure où il aide à sauver des vies en complétant et en favorisant le travail des autres. La liste de ceux qui nous ont aidés est si longue qu'il nous faut renoncer à les citer tous. Nous espérons leur avoir exprimé notre gratitude tout au long du chemin parcouru ensemble.

Nous remercions l'ensemble du Partenariat mondial pour faire reculer le paludisme, et en particulier le Professeur Awa Coll-Seck pour son superbe leadership. Nous apprécions le temps et les apports du Comité supérieur consultatif et de tous ceux qui ont participé aux consultations pour la Phase II. Nous tenons à souligner le soutien extraordinaire que nous avons reçu de son excellence Tédros Adhanom Ghebreyesus, ministre de la Santé de la République démocratique fédérale d'Éthiopie, de Rajat Gupta, directeur du Fonds planétaire de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et, de l'envoyé spécial des Nations-Unies pour le paludisme Ray Chambers. Nous avons vraiment apprécié le temps et l'énergie apportés par les ministres de la Santé de la République démocratique du Congo et du Nigéria dont les pays sont au cœur de la stratégie de la Phase II, ainsi que les nombreux ministres de la Santé et des Finances qui ont jugé utile de participer au programme renforcé. Nous ne pouvons passer sous silence la

contribution de l'Union africaine et de ses membres, le corps des Ambassadeurs africains accrédités à Washington, D.C., et nos homologues en Afrique.

La direction et nos collègues du Groupe de la Banque mondiale ont et continuent à jouer un rôle crucial. Le vice-président de la Région Afrique Obiageli Ezekwesili; le vice-président du Réseau de développement humain Joy Phumaphi; Yaw Ansu, directeur du secteur Développement humain, Région Afrique; Mark Tomlinson, directeur de l'Intégration régionale; le team de Senior Leadership Région Afrique, les directeurs de secteurs et les leaders des équipes opérationnelles; Ok Pannenburg, conseiller principal à Health, Nutrition and Population, Région Afrique ; Agnès Soucat, premier économiste et conseiller, Health, Nutrition and Population, Région Afrique; Olusoji Adeyi, coordinateur, Public Health Programs, Human Development Network; Julian Schweitzer, directeur, Health, Nutrition and Population, Human Development Network; et Suprotik Basu, un ancien collègue à la Banque mondiale, se sont dépensés sans compter pour que le Programme renforcé et la stratégie de la Phase II reçoivent l'attention et l'orientation nécessaires pour obtenir les résultats que nous-mêmes et le monde souhaitent tellement. L'Afrique et la communauté mondiale se trouvent à un tournant de la longue bataille contre le paludisme. La Phase II du Programme renforcé de la Banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique est là, à la sortie du virage, prête à aider et à entamer la marche pour éliminer le paludisme de la liste des grands problèmes de santé publique.

Abréviations

AAP-PAA	Africa Action Plan-Plan d'action pour l'Afrique
ACT	Artemisinin-based combination therapies -Association médicamenteuse à base d'artémisinine
AFCC1	Africa Region Country Unit-Unité-pays Région Afrique
AfDB-BAD	African Development Bank-Banque africaine de développement
AFR	Africa Region-Région Afrique
AFRVP	Office of the Africa Region Vice President-Bureau du VP Région Afrique
AFTHD	Africa Region Human Development – Développement humain Région Afrique
AFTSN	Africa Region Environmentally and Socially Sustainable Development
AIDS-SIDA	Acquired immune deficiency syndrome-Syndrôme immunodéficientaire acquis
AMFm	Affordable Medicines Facility for Malaria-Système d'accès abordable aux médicaments, paludisme
ANC	Antenatal care-Soins prénatals
APL	Adaptable program loan-Prêts à des programmes évolutifs
AU-UA	African Union-Union africaine
BCC-CCC	Communication for Behavior Change-Communication pour le changement des comportements
BMGF	Fondation Bill &Melinda Gates
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prévention-Centres U.S. pour la prévention et le contrôle des maladies
DEC	Développement économique
DHS	Demographic and health survey-Enquêtes démographiques et de santé
DOD	Department of Defense-Ministère de la Défense
DOS	Department of State-Ministère des Affaires étrangères
DR Congo-RDC	Democratic Republic of Congo-République démocratique du Congo
ERL	Emergency recovery loan-Prêt d'urgence à un pays sinistré
ESW	Economic and sector work-Études économiques et sectorielles
Global Fund	Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria- Fonds planétaire de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GMAP	Global Malaria Action Plan-Plan d'action universel contre le paludisme
HHS	Health and Human Services
HIV-VIH	Human immunodeficiency virus- Virus immuno déficientaire humain
HNP	Health, nutrition, and population- Santé, nutrition et population
HWG	Harmonization Working Group- Groupe de travail sur l'harmonisation
IBRD-BIRD	International Bank for Reconstruction and Development- Banque internationale pour la reconstruction et le développement
IDA	International Development Association- Association internationale de développement
IDB	Inter-American Development Bank-Banque interaméricaine de développement

Intensifier la lutte contre le paludisme

IEC	Information, éducation, and communication
IFC	International Finance Corporation- Société financière internationale
IHP	International Health Partnership-Partenariat international pour la santé
IPTp-TPI	Intermittent preventive treatment in pregnancy- Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
IRS	Indoor residual spraying- Pulvérisation d'insecticides à effet rémanent dans les habitations
ITN- MII	Insecticide-treated net- Moustiquaire imprégnée d'insecticide
LLINs-MIILD	Long-lasting insecticidal nets- Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée
MACEPA	Malaria Control and Evaluation Program in Africa- Partenariat pour la lutte contre le paludisme et l'évaluation de la maladie en Afrique
MBP	Malaria Booster Program- Programme renforcé de lutte contre le paludisme
MDGs-ODM	Millenium Development Goals- Objectifs de développement pour le millénaire
MDTF	Multi-donor Trust Fund- Fonds fiduciaire multi bailleurs
M&E-S&E	Monitoring and evaluation- Suivi & Évaluation
MERG	Monitoring and Evaluation Reference Group- Groupe de référence du partenariat RBM pour le suivi et l'évaluation
MIGA	Multilateral Investment Guarantee Agency- Agence multilateral de garantie des investissements
MIRT	Malaria Implementation Resource Team- Équipe de référence pour les actions antipaludiques
MIST	Malaria Implementation Support Team-Équipe de support pour les actions antipaludiques
NGO-ONG	Nongovernmental organization-Organisations non gouvernementales
NIH	National Institutes of Health-Instituts nationaux pour la santé
NMCP-PNLP	National Malaria Control Program-Programme national de lutte contre le paludisme
OPCS	Operations Policy and Country Services
ORT-TRO	Oral rehydration therapy- Traitement de réhydratation orale
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (United States)
PMI	President's Malaria Initiative (United States)- Initiative du Président contre le paludisme (US)
RBF	Results-based financing;Financement basé sur les résultats
RBM	Roll Back Malaria (Partnership)- Partenariat mondial pour faire reculer le paludisme
RDT	Rapid diagnostic test-Test de diagnostic rapide
RF-CR	Results Framework-Cadre de résultats
RFTF	Russian Federation Trust Fund; Fonds fiduciaire de la fédération de Russie
RIAS	Regional Integration Assistance Strategy-Stratégie d'assistance à l'intégration régionale
SIL	Specific Investment Loan-Prêt pour des investissements spécifiques
SIM	Sector Investment and Maintenance Loan-Prêt sectoriel pour les investissements et la maintenance
SO	Strategic objective-Objectif stratégique
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine
SUFI	Scaling up for impact-Accélérer les efforts pour obtenir un impact

TB	Tuberculosis-Tuberculose
UK	United Kingdom-Royaume Uni
UN	United Nations-Nations Unies
UNICEF	United Nations Children's Fund- Fonds des Nations-Unies pour l'enfance
US	United States-États-Unis
USG	United States government-Gouvernement des États-Unis
VP	Vice président
WB	World Bank-Banque mondiale
WBI	World Bank Institute-Institut de la Banque mondiale
WHO-OMS	World Health Organization- Organisation mondiale de la santé

Vue d'ensemble

Introduction

En 2005, à la demande des nations affiliées et de ses partenaires, la Banque mondiale lançait le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique. Il s'agissait d'un programme étalé sur dix ans conçu pour aider les nations africaines à réaliser les objectifs de lutte contre le paludisme auxquels elles avaient souscrits à Abuja, au Nigéria, en 2000. La majorité des pays n'ayant pu atteindre les objectifs fixés à Abuja pour 2005, ceux-ci furent révisés pour 2010 ; on espérait ainsi faire profiter des interventions préventives et curatives majeures patronnées par la Banque au moins 80 pour cent des pays menacés ou atteints par le paludisme.

Le document décrit l'objectif du Programme renforcé et le contexte dans lequel il s'inscrit, les trois premières années d'opération (Phase I du premier juillet 2005 au trente juin 2008), ainsi qu'une proposition d'élaboration d'une seconde phase du programme qui s'étendra du premier juillet 2008 au trente juin 2011. La Phase II s'inspirera des succès et des leçons tirées de la Phase I pour permettre à la Banque mondiale de renforcer et de poursuivre ses interventions de lutte contre le paludisme. Elle atteindrait ainsi le nouvel objectif mondial, ambitieux mais réalisable, fixé par le Partenariat RBM qui voudrait rayer le paludisme de la liste des problèmes majeurs de santé publique en Afrique à l'horizon 2015. La Banque a souscrit sans réserve à cet agenda, les nombreuses déclarations publiques de la direction en témoignent.

Contexte

Il existe des moyens de prévenir et de soigner le paludisme. Pourtant, environ 1 million de personnes en meurent chaque année, il emporte chaque

jour 3 000 enfants. Le paludisme est une maladie parasitique transmise par le moustique *Anophèles*. On estime qu'il se produit chaque année plus de 500 millions de cas de paludisme. Quatre-vingt-dix pour cent des décès qui lui sont imputables se produisent en Afrique Sub-saharienne où se rencontrent les formes les plus sévères de la maladie. Les décès et les incapacités (à long et à court terme) qu'il entraîne ont un poids social et économique énorme. En Afrique Sub-saharienne, le paludisme tue plus d'enfants de moins de cinq ans que n'importe quelle autre maladie et il est une cause importante de complications pouvant entraîner la mort chez la femme enceinte.

Le paludisme n'est pas seulement un problème de santé, c'est aussi un problème de développement. En termes économiques, la perte de productivité qu'on lui impute coûte aux pays africains quelques USD 12 milliards par an. Dans les pays les plus touchés, le traitement des affections sévères peut s'élever à plus du quart des revenus mensuels des ménages et il représente jusqu'à 40 pour cent des dépenses de santé publique. C'est un cercle vicieux, il est à la fois la cause et la conséquence de la pauvreté. Le spectre des effets du paludisme est si large qu'il est devenu pour la Banque mondiale une priorité de santé et de développement.

Le paludisme maintient en état de pauvreté les pays et les ménages —historiquement, dans les pays où le niveau de transmission est élevé, le taux de croissance économique annuel est moins élevé que dans les pays épargnés par la maladie. Des économistes éminents estiment qu'en termes de croissance économique le paludisme entraîne une pénalité de plus de 1,3 pour cent dans les pays endémiques en Afrique. Il est établi que le paludisme décourage les investissements domestiques et étrangers et le tourisme, qu'il affecte l'utilisation des terres arables et la sélection des cultures entraînant une perte de production agricole, qu'il réduit la productivité de la main d'œuvre (perte de journées de travail et performances réduites aux postes de travail), et qu'il affecte l'éducation et les résultats scolaires en raison de l'absentéisme fréquent et de la diminution des facultés intellectuelles, voire dans certains cas, des dommages neurologiques permanents chez les enfants atteints d'affections sévères ou trop répétées.

Heureusement il existe des moyens de lutter contre le paludisme. Les associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT) sont très efficaces. L'usage prophylactique d'autres médicaments peut prévenir le paludisme durant la grossesse. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) réduisent la population des moustiques et dès lors la transmission du paludisme, tout comme le font les pulvérisations

d'insecticides à effets rémanents dans les habitations (IRS) là où leur utilisation se justifie du point de vue épidémiologique. L'accord de Copenhague de 2008 estime qu'une combinaison de moyens de prévention et de traitement chez les populations à risque en Afrique Sub-saharienne produirait un rapport coût-bénéfice de l'ordre de 20 dollars par dollar dépensé. Certaines analyses récentes soutiennent que la lutte contre le paludisme pourrait être moins coûteuse encore si l'accès aux interventions préventives et curatives venait à être augmenté rapidement.

En 1998, le Partenariat mondial pour faire reculer le paludisme (RBM) fut créé, à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF), du Programme des Nations-Unies pour le développement (UNDP), et de la Banque mondiale, pour servir de plateforme de mobilisation des ressources et d'action et coordonner les efforts mondiaux de lutte contre le paludisme. Le Partenariat cherche à éliminer tous les obstacles à l'usage généralisé et permanent de ces interventions et de tous autres moyens efficaces. Ces obstacles sont le coût prohibitif des interventions en considération des revenus très faibles de ceux qui sont le plus affectés, la capacité du moustique et du parasite de développer des résistances aux insecticides et aux médicaments, et la nécessité pour les populations et les systèmes d'adopter et de conserver de nouvelles habitudes. Un effort commun concerté peut et doit permettre d'éliminer ces obstacles. La Banque mondiale, en partenariat avec les gouvernements, les agences internationales, les bailleurs de fonds, la société civile, le secteur privé et bien d'autres, cherche à provoquer une augmentation dramatique et permanente de l'utilisation de tout un ensemble de moyens de lutte contre le paludisme. Pour ce faire, elle apportera aux pays affectés par la maladie des financements de l'IDA, un appui technique et toutes formes d'assistance nécessaires et appropriées.

Le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique

Entre 2000 et 2005, le financement de la lutte contre le paludisme par la Banque mondiale était limité (juste USD 50 millions pour toute l'Afrique Sub-saharienne) et principalement orienté vers l'amélioration des systèmes de santé. Cette approche s'étant révélée incapable de stabiliser les taux de paludisme en Afrique, encore moins de les réduire, le Programme renforcé devait adopter une approche différente.

Une approche à deux voies: Combiner les actions de lutte contre la maladie et le renforcement des systèmes de santé

Le Programme renforcé propose des financements flexibles, transfrontaliers et multisectoriels à des initiatives menées par les pays pour renforcer des interventions éprouvées de lutte contre le paludisme et les systèmes de santé. Ce sont les pays qui établissent les priorités, planifient, réalisent et évaluent les actions à l'intérieur de leurs frontières.

Puisqu'il faut des actions directes contre la maladie et de solides systèmes de santé dans les pays pour obtenir un véritable impact sur le terrain, le Programme renforcé a opté pour une approche à deux voies: lutter contre le paludisme avec des produits incontournables pour arrêter la transmission tout en renforçant les systèmes de santé au sens large, décentralisation de la planification et des budgets, financements, renforcement des capacités au niveau de la chaîne des approvisionnements et de la prévision des besoins, et renforcement du suivi et évaluation (S&E). Actuellement, le Programme renforcé supporte aussi bien le renforcement des systèmes de santé que l'achat et la distribution de produits antipaludiques dans de nombreux projets.

Au sein du Partenariat RBM, la Banque fait usage de ses avantages comparatifs par rapport à d'autres partenaires pour aider les pays à identifier et combler les écarts de financement, à réduire les goulots d'étranglement et à réaliser les objectifs des plans nationaux de lutte contre le paludisme. Elle a créé une petite équipe, l'équipe de référence pour les actions antipaludique (MIRT), pour coordonner les activités du Programme renforcé. Le MIRT conseille la Banque en matière de stratégies techniques et financières, soutient ses équipes opérationnelles de lutte contre le paludisme et ses clients, veille à la qualité des programmes et de leur documentation, développe des partenariats internes et externes, et favorise la création, la gestion et le partage des connaissances pour une lutte plus efficace contre la maladie.

Phase I : Résultats

La Phase I du programme concernait 19 pays couvrant une vaste région peuplée de 258 millions de personnes. Elle a engagé USD 455,2 millions dans les actions de lutte contre le paludisme, avec USD 15,0 millions supplémentaires dans le pipeline, pour un total d'USD 470,2 millions, soit neuf fois le montant des financements de la Banque pour la lutte contre le paludisme depuis le lancement du Programme renforcé en juin 2005. Au cours

de la Phase I, USD 139 millions ont été consacrés à l'achat et à la distribution de produits indispensables pour interrompre la transmission de la maladie et au renforcement de l'efficacité des systèmes de santé en leur procurant des services essentiels. À la fin de 2008, le montant s'élevait à USD 304 millions (soit environ 67 pour cent de l'engagement total).

Sur les 258 millions de personnes vivant dans la région couverte par la Phase I, 45 millions sont des enfants de moins de cinq ans et 11 millions des femmes enceintes. La plupart des projets du Programme renforcé ne sont opérationnels que depuis moins de deux ans, délai trop bref pour achever un programme national et en documenter l'impact, mais les premiers résultats sont prometteurs. Au nombre des actions réussies au cours de la Phase I, il faut citer la campagne MIILD au Bénin qui a distribué 1,7 millions de moustiquaires dans tout le pays (1,4 millions de celles-ci achetées avec les fonds de l'IDA) — la première distribution de MIILD à couvrir la totalité de la population des moins de cinq ans au Bénin. La Phase I a vu l'engagement de nouveaux partenaires comme la Fédération de Russie, l'organisation d'une conférence dont est issu l'Appel de Dakar qui réclame une meilleure coordination des ressources, de la planification et du S&E qui permettra aux pays de mieux utiliser leurs ressources et de surveiller les résultats de leurs investissements.

Phase I: Leçons

Plusieurs leçons utiles pour la conception de la Phase II ont été tirées de la réalisation de la Phase I.

1. La hauteur du financement, quoique neuf fois plus importante que le montant engagé par la banque entre 2000 et 2005, est insuffisante pour permettre aux pays de développer et de réaliser des plans pour un renforcement complet, à l'échelle nationale, de leurs actions clés de lutte contre le paludisme.
2. La Banque aurait pu mieux exploiter ses avantages comparatifs, imaginer des mécanismes de financement innovateurs, supporter davantage de projets multisectoriels et apporter plus au niveau régional (par rapport à l'aide spécifiquement destinée à chaque pays).
3. Le suivi & évaluation (S&E) attend toujours une impulsion sérieuse pour rallier l'agrément des organisations de développement sur l'importance

Intensifier la lutte contre le paludisme

de mesurer les progrès réalisés et sur le renforcement du S&E pour en faire un outil de décision au niveau des pays.

4. Les besoins des programmes nationaux en supervision et support technique de la Banque sont plus importants que les provisions du budget.
5. Les pays doivent renforcer leurs capacités d'exécution des projets pour pouvoir utiliser pleinement les fonds destinés à la lutte contre le paludisme.
6. Pour maintenir l'orientation et la coordination du programme et permettre à la Banque de jouer un rôle directeur dans la lutte contre le paludisme, il est indispensable de disposer d'une équipe spécialement chargée de gérer le Programme renforcé en Afrique.
7. Le leadership des pays est un élément clé pour réaliser des programmes réussis de lutte contre le paludisme.
8. Renforcer la couverture et l'usage des moyens efficaces de lutte contre le paludisme est essentiel pour obtenir des résultats positifs au niveau de la santé.

Phase II

La communauté internationale a fixé deux objectifs à court terme: réduire de 50 pour cent la charge du paludisme en Afrique d'ici 2010, et rayer le paludisme de la liste des problèmes majeurs de santé publique en Afrique d'ici 2015. La Phase II du Programme renforcé permettra de réaliser ces objectifs et d'ici 2015, le paludisme aura cessé d'être la principale cause de mortalité infantile dans les régions couvertes par le Programme.

La conception de la Phase II s'articule autour de trois éléments: (i) les principaux défis de la lutte contre le paludisme, (ii) les leçons tirées de la Phase I, et (iii) les avantages comparatifs de la Banque mondiale au sein de la communauté internationale du développement.

La Phase II va focaliser sur des efforts massifs concentrés dans la période initiale de l'initiative (front loaded) pour renforcer les interventions de lutte contre le paludisme et rapprocher l'Afrique d'une élimination totale de la maladie. Les besoins des pays et les enveloppes régionales à financer par l'IDA au cours des trois ans de la Phase II sont estimés à UD 1,125 milliard.

Contexte et défis

Les ambitions des pays et de leurs partenaires en développement se sont singulièrement accrues depuis le lancement du Programme renforcé. L'ensemble des financements a augmenté de 300 pour cent depuis qu'il est établi que l'élimination du paludisme est à la fois réalisable et une condition essentielle du développement. Reconnaisant la nécessité à long terme et la possibilité d'éliminer le paludisme à l'aide de nouveaux outils en cours d'élaboration, la communauté du développement, Banque incluse, a adopté les objectifs à moyen terme de SUFI dans tous les pays concernés et décidé de poursuivre les efforts pour éliminer le paludisme comme problème majeur de santé publique. **Le paludisme est la seule maladie majeure dont la morbidité et la mortalité peuvent encore être réduites très sensiblement au cours des cinq années à venir.**

L'élimination du paludisme est « un fruit qui pend à la branche depuis longtemps » et qui pourrait en un rien de temps avoir un impact énorme sur la santé. Il est possible de réduire le nombre de cas de paludisme en interrompant la transmission mais pour ce faire, il faut que suffisamment de gens aient accès aux outils efficaces de lutte contre la maladie (il faut par exemple qu'en même temps 80 pour cent des ménages possèdent et utilisent des moustiquaires traitées). On s'attend à ce que SUFI sauve 3,5 millions de vies au cours des cinq prochaines années et à ce qu'il rétrécisse la carte du paludisme, rendant ainsi son éradication plus facile. C'est dans l'optique d'un agenda d'élimination que les leaders du développement, dont le Président de la Banque mondiale Robert Zoellick, réunis à Davos au Forum économique mondial en janvier 2008, firent l'annonce d'un nouvel effort de mobilisation de ressources humaines et techniques pour SUFI.

Le Partenariat RBM a adopté un Plan d'action mondial pour le paludisme (GMAP). On veut accroître l'engagement et l'efficacité du partenariat, les Nations Unies ont annoncé un nouveau Cadre d'action qui vise une couverture universelle par des interventions efficaces d'ici 2010, tous les partenaires y ont souscrit. SUFI et l'élimination exigeront des bailleurs qu'ils engagent la plus grande partie de leurs ressources **très tôt et à l'avance** (front loading) pour obtenir un impact total. Voilà qui est très différent de ce qui se fit dans le passé lorsque les ressources étaient étalées en couches si minces qu'elles rendaient impossible toute différence importante au niveau national.

La Phase II reflète la souscription de la Banque au nouvel agenda proposé par le Partenariat RBM et les Nations-Unies. Cet engagement est confirmé

par nombre de déclarations officielles, par la participation de la Banque au groupe de pilotage des objectifs du millénaire en Afrique, par l'insistance du président Robert Zoellick qui considère l'éradication du paludisme comme un bien public, par le Plan d'action pour l'Afrique de l'institution, par sa stratégie de réponse aux changements climatiques en Afrique ou encore sa stratégie pour la santé, la nutrition et la population (HNP). La stratégie HNP stipule notamment que les investissements dans les programmes d'élimination des maladies et le renforcement des systèmes de santé se soutiennent mutuellement et sont nécessaires pour réaliser et maintenir des résultats positifs dans le domaine de la santé.

Il existe de sérieux défis pour réaliser SUFI et éliminer le paludisme, mais ils peuvent être contournés en alliant meilleure collaboration entre partenaires du développement et ressources appropriées. Ces défis ne sont pas l'apanage de la Banque, tous les gouvernements, toutes les organisations engagés dans la lutte contre le paludisme s'y trouvent confrontés. Ce sont:

- *Les délais dans l'approvisionnement en produits* qui proviennent de faiblesses dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la bureaucratie dans les pays aussi bien qu'à la Banque ; les conséquences en sont de fréquentes ruptures de stock de médicaments et l'arrivée des MIILD après la période de forte transmission durant laquelle on en a le plus besoin.
- *Les difficultés de coordination entre bailleurs* parce qu'ils utilisent des systèmes et des calendriers différents, qu'ils sont soumis à des contraintes différentes, et qu'il en résulte un manque d'efficacité dans la planification, la réalisation et l'évaluation des programmes. Des progrès ont été faits dans ce domaine, mais beaucoup reste à faire.
- *L'insuffisance des capacités au niveau* des pays pour réaliser, relier et évaluer un ensemble complexe d'activités complémentaires.
- *Des données incomplètes qui arrivent tardivement* parce que beaucoup de pays ont encore des capacités limitées pour recueillir et utiliser des données nécessaires aux prises de décisions dans les programmes.
- *Les contraintes du système de santé*, trop peu d'agents de santé, insuffisance de formation et de motivation de ceux-ci ou encore faiblesse dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- *Les délais dans l'introduction des ACT* dus à des délais, bien compréhensibles, dans les pays entre changements de politiques et mise œuvre, au

coût initial élevé des ACT et à l'absence de système pour le financement à long terme de ceux-ci.

- *Les USD 2 milliards supplémentaires nécessaires chaque année* pour combler le déficit et qui permettraient d'éliminer le paludisme en Afrique au cours des cinq prochaines années.

Processus consultatif de la conception

L'équipe de référence pour les actions antipaludiques (MIRT) a mis sur pied un comité consultatif supérieur composé de représentants des principaux partenaires et des pays clients pour aider à concevoir la Phase II. Le MIRT a également réuni un groupe élargi de plus de 40 parties intéressées comprenant trois ministres de la Santé, des représentants des gouvernements clients et de l'Union africaine, des partenaires et des bailleurs, du secteur privé, des avocats du paludisme, des organisations non gouvernementales (ONG) et du personnel de la Banque. La mission du groupe élargi était de passer en revue les progrès, les difficultés rencontrées et les succès de la Phase I et de se mettre d'accord sur les actions prioritaires que la Banque devrait entreprendre dans la Phase II dans le cadre du partenariat mondial. Le comité consultatif poursuivra ses travaux sur la stratégie et le programme jusqu'à ce que la Banque ait marqué son accord sur la stratégie de la Phase II.

Conception de la Phase II

La mise en chantier de la Phase II a reçu l'approbation du Partenariat RBM et des pays clients de la Banque. Il existe plusieurs différences clés entre les Phases I et II. D'abord, les ambitions sont beaucoup plus élevées en Phase II, ainsi en est-il des financements nécessaires pour atteindre les objectifs. Ensuite, la Phase II attache plus d'importance à l'obtention d'un impact maximum dans les plus grands pays à forte transmission et aux financements stratégiques qu'aux initiatives opportunistes qui étaient nécessaires pour lancer la Phase I. Troisièmement, la Phase II apporte davantage de soutien aux pays et aux équipes de travail pour les aider à réaliser les projets du programme. Quatrièmement, la Phase II renforce le S&E pour recueillir des données fiables sur les résultats. Cinquièmement, elle capitalise sur les avantages comparatifs de la Banque pour apporter une aide régionale et des financements innovants et flexibles. Enfin, la Phase II attache plus d'importance à optimiser l'efficacité du partenariat mondial

contre le paludisme et à renforcer le plaidoyer et la communication auprès du grand public.

La Phase II du Programme renforcé repose sur cinq piliers qui reflètent les besoins définis par les pays et l'accord de tous les partenaires de la Banque sur les moyens à utiliser pour capitaliser sur ses avantages comparatifs dans la lutte pour éliminer le paludisme.

- *Pilier 1—Prévention et contrôle régionaux et transfrontaliers.* Le paludisme ignore les frontières. L'élimination progressive du paludisme dépend aussi bien du programme national d'un pays que des efforts de ses voisins immédiats. De tous les bailleurs, c'est la Banque qui est le mieux placée pour supporter des investissements de lutte contre le paludisme régionaux et transfrontaliers.
- *Pilier 2—Intensifier l'aide aux deux pays à haute prévalence qui en ont le plus besoin, la République démocratique du Congo (RDC) et le Nigéria.* Ces deux pays comptent 50 pour cent des affections et des décès dus au paludisme en Afrique. Les objectifs généraux pour l'Afrique ne peuvent être atteints si ces deux pays ne font des progrès substantiels dans la réalisation de leurs propres objectifs. Dans ces pays où la prévalence est forte et la population importante, le support financier per capita est proportionnellement très bas. Les évaluations effectuées par le Partenariat RBM apporteront les informations nécessaires pour concevoir à leur intention des montages d'intervention complets. Pour répondre au souhait des pays et des partenaires RBM, la Banque y jouera le premier rôle.
- *Pilier 3—Poursuivre l'effort dans les programmes en cours et approche ciblée pour les nouveaux programmes nationaux.* La plupart des investissements de la Phase I sont relativement nouveaux et dès lors, commencent seulement à produire des résultats. Les investissements de la Phase II vont maintenir et augmenter l'impact des premiers investissements; ils supporteront les nouvelles activités stratégiques ciblées en fonction de la demande des pays, de l'action des autres bailleurs et de l'efficacité des différents types d'interventions à mesure que l'évaluation des besoins sera mise à jour par le RBM dans ces pays.
- *Pilier 4—Facilitation de politiques et de stratégies pour augmenter l'accès équitable aux traitements efficaces.* L'accès aux traitements efficaces est loin d'être généralisé. Avec l'aide du secteur privé et des communautés, le pilier 4 supportera des approches innovatrices pour donner aux pauvres

et aux familles rurales accès plus facile à des traitements efficaces de haute qualité. On y supportera également l'effort mondial pour réduire le coût des traitements.

- *Pilier 5—Renforcer les systèmes de santé essentiels dans les pays du programme pour accélérer les interventions antipaludiques.* La Phase II aidera à éliminer les goulots d'étranglement qui affectent presque tous les systèmes de santé nationaux et freinent la lutte contre le paludisme (et les autres maladies) en: (i) améliorant la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, (ii) décentralisant la planification et la gestion des ressources, et (iii) renforçant le S&E. L'aide du programme au renforcement des systèmes de santé sera adaptée suivant les besoins de chaque pays.

Chaque pilier a un rôle particulier et une raison d'être, il en est de même de toute une série d'activités qui seront adaptées pour répondre aux besoins des pays et de la région. La Phase II du Programme renforcé a été spécialement conçue pour compléter et renforcer les efforts des autres bailleurs partenaires, spécialement du Fonds planétaire pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et de l'Initiative PMI du président des États-Unis contre le paludisme. Cette complémentarité est bien mise en évidence par la focalisation sur la lutte contre le paludisme régionale et transfrontalière et par le renforcement des systèmes de santé, deux domaines où d'autres bailleurs ont connu des succès mitigés et où la Banque jouit d'avantages comparatifs. On la trouve aussi dans la concentration des efforts de la Banque sur les grands pays très affectés comme le Nigéria et la RDC où les besoins sont extrêmement élevés. Dans de tels contextes, des stratégies de financement complémentaires et coordonnées entre bailleurs sont nécessaires pour donner à l'ensemble de la population un accès équitable à la prévention et aux traitements essentiels du paludisme. En fait, la soumission du Nigéria au huitième octroi du Fonds planétaire cherche à établir cette complémentarité et tient explicitement compte des investissements de la Banque dans le paludisme et les systèmes de santé.

La Phase II va renforcer l'élément S&E du programme, domaine encore plus important depuis que l'élimination du paludisme est devenue le but ultime. Il faut s'assurer que les investissements se traduisent par des résultats sur le terrain mais il est essentiel de pouvoir discerner là où des problèmes subsistent pour empêcher la maladie de réapparaître et de mettre ainsi en danger l'objectif de son élimination pure et simple. C'est pourquoi

La Phase II renforcera encore davantage les capacités S&E des pays en développant au sein même de la Banque un système de surveillance qui suivra les progrès de chaque projet, en améliorant la coordination entre partenaires et en traquant les progrès pour permettre au MIRT de procéder aux ajustements de programme nécessaires.

L'enveloppe de la Phase II

On estime qu'IDA-15 devra fournir environ USD 1 125 millions pour couvrir les trois ans de la Phase II. Ces ressources proviendront directement des enveloppes-pays de l'IDA et, dans le cas du programme régional pour l'Afrique Sub-saharienne, deux tiers viendront du budget régional comme fonds de contrepartie de la contribution-pays de l'IDA. En Phase II, l'anticipation des dépenses sera cruciale pour éradiquer la maladie en Afrique. C'est pourquoi on doit s'attendre à ce que la Région Afrique libère une partie très importante de son enveloppe IDA-15.

Implications financières et opérationnelles

La Phase II insistera sur le suivi des résultats et cherchera donc à renforcer les capacités S&E dans les pays et les régions. Le MIRT sera chargé du développement et de la gestion du pilier régional et transfrontalier de la Phase II et de la coordination de l'apport de ressources supplémentaires au Nigéria et à la RDC. La Région devra aussi renforcer l'assurance qualité du programme pour la mettre en parallèle avec le niveau de responsabilité accru exigé en Phase II.

Conclusion

Les clients de la Banque et la communauté internationale attendent de la Banque qu'elle s'engage à combattre le paludisme en Afrique au plus haut niveau institutionnel et sont persuadés qu'un engagement total est indispensable pour connaître le succès. La demande de financements pour les actions antipaludiques auprès de l'Association internationale pour le développement (IDA) demeure ferme, l'autorité de la Banque et la collaboration avec les partenaires ont augmenté et les critiques à l'égard de l'engagement de la Banque dans la lutte contre le paludisme se sont tus. Si en ce moment

la Banque choisissait de se retirer du RBM en Afrique, ses clients, ses partenaires et ses critiques mettraient en doute sa crédibilité et son leadership au niveau de son engagement dans l'éradication du paludisme et aussi dans la réalisation des objectifs de développement du millénaire.

Bien plus, la lutte contre le paludisme est tellement imbriquée dans les objectifs, les stratégies et les politiques de la Banque mondiale pour la Région Afrique, qu'un retrait mettrait en péril son Plan d'action pour l'Afrique (AAP), sa stratégie Santé, nutrition et population (HNP), sa stratégie d'intégration régionale, son impact au sein du partenariat international pour la santé (IHP), et sa stratégie en cours pour limiter l'impact du changement climatique en Afrique.

La communauté internationale se prépare pour un assaut majeur sur un des plus grands défis de santé publique au monde, le paludisme en Afrique. Les nations africaines et leurs partenaires en développement sont conscients qu'à défaut d'éliminer le paludisme des menaces pour la santé publique les ressources seraient englouties en vain pendant les décades, sinon les siècles à venir. Elles ont demandé à la Banque mondiale de mettre à leur disposition au cours des trois prochaines années une part substantielle des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs qu'elles ont fixés de concert avec la communauté internationale.

Une accélération rapide pour un meilleur impact permettra à de nombreux pays de réaliser les objectifs d'Abuja, et un engagement soutenu les aidera à atteindre les objectifs de développement du millénaire 4, 5 et 6 (réduire de deux tiers la mortalité infantile, réduire le taux de mortalité maternelle des trois quart, et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies). Actuellement, le déficit estimé entre les fonds disponibles et le montant nécessaire pour réaliser ces objectifs est d'environ USD 2 milliards par an. Une contribution d'USD 1,2 milliard d'IDA-15 permettra de réduire ce déficit de quelques USD 240 millions par an. On souhaite aussi que d'autres bailleurs augmentent leur contribution. La Banque mondiale étant bien positionnée pour aider à sauver 1 million de vies par an et pour stimuler le développement économique du continent africain, on l'a appelée à la tâche pour atteindre l'objectif ambitieux d'éliminer le paludisme. La Phase II du Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique est la réponse affirmative et enthousiaste de la Banque à cet appel.

La charge du paludisme en Afrique

Il existe des moyens efficaces de prévenir et de traiter le paludisme, pourtant il tue chaque jour 3.000 enfants dans le monde. Le paludisme, maladie potentiellement fatale causée par un parasite transmis aux humains par la pique du moustique *Anophèles* infecté, fait peser un lourd fardeau sur l'Afrique où se produisent 90 pour cent des décès dus à la maladie (OMS/UNICEF 2005). Une estimation récente attribue à la forme la plus virulente du parasite, le *Plasmodium falciparum*, la responsabilité de quelques 365 millions de cas de paludisme et de la mort de plus d'un million d'enfants sur une seule année en Afrique (Snow et al. 2005).

Mesurer exactement le poids du paludisme en Afrique n'est pas chose aisée, il y existe peu d'estimations fiables des effets directs et indirects de la maladie (Rowe et al. 2006) et les rapports de routine des formations sanitaires ne font pas état de la majorité des infections et des décès attribués à la maladie. Ainsi que le soulignait le Rapport de 2003 sur le paludisme en Afrique (OMS/UNICEF 2003), les enquêtes démographiques et de santé (DHS) et diverses sources (Bremant 2001) révèlent que plus de 60 pour cent des cas de morbidité et de mortalité paludiques sont inconnus des formations sanitaires officielles. Beaucoup d'établissements n'ont pas de laboratoire leur permettant de confirmer les diagnostics, dès lors les données produites minimisent souvent le nombre de cas recensés. Le rapport notait aussi que les données transmises par les formations sanitaires à leurs ministères de tutelle varient de pays à pays et qu'en règle générale, les établissements indépendants du gouvernement n'envoient aucune information.

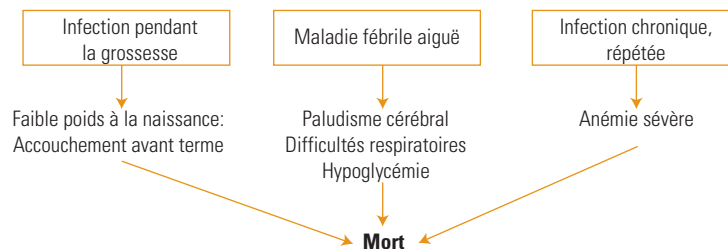
Autre difficulté pour estimer la population menacée : les conditions climatiques qui favorisent la transmission varient en fréquence et en étendue entre pays, voire à l'intérieur d'un même pays. Ainsi, si la transmission se produit toute l'année en République démocratique du Congo, elle est rare en Éthiopie et, là où elle existe, elle est très saisonnière.

Nonobstant ces difficultés, il est clair que tous ceux qui vivent en zone endémique peuvent être infectés et que les enfants et les adultes non immuns sont particulièrement à risque de tomber malades et de mourir de la maladie. Les femmes enceintes et leurs enfants à naître sont très vulnérables aussi. Le paludisme est une cause majeure de mortalité périnatale, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'anémie, et bien que l'on ignore ses effets sur les fausses couches et la mortinatalité, on estime qu'une couverture adéquate avec des moyens de lutte contre la maladie durant la grossesse (usage de moustiquaires traitées et traitement préventif intermittent) pourrait prévenir de 3 à 8 pour cent de décès des nouveau-nés. (Guyatt and Snow 2001; Steketee et al. 2001).

En zones à forte transmission, dans la tranche d'âge des moins de cinq ans, les décès directement ou indirectement attribuables au paludisme sont estimés à quelques 34 pour cents (Rowe and Steketee 2007).

Le graphique 1.1 nous montre que l'infection peut entraîner la maladie et la mort de plusieurs manières. Cependant le nombre de décès n'est qu'un seul des effets négatifs du paludisme. Les nuisances temporaires conséquences d'infections répétées, manque d'appétit, de jeux, interaction sociale limitée et opportunités d'éducation réduites ont un prix elles aussi. En outre, quelques 2 pour cent des enfants qui survivent au paludisme cérébral peuvent contracter une incapacité d'apprentissage et des lésions cérébrales permanentes (Murphy and Breman 2001).

Graphique 1.1 Le paludisme tue les enfants de trois manières



Source: WHO/UNICEF 2003.

Estimation du nombre de décès d'enfants attribués au paludisme en Afrique par pays

Faisant usage des meilleures données disponibles et de méthodes statistiques rigoureuses, une étude récente (Rowe et al. 2006) a établi qu'en 2000, dans toute l'Afrique, plus de 803 000 décès d'enfants sont consécutifs au paludisme (l'estimation se situe entre 705 820 et 901 418). Cela représente 18 pour cent (entre 15,8 et 20,2 pour cent) de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans toutes causes confondues. Cette même étude établit qu'en Afrique Sub-saharienne, c'est au Nigéria et en RDC que le nombre absolu de décès d'enfants dus au paludisme est le plus élevé et que c'est au Ghana, au Bénin, au Nigéria et au Sénégal que se trouve la plus grande proportion de décès (environ 42,4 ; 28,0 ; 27,9 ; et 27,7 pour cent, respectivement).

Paludisme : nombre d'infections et de décès aggravé par les populations mobiles et les mouvements transfrontaliers

Lorsque des personnes non immunes, adultes et enfants confondus, se rendent dans des régions à forte transmission, les résultats (taux de maladie et de décès) peuvent être dévastateurs. De nombreuses raisons poussent les gens à se déplacer vers des régions où les risques de contracter le paludisme sont plus grands, pression sur des ressources insuffisantes, espoir de trouver du travail, catastrophes naturelles, sécheresses, inondations, conflits, pour en citer quelques unes. Ajoutons que les populations mobiles peuvent involontairement aggraver la transmission là où elles se rendent (i) si infectées à leur insu elles introduisent le paludisme dans des régions jusque là exemptes; (ii) en transportant des vecteurs plus agressifs dans des régions exemptes; (iii) en modifiant l'environnement (irrigation, déforestation par exemple) créant un habitat plus favorable pour l'Anophèles; et (iv) en accroissant la propagation de la résistance au médicaments (Martens and Hall 2000).

L'effet du paludisme sur le développement en Afrique

Le coût humain et l'impact économique dramatiques du paludisme en font une priorité dans l'agenda de développement de la Banque pour l'Afrique et

un sujet de discussion avec les gouvernements lorsqu'il s'agit de réduction de la pauvreté et d'allègement de la dette des pays africains.

L'impact du paludisme sur la santé publique est grevé d'un coût économique direct (ex: dépenses pour prévention et traitement par famille et par établissement de santé) et indirect (ex : temps de travail perdu par épisode pour les adultes malades ou qui doivent prendre soin d'enfants malades) (Chima, Goodman, and Mills 2003). En Afrique seule, le coût économique annuel du paludisme serait d'USD 12 milliards (Gallup and Sachs 2001). La maladie retarde considérablement les progrès vers la réalisation des objectifs de développement pour le millénaire (ODM).

Paludisme— conséquence et cause de la pauvreté

Les enfants et les femmes en régions rurales courent le plus grand risque d'être affaiblis ou de mourir du paludisme qui épuise les ressources des familles et les maintient état de pauvreté. La maladie peut influencer les décisions des gens à propos de leur éducation ou celle de leurs enfants, ou leur capacité d'apprendre ou d'épargner. Elle affecte les revenus à long terme des ménages bien plus que ne le laisserait supposer une simple analyse au cas par cas du coût par ménage à un moment donné (Malaney, Spielman, and Sachs 2004). Faute d'argent, la pauvreté peut empêcher les ménages de faire traiter une infection, en dépit du risque de complications ou de décès ; elle peut aussi, l'argent dépensé, les empêcher à plus long terme de faire face à d'autres obligations (Chuma, Thiede, and Molyneux 2006).

Les pays eux mêmes sont maintenus dans la pauvreté par le paludisme. Historiquement, le taux de croissance économique annuel des pays très affectés est inférieur à celui des pays exempts de paludisme. Les économistes lui attribuent une « pénalité de croissance économique » allant jusqu' à 1,3 pour cent par an dans les pays endémiques africains (Sachs and Malaney 2002). Les estimations de l'importance de son impact économique varient mais la plupart suggèrent que la maladie contribue largement à une croissance faible et à des revenus très bas.

Fardeau économique du paludisme : Qui paye?

L'examen des dépenses de santé montre que la plus grande partie de l'argent dépensé pour la prévention et le traitement du paludisme sort de la poche des individus et des ménages.¹ Les gouvernements, les bailleurs internatio-

naux et les organisations non gouvernementales (ONG) payent eux aussi une partie de la note. Dans des pays très affectés, la maladie représente jusqu'à 40 pour cent des dépenses de santé du secteur public (OMS 2007).

Le paludisme a des effets économiques insidieux. Sa seule présence dans une communauté ou un pays peut limiter la prospérité individuelle ou nationale par l'influence qu'il exerce sur les décisions sociales et économiques des gens et des organisations, par exemple:

- Il peut décourager les investissements internes et étrangers et le tourisme
- Il affecte le schème d'utilisation des terres et le choix des céréales entraînant un rendement inférieur de la production agricole qui contribue à entretenir le cycle de la pauvreté et de la malnutrition
- Il réduit la productivité de la main d'œuvre, perte de journées de travail et performances diminuées
- Il affecte négativement l'apprentissage et les résultats scolaires en favorisant l'absentéisme et, chez les enfants qui souffrent d'infections sévères et fréquentes associées à l'anémie et au manque de fer, il peut entraîner une incapacité d'apprentissage et dans certains cas des lésions neurologiques permanentes.

Les entreprises locales et internationales qui opèrent dans les zones affectées ont découvert que la lutte contre la maladie réduisait le taux d'absentéisme et les pertes de productivité et améliorait les relations entre les travailleurs, les communautés et le gouvernement.

Outre leurs avantages pour la santé publique, les actions de lutte contre le paludisme ont des effets favorables sur le bien public, c'est le cas de l'effet de protection de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), des pulvérisations résiduelles en intérieur (IRS) qui influencent l'environnement, des traitements plus efficaces et de la moindre résistance aux médicaments grâce à l'usage des associations médicamenteuses à base d'artémicinine (ACT), et enfin de la réduction de la transmission par l'utilisation correcte et ponctuelle des ACT (Hanson 2004).

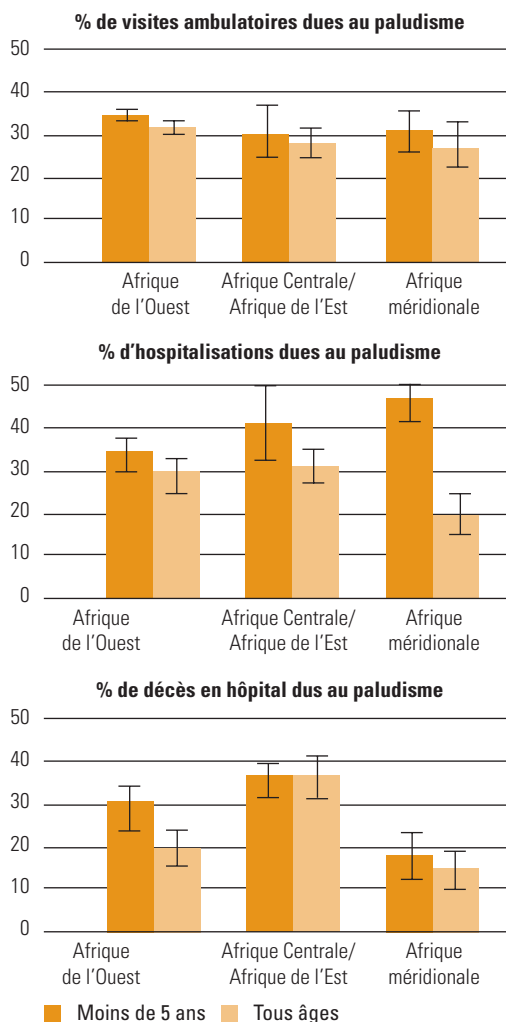
La charge du paludisme épuise les systèmes de santé

En Afrique, le nombre écrasant de cas de paludisme (plus de 365 millions par an estime-t-on) met en crise les systèmes de santé (voir graphique 1.2).

Intensifier la lutte contre le paludisme

Même les systèmes « les plus performants » ne pourront s'en sortir si le nombre d'épisodes n'est pas radicalement réduit. Un pourcentage élevé des dépenses publiques est consacré au traitement du nombre énorme de cas de paludisme. Investir dans des initiatives qui réduiraient le nombre d'infections devrait permettre de libérer des ressources pour d'autres secteurs de la santé et donnerait au personnel du temps pour s'occuper d'autres problèmes. Au Bénin et en Zambie, plus de 40 pour cent des visites ambu-

Graphique 1.2 Le poids du paludisme sur les formations sanitaires



Source : OMS Regional Office for Africa (AFRO) données ordinaires du système d'information sur la santé.

Note : Les moyennes sont pour 1998-2001. Les barres indiquent la marge d'erreur.

latoires sont liées au paludisme (WHO/UNICEF 2003), si ce nombre pouvait être réduit à 5 pour cent on économiserait beaucoup d'argent, le personnel de santé pourrait consacrer plus de temps à lutter ou à soigner d'autres maladies et la productivité de la main d'œuvre serait extraordinairement améliorée.

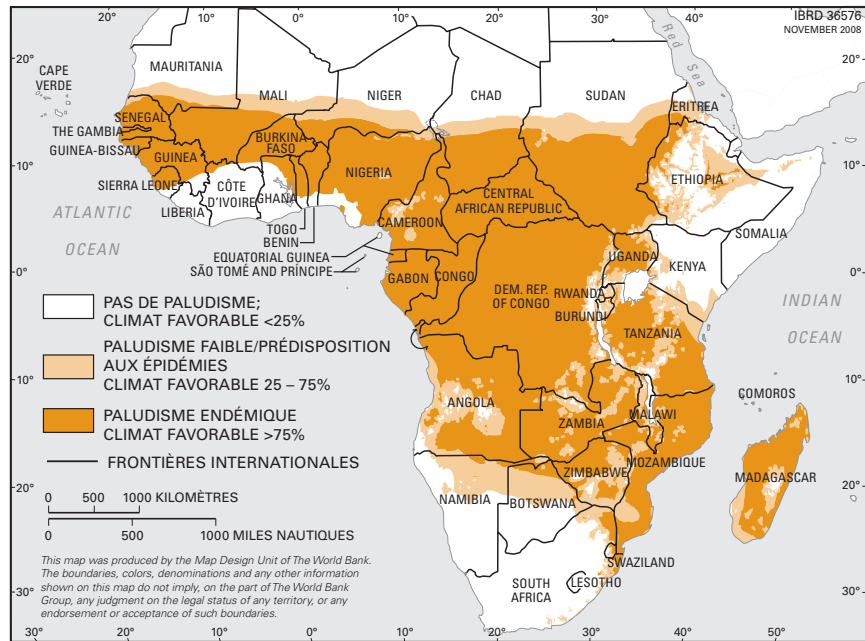
Il est possible de réduire le nombre de cas de paludisme, pour autant que certains seuils critiques soient atteints (il faut par exemple que 70 pour cent des ménages utilisent les MII ou continuent les pulvérisations résiduelles en intérieur), mais pour cela il faut augmenter très rapidement l'élimination du vecteur. **L'histoire a montré qu'une approche peu ciblée, au cas par cas, pour renforcer les systèmes de santé, qui fut celle de la Banque dans les années 90, ne peut apporter aucune amélioration sérieuse des résultats.** Les pays endémiques doivent recevoir d'urgence des financements importants et le support opérationnel nécessaire pour (i) porter le contrôle des vecteurs à un niveau tel que la transmission et le nombre de cas s'en trouveront réduits, et (ii) renforcer les capacités des systèmes de santé pour assurer les services essentiels surtout aux niveaux décentralisés.

Perspectives et défis de la lutte contre le paludisme en Afrique

Depuis les années 50 des progrès importants ont été accomplis pour éliminer la transmission du paludisme en Amérique du Nord et en Europe; ils sont dans une large mesure le résultat d'améliorations du style de vie, comme par exemple l'introduction des moustiquaires de fenêtres, de portes et de véranda (Shiff 2002). Des progrès ont été accomplis en Afrique méridionale et dans des zones de transmission marginales (voir graphique 1.3). Cependant, dans la zone géographique où le paludisme est endémique, en Afrique tropicale, la situation est demeurée pratiquement inchangée au cours des cent dernières années, pour ne pas dire des derniers millénaires (Carter and Mendis 2002).

De nombreux facteurs ont influencé la dynamique de la transmission du paludisme et ont contribué à le rendre difficile à contrôler en Afrique jusqu'à ce jour. Certains sont relatifs au climat (pluies, température moyenne et humidité), d'autres aux moustiques, à des facteurs humains, pauvreté, maisons sans moustiquaires, d'autres enfin ont trait au manque d'accès des populations à risque à des services de santé de qualité (voir tableau 1.1). Toutefois, lorsqu'il s'agit des risques liés au paludisme, il faut se rappeler que

Graphique 1.3 Distribution du paludisme endémique en Afrique



Source: MARA/ARMA 2001.

Note: This map is based on data provided by the MARA/ARMA collaboration (<http://www.rpara.org.za>). July 2001, Medical Research Council, PO Box 17120, Congella, 4013, Durban, South Africa. CORE FUNDERS OF MARA/ARMA: International Development Research Centre, Canada (IDRC); The Wellcome Trust UK; South African Medical Research Council (MRC); Swiss Tropical Institute, Multilateral Initiative on Malaria (MM) / Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR), Roll Back Malaria (RBM). Malaria distributor model: Craig, M. H. et al. 1999. *Parasitology Today* 15: 105–111. Topographical data: African Data Sampler, WRI, http://www.lgc.org/wri/sdis/maps/ads/ads_idx.htm.

l'Afrique est loin d'être homogène et que les tentatives antérieures de la traiter comme telle ont gêné les efforts d'élimination de la maladie.

En dépit de ces difficultés, il existe des moyens efficaces de prévenir et de traiter le paludisme. Au nombre des méthodes curatives, citons les médicaments antipaludiques, les ACT par exemple; les méthodes préventives qui réduisent l'intensité de la transmission en réduisant la densité des vecteurs ou en réduisant la durée de vie du moustique adulte sont principalement les MII et les IRS (Smith et al. 2007). Dans une analyse menée dans plusieurs pays sur les effets d'un apport minimum d'interventions clés pour la santé de l'enfant, l'UNICEF a établi que l'usage de MII était le moyen le plus efficace de réduire la mortalité chez les de moins de cinq ans (UNICEF 2005). L'utilisation des moustiquaires contribue à elle seule à une réduction de plus de 50 pour cent de la mortalité dans cette tranche d'âge (voir graphique 1.4).

Tableau 1.1 Caractéristiques qui rendent la lutte contre le paludisme tellement difficile en Afrique Sub-saharienne

FACTEURS RELATIFS AU:	EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	AILLEURS
Le climat	La chaleur humide qui règne toute l'année en certains endroits accroît la durée de vie des moustiques, la durée de leur période de reproduction et la vitesse à laquelle le parasite traverse les différents cycles de son existence; tous ces facteurs favorisent la transmission.	Longues périodes durant lesquelles les vecteurs et les parasites sont peu abondants (autrement dit, durant lesquelles la transmission du paludisme est inexistant ou très faible).
Le parasite	L'espèce prédominante est le <i>Plasmodium falciparum</i> , la forme la plus dangereuse (nécessite des températures moyennes élevées).	Les espèces varient, certaines régions sont surtout peuplées par le <i>P. vivax</i> , qui est rarement mortel.
Le vecteur (l'espèce de moustique et son comportement)	Siège du vecteur du paludisme le plus efficace de tous (<i>Anophèles funestus</i> , et spécialement le complexe <i>A. gambiae</i>), qui s'attaque surtout aux humains, survit longtemps et dans le cas du <i>A. gambiae</i> , pond dans des flaques de la taille d'une empreinte de sabot.	Espèces d' <i>Anophèles</i> qui en de nombreux endroits transmettent relativement peu de paludisme.
Les humains (état de santé et comportement)	Pauvreté générale, maisons ouvertes aux moustiques, croyances traditionnelles retardant la recherche de traitements appropriés ainsi que les migrations dues à la pauvreté ou aux conflits augmentent l'exposition des populations vulnérables.	Bien souvent le développement économique est plus rapide et les maisons plus hermétiques.
Les services de santé	De piètre qualité et souvent inaccessibles (conséquence: les gens se soignent eux-mêmes avec des médicaments et/ou des dosages incorrects).	Souvent les services de santé sont de meilleure qualité et plus accessibles.

Source: World Bank Booster Program Staff 2006.

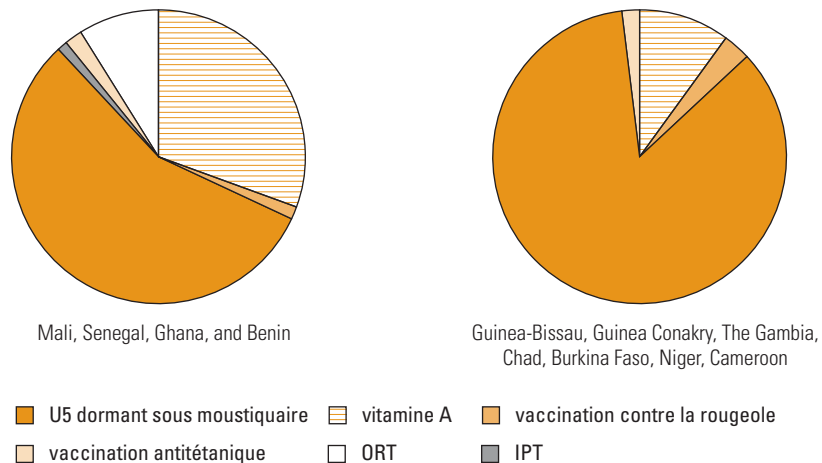
Il faut un suivi spécial pour s'assurer que les outils restent efficaces car les vecteurs (moustiques) et les parasites du paludisme peuvent développer des résistances aux insecticides et aux médicaments. Le développement chez les moustiques de résistances aux insecticides utilisés par les programmes de contrôle des vecteurs est un souci constant dans les opérations, il s'ensuit que toute recommandation pour l'utilisation d'insecticides doit être fondée sur des éléments probants et prendre en compte les facteurs épidémiologiques, entomologiques, opérationnels et économiques (Sadasivaiah, Tozan, and Breman 2007). Il faut aussi suivre et détecter le plus vite possible toute modification de l'efficacité des insecticides pour permettre d'adapter les politiques et les programmes et maintenir en permanence le contrôle des vecteurs.

Actuellement, ce sont les associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT) qui sont recommandées pour le traitement du paludisme sans complication. Utilisées correctement, les ACT contrarient de

Intensifier la lutte contre le paludisme

Graphique 1.4 Proportion de vies sauvées par les interventions clés

La seule utilisation de MII par les enfants réduit de 50% la mortalité chez les moins de 5 ans



Source: UNICEF 2005.

IPT-TPI: traitement préventif intermittent; ITN- MII: moustiquaire imprégnée d'insecticide; ORT-TRO: thérapie de réhydratation orale; U5: enfants ages de moins de cinq ans.

développement et la propagation de la résistance du *Plasmodium falciparum* (Breman, Alilio, and Mills 2004).

Réduction du fardeau —Possible et impérative

On estime que si la lutte contre le paludisme arrivait à couvrir 70 pour cent de la population dans les zones de haute transmission, il serait possible de réduire de 50 pour cent la mortalité paludique et de 17 pour cent la mortalité toutes causes confondues chez les moins de cinq ans (Rowe and Steketee 2007). Des progrès ont été faits pour augmenter l'accès et la couverture des interventions éprouvées, mais un rapport publié en 2007 par l'UNICEF et le Partenariat RBM établit que les interventions clés n'atteignent pas les populations qui en ont le plus besoin, autrement dit les plus pauvres d'entre les pauvres (UNICEF and RBM 2007). Elles ne sont pas non plus accélérées assez énergiquement pour réduire la transmission au niveau requis (Hawley et al. 2003).

Il s'est avéré extrêmement difficile de répondre au développement de résistances à la chloroquine en Afrique et de passer des médicaments

conventionnels aux ACT et d'en faire le traitement de première ligne. La raison en est, du moins partiellement, leur prix bien plus élevé qui limite fortement le nombre de malades qui peuvent y avoir accès surtout dans les pays africains les plus affectés (Bosman and Mendis 2007). Pour remédier à la situation, il faut renforcer la capacité des formations sanitaires pour leur permettre de dispenser correctement les traitements efficaces, et recruter et former des distributeurs dans les communautés, sans oublier les très nombreux vendeurs de médicaments qui gravitent autour du secteur de la santé en Afrique. Moyennant une petite formation sur les effets et le dosage des médicaments et une supervision attentive, ces distributeurs devraient pouvoir stocker et distribuer les ACT à leurs nombreux clients, ouvrant toute large la porte aux traitements efficaces (Goodman et al. 2007).

Aucune mesure ne peut à elle seule réduire le paludisme en aucun endroit. Cependant, là où un ensemble d'interventions adaptées aux conditions locales atteint un niveau suffisant de couverture, il est alors possible de réduire la charge du paludisme et de réaliser les objectifs de développement pour le millénaire dans notre domaine (Smith et al. 2007). C'est sur base de cette complémentarité prévention et traitement efficace qu'en l'an 2000 la communauté internationale du développement s'engageait dans le Partenariat RBM.

Note

1. Les gens dépensent leur argent pour les honoraires de médecins, les médicaments anti-paludéens, le transport à la formation sanitaire, et pour les frais de subsistance du patient et quelque fois d'un membre de la famille qui reste avec le malade pendant la durée de l'hospitalisation. De plus en plus ils dépensent aussi pour les MII et d'autres moyens de protection personnelle (comme les serpentins fumigènes anti-moustiques).

CHAPITRE 2

La Phase I du Programme renforcé

En 2005, la Banque mondiale s'apercevait que l'approche choisie dans la lutte contre le paludisme n'obtenait pas les résultats escomptés (World Bank 2005). Après avoir alloué entre 2000 et 2005 presque USD 50 millions, la Banque n'avait pas vraiment réussi à aider les pays de la région à réduire la morbidité et la mortalité, spécialement chez les enfants de moins de cinq ans.

En 2002, une évaluation indépendante du Partenariat RBM notait que, « les avantages comparatifs présumés de la Banque dans le développement de politiques, la planification à l'échelle des secteurs et l'établissement des budgets étaient inaccessibles à l'ensemble du Partenariat » en raison de la complexité des processus et du manque de familiarité de nombreux partenaires avec ceux-ci (Malaria Consortium 2002). Le sentiment des partenaires était que « la Banque parlait beaucoup mais qu'en réalité on voyait peu de résultats sur le terrain ».

Dans son rapport sur la stratégie mondiale et le Programme renforcé (World Bank 2005a), la Banque elle-même reconnaissait que l'approche progressive choisie pour la lutte contre le paludisme concentrée uniquement sur le renforcement des systèmes de santé avait échoué. « Les contraintes du système de santé ne justifient à elles seules ni l'inaction ni la poursuite d'un engagement inapproprié de la Banque dans la lutte contre le paludisme. Il est établi que, dans le domaine de la lutte contre les maladies et de la santé publique, des interventions majeures ont réussi à travailler sur une grande échelle, même là où la pauvreté était extrême et les systèmes de santé peu performants » (Levine and the What Works Working Group 2004, 26.).

La Banque n'avait pas oublié ces leçons lorsqu'il s'est agi de concevoir et de réaliser le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique.

Le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique

En 2005, la Banque mondiale décidait d'évaluer ses actions de lutte contre le paludisme à dater du sommet d'Abuja durant lequel les participants s'étaient engagés à réduire de moitié la mortalité paludique en Afrique d'ici 2010. Un Comité de direction vice-présidentiel composé de cinq vice-présidents de la Banque mondiale a engagé une série de discussions en profondeur avec les gouvernements clients, les partenaires en développement au sein du Partenariat RBM et les directeurs exécutifs de la Banque mondiale. Les consultations ont fait apparaître que les actions engagées étaient loin d'avoir obtenu les résultats escomptés et qu'elles ne répondaient pas aux promesses faites par la Banque au sommet d'Abuja.

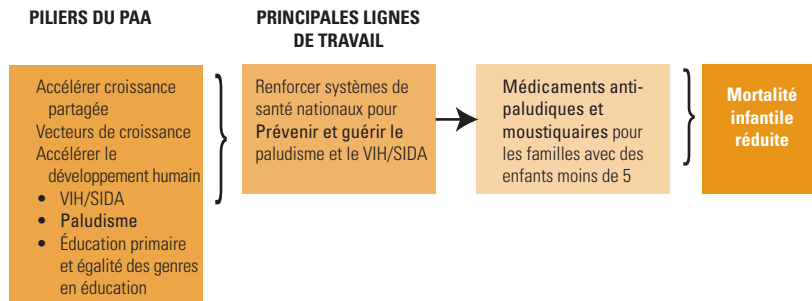
La Banque diffusa alors, en avril 2005, un cadre révisé de lutte contre le paludisme connu sous le nom de Stratégie mondiale et Programme renforcé. La stratégie dévoilait le nouvel engagement de l'institution et reconnaissait la nécessité d'augmenter substantiellement les financements de l'IDA pour la lutte contre le paludisme. Le rapport désigne le paludisme comme un obstacle fondamental au développement humain et économique, spécialement en Afrique, et note que plusieurs des objectifs de développement pour le millénaire seront irréalisables en l'absence de lutte efficace contre la maladie.

Peu après la publication du rapport, en septembre 2005 à la conférence des bailleurs réunis à Paris, la Région Afrique de la Banque mondiale, qui est chargée du financement des actions de lutte contre la pauvreté en Afrique Sub-saharienne, lançait le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique. À l'appui de l'engagement de la Banque dans le Programme renforcé, le président de la Banque mondiale, Paul Wolfowitz, déclarait lors du lancement: « Il est désolant de constater que le paludisme tue un enfant africain chaque 30 secondes alors qu'existent des méthodes pour prévenir et guérir la maladie. Il nous faut agir maintenant avant que le parasite s'adapte et développe une résistance aux insecticides et aux médicaments dont nous disposons aujourd'hui. » Et de poursuivre, « De nouveaux bailleurs et partenaires se sont joints à cet effort, banques de développement, pays, secteur privé, universités, ONG et fondations. En dépit des bonnes intentions, le paludisme reste aujourd'hui une menace grave en Afrique. Il est clair que nous devons faire mieux » (World Bank 2005b).

Dans le cadre de son réengagement, la Banque a constitué au sein de la Région Afrique l'équipe de référence pour les actions antipaludiques (MIRT) chargée de coordonner et de faire avancer les actions de la Banque

Encadré 2.1 Le Plan d'action pour l'Afrique

Le Plan d'action pour l'Afrique de la Banque mondiale est un cadre pour obtenir des résultats qui permettra aux politiques et aux interventions des services publics dans les pays africains de réaliser les ODM ; c'est aussi un guide pour l'appui financier de la Banque dans la Phase II du Programme renforcé. Le paludisme étant la cause principale de décès des enfants de moins de cinq ans en Afrique, la Banque en a fait la priorité du Plan d'action pour l'Afrique. Il est impossible de réduire la mortalité infantile sans effort sérieux pour éliminer le paludisme.



Source: World Bank 2005c.

dans le Programme renforcé. L'équipe est composée d'un coordonnateur et de quatre spécialistes techniques. Le MIRT tire parti de l'expertise accumulée dans divers secteurs et départements de la Banque mondiale et coopère avec les équipes des différents pays pour préparer et superviser la réalisation des projets du Programme renforcé. Au niveau des pays, les chefs d'équipe de la Banque mondiale facilitent le dialogue avec les gouvernements et aident ceux-ci à développer et à réaliser les projets du Programme renforcé. Le MIRT a reçu cinq mandats principaux :

- Conseiller la Banque dans le choix de stratégies techniques et financières qui permettront de rayer le paludisme du nombre des fardeaux de santé publique dans la Région Afrique
- Supporter les équipes de travail et les clients dans le développement et la réalisation des programmes au niveau sous régional et au niveau-pays
- Assurer la qualité du programme et la documentation des résultats
- Développer des partenariats internes (avec d'autres secteurs) et externes
- Générer, gérer et partager les connaissances au sujet de la lutte contre le paludisme

Membre fondateur du Partenariat RBM, la Banque cherche avec le Programme renforcé (voir encadré 2.2) à participer à l'effort collectif des pays et des partenaires en développement pour atteindre les taux de couverture fixés à Abuja.¹ Dans le programme renforcé, le rôle de la Banque, en collaboration avec d'autres institutions et individualités, est d'aider les pays à combler les déficits de ressources et à identifier et éliminer les goulots d'étranglement qui freinent leurs systèmes de santé et de leur permettre d'atteindre les objectifs fixés dans les plans nationaux de lutte contre le paludisme.

Le Programme renforcé est structuré sur 10 ans et a commencé par une Phase I de trois ans (du 1 juillet 2005 au 30 juin 2008), au cours de laquelle de 18 à 20 pays africains devaient dépenser environ USD 500 millions de leur enveloppe IDA pour la lutte contre le paludisme. La Phase I devait aider les pays à mettre en œuvre une combinaison d'interventions éprouvées et rentables basées sur les MIILD et les IRS pour le côté prévention et sur les ACT pour le volet traitement. Parallèlement, de concert avec les partenaires de la Banque, le Programme renforcé devait aider les pays à concevoir des programmes pour améliorer leurs systèmes de santé dans différents

Encadré 2.2 L'approche du Programme renforcé dans la lutte contre le paludisme

Dès l'origine, le Programme renforcé a adopté une approche unique qui consiste à ne financer que des méthodes connues et éprouvées. Aujourd'hui encore il reste fidèle aux éléments primordiaux suivants:

- *Prééminence des pays.* Le programme assiste, il n'orchestre pas, les plans développés par les pays affectés eux-mêmes.
- *Approche à double voie fondée sur l'accélération rapide des interventions et le renforcement des systèmes de santé.* Le Programme renforcé cherche à établir un juste équilibre entre la maîtrise des contraintes des systèmes de santé, —problèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments, planification inadéquate, suivi & évaluation insuffisants— et la réalisation d'interventions visant directement la maladie.
- *Intégration dans des partenariats solides.* Le programme renforcé est fermement intégré dans le Partenariat RBM. Le partenariat est essentiel car quelque soit le pays, aucun bailleur ne contribue assez pour éliminer le paludisme. Rassemblées, les activités des différents bailleurs transforment les financements en résultats bien plus efficacement que l'action isolée de chacun. En supportant les plans et les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le programme renforcé assure la coordination entre tous les bailleurs.
- *Financements flexibles, transfrontaliers et multisectoriels.* Le Programme renforcé procure des financements flexibles qui accélèrent rapidement des actions éprouvées et facilitent le passage au travers des secteurs et des frontières nationales dans des régions connaissant des taux de paludisme parmi les plus élevés au monde.
- *Concentration sur le suivi et l'évaluation.* Données insuffisantes et systèmes de S&E hésitants rendent difficile l'évaluation des progrès et l'établissement des responsabilités dans la lutte contre le paludisme, le support au S&E est donc un élément essentiel du programme.

domaines comme le renforcement des capacités dans les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'amélioration du suivi et évaluation (S&E) ou encore de la planification pour la santé.

Résultats initiaux

Presque tous les projets du Programme ont moins de deux ans d'activité, c'est trop court pour réaliser complètement un programme national et en documenter les résultats. Néanmoins, au cours de la Phase I, des progrès importants ont été faits dans de nombreux domaines.

Allouer de l'argent à la lutte contre le paludisme

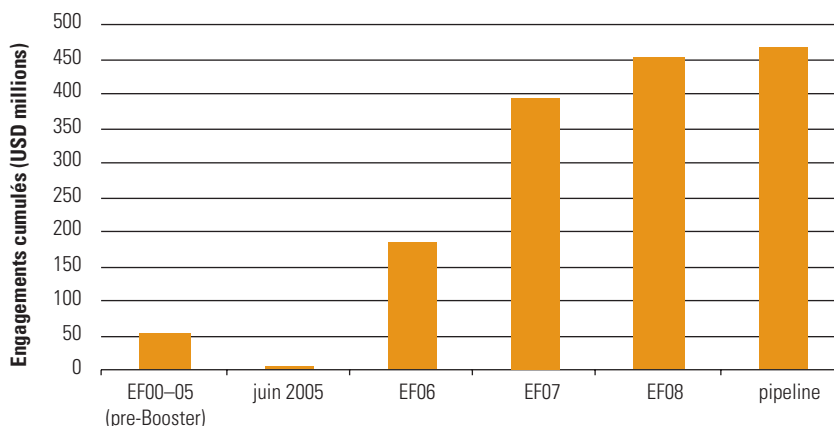
Conscient de la nécessité de répondre à la demande des pays et d'asseoir la crédibilité de la Banque comme partenaire déterminant de la lutte contre le paludisme, le Programme renforcé ne perdit aucun temps pour apporter à la lutte des ressources de la Banque bien plus importantes qu'auparavant. Les fonds de l'IDA sont accordés à la demande et sont généralement alloués pays par pays et, au début du programme renforcé, on ignorait si les demandes des pays rencontreraient les attentes et les besoins exprimés dans le rapport de la stratégie mondiale et du programme renforcé (World Bank 2005a). Il apparut très vite que la demande des gouvernements était forte. Profitant de ses relations avec les ministères des Finances et les ministères de la Santé, la Banque mondiale aida chacun des programmes renforcés nationaux à convaincre leur gouvernement d'accroître ses propres investissements dans la lutte à long terme contre le paludisme. Deux ans plus tard, les financements de la Banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique avaient été multipliés par neuf (de moins d'USD 50 millions au cours des cinq années précédentes à plus d'USD 470 millions; voir graphique 2.1).

La Phase I a opéré dans 19 pays et engagé USD 455,2 millions dans la lutte contre le paludisme; avec USD 15 millions additionnels dans le pipeline, le total s'élève à USD 470,2 millions (voir tableau 2.1). Les projets approuvés couvrent une vaste région habitée par 258 millions de personnes.

À l'heure actuelle, dans chaque pays du Programme renforcé, la Banque ne se contente pas de procurer des ressources pour la lutte contre le paludisme, elle travaille avec les pays, en surveillant les ressources humaines et

Intensifier la lutte contre le paludisme

Graphique 2.1 Multiplication par neuf des prêts programmes pour la lutte contre le paludisme en Afrique depuis le début du Programme renforcé, EF 2000–2008



Source: World Bank Booster Program staff 2008.

financières que ces derniers affectent à leurs efforts de lutte contre la maladie et en s'assurant que le financement n'est pas une simple substitution de ressources.

Le cas de la Zambie est un exemple de la flexibilité des financements offerts par la Banque. Lorsque le financement du Fonds planétaire pour l'achat des MILD prit du retard, la Banque intervint en avançant des fonds de l'IDA. Le Programme renforcé a lui aussi adopté le principe de flexibilité pour concevoir les projets. Au lieu de fournir un modèle aux pays et à leurs équipes, il donne à chacun (moyennant accord de son partenaire à la Banque) la possibilité de concevoir des outils adaptés à ses besoins particuliers.

Comparer investissements et résultats

Chaque projet du Programme renforcé dispose d'un volet S&E complet adapté à l'environnement national ; une attention particulière est apportée à répondre aux besoins d'informations des districts pour leur permettre de gérer plus efficacement leurs projets. Au niveau mondial, la Banque a développé une carte de résultats du paludisme ou matrice de suivi des résultats (voir Annexe 1) qui permet de traquer les dollars investis et la couverture par les interventions clés, usage des MII, accès des enfants aux traitements anti-paludiques, traitements préventifs intermittents des femmes enceintes et IRS. L'encadré 2.3 procure des détails sur le travail du Programme en suivi et évaluation.

Tableau 2.1 Prêts de la Banque pour la lutte contre le paludisme en Afrique, projets actifs et dans le pipeline, EF 2006–2008 (USD millions)

UNITÉ AFRVP	UNITÉ SECTEUR	PROJETS APPROUVES PAR LE CONSEIL	MONTANT TOTAL PROJET	MONTANT TOTAL MBP PAR PROJET	MONTANT TOTAL MBP PAR UNITÉ SECTEUR	PROJET PAR UNITÉ SECTEUR
AFTHD	AFTH1	Tanzanie : Renforcement du développement du secteur santé II (Financement supplémentaire)	60.0	25.0	64.0	5
		Kenya : Guerre totale contre VIH et SIDA (SIL)	80.0	4.0		
		Érythrée : Projet VIH/SIDA/IST, TB, paludisme et santé reproductive (SIL)	24.0	2.0		
		Zambie : Projet renforcé contre le paludisme (SIL) (RTF)	20.0	20.0		
		Malawi : Projet d'aide au secteur santé (financement supplémentaire)	8.0	8.0		
	AFTH2	Niger : Projet pour le renforcement institutionnel et l'appui au secteur de la santé (SIM)	5.0	5.0	68.3	5
		Sénégal : Projet II d'amélioration de la nutrition (APL)	35.0	10.0		
		Bénin : Projet renforcé de lutte contre le paludisme (SIL)	15.0	5.3		
		Burkina Faso : Projet de soutien au secteur de la santé et à la lutte contre le SIDA (SIL)	31.0	31.0		
		Ghana : Nutrition et lutte contre le paludisme pour la survie de l'enfant (SIL)	47.7	12.0		
AFTH3		Nigéria : Projet renforcé de lutte contre le paludisme (SIL)	25.0	10.0	265.9	6
		Éthiopie : Protection des services de base (SIL) (TF) (Financement supplémentaire)	180.0	180.0		
		Soudan (Nord) : Projet de développement du système de santé décentralisé (MDTF)	215.0	11.1		
		Soudan (Sud) : Projet parapluie du Soudan du Sud pour le développement du système de santé (MDTF)	322.2	10.4		
		Rép. Dém. du Congo : Projet de support à la réhabilitation du secteur de la santé (SIL)	215.0	12.2		
		Rép. du Congo : Projet de développement du secteur de la santé	6.0	1.2		
			20.0	16.5		
	150.0	30.0				
	40.0	4.5				
AFTSN	AFTU2	Rép. Dém. du Congo 2 : Projet d'urgence de réhabilitation urbaine et sociale (ERL)	180.0	13.0	13.0	1
	AFTAR	Kenya : Projet de développement de proximité et d'atténuation de l'effet des crues dans l'Ouest du Kenya (SIL)	86.0	2.0	2.0	1
	AFTWR	Sous régional : Projet de développement des ressources en eau du bassin de la rivière Sénégal (APL)	110.0	42.0	42.0	1
		Sous total : Approuvé par le conseil (au 15 juin 2008)	1,874.9	455.5	455.2	19
		PROJETS DANS LE PIPELINE				
AFTHD	AFTH1	Mozambique : Projet pour les prestations dans les services de santé (SIL) (RFTF)	TBD 7.0	8.0 7.0	15.0	1
		Total approuvé et dans le pipeline (au 15 juin 2008)	1,881.9	470.2	470.2	20

Source: World Bank Booster Program staff 2008.

Note : L'Érythrée fait partie des projets du Programme renforcé, elle a reçu l'approbation du conseil un mois avant le début de l'EF06 (Juin 2005).

AFTHD, Région Afrique Développement humain ; AFTSN, Région Afrique Développement social et environnemental durable ; Région Afrique Urbanisation/eau ; ATWR, Région Afrique Gestion des ressources en eau ; APL, Prêts à des programmes évolutifs ; CDD, Développement de proximité ; ERL, prêts d'urgence à un pays sinistré ; MDTF, Fonds fiduciaire multi bailleurs ; RFTF, Fonds fiduciaire de la Fédération de Russie ; TF, Fonds fiduciaire.

Encadré 2.3 Focalisation sur les résultats

Même s'ils sont de conception différente, tous les projets du Programme renforcé sont évalués par rapports à des indicateurs et à des objectifs approuvés par le groupe de référence de suivi et évaluation du Partenariat RBM. On s'attache particulièrement à réunir les informations nécessaires aux directeurs de programmes et aux administrateurs nationaux et de district pour prendre des décisions, ainsi qu'au suivi des progrès des réalisations et à leurs résultats. Au niveau mondial, la Banque a développé une carte des résultats du paludisme pour suivre les dollars investis et la couverture des interventions clés. Cette carte fait actuellement l'objet de discussions avec les partenaires parmi lesquels beaucoup voudraient voir ajouter un cadre commun de responsabilité qui engagerait tous les partenaires de la lutte contre le paludisme. La Banque est toujours en discussion avec ses partenaires pour transformer la carte des résultats en une banque de données à l'usage des partenaires et des pays pour suivre les résultats et planifier les programmes.

Le programme a établi un partenariat avec la fondation Exxon Mobil pour améliorer encore le volet suivi et évaluation, récolter des informations fraîches et porter les chiffres sur la carte des résultats — nombre d'enfants dormant sous MIILD ou nombre de maisons qui ont reçu une pulvérisation, par exemple.

Ce nouveau pas — consistant à s'appuyer sur la carte des résultats pour créer une banque de donnée commune dynamique et accessible — permettra aux bailleurs et aux pays endémiques de suivre les dépenses et d'évaluer la pertinence des investissements réalisés. En finale, il s'agira d'un outil performant à l'usage de tous les partenaires. Carte des résultats et base de données commune témoignent de la volonté du Programme renforcé de mesurer les résultats pour réaliser des progrès durables.

Dépenser l'argent judicieusement

Les fonds du Programme renforcé sont dépensés dans des interventions de lutte contre le paludisme rentables et techniquement valables. Le programme mondial contre paludisme de l'OMS a certifié que les interventions et les activités supportées par le Programme renforcé étaient en ligne avec les politiques et les normes techniques de l'Organisation. Tous les projets du Programme sont maintenant entrés dans la phase de réalisation, à l'exception du projet de développement du secteur santé en RDC qui vient d'être approuvé en mai 2008. Dans le portefeuille projets, les progrès sont très variables, certains pays étant moins pressés que d'autres de réaliser leur programme. Dans quelques pays plus lents au démarrage, la réalisation vient juste de commencer. En octobre 2007, conjointement avec une distribution de vitamines A et de vermifuges, le Bénin a mis en chantier une campagne intégrée pour distribuer gratuitement à travers le pays 1,7 millions de MIILD, dont 1,4 millions financées avec des fonds de l'IDA. Le Sénégal lui aussi a récemment commencé à distribuer par le canal d'ONG des MIILD gratuites dans le cadre d'un programme d'amélioration de la nutrition. Le Nigéria vient de terminer avec succès une de ses plus grandes acquisitions de MIILD, tandis que la RDC vient de se procurer 5 millions de MIILD

destinées à la distribution. Dans le bassin de la rivière Sénégal, des agents communautaires d'exécution viennent d'être engagés dans les quatre pays au terme d'un processus de sélection rigoureux, et le premier approvisionnement important est en cours.

Le Programme renforcé a également financé deux ateliers sur le thème des achats et de la gestion de la chaîne d'approvisionnements en Afrique anglophone et francophone dans l'espoir de supprimer ce traditionnel goulot d'étranglement au niveau-pays. Chacun des deux ateliers a été très suivi par les leaders des groupes de la Banque et leurs homologues dans les pays ; ils ont déclaré que ce type de formation était absolument nécessaire.

Harmonisation et coordination des efforts

En septembre 2006, le Programme renforcé organisait à Dakar au Sénégal une conférence baptisée « Contre le paludisme en accélérant l'action dans les pays en Afrique Sub-saharienne » (voir encadré 2.4). Ce fut l'occasion pour des décideurs et des directeurs de programme de 15 pays africains de se joindre aux partenaires du RBM et du monde de la lutte contre le paludisme pour discuter comment mener le combat à long terme et réduire le

Encadré 2.4 L'Appel de Dakar

En septembre 2006, la Région Afrique de la Banque mondiale accueillait à Dakar au Sénégal une conférence appelée « Contre le paludisme en accélérant l'action des pays en Afrique Sub-saharienne ». L'événement réunit les organisations internationales, les agences bilatérales, des décideurs et des représentants du secteur privé, des ONG et des programmes de lutte contre le paludisme dans toute l'Afrique pour trouver des moyens de faire avancer la lutte contre la maladie. On mit sur pieds un forum où les gens du terrain — du personnel des programmes nationaux aux ONG — mirent au défi partenaires et pays de s'engager à réaliser les objectifs d'Abuja d'ici 2010. C'est ce qui est devenu l'Appel de Dakar.

En voici les éléments principaux:

- *Suivi et évaluation.* Nécessité d'avoir dans chaque pays un système de suivi supporté et accepté par tous les bailleurs au lieu du système actuel qui voit chaque bailleur exiger des pays des rapports différents.
- *Approvisionnements.* En considération des nombreuses difficultés rencontrées par les pays dans ce domaine, nécessité de développer un système centralisé pour se procurer les produits nécessaires à la lutte contre le paludisme.
- *Transparence et responsabilité.* Nécessité de faire apparaître les responsabilités mutuelles des bailleurs et des pays en utilisant un système commun de suivi des dépenses et des résultats.
- *Déficits financiers.* Nécessité d'améliorer la planification pour combler les déficits financiers dans les pays suffisamment performants pour accélérer et maintenir les programmes au niveau national.
- *Accès à des traitements abordables et effectifs.* Nécessité de résoudre les difficultés rencontrées pour étendre la couverture des ACT et de montrer la ligne de conduite à suivre pour établir l'ordre des traitements à offrir en considération des contraintes rencontrées.

nombre de décès. Il en sortit ce que l'on connaît maintenant comme l'Appel de Dakar. Dans celui-ci, les pays africains présents à la conférence font appel à la communauté internationale pour qu'elle aligne les financements sur les plans des pays (par opposition à une situation où chaque bailleur développe son propre plan) ; ils demandent aussi que soient coordonnés les efforts et le S&E de la lutte contre le paludisme pour réduire les pertes de temps imposées aux pays par les bailleurs qui exigent chacun des rapports différents avec des données et des combinaisons de données différentes.

Un des résultats de l'Appel de Dakar fut le renforcement du groupe de travail sur l'harmonisation du RBM (HWG).² En tant que fondateurs, la Banque mondiale et l'UNICEF co-président le groupe où l'on rencontre des membres des organisations de financement, des agences techniques et des parties prenantes au RBM. Le HWG était à l'origine constitué pour aider les pays à préparer correctement les demandes de financements qu'ils allaient soumettre au Fonds planétaire. Il y réussit si bien qu'il devint permanent, il aide maintenant les pays à déterminer leurs besoins et à développer des plans d'actions qui décrivent précisément les actions à entreprendre pour lutter contre le paludisme. Il les aide aussi à augmenter leurs ressources. En considération des efforts importants à déployer pour réaliser le mandat étendu du HWG, les partenaires ont proposé qu'une équipe de support des actions antipaludiques prenne le relais pour aider les pays à éliminer sans perdre de temps les goulots d'étranglement.

Outre son leadership dans l'établissement du HWG, la Banque mondiale joue un rôle important au sein du groupe de référence de suivi et évaluation du RBM où elle aide à coordonner la planification S&E et à harmoniser les plans des principaux bailleurs pour réduire le poids des rapports pour les pays. De concert avec l'Initiative PMI du président des États-Unis et le Fonds planétaire, la Banque aide chaque pays à développer un seul système complet de S&E auquel tous les bailleurs pourront souscrire.

La Banque joue un rôle capital dans les groupes de travail techniques et financiers et dans le groupe de travail pour le plaidoyer en faveur du paludisme au sein du RBM. Elle est aussi représentée dans plusieurs groupes d'experts à l'OMS.

La Banque mondiale et deux des plus grands bailleurs de fonds de la lutte contre le paludisme —le Fonds planétaire et le gouvernement U.S. (PMI ou USAID ou les deux) —apportent un support financier à 14 des 19 pays où les projets du Programme renforcé sont soit opérationnels, soit dans le pipeline (voir tableau 2.2). Voilà un type de coordination qui montre bien qu'un

Tableau 2.2 Partenariats pour le succès: les trois plus grands bailleurs de la lutte contre le paludisme en Afrique

PAYS DU PROGRAMME	BANQUE MONDIALE	FONDS PLANÉTAIRE	GOUVERNEMENT U.S.
Bénin			PMI Octroi 3
Burkina Faso			
Congo, Rép. Dém. du			USAID
Congo, Rép. du			
Érythrée			
Éthiopie			PMI Octroi 3
Ghana			PMI Octroi 3
Guinée			USAID
Kenya			PMI Octroi 3
Malawi			PMI Octroi 2
Mali			PMI Octroi 3
Mauritania			
Mozambique			PMI Octroi 2
Niger			
Nigéria			USAID
Sénégal			PMI Octroi 2
Soudan			USAID
Tanzanie			PMI Octroi 1
Zambie			PMI Octroi 3

Source: Compiled by World Bank Booster Program staff 2008.

Note: L'Initiative PMI du président des États-Unis contre le paludisme a commencé en 2006 dans les pays de l'octroi 1, en 2007 dans les pays de l'octroi 2, et en 2008 dans les pays de l'octroi 3.

partenariat étroit entre bailleurs est non seulement efficace mais essentiel au succès car aucun bailleur ne peut lui seul procurer toutes les ressources nécessaires pour éliminer le paludisme.

Travailler avec les fondations, la société civile et les ONG

La Banque mondiale et la Fondation Bill & Melinda Gates ont travaillé étroitement à la préparation du Partenariat pour la lutte contre le paludisme et l'évaluation de la maladie en Afrique (MACEPA). La Fondation Gates a apporté une contribution totale d'USD 35 millions sur neuf ans qui s'ajoute à l'engagement d'USD 20 millions sur quatre ans du Programme renforcé. Grâce au vigoureux leadership du ministre de la Santé de Zambie et en partie, à la collaboration entre la Banque, le MACEPA, et d'autres partenaires,

le gouvernement et les bailleurs ont mis sur pied une revue annuelle commune des programmes de lutte contre le paludisme en Zambie. La revue compare les progrès avec les objectifs fixés, propose les améliorations à apporter et suggère les réallocations de ressources nécessaires pour faire face à des besoins changeants.

La Banque mondiale a poursuivi ses travaux avec le MACEPA pour définir l'expansion de l'initiative en Afrique et un membre de la Banque siège au conseil consultatif du partenariat. La Banque profite aussi des conseils de la Fondation Gates pour définir et planifier la réalisation de la Phase II (2008 à 2015) du Programme renforcé. À la Banque on pense que les ONG et la société civile sont des partenaires incontournables de la lutte contre le paludisme en Afrique. Dans cette optique, la Banque travaille actuellement avec les ONG partenaires dans le Groupe CORE (survie de l'enfant) et avec le projet VOICES de Johns Hopkins pour améliorer le rôle qu'elles peuvent jouer dans les communautés, notamment dans la promotion et dans la responsabilité communautaire des ressources de la lutte contre le paludisme. C'est lors d'expériences en RDC et dans le bassin de la rivière Sénégal, où des ONG avaient été choisies pour réaliser le Programme renforcé au niveau communautaire, que la Banque s'est rendu compte de l'intérêt d'inclure les ONG dans les projets.

La Banque a aussi entrepris de développer un partenariat avec Malaria No More, une ONG qui voudrait mettre fin aux décès dus au paludisme en Afrique, cela lui permettrait d'apporter à la lutte l'expérience et les ressources du secteur privé.

Entraîner dans la lutte de nouveaux partenaires

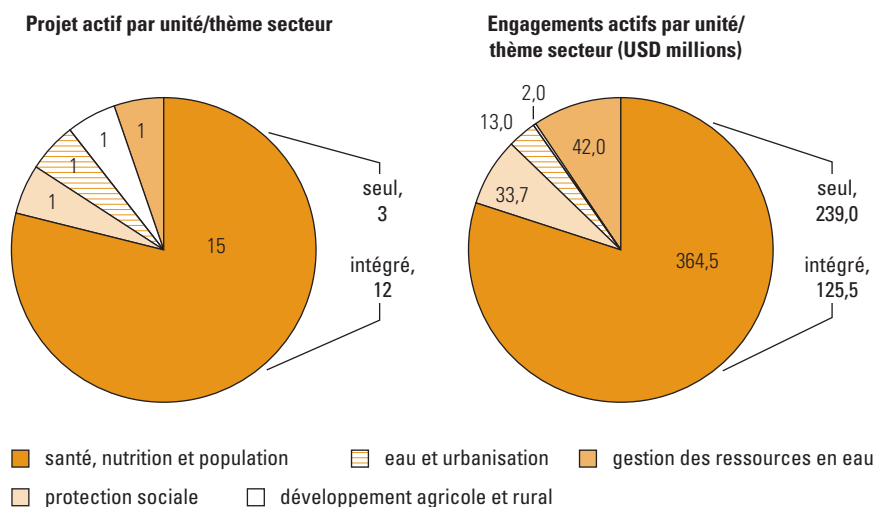
La Banque mondiale s'est alliée à Exxon Mobil pour développer de meilleures approches pour établir la responsabilité des acteurs et suivre les résultats de la lutte en Afrique. Ils ont commencé par développer la carte des résultats du paludisme, qui traque les injections de dollars et les compare aux résultats concrets obtenus, donnant ainsi aux décideurs des informations sur les progrès accomplis dans toute l'Afrique. Grâce à un Fonds spécial, Exxon Mobil procure l'essentiel des ressources nécessaires pour réaliser la stratégie S&E du Programme renforcé.

Lors de la réunion du G8 à St. Petersburg en juillet 2006, la Fédération de Russie a reconnu le prix énorme que le paludisme fait supporter à l'Afrique. Depuis lors, le MIRT a assis à la même table la Fédération de

Russie, la Banque mondiale et l’OMS pour préparer une enveloppe, financements et support technique, pour améliorer le Programme renforcé dans certains pays. Les USD 20 millions de l’initiative financée par la Fédération de Russie se répartissent comme suit : (i) un fonds fiduciaire d’USD 15 millions sous couvert du Programme renforcé de la Banque mondiale en Afrique pour la Zambie et le Mozambique, qui cofinancera des projets supportés par l’IDA dans les deux pays; (ii) USD 4 millions au profit de programmes de formation et de renforcement des capacités pour la lutte contre le paludisme en Afrique, sous la houlette du programme mondial paludisme de l’OMS; et (iii) USD 1 million pour un programme de développement du personnel en collaboration avec la Banque mondiale.

Presque toutes les unités-pays au sein de la Région Afrique de la Banque comptent au moins un projet du Programme renforcé. En termes d’unités sectorielles, presque tous les projets du Programme rentrent dans la rubrique santé, nutrition et population (voir graphique 2.2). Le plus gros projet du Programme renforcé est le projet indépendant au Nigéria (USD 180 millions), qui représente à lui seul 40 pour cent de l’ensemble du portefeuille approuvé par la Banque en Afrique. Les engagements de la Banque vis-à-vis du Nigéria et de la RDC qui, pense-t-on, partagent la moitié du poids du paludisme sur le continent, représentent à peu près la moitié du portefeuille approuvé du programme. Cependant, si importants soient-ils, les engage-

Graphique 2.2 Condensé du portefeuille de la Banque pour la lutte contre le paludisme en Afrique



Source: World Bank Booster Program staff 2008.

ments dans ces deux pays sont insuffisants pour supporter les actions sur l'ensemble de leur territoire, on doit se contenter de couvrir seulement certaines régions. La Phase II cherchera à obtenir une part plus substantielle de ressources de l'IDA pour compléter les ressources des autres bailleurs et permettre une couverture nationale dans ces deux pays.

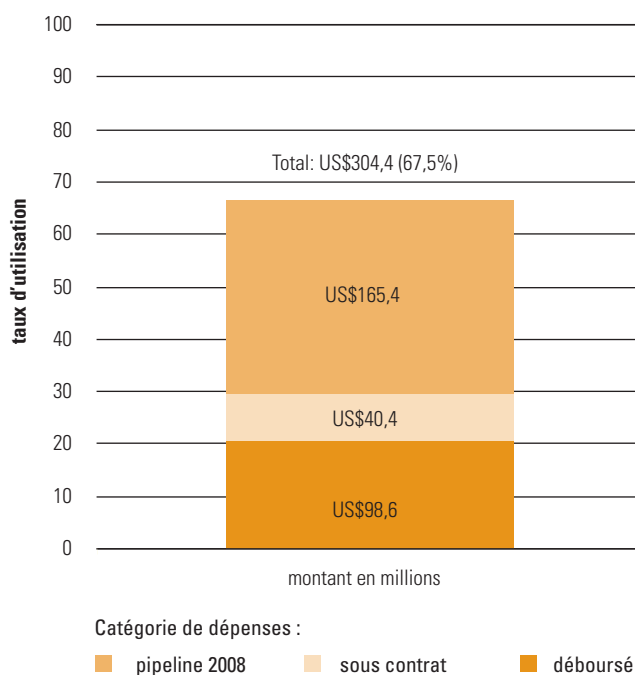
Les autres engagements en portefeuille se répartissent entre 15 pays. La RDC, le Kenya, le Sénégal, et le Soudan ont chacun deux projets séparés de lutte contre le paludisme dans le cadre du Programme. Le projet sous-régional du bassin de la rivière Sénégal supporte les engagements en Guinée, au Mali et en Mauritanie, et juste un peu plus des deux tiers des engagements de la Banque au Sénégal

Malgré l'accroissement des engagements de la Banque depuis 2005, ceux-ci ne suffisent pas aux besoins et à la demande au niveau national. Même en ajoutant les financements du Programme aux contributions des gouvernements et des bailleurs, aucun des pays dans le portefeuille ne mobilise assez de ressources pour combattre efficacement le paludisme au niveau national.

Parmi les 258 millions de personnes vivant dans la zone couverte par la Phase I, 45 millions sont des enfants de moins de cinq ans et 11 millions des femmes enceintes. Une des initiatives couronnées de succès au cours de la Phase I est la campagne MII au Bénin qui a distribué 1,7 million de moustiquaires (1,4 million d'entre elles achetées avec les fonds de l'IDA) dans le pays tout entier —la première distribution de moustiquaires à couvrir l'entièreté de la population des moins de cinq ans au Bénin.

Au 15 juin 2008, USD 139 millions (approximativement 31 pour cent) des USD 450,7 millions représentant les engagements de la Banque dans la lutte contre le paludisme réalisés au cours de la période couvrant les exercices 2006–2008 ont été dépensés ou immobilisés (voir graphique 2.3). Les dates d'approbation et de mise en d'activité varient grandement entre projets, tout comme les déboursments. En moyenne, les projets actifs au cours de 12 derniers mois ont déboursé (ou engagé dans le pipeline) plus de 67 pour cent de leur budget. Si l'on tient compte des engagements et des contrats à six mois dans le pipeline, ce sont USD 165,4 millions supplémentaires qui auront été dépensés à fin 2008. En tout, à la fin de 2008, USD 304 millions ou 67,5 pour cent des engagements effectifs de la Phase I du Programme renforcé auront été déboursés ou immobilisés pour supporter la lutte contre le paludisme en Afrique.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles le taux de déboursement des projets varie considérablement. Ainsi, certains projets effectuent des

Graphique 2.3 Engagements dans la lutte contre le paludisme jusqu'à décembre 2008

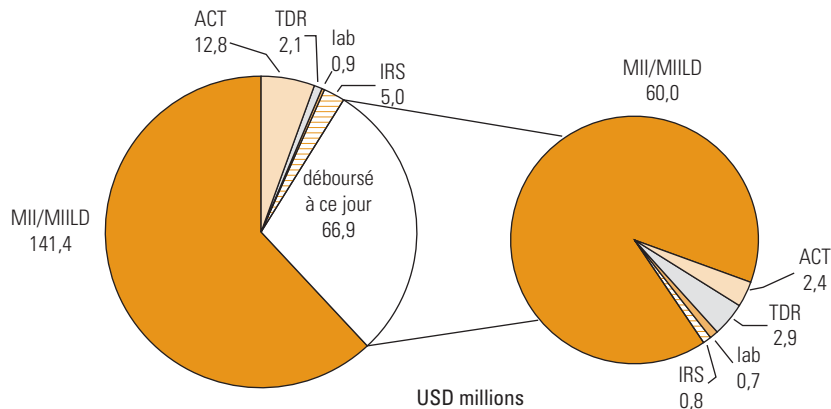
Source: Booster Program Portfolio Review FY06–08.

dépenses périodiques importantes qui couvrent de gros achats planifiés de produits, tandis que d'autres, ceux qui consistent principalement en assistance technique et en renforcement des systèmes de santé, effectuent continuellement des petites dépenses pendant toute la durée du projet qui est en général de cinq ans.

Du montant total dépensé ou engagé à fin 2008, USD 201,4 millions représentent des achats de MILD et USD 15,2 millions des achats d'ACT (voir graphique 2.4). Les achats d'autres produits n'excèdent pas USD 13 millions, les achats de tests de diagnostic rapide (RDT) en absorbent la plus grande part avec USD 5 millions. Ceci illustre la haute priorité qui a été donnée aux achats de MII à ce stade de la réalisation du Programme renforcé. Ce gros investissement en MII est susceptible de se contracter en cours de projet, à mesure qu'accélèrent les distributions d'ACT pour couvrir la population entière des pays participants.

À cela s'ajoutent encore USD 75 millions pour les dépenses qui couvrent les activités de S&E, la gestion de la chaîne d'approvisionnements, les mass

Graphique 2.4 Débours pour les biens et services de lutte contre le paludisme jusqu'à décembre 2008



Source: World Bank Booster Program staff 2008.

media, les moyens de communication pour changer les comportements et le renforcement des capacités.

Défis

La Banque mondiale est satisfaite des progrès accomplis jusqu'ici par le Programme renforcé et par la lutte contre le paludisme au sens large, mais de nombreuses difficultés sérieuses subsistent que la Phase II devra surmonter.

Délais d'approvisionnement en produits

Il n'est pas rare que les pays attendent des mois pour recevoir des fournisseurs livraison des MIILD et des médicaments. Les délais proviennent d'un manque d'efficacité dans les processus d'approvisionnements, de fabrication ou de livraison, ou des lenteurs de la bureaucratie dans les pays ou à la Banque mondiale. Résultat, des MIILD sont arrivées après la saison des pluies, c'est-à-dire après la période de très forte transmission, période pendant laquelle les populations à risque auraient déjà dû pouvoir utiliser leurs moustiquaires. Les ruptures de stocks de médicaments restent un problème dans beaucoup de pays. Pour résoudre ces difficultés, la Banque aide les pays à renforcer les capacités dans les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

À la Banque mondiale, on a tiré la leçon des expériences passées et les procédures d'approvisionnement ont été simplifiées pour les produits antipaludiques les plus importants destinés à l'Afrique. Dans bien des cas, l'adoption des procédures simplifiées pour les produits essentiels a permis de réduire sensiblement les temps de réponse aux demandes d'approvisionnement des pays du programme.

Les difficultés au niveau des achats et de la chaîne d'approvisionnement ne sont pas l'apanage des projets financés par la Banque. D'autres organisations impliquées dans la planification et la coordination de distributions à grande échelle confirment que les achats de MIILD demandent un effort extraordinaire. Les partenaires de la Banque lui ont demandé de proposer des moyens innovants pour financer les achats de MIILD, preuve qu'ils voient là clairement un avantage comparatif de la Banque.

Harmonisation pour augmenter l'impact

La coordination et l'harmonisation exigées entre partenaires demandent du travail, surtout parce que les actions de lutte contre le paludisme touchent plusieurs secteurs et non le seul secteur de la santé. Cette situation peut entraîner des délais dans les étapes de planification et de réalisation mais est essentielle pour permettre aux pays d'atteindre leurs objectifs. La réalisation de plans nationaux de lutte contre le paludisme n'est pas une activité nouvelle, ce qui est neuf, c'est l'évaluation complète et systématique de ces plans par les pays et les partenaires pour s'assurer qu'une fois mis en œuvre, ils réussiront à éliminer le paludisme. C'est un challenge que de vouloir obtenir un consensus de tous les acteurs sur les plans projetés, mais l'engagement de toutes les parties de travailler dans ce sens est très clair.

Capacités insuffisantes au niveau des pays

Même en cours de processus d'accélération, souvent les capacités des pays font défaut pour réaliser ou accélérer les projets. Il faut donc trouver des ressources pour acquérir les produits mais aussi pour renforcer les capacités. Le Programme renforcé et les partenaires de la Banque travaillent à renforcer les capacités des pays dans les domaines des achats et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, du suivi et évaluation et dans la planification et l'établissement des budgets pour assurer le meilleur usage possible des ressources disponibles.

Données insuffisantes

Dans certains pays, il est très difficile d'obtenir le minimum d'informations nécessaires pour suivre la réalisation et les résultats des programmes. Souvent les données de routines sont incomplètes ou périmées. Satisfaire les exigences différentes de multiples bailleurs est peu efficace et prend du temps. Le Programme renforcé, dans le cadre du groupe de référence du suivi et de l'évaluation du RBM, cherche à affiner et à harmoniser les outils de collecte de données existants, à en créer de nouveaux, et à aider les pays à produire des données de qualité à l'usage des directeurs de programmes au niveau national et des districts et de la communauté internationale de lutte contre le paludisme. Le Programme renforcé et ses partenaires cherchent aussi à renforcer le système d'information de gestion de la logistique au niveau-pays pour permettre de suivre les produits et améliorer les prévisions des besoins. Le programme veut aussi renforcer les capacités locales d'analyse des données car la détermination de ce qui va bien et de ce ne va pas est une information vitale pour les décisionnaires qui doivent considérer les changements tactiques et stratégiques nécessaires pour améliorer les résultats de la lutte contre le paludisme.

Contraintes des systèmes de santé

Les contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé, manque de personnel surtout dans les communautés pauvres en région rurale et limites de la chaîne d'approvisionnement dans de nombreux pays africains particulièrement dans le cas des médicaments, sont un problème important, et même lorsqu'elles ont été identifiées, il n'est pas facile d'y porter remède. Ceci souligne le besoin urgent d'une victoire sur le paludisme qui permettrait de relâcher la pression sur les systèmes de santé et de libérer des ressources au profit d'autres problèmes de santé publique. Considérant que des actions précises contre la maladie et des systèmes de santé vigoureux dans les pays sont deux éléments nécessaires pour obtenir un impact réel sur le terrain, le Programme renforcé a adopté une approche à double voie: il cherche à éliminer la maladie avec des moyens de lutte clés, principalement à l'intervention des soins de santé primaire et prénatals, indispensables pour enrayer la transmission et, en même temps, il améliore les systèmes de santé. Les améliorations portent sur la décentralisation des budgets et de la planification, la garantie du financement de la santé, le renforcement des capacités tout le long de la chaîne d'approvisionnement et de la prévision des

besoins, et enfin sur le renforcement du S&E. L'essentiel du financement du Programme renforcé est intégré dans des projets plus vastes, aux approches plus complètes, du secteur de la santé. C'est ainsi que dans le projet au Nigéria, plus de 40 pour cent des USD 180 millions du Programme renforcé sont affectés au renforcement du système de santé et du système fiduciaire. En Zambie, plus du tiers de l'enveloppe totale du Programme (USD 20 millions) était dirigé vers le « Basket funding » au niveau des districts et des communautés.

Difficultés initiales de l'introduction des Associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT)

Les ACT sont un traitement du paludisme efficace et ils préviennent le développement de résistance aux médicaments chez ceux qui les prennent. En Afrique, presque tous les pays endémiques ont adopté les ACT comme traitement de première ligne contre le paludisme simple, mais il reste souvent à mettre cette politique en pratique. Une des raisons de cet état de chose est le coût élevé des médicaments et l'absence de financement viable à long terme dans des pays où les besoins sont importants et les ressources limitées. La Banque a pris le devant de la scène pour résoudre ce problème en développant des stratégies de financement innovantes permettant de réduire le coût des ACT au niveau du consommateur, notamment en concevant puis en pilotant Affordable Medicines Facility for malaria (AMFm), une initiative pour rendre les ACT abordables pour les populations des pays endémiques grâce à des subventions internationales ; AMFm doit être lancée en 2008.

L'équipe du Programme renforcé en Afrique travaille avec nombre de pays à résoudre divers problèmes au niveau opérationnel. Le coût n'est pas le seul facteur qui retarde l'introduction des ACT en Afrique. Parmi les problèmes rencontrés au niveau communautaire, relevons que très peu d'ACT ont été approuvés par l'OMS, ou que tous ont une durée de vie limitée et qu'aucun n'est facile à administrer. Le traitement impose aux patients de prendre des doses multiples pendant plusieurs jours, avec le risque que certains ne prennent pas la totalité du dosage et ruinent ainsi les effets positifs des médicaments. Parallèlement, ils augmentent les chances du parasite de développer une résistance au traitement, avec les conséquences funestes que cela entraîne pour le reste de la population. Pour diminuer les risques d'oubli, fabricants et experts en marketing social ont développé des embal-

lages innovants et fait la publicité des nouveaux médicaments en insistant sur l'importance de prendre la dose entière. L'accès limité aux ACT et le manque d'usage efficient demeurent de sérieux freins dans la lutte contre le paludisme dans de nombreux pays. Bien souvent, les personnes impaludées sont traitées dans leurs communautés avec des médicaments qui ont perdu leur efficacité, comme la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), ou encore avec des monothérapies d'artémisinine qui peuvent favoriser le développement de résistances aux ACT. La vraie difficulté c'est de rendre les traitements efficaces disponibles au niveau communautaire par le canal du secteur privé et des agents communautaires, tout apprenant aux communautés locales comment en tirer le meilleur parti.

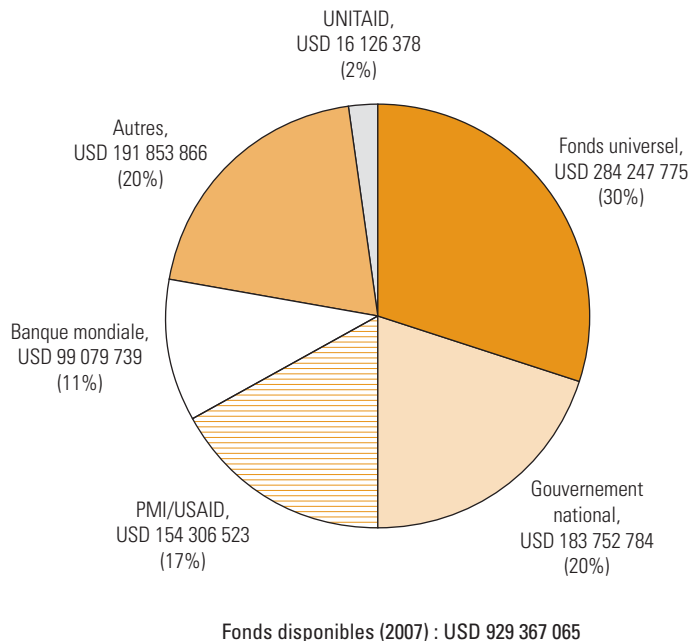
Un écart de financement critique

Une estimation récente évalue à USD 3 milliards le montant nécessaire chaque année pour éliminer le paludisme en Afrique. Dans ce domaine, le gouvernement des États-Unis, le Fonds planétaire et la Banque mondiale sont les trois grands bailleurs en Afrique et ils collaborent étroitement au sein du Partenariat RBM. En additionnant leurs contributions à celles des pays et des autres bailleurs, on arrive à environ USD 1 milliard par an (graphique 2.5). Ceci nous laisse avec un déficit de quelques USD 10 milliards sur cinq ans (USD 2 milliards par an) nécessaires pour éliminer le paludisme en Afrique Sub-saharienne. Le Programme renforcé travaille avec ses partenaires (et encourage l'arrivée de nouveaux bailleurs) pour réunir des ressources suffisantes pour accélérer et maintenir les progrès accomplis jusqu'ici dans la lutte contre la maladie.

Leçons tirées de la Phase I

Alors que la Phase I touche à sa fin, des leçons importantes se profilent et il faudra en tenir compte pour faire entrer le Programme dans la Phase II:³

- Accélérer la couverture et l'usage d'interventions antipaludéennes efficaces tout en renforçant les systèmes de santé est la combinaison essentielle pour obtenir des résultats positifs pour la santé.
- La plupart des pays du Programme n'ont pu accélérer leurs interventions sur l'ensemble du pays. Les contraintes liées aux financements de l'IDA ont donné naissance à certains projets de taille et d'envergure trop limi-

Graphique 2.5 Fonds disponibles pour la lutte contre le paludisme (2007)

Sources: Global Fund Disbursement Reports; Rounds 6 and 7 Global Fund Proposals.

tées pour s'attaquer vraiment au fardeau du paludisme, aboutissant à un effet de saupoudrage (un grand nombre de petits investissements à travers toute l'Afrique). Beaucoup de pays sont encore très loin de leurs objectifs de couverture nationale.

- Les avantages comparatifs de la Banque mondiale dans le domaine du financement innovateur, des projets multisectoriels et de l'aide régionale n'ont pas encore été exploités convenablement.
- Des progrès ont été accomplis dans le suivi et l'évaluation des projets du Programme, mais une impulsion majeure dans le domaine est toujours nécessaire pour mettre en pratique le consensus existant entre les organisations de développement — sur l'importance de suivre les progrès de la lutte contre le paludisme par rapport aux objectifs fixés — et sur la nécessité d'intensifier le S&E pour aider à la prise de décisions au niveau des pays.
- Les projets exigent beaucoup de supervision et de support des équipes de travail, surtout au cours des deux premières années de leur lancement.

Pour en couvrir le coût, Le MIRT a dû négocier avec la direction de la Banque une augmentation de son budget supervision; cependant cet écart de financement devrait être comblé de manière systématique, en augmentant la rubrique supervision projets dans les allocations budgétaires des pays.

- Pour réussir, il est essentiel que les pays prennent la tête des programmes de lutte contre le paludisme et de renforcement des capacités. Le Programme renforcé insiste énormément sur cette exigence essentielle.
- Il était clair, dès avant le programme renforcé, qu'il fallait une équipe spécialisée pour initier, coordonner et supporter les activités des bailleurs dans leur tentative d'éliminer le paludisme en Afrique. Le MIRT a été créé pour répondre à ce besoin et l'équipe a été un élément capital dans les progrès réalisés au cours des trois premières années du programme. Région Afrique, leaders des équipes de travail, partenaires, tous ont apprécié le solide support apporté par le MIRT à tous les niveaux du dialogue politique et de la réalisation du Programme. Sans cette équipe, le risque serait grand d'en revenir à une approche fragmentaire et dispersée de la lutte contre le paludisme.
- Accélérer la couverture et l'usage de moyens efficaces de lutte contre le paludisme tout en renforçant les systèmes de santé est essentiel pour apporter des résultats de santé publique positifs.

Notes

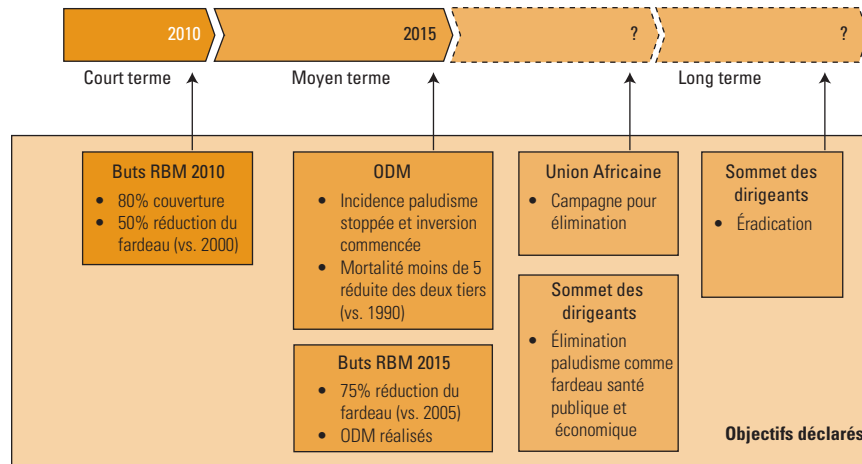
1. Originellement, les objectifs d'Abuja devaient être atteints en 2005, un calendrier devenu difficile à respecter dans la plupart des pays. En termes généraux, ils demandent au moins 60 pour cent de couverture des actions de prévention et de traitement du paludisme.
2. La Banque mondiale et le Nigéria co-présidaient le groupe de travail mondial du Partenariat RBM chargé de l'harmonisation pour impact dans la lutte contre le paludisme dont le rapport a été complété en 2006. Après l'approbation du rapport par le conseil du RBM, le groupe de travail mondial, surtout orienté vers la politique, s'est métamorphosé en groupe de travail pour l'harmonisation, plus opérationnel.
3. Le portefeuille du Programme renforcé est jeune, à mi-juin 2008 74 pour cent des engagements dataient de moins de 18 mois, dès lors de nombreux projets en sont seulement à la case départ. Il s'ensuit qu'on ne peut encore parler de performances.

Passage à la Phase II: Contexte et défis

Au cours de la Phase I du Programme renforcé, de nombreuses avancées technologiques et politiques ont été faites dans la lutte contre le paludisme en Afrique. De nouvelles ressources et une meilleure coordination entre partenaires et pays ont fait germer de nouvelles ambitions, alors que les inquiétudes à propos de l'accroissement de la résistance aux insecticides et de l'accès non équitable aux traitements efficaces passaient en tête de l'agenda politique.

Le « Nouvel » agenda pour l'élimination du paludisme

Au Sommet sur le paludisme de 2007, organisé par la Fondation Bill & Melinda Gates, l'OMS et ses partenaires se sont faits l'avocat d'une accélération massive des efforts pour rayer le paludisme de la liste des menaces de santé publique en Afrique au cours des cinq années à venir. Le sommet appelait à faire de l'élimination du paludisme un objectif à long terme de la communauté internationale (voir graphique 3.1). Les organisations présentes se sont mises d'accord pour traiter l'Afrique comme une île et d'y considérer les cartes écologiques et les cartes politiques. Les experts exprimèrent leur souci au vu des progrès inégaux accomplis à travers le continent et appelèrent la communauté du développement à adopter une attitude « bien public » dans son approche du paludisme. Pour réduire la transmission, ils ont cité en particulier le besoin d'un meilleur contrôle des vecteurs par la pulvérisation dans les habitations et la distribution de moustiquaires couplées avec un meilleur accès aux traitements efficaces. Sur base de cet agenda commun, la communauté du développement et les pays affectés se

Graphique 3.1 Objectifs et délais de la lutte contre le paludisme

Source: Roll Back Malaria Partnership 2007.

Note: MDGs, Millennium Development Goals; RBM, Roll Back Malaria.

sont réengagés pour 36 mois dans une tentative concertée d'atteindre les objectifs d'Abuja d'ici 2010.

Engagement sur le concept de « Mise à l'échelle pour impact »

Contrairement à beaucoup d'autres problèmes de santé publique, le nombre de cas de paludisme est susceptible d'être réduit très rapidement. La maladie peut être prévenue et guérie avec des outils et des stratégies rentables, son élimination réussie suppose de prendre des décisions courageuses, décisives pour assurer aussi vite que possible une couverture étendue par des moyens d'interventions éprouvés. Par la suite, les gains devront être consolidés et maintenus par les services de santé publique réguliers, soins prénatals, gestion intégrée des maladies de l'enfance, campagnes de santé périodiques comme les journées de la santé de l'enfant, et par un suivi et évaluation amélioré.

Le principe sous-jacent qui a incité les pays endémiques à demander rapidement les ressources de l'IDA a été leur désir de concentrer au tout début du programme (to front-load) leurs actions de lutte dans une tentative de réduire dramatiquement la charge du paludisme. Le concept de front-loading — que l'on peut définir comme faire un gros effort concentré au

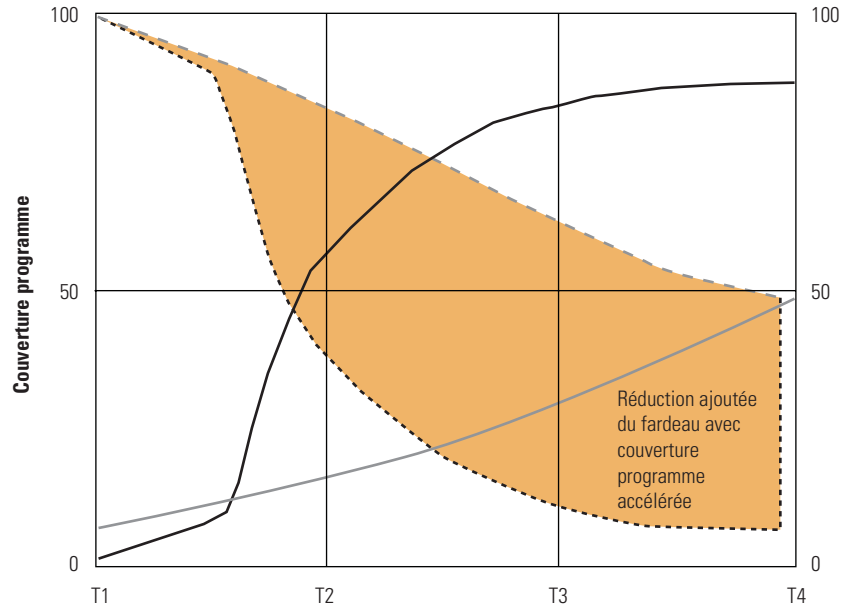
départ d'une initiative (par opposition à une approche plus progressive) — a aussi été appelé "Accélérer les efforts pour obtenir des résultats " (SUF) dans la communauté du développement.

La 13^{ème} réunion du conseil du Partenariat RBM qui s'est tenue en 2007 à Addis Abeba a approuvé le développement par le Partenariat d'un seul plan d'action intégré universel contre le paludisme (GMAP). L'objectif du GMAP est de définir la vision, les objectifs et la stratégie du Partenariat et les actions concrètes nécessaires pour les réaliser. Il viendra renforcer la stratégie SUFI et donnera une bonne impulsion à la réalisation des objectifs 2010 du RBM. Il définira aussi une stratégie à long terme pour éliminer le paludisme en Afrique. En établissant l'ordre de priorité des actions et en coordonnant les responsabilités des différents partenaires, il va optimiser les efforts du Partenariat RBM contre le paludisme.

Voilà le contexte dans lequel plusieurs leaders importants du développement, dont Robert Zoellick président de la Banque mondiale, ont annoncé, au Forum économique mondial de Davos en janvier 2008, un nouvel effort pour mobiliser des ressources humaines et techniques pour SUFI dans la cadre de l'agenda d'élimination (voir graphique 3.2). Cette accélération de l'effort est la réponse à un rapport récent établi pour le Partenariat RBM. Ce rapport estimait que 3,5 millions de vies pouvaient être sauvées au cours des cinq prochaines années par une accélération rapide des mesures de prévention et de traitement du paludisme dans les 30 pays les plus touchés en Afrique (McKinsey and Company 2008). Une accélération rapide de ces mesures en Afrique apporterait aussi en cinq ans un produit économique de l'ordre d'USD 30 milliards, éviterait à 672 millions de personnes d'être contaminées par le paludisme et libérerait 427 000 lits d'hôpital.

La Banque mondiale et les bailleurs ont souscrit au concept SUFI et concentrent les financements-pays au début des programmes pour aider à réduire au plus vite le paludisme à des niveaux plus supportables. Les partenariats sont essentiels pour réaliser SUFI et dans les derniers mois, les partenaires en développement de la Banque se sont réunis pour s'assurer que les financements de l'accélération de la lutte soient reconduits pour préserver les progrès réalisés jusque là. En appui de ces efforts, lors de la journée mondiale du paludisme en 2008, le secrétaire général des Nations Unies a adopté le concept SUFI et a appelé une rapide accélération de l'accès universel au contrôle effectif des vecteurs par les MILD et les IRS pour atteindre les objectifs de 2010 auxquels la Banque a adhéré.

Graphique 3.2 La relation entre l'accélération de la couverture des programmes antipaludéens et la réduction du fardeau de la maladie



Source: Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa (MACEPA), 2006.

T = années

Coordination de l'accélération des efforts pour obtenir des résultats sous l'égide du Partenariat RBM

Membre du Partenariat RBM, la Banque supporte évidemment l'accélération massive planifiée à travers toute l'Afrique pour les 36 mois à venir. Récemment, le Programme renforcé et ses partenaires (ONG, agences des NU, Fonds planétaire, gouvernement U.S. à travers PMI et USAID, département pour le développement international du Royaume Uni, Fondation Bill & Melinda Gates, et d'autres) se sont engagés à se montrer plus attentifs aux besoins exprimés par les pays et à renforcer le rôle du Partenariat RBM dans la coordination des efforts massifs nécessaires pour éliminer le paludisme en Afrique.

Dans le cadre de ces efforts d'accélération de 36 mois, le HWG aide 45 pays à faire l'évaluation complète de leurs besoins et mobilise des ressources internes et externes.

Le HWG a proposé de créer un Malaria Implementation Support Team (MIST) au sein du RBM, proposition qui a été acceptée par le conseil du

RBM en novembre 2007 et annoncé à Davos en janvier 2008. Le MIST RBM aidera les pays à accélérer rapidement leurs efforts de lutte contre le paludisme au cours des prochains 36 mois pour réaliser l'objectif de 80 pour cent de couverture pour les interventions clés. Le MIST se concentrera sur l'Afrique Sub-saharienne puisque 90 pour cent des décès s'y produisent, mais il apportera aussi son soutien dans d'autres parties du monde, en particulier en Asie du Sud où l'incidence de la maladie augmente à nouveau et où le *P. falciparum*, la forme la plus mortelle du paludisme, fait des incursions importantes. Ce sont les pays eux-mêmes qui mèneront les efforts d'accélération et le MIST coordonnera les ressources du Partenariat RBM pour les aider.

Le conseil du Partenariat RBM a approuvé une subvention globale pour les médicaments antipaludéens — Affordable Medicines Facility for malaria (AMFm) — pour augmenter l'accès à des traitements abordables. Au travers du Programme renforcé en Afrique, la Banque jouera un rôle clé dans la mise en œuvre de la subvention au niveau des pays. Elle reconnaît que l'accès équitable aux traitements efficaces est un élément clé de la réalisation des objectifs du RBM en Afrique.

Défis actuels

Pour réaliser un agenda aussi ambitieux, la Banque se trouve confrontée à des difficultés sur un plan général et sur le plan institutionnel.

Contexte général

L'ambition et l'optimisme de la communauté internationale de lutte contre le paludisme dont le but est d'éliminer, voire d'éradiquer, la maladie sont bienvenus. Toutefois, un engagement politique doit s'appuyer sur des ressources financières et techniques suffisantes, et il faut faire très attention aux leçons tirées des tentatives antérieures d'éliminer et d'éradiquer le paludisme ; nécessité d'améliorer les performances des systèmes de santé, besoin de systèmes de surveillance sensibles et d'augmenter les capacités de diagnostic. Cet engagement requiert aussi de la communauté du développement et des gouvernements nationaux qu'ils accroissent la collaboration régionale et transfrontalière, puisque l'élimination du paludisme dans un pays dépend largement des progrès accomplis dans les pays voisins.

Bien que de grands pas aient été accomplis dans l'harmonisation et la coordination de l'action des bailleurs dans le Partenariat RBM, il faudra faire plus encore en considération de l'effort massif qui doit être accompli pour éliminer le paludisme. Au cours des derniers mois, de nombreux groupes de travail ont été créés, et l'action de ces groupes doit être coordonnée pour réaliser les objectifs du RBM.

Les trois dernières années ont vu une augmentation de 300 pour cent des financements directs de la lutte dans le monde. Cependant, en raison d'un déficit de financement estimé à USD 10 milliards au cours des cinq années à venir, il faudra mobiliser d'urgence d'autres ressources si l'on veut réaliser SUFI, une difficulté que le Programme renforcé et les partenaires de la Banque ont bien compris. Le Partenariat RBM développe des stratégies de mobilisation de ressources pour financer les activités de lutte contre le paludisme dans les pays. La Banque est membre des trois groupes qui participent à cet effort (i) le groupe de travail du RBM pour le plaidoyer en faveur du paludisme, (ii) le groupe de travail finances et ressources, et (iii) le groupe d'étude des performances du comité exécutif du conseil du RBM. Le MIRT est actif à recruter de nouveaux bailleurs pour financer la Phase II du Programme renforcé.

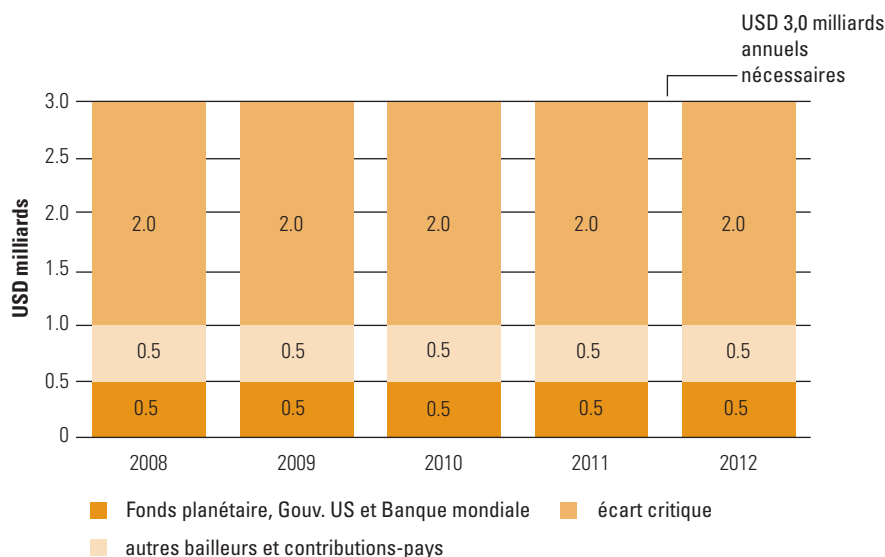
Pendant les cinq prochaines années, les bailleurs et les gouvernements des pays endémiques engageront ensemble environ USD 5 milliards, laissant tout de même subsister un écart d'USD 10 milliards pour éliminer le paludisme en Afrique Sub-saharienne, voir graphique 3.3. Ceci ne tient pas compte des projections de financement du PMI en 2008, pas plus que des financements du 8^{ème} octroi du Fonds planétaire qui devrait intervenir en novembre 2009, ni des USD 3,1 milliards venant de l'engagement combiné de la Banque et de ses partenaires pris le 23 septembre 2008 lors du Sommet paludisme des ODM tenu lors de l'assemblée générale des Nations Unies à New York.

Contexte politique à la Banque mondiale

Réduire la charge du paludisme en Afrique, voilà un thème qui hante l'agenda et les priorités de la Banque mondiale pour la région. Mieux, la lutte contre le paludisme et son élimination comme menace de santé publique et frein économique important est devenu un objectif international auquel les dirigeants de la Banque mondiale ont promis leur appui.¹

Comme la nutrition, le paludisme peut affecter la réalisation de plusieurs ODM, spécialement en Afrique, en raison du fardeau très lourd que la mala-

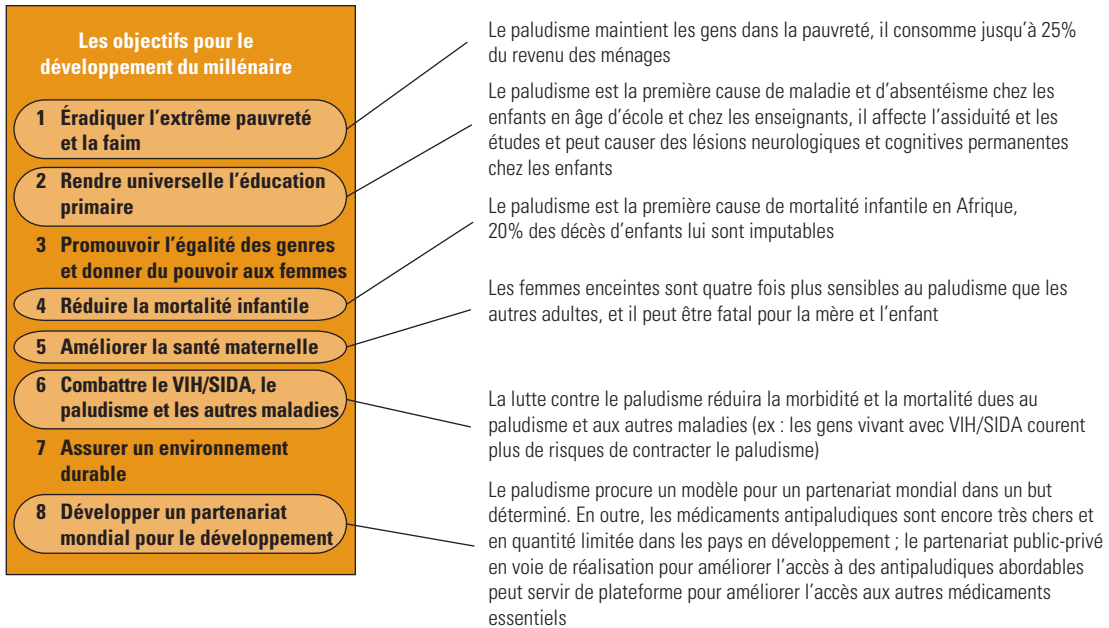
Graphique 3.3 Financements annuels nécessaires pour financer la lutte contre le paludisme en Afrique



Source: RBM Partnership.

die fait peser sur le continent (voir graphique 3.4). Toutes les agences de développement ont à cœur d'atteindre les ODM, mais il semble évident que l'Afrique n'est pas en voie de les réaliser dans les délais. En septembre 2007, les dirigeants des huit plus grandes organisations multilatérales et intergouvernementales engagées dans le développement en Afrique, président de la Banque mondiale inclus, ont réaffirmé leur engagement d'aider l'Afrique à atteindre les ODM en lançant le groupe de pilotage MDG pour l'Afrique (MDG Africa Steering Group). Ce groupe s'occupe de (i) renforcer les mécanismes internationaux pour supporter des réalisations dans cinq domaines, la santé, l'éducation, l'agriculture et la sécurité alimentaire, les infrastructures et les systèmes statistiques; (ii) rendre les flux de l'aide plus prévisibles et fiables; et (iii) améliorer la coordination entre bailleurs au niveau des pays. Il est communément admis que qu'en l'absence de progrès majeurs dans la lutte contre le paludisme, il sera très difficile de réaliser les ODM en Afrique.

Mr. Zoellick, président de la Banque mondiale, a défini six thèmes stratégiques pour étayer les contributions de la Banque au développement économique durant son mandat. L'un d'eux stipule: « La Banque mondiale jouera un rôle plus actif dans le *bien public* régional et mondial sur des ques-

Graphique 3.4 Objectifs pour le développement du millénaire et paludisme

Source: World Bank Booster Program staff 2007.

tions qui débordent les frontières nationales, notamment le changement climatique, le VIH/SIDA, le paludisme et l'aide aux Échanges ». Cette déclaration établit clairement que l'élimination du paludisme est un bien public régional et universel et que les aspects transfrontaliers et régionaux du paludisme sont une priorité stratégique pour la Banque. Moins apparente mais tout aussi importante est la reconnaissance dans la stratégie de la Banque mondiale pour le changement climatique dans la région Afrique de l'importance vitale de réduire la transmission du paludisme dès maintenant, et de développer des capacités pour détecter et prendre en charge les manifestations futures, les réapparitions et les épidémies de paludisme et de maladies transmises par des vecteurs (Nguyen, Qamruddin, and Clark 2008). Dans les années récentes, le paludisme est réapparu dans des zones où il avait été éliminé ou placé sous contrôle. Lorsque température et humidité augmentent, les moustiques prolifèrent dans ces milieux plus hospitaliers et, s'ils ne sont contrôlés, la transmission du paludisme augmentera en de nombreuses régions dans le monde, y compris dans ces parties de l'Afrique Sub-saharienne où jusqu'ici la transmission était absente ou demeurée très faible.

Le rôle de la Banque mondiale dans la lutte contre le paludisme est articulé dans sa nouvelle stratégie santé, nutrition et population (HNP) (World Bank 2007). Celle-ci explique comment la Banque veut améliorer les conditions de santé des personnes dans les pays clients, particulièrement celles des pauvres et des plus vulnérables, dans le contexte de sa stratégie générale de lutte contre la pauvreté. La stratégie HNP stipule que les investissements dans des programmes de lutte contre les maladies et le renforcement des systèmes de santé se complètent mutuellement et sont nécessaires pour réaliser et maintenir des résultats positifs dans la santé.

Ainsi qu'il est dit au chapitre 1, le paludisme est responsable de 20 pour cent de la mortalité des moins de cinq ans dans les pays au sud du Sahara et les systèmes de santé dans ces pays se débattent pour se débarrasser de la maladie. Alors que le plus grand nombre cherche à se soigner en dehors du système de santé officiel, entre 30 et 40 pour cent des visites ambulatoires et des admissions dans les centres de santé, les cliniques et les hôpitaux on trait, au moins partiellement, au paludisme (OMS/UNICEF 2003). C'est le paludisme qui est le plus souvent cité comme motif des consultations et des hospitalisations, cela nous donne un éclairage sur la manière d'établir les priorités des investissements dans les systèmes de santé et les indicateurs nous aideront à vérifier si ces investissements apportent des améliorations.

L'engagement de la Banque mondiale dans le partenariat international pour la santé (IHP) est étroitement lié à la stratégie HNP et au Programme renforcé. La communauté du développement a lancé le IHP à Londres en septembre 2007 dans le cadre d'un nouvel élan pour réaliser les objectifs de santé du millénaire, supprimer la mortalité infantile, réduire la mortalité maternelle et lutter contre les principales maladies. Le but du IHP est de rendre l'assistance plus efficace dans les pays pauvres en (i) améliorant les systèmes de santé et la lutte contre les maladies et les problèmes de santé, (ii) en assurant une meilleure coordination entre bailleurs, et (iii) en développant et supportant les propres plans de santé des pays.

La stratégie d'assistance régionale de la Banque

L'Union africaine encourage fortement le concept d'intégration économique régionale comme moteur de la croissance et de la réduction de la pauvreté en Afrique. En réponse, au cours des quatre années passées, la Banque mondiale a élargi et renforcé le soutien à l'intégration régionale, soutien qui s'est confirmé par le développement de la stratégie d'assistance

à l'intégration régionale (RIAS) pour l'Afrique Sub-saharienne 2009–2011. Cette stratégie a guidé la phase II du Programme renforcé. Très directement, le pilier 1 (qui concerne la prévention et la lutte contre le paludisme régionales et transfrontalières) est la réponse à l'un des objectifs clés du RIAS qui demande des programmes régionaux et sous régionaux pour tenir compte de la dimension transfrontalière de la prévention et du traitement du paludisme. Le Programme renforcé fait progresser l'agenda du RIAS de plusieurs autres manières en cherchant à:

- Rationaliser la recherche et l'éducation universitaire dans la région pour renforcer la capacité technique et augmenter le capital humain qualifié en Afrique
- Supporter les réseaux sous régionaux de programmes nationaux et les organisations régionales d'experts pour suivre l'efficacité des médicaments, des insecticides et des pesticides et répondre au besoin de surveillance multinationale intensive pour éliminer le paludisme
- Améliorer les systèmes de gestion des approvisionnements (qui sont un goulot d'étranglement permanent freinant l'accélération et l'amélioration de la surveillance régionale) en augmentant les liaisons de télécommunications
- Encourager une réduction des obstacles tarifaires dans les échanges inter-régionaux, contrôler les mouvements transfrontaliers de médicaments de qualité inférieure ou contrefaits et subsidier les ACT.

Le Programme renforcé a aussi la possibilité d'influencer l'engagement et les ressources de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, de la Société financière internationale, de l'Agence multilatérale de garantie des investissements, de la Banque interaméricaine de développement et de la Banque africaine de développement.

Note

1. Ce support a été réitéré par Obiageli Ezekwesili, vice président Région Afrique, et par Joy Phumaphi, vice président du développement humain lors du forum sur le paludisme et le sommet du leadership organisé par la fondation Bill & Melinda Gates à Seattle, en octobre 2007, et par M. Zoellick président de la Banque mondiale à Davos en janvier 2008.

Le Programme renforcé pour la lutte contre le paludisme en Afrique: Phase II

La stratégie de la Phase II tient compte des importantes réalisations de la Phase I. Elle a été préparée avec pour toile de fond une augmentation de 300 pour cent des financements directs mondiaux pour la lutte contre le paludisme au cours des trois dernières années. Ainsi que nous l'avons mentionné, les organisations et les gouvernements impliqués dans la lutte sont devenus plus ambitieux et se sont fixés pour objectif d'éliminer le paludisme de la liste des menaces économiques et de santé publique en Afrique au cours des cinq prochaines années.

Un processus consultatif

L'équipe de référence pour les actions antipaludiques de la banque mondiale, le MIRT, a pris la tête de la conception de la phase II du Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique. Pour que la voix de tous les partenaires et de tous les pays clients fût entendue, on a créé un comité consultatif supérieur pour la phase II. Il s'est réuni périodiquement depuis novembre 2007.

Le MIRT a animé une réunion de consultation sur la Phase II à Washington, DC, les 29 et 30 janvier 2008. Cet événement a rassemblé plus de 40 représentants des gouvernements clients, des partenaires et des bailleurs du monde entier, des organisations du secteur privé, des ONG, des avocats du paludisme et le staff de la Banque pour passer en revue les progrès réalisés à ce jour dans le Programme renforcé. Les participants ont partagé les succès et les difficultés rencontrés, discuté les interventions prioritaires dans la Phase II, et se sont mis d'accord sur les actions à entreprendre par la Banque pour compléter l'action des autres acteurs internationaux de la lutte contre le paludisme.

Ces consultations ont permis à la Région Afrique de raffiner les éléments clés de la stratégie de la Phase II. Les participants ont marqué leur accord pour que la stratégie tire parti des avantages comparatifs de la Banque. Partenaires et pays clients reconnaissent qu'au vu de son rôle prépondérant dans la Phase I et en considération du nouvel objectif de la communauté d'éliminer le paludisme, la Banque doit rester engagée dans l'action commune (voir chronologie du développement de la Phase II en Annexe 2).

La conception de la Phase II

Tirant profit des progrès réalisés et des leçons tirées de la Phase I, la Phase II est la contribution de la Banque au projet d'éliminer le paludisme de la liste des problèmes majeurs de santé publique en Afrique (voir tableau 4.1). Cette phase s'étendra sur trois ans (du 1 juillet 2008 au 30 juin 2011), au terme desquels une évaluation jaugera le programme, réallouera les ressources si les priorités de financement ont changé et servira de base pour la Phase III qui devrait s'étaler du 1 juillet 2011 au 30 juin 2015.

La Phase II veillera à capitaliser sans réserve sur les avantages comparatifs de la Banque. Ainsi qu'il est souligné en Annexe 3, la Banque est équipée pour assister les pays à renforcer leurs systèmes de santé tout en contribuant à réduire la charge du paludisme en Afrique. Le Programme renforcé travaille avec l'initiative PMI du président des États-Unis et avec Fonds planétaire de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour que les points forts des institutions se complètent sans se superposer. Le résultat devrait être une meilleure coordination et une plus grande efficacité sur le terrain.

La phase II comprendra cinq piliers (voir graphique 4.1):

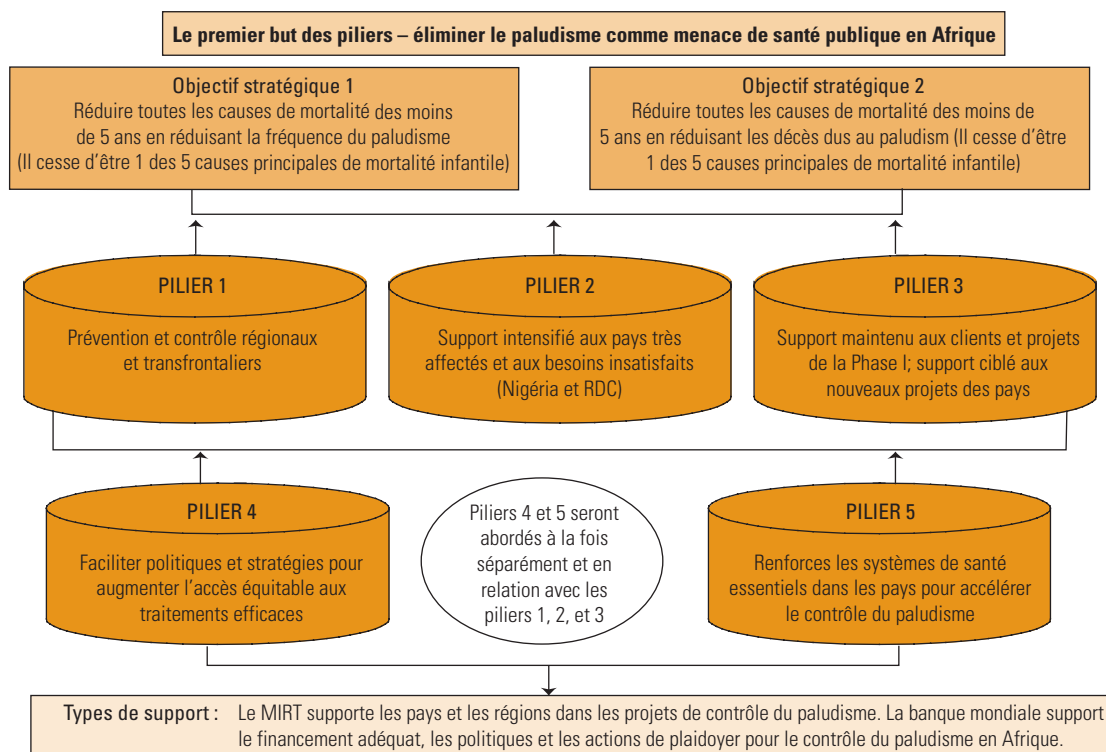
1. Prévention et contrôle régionaux et transfrontaliers du paludisme
2. Support important pour les pays où la charge est élevée et les besoins insatisfaits
3. Poursuite de l'aide aux projets en cours et support ciblé pour de nouvelles activités dans les pays
4. Facilitation de politiques et de stratégies nationales et régionales pour augmenter l'accès équitable aux traitements efficaces
5. Renforcement des systèmes de santé dans les pays du programme

Tableau 4.1 Différences entre Phase I et Phase II

ÉLÉMENTS	CHANGEMENTS PAR RAPPORT À LA PHASE I
Financement	Doublé: passant d'USD 500 millions à au moins USD1 milliard
Géographie	Plus de ressources pour les pays très affectés dont les besoins sont insatisfaits et pour les sous régions et les zones transfrontalières grâce à une approche stratégique et non plus opportuniste
But	Contribuer à éliminer le paludisme des principales menaces de santé publique en Afrique en réduisant la morbidité et la mortalité paludéenne et en supprimant le paludisme des cinq causes principales de décès des moins de cinq ans
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Un effort " front-loaded" • Capitalisation plus complète sur les avantages comparatifs de la Banque mondiale • Attaque les principaux goulots d'étranglement des systèmes de santé • Suivi et évaluation plus rigoureux, plus systématique et basé sur les résultats • Promotion, communication et activités de plaidoyer renforcées • Collaboration entre bailleurs intensifiée, approche commune pour lutter contre le paludisme au niveau-pays

Source: World Bank Booster Program staff 2008.

Graphique 4.1 Phase II : Cadre conceptuel



Source: World Bank Booster Program staff 2008.

Chaque pilier a une raison d'être, un but particulier, et comporte une sélection d'activités qui seront adaptées aux besoins des pays et des régions. La Phase II du programme renforcé est spécialement conçue pour compléter et renforcer l'action des autres bailleurs partenaires, en particulier le Fonds planétaire et l'initiative PMI. Cette complémentarité est bien mise en évidence par la concentration dirigée sur la lutte contre le paludisme dans les régions et au travers des frontières et sur le renforcement des services de santé, deux domaines insuffisamment abordés par d'autres bailleurs et dans lesquels la banque possède des avantages comparatifs. On la trouve aussi dans la concentration des efforts de la Banque au Nigéria et en RDC où la charge du paludisme est très lourde et les besoins en ressources très élevés. Dans de tels contextes, des stratégies coordonnées et complémentaires entre bailleurs sont nécessaires pour donner à l'ensemble de la population accès équitable aux moyens essentiels de prévention et aux services de traitement du paludisme. En fait, la demande d'inscription du Nigéria au 8ième octroi du Fonds planétaire est conçue pour établir cette complémentarité et tient compte explicitement des investissements de la Banque dans la lutte contre le paludisme et les systèmes de santé.

L'estimation de l'enveloppe nécessaire pour la Phase II

Nous avons déjà mentionné que la Phase II serait en fait un renforcement stratégique accéléré des actions de la Banque pour contrôler le paludisme. L'objet de la Phase II est si large que, si l'on veut accélérer les efforts pour obtenir des résultats (SUFI), il sera vital de pouvoir disposer dès le départ d'une partie considérable des ressources de L'IDA-15 (la plus récente reconstitution des ressources qui financera les projets de juin 2008 à juillet 2011). On notera aussi que la réalisation des piliers 4 et 5 se fera dans le cadre de programmes-pays spécifiques et de programmes régionaux. Pour attirer l'attention à la fois sur l'augmentation de l'accès aux traitements et sur le renforcement des systèmes de santé, une ligne budgétaire distincte a été allouée à chacun de ces piliers. Ceci sera essentiel pour surveiller les résultats des actions clés de chacun et s'assurer que les ressources sont dépensées à bon escient. Tenant compte de ce qui précède, la Phase II devrait demander USD 1 125 millions à IDA-15 (voir tableau 4.2). Ces ressources proviendront en droite ligne des enveloppes-pays de l'IDA, et dans le cas du programme régional, deux tiers viendront du budget régional de l'IDA. En Phase II

Tableau 4.2 Ébauche de l'enveloppe des ressources pour les piliers de la Phase II

PILIER S	TOTAL (USD MILLIONS)
Pilier 1	500
Pilier 2	400
<i>Nigéria</i>	300
<i>Congo, Rép. Dém/ du</i>	100
Pilier 3	225
Piliers 4 et 5	Incorporés dans les piliers 1, 2, et 3
Grand Total	1.125

Source: World Bank Booster Program staff 2008.

l'effort front-loaded sera un élément critique de l'élimination du paludisme en Afrique. Éventuellement, l'évaluation en fin de phase permettra au Programme renforcé d'introduire une demande d'aide auprès d'IDA-16.

Les objectifs stratégiques de la Phase II

La Phase II a pour objectifs stratégiques de réduire la fréquence des cas de paludisme et le nombre des décès qui s'ensuivent, abaissant par voie de conséquence le taux de mortalité des moins de cinq ans. Les objectifs réalisés, on peut s'attendre à ce que le paludisme cesse d'être une des cinq principales causes de décès des moins de cinq ans dans les pays du Programme renforcé. Les objectifs précis, les actions projetées, les indicateurs et les cibles de la Phase II sont décrits dans le cadre de résultats de la Phase II (Annexe 4) et dans le plan d'action de la Phase II (Annexe 5).

Pilier 1—Prévention et contrôle régionaux et transfrontaliers

L'objectif du pilier 1 est de maximiser les actions régionales et transfrontalières pour éventuellement éliminer le paludisme. Le raisonnement est le suivant : 97 pour cent des fonds disponibles pour la lutte contre le paludisme en Afrique sont propres à chaque pays. Jusqu'ici le fondement de la lutte contre le paludisme étant l'accélération des efforts nationaux, il paraissait donc logique de financer les pays. Si certains pays obtiennent des gains substantiels et que ceux-ci sont mis en péril par des transmissions transfrontalières venant de voisins moins heureux dans leur entreprise, le Pro-

gramme renforcé devra commencer à financer ensemble des groupes de pays et nous ferons alors du financement sous régional.

Le sommet du paludisme 2007 organisé par la Fondation Bill & Melinda Gates demandait d'éliminer le paludisme comme menace de santé publique en Afrique, de traiter l'Afrique comme une île et de travailler sur des cartes écologiques, pas seulement des cartes politiques. Les experts exprimaient leurs craintes en voyant l'inégalité des progrès accomplis sur le continent et demandaient que les financements fussent dirigés par une approche « bien public », surtout dans le cas de l'utilisation des pulvérisations pour le contrôle des vecteurs et des moustiquaires pour réduire la transmission. Les moustiques eux-mêmes ne volent pas loin, mais les mouvements de population humaine font passer l'infection par dessus des frontières, surtout si les contrôles sont lâches entre pays voisins.

En ce moment il existe très peu de financements sous régionaux car le Fonds planétaire et le gouvernement U.S. allouent les fonds de développement pays par pays. La Banque mondiale par contre, cela a été amplement démontré, possède l'autorité et la puissance financière nécessaires pour entamer des actions sous régionale, principalement dans le secteur de l'énergie et des infrastructures, mais aussi dans le domaine de la santé, nous en voulons pour preuve ses projets dans le bassin du fleuve Sénégal et ses projets VIH/SIDA. Seules, les approches-pays ont peu de chance de faire reculer la transmission transfrontalière, d'autant que bien souvent les gouvernements sont tentés de concentrer leurs efforts vers le centre du pays plutôt que vers leurs frontières. C'est encore plus vrai lorsque la rareté des ressources et les pressions politiques incitent les gouvernements à étaler sur la totalité du territoire leurs maigres moyens au lieu de les concentrer sur les quelques régions qui en ont le plus besoin. Malheureusement, en l'absence d'initiatives transfrontalières, les gains dans un pays peuvent être mis en danger. La capacité de la Banque de conduire des discussions au plus haut niveau national et régional sera un facteur important pour garantir un support approprié de l'IDA à de telles initiatives.

À mesure que les pays ou les groupes de pays se rapprocheront de l'élimination du paludisme apparaîtra la nécessité de plus en plus urgente d'accroître les capacités nationales et transnationales de surveillance et de réponse épidémiologiques et entomologiques. Une sérieuse réduction de la prévalence du paludisme sauvera de nombreuses vies, mais provoquera une vulnérabilité immunologique à la maladie dans tous les groupes d'âge de la population. Si les cas ne sont pas identifiés et traités tout de suite, et si la

population des vecteurs n'est pas très sérieusement suivie, les progrès si durement conquis peuvent s'inverser et créer un risque inacceptable d'épidémies potentiellement dévastatrices.

La Région Afrique a développé une stratégie régionale qui vise à déplacer graduellement la zone de transmission du paludisme de l'Afrique du Sud vers le nord (voir Annexe 6). Dans le cadre de ce pilier, le MIRT s'est entretenu avec l'unité d'intégration régionale en Afrique de la Banque (le contrôle du paludisme étant un pilier clé de la stratégie d'assistance à l'intégration régionale de la Banque pour la Région Afrique). Le MIRT travaille aussi avec des partenaires internes et externes pour réaliser ce qui suit:

- *Identifier les principaux acteurs.* Définir les institutions dans lesquelles le Programme renforcé devrait investir, les structures régionales et sous régionales nécessaires pour coordonner et réaliser un projet régional, et le type d'investissement approprié.
- *Faire de la stratégie géographique.* Se concentrer seulement sur les zones où une approche régionale pourrait apporter de meilleurs résultats qu'un effort national. Identifier un groupe de pays puisque c'est ainsi qu'on peut ajouter une plus-value économique et épidémiologique.
- *Développer un suivi et évaluation fort.* Renforcer la capacité sous régionale pour la surveillance, le diagnostic différentiel et l'uniformisation de la définition des cas de paludisme, la création de réseaux multinationaux d'équipes nationales de S&E et le support à des réseaux multinationaux pour surveiller l'efficacité des médicaments et des insecticides.
- *Créer de nouveaux partenariats et renforcer ceux qui existent.* Examiner la possibilité d'inviter l'Union africaine à se joindre à nous pour créer des politiques régionales, conduire le S&E, partager l'information et demander aux pays africains de contribuer aux efforts régionaux existants qui sont (i) la proposition sous régionale de la communauté de développement d'Afrique méridionale soumise pour le 8^{ième} octroi du Fonds planétaire du 1 juillet 2008; (ii) les activités transfrontalières du HWG; et (iii) les ONG qui sont positionnées pour réaliser des programmes transfrontaliers, spécialement de services, de S&E et de formation des agents de santé communautaires et des administrateurs des gouvernements locaux.
- *Augmenter l'efficacité et s'attaquer aux contraintes communes.* Identifier les opportunités de collaboration plus efficace, de planification commune et

de réalisation de programmes intégrés avec d'autres programmes de santé publique prioritaires, VIH/SIDA, tuberculose et maladie tropicales négligées.

- *Partager les succès obtenus et les leçons apprises.* Supporter et documenter les programmes transfrontaliers les plus efficaces et s'en servir comme exemples des meilleures pratiques.

Pilier 2—Support plus substantiel aux pays sur lesquels pèse un lourd fardeau et dont les besoins insatisfaits sont importants (Nigéria et République démocratique du Congo)

Le but est d'aider les pays très affectés à réaliser une couverture plus étendue et à augmenter l'usage de moyens efficaces de prévention et de traitement. On veut faire une grande coupe dans la charge de la République démocratique du Congo et du Nigéria, qui à eux deux représentent quelques 50 pour cent des infections et des décès imputables au paludisme en Afrique.

Couramment, les engagements de l'IDA pour le Nigéria et la RDC se situent respectivement à USD 180 millions et USD 43 millions, dont USD 30 millions ont été déboursés ou sont sur le point de l'être. Il est important de noter, alors que l'enveloppe de financement actuelle de la Banque à ces deux pays est la plus importante qu'ils aient reçue, qu'elle ne couvre qu'un faible pourcentage de leurs besoins. La Banque est le plus grand pourvoyeur d'aide au Nigéria et est à égalité avec le Fonds planétaire en RDC. Les deux pays devront recevoir une aide très sérieuse de la Banque (et le soutien du HWG et du MIST en formation) pour faire le meilleur usage de l'argent existant. Les financements de l'IDA pour alimenter le contrôle du paludisme dans ces deux pays représente seulement USD 0,66 à USD 1,20 per capita dans les régions couvertes par le Programme renforcé, il faudra donc concentrer bien plus de ressources au tout début, suivant le concept de front-loading des efforts, pour réaliser l'objectif de 80 pour cent de couverture nationale et permettre à ces pays de participer à l'effort transfrontalier et à l'agenda d'élimination du paludisme pour la fin de la Phase II.

Il faudra prévoir au moins USD 400 millions de l'IDA, le montant exact sera déterminé à l'issue de l'évaluation des besoins et de la planification réalisées par le HWG dans les deux pays. Le MIRT a financé une évaluation des contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé des deux pays et sup-

porte des évaluations similaires dans tous les pays du Programme renforcé. La Banque, enfin, examinera avec soin toute demande urgente de financements de l'IDA venant des pays africains qu'elle a assistés précédemment.

Pour réaliser les objectifs la Banque prendra les mesures suivantes:

- *Elle développera un ensemble complet d'interventions basé sur l'évaluation menée au Nigéria et en RDC par le Groupe de travail du RBM sur l'harmonisation et reposant sur l'aide que la banque apporte déjà à ces deux pays pour la lutte contre le paludisme.* L'évaluation doit réunir des informations sur les coûts sur le terrain, sur les meilleurs mécanismes d'exécution et sur les leçons apprises dans ces pays au cours des années passées. Elle tirera profit des meilleures pratiques et des leçons apprises dans d'autres pays. Elle ne se contentera pas d'aborder les questions qui intéressent la Banque mondiale, elle tiendra compte aussi des besoins des pays.
- *Elle poursuivra son support aux actions de lutte contre le paludisme et au renforcement des services de santé, particulièrement dans les programmes qui cherchent à augmenter le taux de survie des nouveau-nés et des enfants.* Pour ce faire, on abordera la lutte contre le paludisme de manière intégrée: gestion des maladies de l'enfance, services de soins prénatals, gestion de la chaîne d'approvisionnement, suivi & évaluation, etc. La Banque poursuivra des initiatives multisectorielles chaque fois qu'elle en aura l'opportunité.
- *Elle accroîtra les ressources et veillera à ce que les financements à venir soient fixés le plus vite possible pour permettre la planification.* Le Programme renforcé et les partenaires doivent porter le financement à un niveau tel qu'il permettra aux pays d'accélérer les efforts pour obtenir des résultats. Après définition de l'allocation IDA à la Phase II, le MIRT établira une stratégie pour assurer tout financement supplémentaire nécessaire. Il est crucial pour les pays de savoir combien d'argent ils recevront pour financer les activités.
- *Elle supportera le renforcement des capacités et la recherche et diffusera largement les résultats des recherches sur le paludisme.* Certains pays prônent l'usage des moustiquaires pour contrôler les vecteurs, d'autres y ajoutent les pulvérisations d'insecticides en intérieur (IRS). Le mérite respectif de ces approches dans des localisations différentes doit être recherché et documenté, et il faudra former les gens et les ménages pour qu'ils comprennent comment en tirer tout le bénéfice.

- *Elle continuera à renforcer les points forts des différents partenaires.* La banque mettra à profit sa propre habileté à réunir pays et bailleurs pour partager informations et connaissances. Le groupe d'harmonisation du RBM coordonnera la réponse des bailleurs aux besoins des pays.

Pilier 3—Maintenance du support aux projets en cours et soutien ciblé pour les nouveaux projets

Le but est de maximiser le retour des investissements consentis par les pays en Phase I en les encourageant à s'engager plus avant dans la poursuite des objectifs de lutte contre le paludisme et des ODM. On continuera à supporter les projets en cours, tous sont encore très jeunes. Presque la moitié des projets du programme approuvés par le conseil sont opérationnels depuis moins d'un an et plusieurs d'entre eux en sont encore au stade du développement, c'est le cas par exemple du Cameroun et de Madagascar, et le Mozambique attend une décision du conseil. C'est pourquoi la plus grande partie de la Phase I se réalisera durant les trois prochaines années et l'appui technique aux projets de la Phase I occupera une grande part du plan de travail du MIRT durant la Phase II. Ce support sera capital pour assurer le succès du Programme renforcé en général et de l'efficacité des investissements réalisés durant la Phase I en particulier.

Certains projets plus matures, comme celui de Zambie, devront recevoir à moyen terme des financements supplémentaires et un support prévisible et continu qui permettront aux gouvernements concernés de planifier la poursuite des ODM. La Banque est là pour combler tout déficit critique de financement qui pourrait se produire. Ainsi, en Zambie, les fonds du Programme renforcé ont été dépensés plus tôt que prévu et la Banque cherche à trouver des sources de financement additionnelles (comme elle l'a fait avec la Fédération de Russie), elle s'occupe aussi d'assurer un engagement sur les ressources d'IDA-15.

De toute façon, la Banque se doit de rationaliser son support pays par pays. Le personnel doit prendre des décisions claires et informées sur l'extension, l'élargissement ou la terminaison du projet après dialogue avec les clients. L'examen du portefeuille de la Phase I a mis à jour un saupoudrage de la distribution des ressources; autrement dit, il existe un grand nombre de petits projets très ciblés, une seule fourniture de MILD par exemple. Bien que les petits projets, voire les dépenses qui ne sont faites

qu'une fois, peuvent être très importants pour le projet de lutte contre le paludisme d'une nation, en terme de support technique et de supervision ils consomment un montant disproportionné de ressources du MIRT. En Phase II, les projets actuels seront classifiés suivant le montant des financements reçus de la Banque et tous les nouveaux projets devront répondre à certaines normes, comme un montant de financement minimum ou un nombre minimum de composants. Il s'ensuivra qu'en Phase II, le portefeuille du Programme renforcé contiendra moins de projets caractérisés par une disproportion entre la valeur du crédit accordé et les coûts de transaction, les faibles performances ou l'importance du risque politique.

Le tableau 4.3 suggère comment classer les projets, en cours et nouveaux, pour les besoins de la gestion et de la planification durant la Phase II.

Les investissements de la Phase I seront mis en œuvre avec l'appui technique du MIRT pour assurer la qualité du projet et l'obtention des résultats.

Les actions clés pour réaliser ce pilier sont:

- *Entretenir le dialogue entre le MIRT, les leaders des équipes de travail et les équipes-pays dans chaque projet en cours du Programme renforcé.* Les dialogues doivent permettre d'évaluer et de se mettre d'accord sur les activités de contrôle du paludisme nécessaires à court et à long terme.
- *Développer des stratégies de désengagement.* Les stratégies de désengagement de l'assistance de la Banque mondiale doivent reposer sur des critères

Tableau 4.3 Catégories potentielles de projets

CATÉGORIE	COMMENTAIRES
Nouveaux départs	Ce sont les projets régionaux et transfrontaliers discutés dans le pilier 1 et éventuellement les nouveaux programmes-pays, suivant la demande.
Augmentations/ expansions	Le premier souci sera la RDC et le Nigéria dans le cadre du pilier 2.
Continuation avec financement supplémentaire	On peut trouver ici des pays comme la Zambie où il existe un intérêt certain pour poursuivre l'utilisation des financements de l'IDA pour financer le contrôle du paludisme.
Consolidation et désengagement	Pour les pays qui ne souhaitent pas utiliser plus longtemps les financements de l'IDA ou encore les pays où le coût des transactions ou le risque politique sont trop élevés par rapport au financement.
Dépenses isolées	Un aspect des financements flexibles, il s'agit de l'usage de fonds de la Banque planifiés ou non, destinés à combler un écart de biens ou de services au niveau-pays.

Source: World Bank Booster Program staff 2008.

propres à chaque projet et sur les changements à apporter pour accueillir d'autres sources de financement.

La majorité des projets dans le portefeuille du Programme renforcé visent à augmenter l'accès aux ACT et à renforcer les systèmes de santé, surtout dans le domaine du S&E, des approvisionnements et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le programme renforcé considérera aussi, au cas par cas, de nouveaux projets uni-pays sur base des analyses d'écart et des évaluations des besoins que le HWG réalisera.

Pilier 4—Faciliter les politiques et les stratégies qui accroissent l'accès à des traitements du paludisme efficaces

Ici, le but est d'augmenter l'accès aux traitements antipaludéens efficaces par des interventions qui élimineront les obstacles connus. L'accès équitable a été moins clairement défini, il est dès lors supporté avec moins de cohérence que la prévention qui elle, a pu bénéficier de services clairement ciblés par la recherche opérationnelle, des projets pilotes et des discussions. La Banque augmentera son soutien à la prévention dans les quatre autres piliers, mais dans le pilier 4, elle soutiendra des approches innovatrices qui tireront parti des capacités du secteur privé et des communautés locales pour élargir l'accès aux traitements efficaces.

Bien que les ACT aient été largement adoptées comme traitement de première ligne, très peu de personnes infectées en profitent. Il s'ensuit qu'il faut agir dans l'urgence pour en augmenter la couverture. La Banque agira en ce sens en établissant des partenariats public-privé, en encourageant les formations et les interventions communautaires et en renforçant des éléments clés du système de santé, protection du consommateur, assurance qualité et gestion du domaine pharmaceutique.

Ainsi que nous l'avons décrit au chapitre 2, l'établissement des Affordable Medicines Facility for malaria (AMFm) est une nouveauté qui doit subsidier le prix au consommateur des ACT. L'aide apportée par la Banque dans le cadre de ce pilier servira aussi à augmenter l'accès aux soins curatifs d'autres maladies courantes.

Le programme renforcé n'ignore pas qu'il faudra une batterie de mesures pour réaliser les objectifs du AMFm mais plusieurs de ces mesures sont nécessaires, que AMFm fût introduite ou non dans les pays. C'est pourquoi le Programme renforcé travaillera étroitement avec les parte-

naires clés et avec des entités comme l'IFC, les ONG, et les organisations de la société civile pour s'assurer que cette tâche fût accomplie avec succès au niveau-pays. Spécifiquement, le programme supportera des méthodes communautaires pour procurer les traitements et des moyens permettant d'accroître et d'améliorer l'échange par delà les frontières des expériences acquises. Il sera tout aussi important pour le Programme de trouver comment lever les barrières qui empêchent l'accès aux traitements de santé publique (couverture géographique limitée, faible qualité des soins, manque de médicaments, honoraires élevés et indisponibilité du personnel compétent).

Lorsque AMFm sera opérationnelle, probablement d'ici fin 2008 début 2009, on peut attendre un accroissement immédiat et substantiel de l'accès aux traitements abordables et efficaces dans de nombreux pays africains. Cet accroissement est bienvenu sans doute, en particulier dans le secteur privé, mais il chargera lourdement le secteur public de ces pays qui devra financer et réguler les médicaments, les formations sanitaires et l'assurance de qualité. Le MIRT et ses partenaires internes et extérieurs travaillent au sein du groupe de travail AMFm, récemment restructuré, pour identifier les besoins, les priorités et les interventions qui aideront les gouvernements à jouer les régulateurs. AMFm aura dès lors plusieurs implications majeures pour la Phase II: Premièrement, les financements de l'IDA pour les ACT, existants et à venir, seront alloués pour assurer le lancement réussi d'AMFm. Deuxièmement, la Banque augmentera son soutien aux pays dans lesquels, comme au Nigéria, les ACT sont déjà distribués par le secteur privé. Troisièmement, la Banque va promouvoir la distribution des ACT sur base communautaire, à travers le secteur privé formel et informel, les agents de santé communautaires et les groupes de femmes, pour assurer un accès large et équitable aux ACT au niveau- pays.

Voici quelques actions clés de la Banque pour soutenir ce pilier:

- Aider les pays à développer des partenariats public-privé avec les distributeurs de traitements et à accélérer les interventions basées sur les communautés.
- Supporter des interventions qui amélioreront les traitements donnés par les agents communautaires et les distributeurs privés et augmenteront ainsi l'accès aux traitements efficaces.
- Supporter des travaux analytiques sur le rôle d'intendance et les capacités du secteur public dans le contexte AMFm.

Intensifier la lutte contre le paludisme

- Renforcer la capacité du secteur public de prendre des mesures réglementaires pour protéger les consommateurs et assurer la qualité des produits et des services dans les secteurs public, privé et communautaire.
- Renforcer les soins curatifs dans les formations sanitaires, y compris les besoins en infrastructures s'il échoit, pour sauver des vies en accroissant la capacité des services de santé de diagnostiquer le paludisme et d'assurer le traitement d'urgence efficace des cas sévères.

Pilier 5—Renforcer les systèmes de santé dans les pays du Programme renforcé pour accélérer la délivrance des moyens de lutte contre le paludisme

L'objectif du pilier est de renforcer les systèmes de santé, instruments essentiels pour accélérer la lutte contre le paludisme et toutes les activités de santé publique. Tout comme dans la Phase I, la Phase II s'attachera au renforcement des systèmes de santé pour réaliser et maintenir le contrôle du paludisme et réduire le poids de la maladie sur les systèmes. Puisque la mission de la Phase II est d'éliminer le paludisme comme menace de santé publique et d'en réduire la charge économique en Afrique, la Banque usera de ses avantages comparatifs pour renforcer les systèmes de santé dans le développement des ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des achats, le suivi et l'évaluation, la planification, l'établissement des budgets et la gouvernance. Le paludisme servira de traceur pour identifier et supprimer les goulots d'étranglement qui dérangent la réalisation des résultats de santé.

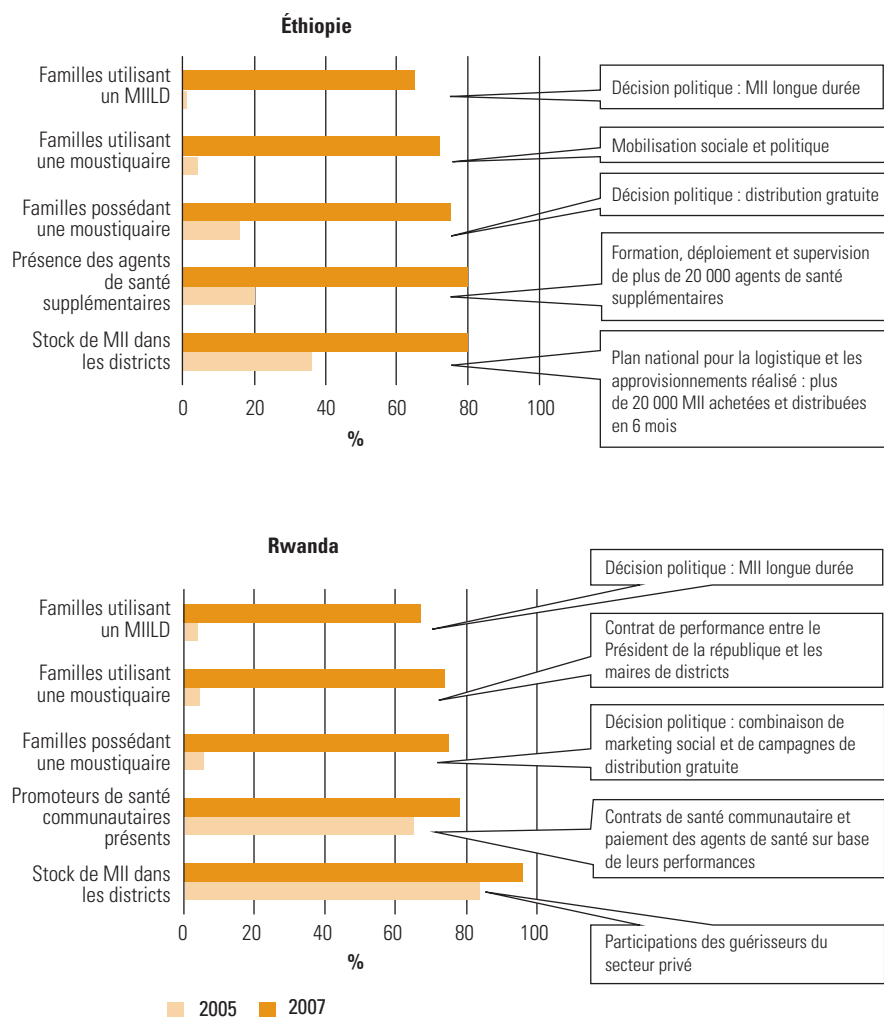
La Banque mondiale cherche à compléter plutôt qu'à reproduire le travail du Fonds planétaire et du gouvernement U.S. (PMI et USAID), qui plus que la Banque se sont traditionnellement occupés de fournir des produits de base. La Banque mondiale est particulièrement bien placée dans le domaine des transferts financiers des budgets nationaux aux budgets infranationaux dans un contexte de décentralisation fiscale, des financements basés sur les résultats, des ressources humaines, de l'infrastructure, des systèmes de gestion des approvisionnements, de la gouvernance et du suivi et évaluation, y compris la surveillance.

Le Programme renforcé se concentrera sur plusieurs des activités ciblées.

1. *Évaluer pendant la phase de planification des projets les besoins pour identifier les goulots d'étranglement dans les systèmes de santé des pays.* Ces évaluations seront taillées à la mesure des différents pays et permettront d'identifier

les principaux goulots d'étranglement inhérents aux systèmes qui retardent l'accélération de la lutte contre le paludisme et des autres priorités de santé publique. Lorsque ces évaluations ont été réalisées en Éthiopie et au Rwanda, elles ont permis de renforcer des domaines critiques des systèmes de santé, apportant une augmentation formidable des interventions contre le paludisme (graphique 4.2).

Graphique 4.2 Résultats de l'élimination des goulots d'étranglement en Éthiopie et au Rwanda



Source: Agnès Soucat, personal communication.

Note: MIILD, moustiquaire imprégnée d'insecticides.

2. *Réallouer les ressources pour triompher des goulots d'étranglement dans les systèmes de santé.* Une fois les goulots d'étranglement identifiés, il faut trouver des ressources pour les supprimer. La Banque mondiale est en position d'apporter des financements flexibles hors de portée des autres bailleurs. Ceci est vrai surtout dans les pays où le Programme renforcé est intégré dans un projet plus grand dans lequel il est difficile de savoir comment les différents composants se complètent l'un l'autre et comment les investissements consentis pour améliorer le système vont produire des résultats pour le paludisme. Il est plus que probable qu'il faudra faire appel aux ressources de la Banque pour financer les améliorations du S&E (surveillance incluse), des achats, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, du renforcement des capacités de planification et d'établissement des budgets dans les districts, de la gouvernance et des ressources humaines pour la santé. Le programme renforcé utilisera une combinaison de moyens pour renforcer les capacités; dialogue politique au niveau mondial, régional et national; et trouver des solutions de financements innovantes pour diminuer les obstacles qui s'opposent à la réduction de la transmission du paludisme et à la réalisation des priorités de santé.
3. *Planification, établissement du budget et financement basé sur les résultats du programme.* Le Programme renforcé supportera l'expansion et le renforcement des capacités pour l'établissement des budgets et la planification infranationales, y compris le support aux budgets basés sur des résultats et aux financements basés sur les performances lorsque cela sera nécessaire. Le financement basé sur les résultats est une stratégie de financement innovante susceptible d'augmenter l'impact des investissements dans la santé en attribuant une gratification financière ou en nature conditionnelle à la réalisation de performances convenues. Il est utilisé de manière de plus en plus originale dans les programmes de santé nationaux pour renforcer les services et accélérer les progrès vers l'élimination du paludisme. Plus important, il permet d'attirer l'attention des gouvernements et des bailleurs sur les produits et les résultats— par exemple le pourcentage d'enfants qui dorment sous moustiquaire —plutôt que sur les données et les processus. Cette stratégie a entraîné des changements étonnants dans le comportement des agents de santé au Rwanda et une amélioration dramatique des résultats de santé, dont l'augmentation de l'usage des MIILD chez les enfants de moins de cinq ans entre 2005 et 2008 ne constitue qu'un seul exemple.

4. *Appuyer l'harmonisation du travail des bailleurs.* Ceci suppose de resserrer le lien entre le renforcement des systèmes de santé et la réalisation des programmes de lutte contre la maladie ; c'est précisément une double préoccupation du partenariat international de la santé. Il faudra pour cela s'assurer que les plans nationaux de lutte contre le paludisme soient insérés dans le dialogue politique sur le renforcement des systèmes de santé au sens large et que soit constitué un groupe de travail chargé d'évaluer et de suivre les besoins du système.

Le suivi et l'évaluation en Phase II

Tous les partenaires, Banque mondiale comprise, s'accordent sur le besoin de renforcer considérablement le S&E pour traquer les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme; il faut pouvoir mesurer les impacts et identifier les domaines qui restent à la traîne. La Phase II comportera plusieurs activités de S&E discrètes mais interconnectées pour profiter des progrès accomplis au cours de la Phase I.

La Phase II va se concentrer sur trois niveaux essentiels pour progresser dans la lutte contre le paludisme: (i) renforcer les systèmes de S&E au niveau-pays, (ii) orienter le S&E en support de l'action globale au niveau des partenaires, et (iii) renforcer la responsabilité institutionnelle de la Banque vis-à-vis des résultats.

Support des systèmes de S&E au niveau pays

Pour faire avancer la lutte contre le paludisme au niveau des pays, le S&E joue un rôle critique à tous les stades de la progression: (i) accélération rapide des interventions, (ii) maintien de la couverture, et (iii) rapprochement vers l'élimination. À chacun de ces stades, il faut une approche de S&E complète. Par exemple, les systèmes d'information de gestion de la logistique sont extrêmement importants pour planifier et réaliser des campagnes de distribution massive de MILD couvrant l'ensemble du pays (appelées parfois « rattrapage » ou “catch-up” en anglais), mais aussi pour leur distribution régulière par les services des formations sanitaires (appelées « entretien » ou “keep-up”). Le suivi de ces produits donne une idée des performances de la gestion de la chaîne de distribution et permet d'éviter ruptures de stocks et surstocks de produits indispensables. Les informations de santé

de routine, lorsqu'elles sont complètes et ponctuelles, révèlent peu à peu des tendances et les enquêtes dans les établissements permettent de surveiller la qualité des services et de savoir si les diagnostics et les protocoles de traitement sont suivis correctement. Les enquêtes de ménages apportent d'autres informations importantes puisqu'elles permettent de savoir si les MIILD distribuées sont arrivées où elles étaient attendues et si elles sont utilisées par la population ; elles permettent aussi de suivre les tendances, de savoir comment les malades cherchent à se faire soigner. Dans les régions où des progrès ont été faits et la transmission interrompue, la surveillance des systèmes devient particulièrement importante pour détecter les épidémies dès leur apparition et prendre les mesures appropriées pour les contenir. Suivre la qualité et l'efficacité des insecticides n'est pas moins important pour savoir s'ils sont toujours utiles. Les enquêtes permettent enfin de mettre en évidence la valeur des différentes approches de lutte contre le paludisme et de prendre les décisions programmatiques et d'allocation des ressources correspondantes.

La Banque et ses partenaires renforceront les capacités dans les pays pour développer des systèmes de S&E efficaces. Ceci suppose de concevoir des cadres de résultats pour les projets de la Banque, de développer et de réaliser de plans opérationnels de S&E et de collecter et de transmettre les informations nécessaires pour prendre les décisions. Ils s'attacheront à harmoniser les exigences des bailleurs dans le système actuel où chacun impose aux pays d'établir des rapports complexes et différents.

Support de S&E aux actions des partenaires au niveau mondial

Les décisionnaires ont un besoin vital d'informations de qualité sur les résultats des investissements dans la lutte contre le paludisme. La carte de résultats du paludisme, développée pendant la Phase I, a été adoptée par les partenaires de la communauté universelle de lutte contre le paludisme. À leur demande, son usage a été étendu à tous les pays d'Afrique Sub-saharienne, supportés par la Banque ou non, pour permettre de suivre l'ensemble des progrès accomplis à travers tout le continent. Pendant la Phase II, la Banque et les partenaires partiront de cette carte pour développer une base de données du paludisme commune qui contiendra les informations importantes, sera largement disponible et accessible à tous les partenaires et à tous les pays et qui permettra à tous les intéressés de se tenir les uns les autres responsables des résultats sur le terrain. Cette tâche a été

confiée à un groupe de travail formé sous la houlette du Groupe de référence du Partenariat RBM pour le suivi et l'évaluation (MERG).

En plus de la coprésidence du groupe de travail pour la banque de donnée, le Partenariat RBM a demandé à la Banque d'user de ses avantages comparatifs pour prendre la tête d'un groupe de travail économique chargé de mesurer la charge macro et micro-économique du paludisme sur les pays et de déterminer les effets de son élimination.

À mesure que la détection des cas (définie comme le diagnostic exact des cas de paludisme) et la résistance (aux insecticides et aux traitements) deviennent plus importantes, la Phase II encouragera la création de partenariats entre pays et institutions pour permettre à ceux qui possèdent l'expertise et l'équipement technique nécessaires à ce suivi de partager leur savoir-faire avec ceux dont les capacités sont encore en cours de mise à niveau.

Suivi des actions supportées par la Banque avec le cadre de résultats de la Phase II

Le Programme renforcé développera pour la Phase II un cadre de résultats qui en exposera l'objectif général et les activités associées avec chacun des cinq piliers pour atteindre cet objectif. Toutes les activités à entreprendre par la Banque seront énumérées de façon précise, avec une estimation claire de la contribution des partenaires et les résultats attendus (modification des comportements de santé, utilisation des services et renforcement des systèmes de santé) pour accroître la prévention et le traitement du paludisme.

Chaque trimestre, la banque procédera à la revue systématique de tous les projets du portefeuille, elle identifiera les pays qui progressent et ceux qui doivent recevoir une aide supplémentaire ou une assistance technique. Les informations seront réunies suivant un modèle développé et accepté par les chefs des équipes de travail et évaluées suivant un système de classement des progrès utilisé au cours de la Phase I pour identifier et résoudre les difficultés. Elles seront alors condensées et serviront d'intrants dans le système de S&E du plan d'action de la Banque en Afrique.

Alors qu'au cours de la Phase I le Programme cherchait principalement à supporter le S&E de données au niveau des ménages, (possession et usage de moustiquaires traitées et tendances de la recherche des soins pour les enfants malades), durant la Phase II l'approche sera plutôt d'élargir le système en place et de le connecter plus étroitement aux réali-

sations supportées par la banque. Ainsi, on se concentrera en particulier sur les informations de gestion de la logistique pour suivre les livraisons de produits antipaludéens (moustiquaires et traitements), les tests des produits pour s'assurer de leur qualité (pour se protéger contre les contrefaçons), le monitoring du développement de résistances, la surveillance intégrée de la maladie et des systèmes de réponse à l'apparition des principales maladies. Tout comme dans la Phase I, le renforcement des systèmes de S&E de la santé restera très concentré sur le paludisme et s'inscrira très normalement dans le cadre de la survie de l'enfant et de la santé maternelle au sens large (en renforçant par exemple le S&E de la gestion intégrée des maladies de l'enfance et des soins destinés aux femmes enceintes). En s'inspirant du cadre des résultats de la Phase II, on développera un plan complet de S&E pour supporter les efforts de lutte contre le paludisme au niveau des pays et au niveau mondial et pour suivre la contribution de la Banque dans cette voie (voir en Annexe 4 l'état actuel du cadre des résultats de la Phase II).

Risques encourus dans la réalisation de la Phase II

Un certain nombre de risques associés à la réalisation de la Phase II sont décrits dans le tableau 4.4.

Tableau 4.4 Risques associés à la réalisation de la Phase II

RISQUES	ACTION DE MITIGATION DES RISQUES
En raison d'autres priorités, les pays ne demandent pas assez de financements IDA pour la lutte contre le paludisme	S'assurer que les pays comprennent l'importance du paludisme dans le cadre général du développement et de la santé
Diminution de l'engagement des bailleurs et des pays dans l'agenda de lutte contre le paludisme	Maintenir la lutte contre le paludisme au centre de l'agenda des pays et des régions
Cibler les grands pays complexes qui ont besoins de plus ressources humaines et financières qu'ils n'en ont	Donner aux équipes de travail un support approprié pour préparer et réaliser avec succès la Phase II dans les pays Y renforcer les capacités de S&E pour garantir un suivi attentif des programmes
Manque d'harmonisation entre partenaires de développement	Supporter des mécanismes formels de collaboration comme le HWG

Source: Booster Program staff 2008.

L'agenda multisectoriel

La Banque possède l'avantage comparatif unique de pouvoir travailler dans différents secteurs pour faire face à la dimension multisectorielle du paludisme, La Phase II l'exploitera dans quatre domaines:

- *L'agriculture.* Il s'agit d'un domaine crucial parce que (i) les méthodes agricoles modifient l'utilisation des terres et peuvent augmenter l'habitat et la population des moustiques; (ii) les insecticides utilisés pour l'agriculture et la lutte contre le paludisme sont les mêmes, il devrait être possible d'en rationaliser l'utilisation au profit des deux secteurs; et (iii) organisée, l'agriculture offre une opportunité de contrôler le paludisme au bénéfice des travailleurs.
- *L'infrastructure.* Le manque de productivité des travailleurs souffrant de paludisme coûte à l'industrie de la construction des millions de dollars. Lors de la réalisation de grands projets, les ouvriers viennent de partout pour trouver du travail, il arrive qu'ils viennent de zones non impaludées dans des zones très affectées. Faute d'avoir développé une immunité, ils risquent de tomber malades et même de mourir. Pour faire face à cette situation, des sociétés comme Exxon Mobil et les mines Anglo Gold Ashanti au Ghana ont entrepris pour leurs employés des programmes de lutte contre le paludisme sur leurs chantiers en Afrique.
- *L'éducation.* Le paludisme est une cause majeure d'absentéisme et de mauvais résultats scolaires chez les enfants et il affecte leur faculté d'apprendre. Les écoles sont un endroit idéal pour faire profiter les enfants des moyens de lutte contre le paludisme, on peut même les intégrer dans les programmes d'éducation.
- *Le changement climatique.* Au cours des dernières années, on a constaté une résurgence du paludisme à des endroits où il avait été éliminé ou placé sous contrôle. Lorsque la température et l'humidité augmentent, les moustiques trouvent un environnement plus favorable et prolifèrent. Faute de les contrôler, la résurgence du paludisme affectera de nombreuses régions, principalement en Afrique Sub-saharienne. C'est la raison pour laquelle le MIRT a rédigé à l'attention de la stratégie des modifications climatiques dans la Région Afrique une note sur les implications des changements climatiques sur le paludisme.

Voilà le contexte dans lequel le MIRT a entamé des discussions avec l'unité pour le développement durable de la Région Afrique, il souhaite développer un plan opérationnel et aller de l'avant dans cet agenda. Le MIRT explorera d'autres secteurs à la recherche de possibles collaborations.

Travail analytique

Durant la Phase II, Le MIRT procédera, au nom du Partenariat RBM, à des travaux analytiques essentiels. Le travail portera sur les sujets suivants:

- L'impact économique de la lutte contre le paludisme
- La justification économique et les modèles financiers de la lutte contre le paludisme en Afrique
- Le potentiel du secteur privé et des agents communautaires dans la pose des diagnostics et les services de traitements
- La délivrance équitable des interventions de lutte contre le paludisme
- Le rôle du gouvernement dans la protection du consommateur et la pharmacovigilance (la relation de la science pharmacologique avec la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets adverses des médicaments, particulièrement leurs effets secondaires à moyen et à long terme).

Comment la Phase II peut-elle influencer la lutte contre le paludisme et le coût d'un désengagement de la Banque

Entre 2005 et 2008, la Banque s'est posée comme l'un des trois plus grands contributeurs de la lutte contre le paludisme en Afrique. Outre l'apport de ressources financières et techniques, elle en a pris la direction intellectuelle pour répondre à des questions aussi importantes que l'accès équitable au traitement, le financement innovant et la collaboration transfrontalière et multisectorielle. Durant la Phase II, la Banque tirera profit de ses avantages comparatifs. En acceptant de prendre le rôle directeur illustré dans ce document, la Banque contribuera à faire très sérieusement décroître la charge du paludisme et sur la lancée aidera l'Afrique à prendre les mesures nécessaires à son élimination.

Le coût de l'inaction de la Banque

Si la Banque décidait de se retirer de la lutte contre le paludisme en Afrique, l'impact négatif sur celle-ci dépasserait largement la simple valeur dollar des subventions et des prêts proposés pour la Phase II. Sans eux, il est clair que la stratégie SUFI serait très affaiblie dans de nombreux pays et que morbidité et mortalité resteraient élevées pendant une période inutilement longue, cependant le retrait de la Banque aurait d'autres conséquences négatives plus subtiles et plus invasives.

De tous les bailleurs, la Banque mondiale est celui qui possède les plus grands avantages comparatifs et la réputation d'encourager et de financer la collaboration et les programmes régionaux et transfrontaliers; un retrait paralyserait sérieusement l'Afrique dans sa quête pour éliminer complètement le paludisme.

La Banque mondiale a été le moteur financier de la lutte contre le paludisme en RDC et au Nigéria qui ensemble représentent 50 pour cent du fardeau sur le continent. Si la Banque venait à interrompre son soutien les pays, les partenaires et les pays qui hésitaient à s'engager plus avant choisiraient de réduire leur support plutôt que de l'augmenter comme proposé dans la Phase II. Au lieu de mener combat, la banque sonnerait retraite.

Le souci de la Banque d'augmenter l'accès aux traitements sûrs, effectifs et de qualité dans le secteur privé et les communautés est en ligne avec son action dans la création des AMFm. Sans eux les objectifs de couverture ne seraient pas atteints, la couverture inéquitable, l'efficacité voire l'idée même d'AMFm serait compromise et le nombre de cas de résistance aux médicaments augmenterait sans doute.

La Banque mondiale n'est qu'un contributeur important de la lutte contre le paludisme en Afrique, mais elle est le seul qui apporte des ressources directes aux gouvernements pour lutter contre le paludisme et pour améliorer les performances des systèmes de santé au sens large. Si la Banque n'était pas engagée dans la lutte, il est peu probable que les systèmes de santé en Afrique fussent systématiquement renforcés et orientés vers les résultats.

Au cours de la Phase I du Programme renforcé, on a découvert que la flexibilité des financements était un avantage comparatif de la Banque mondiale. Dans le cadre du Partenariat RBM, cette flexibilité a permis de résoudre des difficultés inattendues et a sauvé plusieurs activités importantes soumises à des contraintes temporelles. Sans la Banque, la cohésion du Partenariat RBM serait compromise et de dangereuses pénuries de médicaments et de MIILD seraient à craindre dans de nombreux pays.

Les implications pour la Banque en cas de non engagement

Les clients de la Banque et la communauté internationale en sont arrivés à attendre d'elle qu'elle s'engage dans la lutte contre le paludisme au plus haut niveau institutionnel et à croire que cet engagement est critique pour le succès. La demande des clients pour les financements de l'IDA reste forte, le leadership de la Banque et la collaboration avec les partenaires ont augmenté et les critiques à l'égard de l'engagement de la banque dans le domaine du paludisme se sont tues. Si, en ce moment, la Banque choisissait de se retirer du RBM en Afrique, ses clients, ses partenaires et ses critiques questionneraient la crédibilité et le rôle prééminent de son engagement non seulement dans la lutte contre le paludisme mais encore dans la poursuite des ODM.

Mieux, la lutte contre le paludisme est tellement imbriquée dans les objectifs, les stratégies et les politiques de la Banque mondiale dans la Région Afrique, qu'un retrait compromettrait le Plan d'action pour l'Afrique (PAA), la stratégie santé, nutrition et population (HNP), la stratégie d'intégration régionale, le partenariat international pour la santé et la stratégie évolutive pour la limitation de l'impact du changement climatique en Afrique.

La contribution potentielle de la Banque dans la Phase II de la lutte contre le paludisme

Ainsi qu'il est mentionné dans le cadre des résultats de la Phase II (voir Annexe 4), l'objectif général du Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique est, d'ici la fin de la phase, de rayer le paludisme de la liste des problèmes majeurs de santé publique en Afrique dans le rayon d'activité du programme.

La contribution à cette entreprise capitale et réalisable témoigne de l'engagement total de la Banque, mais les effets potentiels du Programme renforcé vont beaucoup plus loin. D'abord, la Banque va contribuer à faire décroître la mortalité maternelle, à réduire le nombre de cas d'anémie, à augmenter le poids à la naissance des bébés et à réduire la morbidité chez les adultes. Elle va réduire la charge que le paludisme fait peser sur les systèmes de santé tout en améliorant l'assiduité à l'école et au travail, les résultats scolaires et la productivité de la main d'œuvre et des ménages. La lutte contre le paludisme aura des effets positifs dans d'autres secteurs, éducation,

agriculture, échanges, infrastructures et tourisme en profiteront puisqu'elle réduira l'impact de la maladie sur les objectifs de développement de ces différents secteurs. L'impact potentiel de l'agenda SUFI a été établi dans un rapport publié à Davos en 2008, qui disait: « On estime qu'en cinq ans elle sauvera 3,5 millions de vies, préviendra 672 millions de cas de paludisme et libérera 427 000 lit d'hôpital. Elle épargnera plus de USD 30 milliards aux économies africaines » (McKinsey & Company 2008).

Les investissements dans des programmes de lutte contre le paludisme nationalement dirigés et la collaboration régionale permettront à la Banque de contribuer à renforcer (i) la capacité des équipes sanitaires locales de générer et d'utiliser leurs propres données pour la gestion, la planification et les budgets; (ii) la capacité des autorités sanitaires et réglementaires nationales de régir la qualité des médicaments et des services de traitement dans le secteur privé; et (iii) la capacité des institutions nationales de réaliser des initiatives régionales et transfrontalières. L'accent que la Phase II se propose de placer sur le travail régional et transfrontalier ainsi que l'accélération de la lutte dans les pays où la charge est importante et les besoins élevés, donneront à la Banque une chance d'engager l'Afrique dans la voie qui lui permettra d'éliminer complètement le paludisme.

La Phase II offrira des opportunités d'innover dans de nombreux domaines de la lutte contre le paludisme et de la santé publique comme le traitement et le diagnostic à base communautaire, le partenariat public-privé pour la garantie de qualité pharmaceutique et la réponse à la maladie et aux épidémies et leur surveillance transfrontalières. Dans tous les cas, la Banque mondiale identifiera et documentera les meilleures pratiques et le Programme renforcé testera les hypothèses et les différents modèles de réalisations.

Implications pour les opérations de la Banque

La Banque a développé la Phase I du Programme renforcé à la hâte, pour faire suivre ses promesses par des actions et remettre la lutte contre le paludisme à la carte du développement. Évidemment, après le lancement du Programme en 2005, il était capital pour la Région Afrique de la Banque de démontrer son engagement dans la lutte contre le paludisme en Afrique et de se distancier clairement des actions inefficaces, apanage de la Banque avant 2005. La Phase I avait été conçue, ne l'oublions pas, dans un contexte où de nombreux gouvernements cherchaient encore à se doter d'un plan d'action coordonné pour lutter contre le paludisme au niveau national.

Définition de l'engagement de la Banque

La conception de la Phase II du Programme renforcé se place dans un contexte tout différent. D'abord, les organisations de développement et les gouvernements se sont mis d'accord pour considérer l'Afrique comme une île et se lancer hardiment dans la voie de l'élimination et de l'éradication du paludisme (étant entendu que l'éradication demandera plus de temps et nécessitera le développement de technologies et d'outils nouveaux). Deuxièmement, ils ont accepté l'idée d'un effort front-loaded pour rompre rapidement la chaîne des transmissions. Troisièmement il existe un réel consensus au sein des partenaires pour reconnaître la nécessité de faire reposer leurs approches, harmonisées et coordonnées, sur les plans nationaux des pays. Enfin, la Banque est consciente que partenaires en développement et pays clients attendent d'elle qu'elle utilise ses avantages comparatifs en appui de l'action des autres partenaires dans la poursuite d'un but commun, l'élimination du paludisme.

Durant les consultations préalables à la Phase II, les partenaires en développement et les pays clients de la Banque ont énuméré les domaines dans lesquels, selon eux, la Banque dispose d'un avantage comparatif pour mener les actions de lutte contre le paludisme en Afrique.

Un, elle peut avoir un effet multiplicateur sur les ressources des autres partenaires tout en apportant des financements flexibles. Ceci a été mis en évidence au cours de la Phase I, durant laquelle la Banque a notamment engagé la Fédération de Russie dans la lutte contre le paludisme en Zambie et au Mozambique en établissant un fonds fiduciaire d'USD 20 millions pour financer les opérations dans les deux pays. La flexibilité des mécanismes de financement de la Banque est un autre avantage ; ainsi IDA a pu combler des écarts inattendus dans le financement des activités en Éthiopie et en Tanzanie. La Banque s'est aussi montrée très réceptive à la demande des pays, le Programme renforcé au Nigéria, le plus gros effort de lutte contre le paludisme dans le pays, est une réponse directe à une demande locale.

Deux, partie au dialogue au plus haut niveau avec les gouvernements, la Banque peut introduire le paludisme comme problème de développement et problème de santé. Elle est idéalement placée pour placer le paludisme dans un contexte macroéconomique et s'assurer qu'il est pris en compte dans ses stratégies de réduction de la pauvreté, dans le cadre des dépenses à moyen terme et dans les mécanismes de politique nationale, économique et fiscale.

Trois, elle a une grande expérience dans la réalisation de programmes à grande échelle au niveau des régions. Aucune autre institution actuellement engagée dans la lutte contre le paludisme n'a le mandat, la capacité et l'influence de la Banque dans le domaine. Elle est idéalement placée pour adopter une approche multisectorielle indispensable pour atteindre les objectifs d'Abuja.

Quatre, enfin, l'expérience et l'habileté de la Banque de réunir ses partenaires en développement pour s'attaquer à des problèmes communs au niveau national et mondial sont extrêmement précieuses, elles furent évidentes et salutaires durant la Phase I du Programme renforcé. La vision et le programme de travail élargis de la Phase II rendront ces avantages comparatifs tout aussi essentiels dans l'avenir.

Implications opérationnelles

Pour assurer la réussite de la Phase II, la Banque devra démontrer son engagement dans la lutte contre le paludisme en Afrique en cherchant à

convaincre les décideurs au plus haut niveau, dans toutes les filières du dialogue politique, de la nécessité de donner une réplique compréhensive au paludisme.

La Banque doit jouer un rôle directeur, imaginant et mettant en œuvre des stratégies régionales et transfrontalières et mobilisant — par le biais de l'IDA ou de nouveaux partenaires — les ressources considérables nécessaires pour les réaliser. Pour aller de l'avant, il sera essentiel que l'unité intégration de la région Afrique à la Banque et ses directeurs nationaux travaillent main dans la main.

La Banque devra aider à mobiliser les ressources nécessaires aux pays qui se trouvent actuellement dans le Programme renforcé pour (i) élargir leurs activités à l'ensemble du pays pour augmenter leur impact, et (ii) renforcer leurs systèmes de santé pour pouvoir maintenir ces activités. Elle devra apporter le support nécessaire à l'accélération sur la totalité du territoire dans les deux pays responsables à eux seuls de 50 pour cent du fardeau de la maladie en Afrique, le Nigéria et la RDC.

La réalisation de la Phase II requerra de la Banque qu'elle mette en place un cadre d'action pour soutenir les efforts dans les pays actuellement dans le Programme.

La Banque peut mettre à profit l'expérience acquise avec ses partenaires actuels pour en recruter de nouveau. Il lui faut aussi maintenir et renforcer les liens qui l'unissent aux partenaires pour coordonner chaque aspect de la lutte contre le paludisme. Ceci suppose de s'investir davantage dans l'agenda IHP pour que, dans leurs plans nationaux de santé, les pays allouent à la lutte contre le paludisme des ressources suffisantes pour atteindre une réduction significative de la mortalité des moins de cinq ans, un des principaux résultats attendus du Partenariat international pour la santé.

Un autre souci opérationnel sera de maintenir le soutien au S&E et de promouvoir une plus grande responsabilité collective des bailleurs et des pays pour que les investissements apportent des résultats positifs.

La banque doit enfin apporter un soutien continu au renforcement des capacités nationales, particulièrement dans le domaine des achats et de la gestion de la chaîne des approvisionnements. Il faut aussi développer et renforcer les capacités des organismes régionaux chargés de la surveillance et du suivi de la résistance aux médicaments, de la surveillance épidémiologique et des alertes aux épidémies.

Supporter la lutte contre le paludisme durant la Phase II (2008–11)

Malgré l'augmentation importante des ressources disponibles pour le contrôle du paludisme dans le monde, celles-ci sont insuffisantes en regard des besoins projetés (voir planche 3.3). Il faudra encore obtenir des ressources considérables de l'IDA, en particulier pour financer le portefeuille de la Banque en Afrique et dans les pays très affectés, non seulement pour combler les écarts mais aussi pour permettre à la banque de jouer de ses avantages comparatifs et influencer les financements provenant d'autres sources. On estime à au moins USD 1,1 milliard (y compris USD 500 millions pour le pilier 5 transfrontalier et régional) les fonds attendus d'IDA-15 pour assister certains pays du Programme à maintenir puis à augmenter leurs progrès et pour faire face aux demandes imprévues d'autres pays.

Implications pour la structure du personnel et l'établissement des budgets

La conception de la Phase II, et les implications pour la Banque que nous venons d'exposer, nous font entrevoir un programme à fort coefficient de main d'œuvre et très différent de la Phase I. Plus complexe, la Phase II sera plus difficile à réaliser, avec des objectifs RBM plus ambitieux. Elle requerra des pays et des partenaires de prendre leurs responsabilités. Elle restera fortement centrée sur les résultats et le renforcement des capacités au niveau national et régional. Le MIRT y jouera un rôle direct en développant puis en gérant le pilier régional et transfrontalier et en coordonnant la provision de ressources plus importantes au Nigéria et à la RDC. La Région Afrique renforcera son programme d'assurance de la qualité, en regard de l'accroissement des responsabilités exigé en Phase II.

Dans le même temps, conformément à son mandat, le MIRT continuera à remplir d'autres fonctions clés:

- Procurer support technique et aide à l'exécution aux 19 pays du programme où des projets sont couramment en cours de préparation ou de réalisation
- Forger de nouveaux partenariats dans et hors de la Banque pour exercer un effet multiplicateur sur les ressources de l'IDA, ainsi qu'il le fit avec la Fédération de Russie pendant la Phase I du programme

- Développer un programme multisectoriel solide, en ligne avec la conception de la Phase II
- Encourager entre pays l'échange des connaissances sur les succès et les leçons apprises
- Encourager fortement les communications et la promotion pour s'assurer que les audiences à l'intérieur et à l'extérieur sont conscientes des progrès accomplis par la Banque dans la lutte contre le paludisme au sein du Partenariat RBM

La Région Afrique devra fournir au MIRT les ressources humaines et financières nécessaires pour préparer et réaliser la Phase II et maintenir les activités en cours dans le Programme. L'équipe devra recevoir des ressources pour (i) payer l'assistance technique à court et à long terme, (ii) développer et exécuter le nouveau programme tel qu'il vient d'être décrit dans cet ouvrage, (iii) continuer à soutenir les programmes renforcés en cours, (iv) jouer le premier rôle au sein du Partenariat RBM dans les domaines où la Banque possède un avantage comparatif évident, et (v) réaliser un programme fort de communication et de promotion à l'intention des audiences extérieures et intérieures.

L'exécution d'un programme aussi ambitieux demandera une plus grande implication, plus de contributions et de soutien de la part des leaders des équipes de travail de la Banque et du personnel des autres secteurs et des départements opérationnels (comme les Operations Policy and Country Services de la Banque, the World Bank Institute, and the International Finance Corporation). Le MIRT capitalisera sur des programmes existants tels ceux qui s'occupent d'onchocercose (plus connue sous le nom de cécité des rivières), de VIH/SIDA, de tuberculose, et de nutrition et il se servira des canaux et des ressources qui existent déjà au niveau pays. Finalement, lorsque ce sera possible, le MIRT s'appuiera sur l'expertise des autres partenaires pour augmenter les ressources techniques de la Banque.

Conclusion

Tandis qu'on met au point la stratégie, la communauté internationale se prépare à donner l'assaut à l'un des plus grands défis de santé publique au monde, le paludisme en Afrique. Largement oubliées par les efforts d'éradication de la maladie déployés au milieu du 20^{ème} siècle, les pays africains ont décidé qu'ils en avaient assez du drainage incessant de leurs familles, de leurs systèmes de santé et de leurs économies. Avec leurs partenaires en développement, les gouvernements africains ont réalisé que faute d'éliminer le paludisme comme menace de santé publique, il continuerait à dévorer leurs ressources pour les décades, sinon les siècles à venir. Alors, l'éradication de la maladie, déjà difficile à imaginer pour certains, deviendrait franchement impossible.

Les nations africaines ont demandé à la Banque mondiale de mettre à leur disposition au cours des trois années à venir une partie substantielles des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés de concert avec la communauté internationale. S'ils arrivent à accélérer rapidement les actions de lutte contre le paludisme en cours, beaucoup seront en mesure d'atteindre les objectifs fixés à Abuja d'ici 2010. Financements soutenus et engagement politique devraient les aider à atteindre les objectifs 4, 5 et 6 des ODM (réduire des deux tiers la mortalité infantile; réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle; et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies, tout en arrêtant puis en inversant la fréquence du paludisme) d'ici 2015. La plus grande partie du financement demandé à la Banque mondiale prendra la forme de prêts et non de subventions de l'IDA ce qui illustre bien l'appropriation par les pays du problème du paludisme et de sa solution. En plus du financement, la Banque mondiale leur apportera

l'appui technique, la capacité analytique et les connaissances pour lesquelles elle est connue et respectée.

Aujourd'hui, le déficit de financement est estimé à USD 2 milliards par an. Un peu plus que doubler la contribution de l'IDA et la porter à USD 1,1 milliard sur trois ans réduira l'écart de quelques USD 240 millions par an. Considérant la reconstitution record d'IDA-15, la Banque mondiale est en position d'honorer ses engagements. Il s'ensuivra que la Banque, ses états membres et les familles dévastées par le paludisme verront la maladie se fondre dans l'histoire. Fini de tuer 3 000 enfants par jour, adieu cause majeure de mortalité, de mortalité maternelle et de complications de grossesses ! Les nations et les familles africaines seront en meilleure santé, plus productives, mais devront rester vigilantes et garder un œil sur la maladie et les moustiques qui la transmettent. Elles profiteront de systèmes de santé libérés du poids du paludisme et dès lors plus libres pour affronter les nombreux problèmes de santé auxquels l'Afrique est confrontée.

On a fait appel à la Banque mondiale pour se joindre à l'effort d'élimination du paludisme. La Phase II du programme renforcé pour la lutte contre le paludisme en Afrique est la réponse enthousiaste à cet appel. La Banque a consulté intensivement tous ses partenaires sur la conception de la Phase II, dès lors la stratégie qui en est sortie a reçu un soutien vigoureux des pays affectés et des leaders internationaux de la prévention et de la lutte contre le paludisme. La Phase II tire parti de tout ce que les pays clients, la Banque et les partenaires ont entrepris, accompli et appris au cours de la Phase I, et sa complète réalisation maximisera le retour sur les investissements déjà réalisés. Avec un Programme renforcé plus fort et bien engagé dans la réalisation de la Phase II, les perspectives de succès sont excellentes.

La carte des résultats du paludisme (Matrice de monitoring des résultats)

La carte des résultats du paludisme a été développée en février 2006 ; il s'agit d'un outil sophistiqué permettant de documenter les progrès et d'identifier les domaines où les résultats ne répondent pas aux attentes et aux financements engagés. Au vu de l'accroissement du financement des efforts pour contrôler le paludisme, toutes les parties concernées sont d'accord pour suivre de près comment les ressources se traduisent en résultats tangibles. Après partage de la carte des résultats avec les partenaires RBM et les pays, et pour répondre à leur demande, la liste des pays concernés a été étendue à l'ensemble de l'Afrique Sub-saharienne.

À moins qu'il ne soit autrement mentionné, les résultats des enquêtes nationales sont reportés pour suivre les progrès de la couverture des interventions antipaludiques clés. Il n'existe pas d'année de référence commune pour les données de bases des divers pays, celles-ci sont établies pays par pays suivant les estimations nationales disponibles.

Les indicateurs liés aux IRS se réfèrent aux données de couverture infranationale produites régulièrement par les programmes. Un indicateur standardisé de couverture nationale sera bientôt finalisé par le groupe de référence S&E du Partenariat RBM. On y trouvera probablement une estimation nationale du pourcentage des ménages protégés par des MII ou des IRS au cours des 12 mois précédents.

On travaille au sein du partenariat pour garder disponibles des données de qualité. Il a été particulièrement difficile d'harmoniser le rapport des engagements et des déboursments de tous les partenaires financiers au cours d'exercices fiscaux différents. En collaboration avec le projet VOICES de l'université John Hopkins, on travaille à transformer la carte des résultats en une base de données commune pour le paludisme (Malaria Warehouse) à laquelle partenaires et pays contribueront et qui leur permettra en retour de disposer de données pertinentes. Cette base de données commune contiendra des données nationales et infranationales rapportées régulièrement qui serviront localement pour prendre des décisions.

Le MIRT tient à remercier Steven Phillips, directeur médical, Exxon Mobil, pour avoir supporté et fait progresser cet effort en obtenant un don généreux de sa société.

Matrice de monitoring des résultats/Carte de résultats du paludisme : Angola–Kenya

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	FINANCEMENTS ENGAGÉS POUR LE CONTRÔLE DU PALUDISME ENTRE JUILLET 2005 ET JUIN 2010 ¹ (US\$ MILLIONS)													
	FONDS PAYS POUR PALU. ²		GBM ³			FONDS UNIVERSEL ⁴		USG (PMI/USAID) ⁵		AUTRES PARTENAIRES EXTÉRIEURS ⁶		TOTAL		
	ENG.	% DÉB.	ENG.	% DÉB.	PROJET TOTAL % DÉB.	ENG.	% DÉB.	ENG..	% DÉB.	ENG..	% DÉB.	ENG.	% DÉB.	
Angola	16.0					23.8	99%	27.6	100%	1.9	20%	69.3		
Bénin	11.7		31.0	46%	46%	26.3	31%	17.7	100%	7.4		94.1		
Botswana														
Burkina Faso			12.0	26%	34%	42.8	27%			23.9		78.7		
Burundi	3.9					28.4	31%	0.5	100%			32.8		
Cameroun	1.8					51.7	40%			1.2	10%	54.7		
Cap Vert														
RCA	0.4					14.8	58%					15.2		
Chad	0.2									0.2	5%	0.4		
Comores						1.9	84%					1.9		
Congo	5.0		4.5	0%	0%							9.5		
Côte d'Ivoire	20.9					19.9	22%					40.8		
RD Congo	10.0		43.0	6%	25%	48.2	92%	5.3	100%	7.9		114.4		
Djibouti	1.4					3.9	39%			1.3	60%	6.6		
Guinée Éq.	9.0					23.1	43%					32.1		
Érythrée	0.7		2.0	75%	59%	20.2	29%	0.8	100%			23.7		
Éthiopie	31.6		33.7	54%	83%	182.0	53%	24.4	100%	18.4		290.1		
Gabon	3.3					26.3	44%					29.6		
Gambie	2.2					31.0	48%					33.2		
Ghana	7.7		10.0	27%	20%	36.3	90%	19.8	100%	1.4	60%	75.3		
Guinée	6.5		8.1	0%	0%	32.5	7%	0.3	100%	2.2	60%	49.6		
Guinée-Bissau	0.5					16.2	12%			0.8	40%	17.5		
Kenya	193.2		6.0	0%	0%	185.2	41%	26.5	100%	103.0		513.9		
Sous total	325.8		150.3			814.5		123.0		169.5		1,583.1		

*Notes :*¹ Les chiffres représentent les fonds engagés à ce jour.² Fonds pays pour le contrôle du paludisme (à l'exclusion des fonds extérieurs) comme indiqué dans la soumission au Fonds universel, compilation: Partenariat RBM.³ "Pourcentage du total projet déboursé" se réfère au taux de déboursement des projets BM dans lesquels RBM est intégré; pour le Bénin et le Nigéria la totalité du montant du projet supporte l'action contre le paludisme. Informations sur les déboursements suivant Operations Portal BM accédé le 12-06-08. Les engagements actuels pourraient être plus élevés; les chiffres de déboursement qui apparaissent dans le Operations Portal ne reflètent pas les engagements financiers qui peuvent seulement montrer les débours après que le contrat entier de biens ou de services a été exécuté. Le taux de débours pour RDC, Éthiopie et Kenya représente un taux moyen de plusieurs mécanismes de financement et/ou de multiples projets.⁴ Chiffres les plus récents pour contrats signés sur le site web du Fonds universel (Progress Report - Grants and Disbursements in detail, accessed 09/05/08).⁵ Les chiffres représentent les affectations du Congrès et les obligations de l'agence pour les EF05 à EF08 du USG. Pays PMI du premier tour depuis EF 06 du USG sont: Angola, Tanzanie et Ouganda. Second tour depuis EF07 USG sont: Malawi, Mozambique, Rwanda et Sénégal. Troisième tour depuis EF08 sont: Bénin, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, et Zambie.⁶ Données des autres bailleurs peuvent être incomplètes, même les info sur les déboursements.

PROGRÈS ACTUELS VERS BUTS ABUJA ET 2010 ⁷ : POURCENTAGES										INDICATEURS D'IMPACT				
60% USAGE MII PAR MOINS DE 5 ANS		60% MOINS DE CINQ ANS FIÉVREUX ACEC ACCÈS ANTIPALU DANS LES 24 H ⁸			60% FEMMES ENCEINTEES REÇOIVENT TPI (2 DOSES)		% UNITÉS AGRÉÉES PRÊTES POUR PULVÉRISER ⁹			COUPER EN DEUX MORTALITÉ PALU D'ICI 2010 ¹⁰		REDUCTION TOUTES CAUSES MORTALITÉ ENFANTS ¹¹		
BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	PAR 100,000 2000	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	PAR 1,000 NAISSANCES EN VIE 2000	2005
2.3%	17.7%	18.2%	1.5%		2.8%					354			260	260
5.0%	20.1%	42.0%	3.5%		3.0%					177			160	150
										15			101	120
6.5%	9.6%	41.0%	< 1%		< 1%					292			196	191
1.3%	0.083	19.1%	< 3%							143			190	190
< 1%	13.1%	38.2%	< 2%		5.8%					108			151	149
										22			42	35
1.5%	15.1%	41.6%	< 3%							137			193	193
1.0%										207			205	208
9.3%										80			84	71
6.1%		22.1%	< 3%							78			108	108
1.1%	3.0%	25.9%	< 3%		8.3%					76			188	195
< 1%	0.058	17.3%	< 1%		5.1%					224			205	205
1.3%		2.9%	< 1%							119			147	133
1.0%										152			200	205
4.2%	37.3%	7.5%			NR		96.2%	94.5%		74			97	78
1.5%	43.8%	4.8%			NR					198			176	164
										80			91	91
14.5%	49.0%	52.4%	< 1%		32.5					52			142	137
4.5%	21.8%	48.3%	< 4%		< 1%	27.5%				70			112	112
< 1%		13.9%	< 1%		2.9%					200			175	150
7.4%	39.0%	27.2%	< 1%		7.4%					150			215	200
2.9%	4.6%	11.1%	< 1%		3.9%					63			117	120

⁷ Source de ces données et estimation de leur équivalent numérique se trouve dans le Program Data Supplement (B).

⁸ Ces chiffres portent sur les ACT. Baseline tous tx se réfère à tout type de traitement antipaludique administré dans les premières 24h des symptômes.

⁹ Actuellement cet indicateur réfère à des données infranationales. Remplacement prochain par données suivantes mesurées au niveau national: pourcentage des ménages protégés par au moins une MII ou IRS au cours des 12 derniers mois.

¹⁰ Source: United Nations Statistics Division (WHO estimates). http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_series_xrxx.asp?series_code=30001 accessed 08/22/07

¹¹ Source: United Nations Statistics Division. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=561> accessed 08/22/07

Légende :

GBM: Groupe de la Banque mondiale.

IDA: Association internationale de développement.

IRS: Pulvérisations résiduelles en intérieur.

MII: Moustiquaire traitée.

NA: Donnée indisponible.

NR: Irrelevant ex: pas la politique du gouvernement.

PMI: Initiative Président U.S.

TBD: À déterminer. Tx: Traitement avec antipaludiques.

TPI: traitement préventif intermittent.

USAID: U.S. Agency for International Development.

USG: Gouvernement U.S.

Matrice de monitoring des résultats/Carte des résultats du paludisme : Lesotho–Zimbabwe

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	FINANCEMENTS ENGAGÉS POUR LE CONTRÔLE DU PALUDISME ENTRE JUILLET 2005 ET JUIN 2010 ¹ (US\$ MILLIONS)												
	FONDS PAYS POUR PALU. ²		GBM ³			FONDS UNIVERSEL ⁴		USG (PMI/USAID) ⁵		AUTRES PARTENAIRES EXTÉRIEURS ⁶		TOTAL	
	ENG.	% DÉB.	ENG.	% DÉB.	PROJET TOTAL % DÉB.	ENG.	% DÉB.	ENG..	% DÉB.	ENG..	% DÉB.	ENG.	% DÉB.
Lesotho													
Libéria	0.3					43.0	22%	12.9	100%	0.5		56.7	
Madagascar	2.2					41.1	87%	21.4	100%	0.7	40%	65.4	
Malawi	114.3		5.0	0%	0%	37.6	48%	22.1	100%	10.8		189.8	
Mali	0.7		11.3	0%	0%	27.8	19%	19.8	100%	9.4		69.0	
Mauritanie	0.7		11.3	0%	0%	16.4	16%			1.9		30.3	
Mozambique	8.1					58.2	39%	28.2	100%	56.1		150.7	
Namibie	44.5					18.9	47%					63.4	
Niger	5.6		10.0	7%	24%	67.4	43%			7.0		90.0	
Nigéria	33.0		180.0	16%	16%	82.6	62%	5.6	100%	15.8		317.0	
Rwanda	5.0					70.8	54%	19.4	100%			95.1	
São Tomé/Principe	0.2					2.6	67%					2.8	
Sénégal			16.6	16%	59%	94.8	24%	20.7	100%	11.4		143.5	
Sierra Leone	1.5					12.8	38%			2.5		16.8	
Somalie						34.4	36%					34.4	
Afrique du Sud													
Soudan	37.3		17.7	41%	48%	45.1	81%	4.5	100%	7.3		111.9	
Swaziland						1.2	68%					1.2	
Tanzanie			25.0	0%	0%	151.4	48%	35.0	100%	3.8		215.2	
Togo	14.3					24.7	48%					39.0	
Ouganda	23.5					139.0	51%	34.3	100%	29.0		225.8	
Zambie	31.5		28.0	60%	60%	47.0	61%	26.6	100%	38.4		171.5	
Zimbabwe	9.4					31.8	31%					41.2	
Sous total	332.0		304.9			1048.6		250.4		194.8		2130.7	

*Notes :*¹ Les chiffres représentent les fonds engagés à ce jour.² Fonds pays pour le contrôle du paludisme (à l'exclusion des fonds extérieurs) comme indiqué dans la soumission au Fonds universel, compilation: Partenariat RBM.³ "Pourcentage du total projet déboursé" se réfère au taux de déboursement des projets BM dans lesquels RBM est intégré; pour la Zambie, la totalité du montant du projet supporte l'action contre le paludisme. Informations sur les déboursements suivant Operations Portal BM accédé le 12-06-08. Les engagements actuels pourraient être plus élevés; les chiffres de déboursement qui apparaissent dans le Operations Portal ne reflètent pas les engagements financiers qui peuvent seulement montrer les débours après que le contrat entier de biens ou de services a été exécuté. Le taux des déboursements pour le Sénégal, le Soudan et la Zambie représente un taux moyen de plusieurs mécanismes de financement et/ou de multiples projets.⁴ Chiffres les plus récents pour contrats signés sur le site web du Fonds universel (Progress Report - Grants and Disbursements in detail, accessed 09/05/08).⁵ Les chiffres représentent les affectations du Congrès et les obligations de l'agence pour les EF05 à EF08 du USG. Pays PMI du premier tour depuis EF 06 du USG sont: Angola, Tanzanie et Ouganda. Second tour depuis EF07 USG sont: Malawi, Mozambique, Rwanda et Sénégal. Troisième tour depuis EF08 sont: Bénin, Éthiopie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, et Zambie.⁶ Données des autres bailleurs peuvent être incomplètes, même les info sur les déboursements.

PROGRÈS ACTUELS VERS BUTS ABUJA ET 2010 ⁷ : POURCENTAGES										INDICATEURS D'IMPACT			
60% USAGE MII PAR MOINS DE 5 ANS		60% MOINS DE CINQ ANS FIÉVREUX ACEC ACCÈS ANTIPALU DANS LES 24 H ⁸			60% FEMMES ENCEINTES REÇOIVENT TPI (2 DOSES)		% UNITÉS AGRÉÉES PRÊTES POUR PULVÉRISER ⁹			COUPER EN DEUX MORTALITÉ PALU D'ICI 2010 ¹⁰		REDUCTION TOUTES CAUSES MORTALITÉ ENFANTS ¹¹	
BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE TOUS TX	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	PAR 100,000	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	PAR 1,000 NAISSANCES EN VIE	2000	2005
									84		108	132	
	2.6%		3.2%		4.3%				201		235	235	
	< 1.0%								184		137	119	
	14.8%	24.7%	21.1%	< 1%	29.3%	46.7%			275		155	125	
	27.1%		14.8%	< 1%	11.2%				454		224	218	
	2.1%		11.8%						108		125	125	
	9.7%		8.3%						232		178	145	
	10.5%		2.9%	< 1%	10.6%				52		69	62	
	1.0%	7.4%	24.9%	< 1%	<1.0%				469		270	256	
	1.2%	3.6%	24.9%		1.1%	8.3%			141		207	194	
	5.0%	13.0%	2.5%	< 1%	<1.0%				200		203	203	
	22.5%	41.7%	17.0%	< 6%					80		118	118	
	7.1%	16.4%	10.9%	3.1%	10.1%	51.2%			72		139	136	
	1.5%	5.3%	45.0%	< 1%	1.8%				312		286	282	
	2.6%	11.4%	2.9%	< 1%	<1.0%				81		225	225	
									0		63	68	
	1.9%		50.2%						70		97	90	
	1.0%	1.0%	< 1%		<1.0%				0		142	160	
	2.1%	25.7%	34.3%		21.7%	57.4%			130		141	122	
	2.0%	38.4%	37.5%	< 1%	18.1%				47		142	139	
	< 1%	9.7%	28.9%		17.6%				152		145	136	
	6.5%	22.8%	37.0%	12.7%	61.9%				141		182	182	
	2.9%		3.4%		6.8%				1		117	132	

⁷ Source de ces données et estimation de leur équivalent numérique se trouve dans le Program Data Supplement (B).

⁸ Ces chiffres portent sur les ACT. Baseline tous tx se réfère à tout type de traitement antipaludique administré dans les premières 24h des symptômes.

⁹ Actuellement cet indicateur réfère à des données infranationales. Remplacement prochain par données suivantes mesurées au niveau national: pourcentage des ménages protégés par au moins une MII ou IRS au cours des 12 derniers mois.

¹⁰ Source: United Nations Statistics Division (WHO estimates). http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_series_xrxx.asp?series_code=30001 accessed 08/22/07

¹¹ Source: United Nations Statistics Division. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=561> accessed 08/22/07

Légende :

- GBM: Groupe de la Banque mondiale.
- IDA: Association internationale de développement.
- IRS: Pulvérisations résiduelles en intérieur.
- TPI: traitement préventif intermittent.
- MII: Moustiquaire traitée.
- NA: Donnée indisponible.
- NR: Irrelevant ex: pas la politique du gouvernement.
- PMI: Initiative Président U.S.
- TBD: À déterminer.
- Tx: Traitement avec antipaludiques.
- USAID: U.S. Agency for International Development.
- USG: Gouvernement U.S.

Supplément A à la carte des résultats du paludisme, données financières : Angola–Kenya

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	FINANCEMENTS ENGAGÉS POUR LE CONTRÔLE DU PALUDISME ENTRE JUILLET 2005 ET JUIN 2010 ¹ (US\$ MILLIONS)															
	EF 2008						EF 2009						EF06- EF07	EF10	TOTAL EF06-FY10	
	FONDS-PAYS POUR LE PALUDISME ²	GBM	FU	USG	AUTRES PARTE- NAIRES EXTÉRIEURS	TOTAL	FONDS-PAYS POUR LE PALUDISME ²	GBM	FU	USG	AUTRES PARTE- NAIRES EXTÉRIEURS	TOTAL	SOUS- TOTAL	SOUS- TOTAL	TOTAL	
Angola																
Bénin																
Botswana																
Burkina Faso																
Burundi																
Cameroun																
Cap Vert																
RCA																
Chad																
Comores																
Rép.Congo																
Côte d'Ivoire																
RD Congo																
Djibouti																
Guinée Éq.																
Myanmar																
Éthiopie																
Gabon																
Gambia																
Ghana																
Guinée																
Guinée-Bissau																
Kenya																

Notes :

¹ Les financements engagés annualisés pour rapports communs vont être disponibles.

² Fonds-pays pour le paludisme à l'exclusion de tous fonds extérieurs.

³ Calculs effectués par OMS, pour les besoins de comparaison, ainsi que repris dans le WHO World Statistics Report 2008. NB: Les dépenses de santé reprises dans The World Bank Group WDI 2008 proviennent de OMS. Les valeurs per capita sont exprimées en US dollars à un taux de change moyen.

⁴ Ressources extérieures pour la santé sont des fonds ou services en nature fournis par des entités étrangères au pays en question. Elles peuvent provenir d'organisations internationales, d'autres pays par le biais d'arrangements bilatéraux ou d'ONG étrangères. Elles font partie des "dépenses totales pour la santé" Certaines d'entre elles sont incluses dans "dépenses gouvernementales pour la santé" car certaines ressources extérieures sont affectées au support budgétaire.

⁵ Calcul par le staff de la BM: [ressources extérieures pour la santé en pourcentage des dépenses de santé totales (Source: WHO World Statistics Report 2008)] multipliées par [le total des dépenses de santé (suivant calcul du staff de la BM) comme noté sous 8 ci-dessous]. Recalculation des données tabulaires peut produire des erreurs dues aux arrondis.

⁶ Dépenses gouvernementales pour la santé (appelées aussi dépenses publiques de santé) consistent en dépenses ordinaires et dépenses d'investissement en provenance du budget (central ou local) du gouvernement, d'emprunts extérieurs, et de subventions (y compris les donations des agences internationales et des ONG), et les fonds des assurances santé, sociales ou obligatoires.

⁷ Le total des dépenses de santé est la somme des dépenses de santé du gouvernement et des privés. Il couvre les provisions pour les services préventifs et curatifs, la planification familiale, la nutrition et l'aide d'urgence conçue pour la santé à l'exclusion de l'eau et de l'hygiène.

⁸ Calcul par le staff de la banque mondiale: [total dépenses de santé en % du PIB (Source: WHO World Statistics Report 2008)] multiplié par [PIB (Source: World Bank Group WDI 2008)].

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ ³ (2005)						
	RESSOURCES EXTÉRIEURES POUR LA SANTÉ ⁴		DÉPENSES GOUVERNEMENTALES POUR LA SANTÉ ⁶		DÉPENSES TOTALES POUR LA SANTÉ ⁷	
	US\$ ⁵ (MILLIONS)	EN % DES TOTAL DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ	PER CAPITA US\$	EN % DU TOTAL GÉNÉRAL DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT (TOUS SECTEURS)	PER CAPITA US\$	US\$ ⁸ (MILLIONS)
	40.3	7.3%	30	4.7%	36	551.4
	45.6	19.7%	15	13.5%	28	231.5
	34.9	4.0%	338	18.2%	431	872.5
	107.3	29.5%	16	18.4%	27	363.6
	13.8	50.9%	1	2.3%	3	27.1
	45.7	5.3%	14	11.0%	49	862.6
	8.5	15.0%	93	13.2%	114	56.3
	20.8	38.5%	5	10.9%	13	54.0
	27.2	12.5%	9	9.5%	22	217.3
	3.9	33.2%	8	8.0%	14	11.6
	5.4	4.7%	15	4.0%	31	115.7
	42.1	6.6%	7	4.2%	34	637.4
	70.4	23.6%	2	7.2%	5	298.4
	14.0	28.6%	46	14.3%	61	48.9
	4.7	3.7%	166	7.0%	211	128.0
	18.1	50.5%	4	4.2%	8	35.9
	228.5	37.9%	4	10.8%	6	602.9
	5.3	1.5%	205	13.9%	276	355.3
	7.0	29.3%	10	11.2%	15	24.0
	172.8	26.0%	10	6.9%	30	664.7
	22.3	12.2%	2	4.7%	21	182.6
	5.0	31.8%	3	4.0%	10	15.7
	152.6	18.1%	11	6.1%	24	842.9

Légende :

FU: Fonds universel.

GBM: Groupe Banque mondiale.

USG: Gouvernement U.S.

Supplément A à la carte des résultats du paludisme, données financières : Lesotho–Zimbabwe

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	FINANCEMENTS ENGAGÉS POUR LE CONTRÔLE DU PALUDISME ENTRE JUILLET 2005 ET JUIN 2010 ¹ (US\$ MILLIONS)															
	EF 2008						EF 2009						EF06- EF07	EF10	TOTAL EF06-FY10	
	FONDS-PAYS POUR LE PALUDISME ²	GBM	FU	USG	AUTRES PARTE- NAIRES EXTÉRIEURS	TOTAL	FONDS-PAYS POUR LE PALUDISME ²	GBM	FU	USG	AUTRES PARTE- NAIRES EXTÉRIEURS	TOTAL	SOUS- TOTAL	SOUS- TOTAL	TOTAL	
Lesotho																
Libéria																
Madagascar																
Malawi																
Mali																
Mauritanie																
Mozambique																
Namibie																
Niger																
Nigéria																
Rwanda																
São Tomé/Principe																
Sénégal																
Sierra Leone																
Somalie																
Afrique du Sud																
Soudan																
Swaziland																
Tanzanie																
Togo																
Ouganda																
Zambie																
Zimbabwe																

*Notes :*¹ Les financements engagés annualisés pour rapports communs vont être disponibles.² Fonds-pays pour le paludisme, à l'exclusion des fonds extérieurs.³ Calculs effectués par OMS, pour les besoins de comparaison, ainsi que repris dans le WHO World Statistics Report 2008. NB: Les dépenses de santé reprises dans The World Bank Group WDI 2008 proviennent de OMS. Les valeurs per capita sont exprimées en US dollars à un taux de change moyen.⁴ Ressources extérieures pour la santé sont des fonds ou services en nature fournis par des entités étrangères au pays en question. Elles peuvent provenir d'organisations internationales, d'autres pays par le biais d'arrangements bilatéraux ou d'ONG étrangères. Elles font partie des "dépenses totales pour la santé" Certaines d'entre elles sont incluses dans "dépenses gouvernementales pour la santé" car certaines ressources extérieures sont affectées au support budgétaire.⁵ Calcul par le staff de la BM: [ressources extérieures pour la santé en pourcentage des dépenses de santé totales (Source: WHO World Statistics Report 2008)] multipliées par [le total des dépenses de santé (suivant calcul du staff de la BM) as noted in 8 below]. Recalculation des données tabulaires peut produire des erreurs dues aux arrondis.⁶ Dépenses gouvernementales pour la santé (appelées aussi dépenses publiques de santé) consistent en dépenses ordinaires et dépenses d'investissement en provenance du budget (central ou local) du gouvernement, d'emprunts extérieurs, et de subventions (y compris les donations des agences internationales et des ONG), et les fonds des assurances santé, sociales ou obligatoires.⁷ Le total des dépenses de santé est la somme des dépenses de santé du gouvernement et des privés. Il couvre les provisions pour les services préventifs et curatifs, la planification familiale, la nutrition et l'aide d'urgence conçue pour la santé à l'exclusion de l'eau et de l'hygiène⁸ Calcul par le staff de la banque mondiale: [total dépenses de santé en %du PIB (Source: WHO World Statistics Report 2008)] multipliées par [PIB (Source: World Bank Group WDI 2008)].

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ ³ (2005)						
	RESSOURCES EXTÉRIEURES POUR LA SANTÉ ⁴		DÉPENSES GOUVERNEMENTALES POUR LA SANTÉ ⁶		DÉPENSES TOTALES POUR LA SANTÉ ⁷	
	US\$ ⁵ (MILLIONS)	EN % DES TOTAL DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ	PER CAPITA US\$	EN % DU TOTAL GÉNÉRAL DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT (TOUS SECTEURS)	PER CAPITA US\$	US\$ ⁵ (MILLIONS)
	14.3	18.2%	23	6.7%	41	78.4
	14.0	41.2%	7	36.3%	10	33.9
	74.3	46.1%	6	9.6%	9	161.3
	213.2	61.2%	14	16.6%	19	348.3
	48.0	15.6%	14	12.0%	28	307.7
	12.9	26.1%	11	5.0%	17	49.6
	188.1	66.5%	9	12.6%	14	282.9
	44.6	13.5%	108	10.1%	165	330.2
	21.5	17.0%	5	10.2%	9	126.5
	210.1	4.8%	8	3.5%	27	4,377.7
	75.2	43.9%	11	16.9%	19	171.3
	5.6	49.9%	41	12.2%	49	11.2
	61.0	13.0%	12	6.7%	38	469.1
	18.4	41.0%	4	7.8%	8	44.9
	na	na	na	na	na	na
	105.3	0.5%	182	9.9%	437	21,059.1
	70.8	6.8%	11	7.0%	29	1,040.7
	9.2	5.6%	94	10.9%	146	164.6
	200.5	27.8%	9	12.6%	17	721.2
	15.2	13.3%	5	6.9%	18	114.1
	202.5	33.1%	6	10.0%	22	611.7
	166.7	40.5%	17	10.7%	36	411.5
	57.0	20.6%	9	8.9%	21	276.9

Légende :

FU: Fonds universel.

GBM: Groupe Banque mondiale.

GUS: Gouvernement US.

NA: Données indisponibles.

Supplément B à la carte des résultats du paludisme, données de programme : Angola–Kenya

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	PROGRÈS À CE JOUR SUR ABUJA ET LES BUTS 2010 ¹ : POURCENTAGE, NOMBRE AFFECTÉS ² ET SOURCE DES INFORMATIONS											
	POURCENTAGE ET NOMBRE DE MÉNAGES POSSÉDANT AU MOINS UNE MII ³					POURCENTAGE ET NOMBRE DE MOINS DE CINQ ANS DORMANT SOUS MII						
	BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES		BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES			
Angola	27.5%	799,700	MIS 2006				2.3%	61,400	MICS 2001	17.7%	545,700	MIS 2006
Bénin	24.5%	429,500	DHS 2006				5.0%	64,000	MICS 1999	20.1%	299,500	DHS 2006
Botswana												
Burkina Faso	4.6%	92,800	DHS 2003	23.3%	514,900	MICS 2006	6.5%	156,800	DHS 2003	9.6%	249,600	MICS 2006
Burundi	7.7%	140,800	MICS 2006				1.3%	15,500	MICS 2000	8.3%	141,200	MICS 2006
Cameroun	1.4%	50,800	DHS 2004	3.7%	134,500	MICS 2006	< 1%	16,500	DHS 2004	13.1%	371,300	MICS 2006
Cap Vert												
RCA	16.7%	137,100	MICS 2006				1.5%	9,500	MICS 2000	15.1%	101,300	MICS 2006
Chad							1.0%	15,800	MICS 2000			
Comoros							9.3%	10,700	MICS 2000			
Congo	8.0%	55,500	DHS 2005				6.1%	35,200	DHS 2005			
Côte d'Ivoire	10.3%	271,000	MICS 2006				1.1%	29,600	MICS 2000	3.0%	85,800	MICS 2006
DR Congo	9.2%	1,070,800	DHS 2007				< 1%	59,900	MICS 2001	5.8%	710,800	DHS 2007
Djibouti							1.3%	1,400	MICS 2006			
Guinée Éq.							1.0%	1,000	MICS 2000			
Érythrée	56.9%	536,600	MOH † 2005				4.2%	28,700	DHS 2002	37.3%	290,400	MOH † 2005
Éthiopie ‡	3.4%	537,100	DHS 2005	<i>65.6%</i>	<i>7,425,900</i>	<i>MIS 2007</i>	1.5%	199,000	DHS 2005	<i>43.8%</i>	<i>4,114,400</i>	<i>MIS 2007</i>
Gabon												
Gambia	49.5%	111,400	MICS 2006				14.5%	33,300	MICS 2000	49.0%	127,900	MICS 2006
Ghana	3.2%	172,600	DHS 2003	18.7%	1,024,000	MICS 2006	4.5%	139,800	DHS 2003	21.8%	697,100	MICS 2006
Guinée	< 1%	8,900	DHS 2005				< 1%	9,100	DHS 2005			
Guinée-Bissau	43.6%	95,900	MICS 2006				7.4%	19,700	MICS 2000	39.0%	126,000	MICS 2006
Kenya	5.9%	454,100	DHS 2003				2.9%	147,700	MICS 2000	4.6%	258,600	DHS 2003

Notes :¹ Les valeurs en italique se réfèrent aux données des enquêtes infranationales.² Les estimations du nombre de personnes affectées ont été obtenues en appliquant les estimations de prévalence au cours d'une année donnée à la population intéressée estimée, (par ex: enfants de moins de cinq ans) pour cette année, en arrondissant à la centaine le plus proche. Les estimations de population (par ex: population totale, population moins de cinq et nombre de naissances par an) ont été obtenues de la division population du département des affaires économiques et sociales du secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp> accessed 09/05/08³ L'estimation du nombre des ménages a été calculée par le staff de la Banque: [total population estimée pour l'année de l'enquête (voir note 2)] divisée par [taille moyenne des ménages (Source: Plus récente enquête démographique et de santé (DRC Macro) ou Enquête nationale à indicateurs multiples (UNICEF))]. Pour RCA, une autre source a été utilisée pour la taille moyenne des ménages.⁴ Sauf indiqué différemment, la population de moins de cinq ans avec fièvre a été calculée par le staff de la banque de la manière suivante: [prévalence de la fièvre chez les moins de cinq ans (enquête nationale)] multipliées par le pourcentage des enfants fiévreux qui ont eu accès aux ACT et non le laps de temps pour ce faire [La population moins de cinq (voir note 2)] pour l'année de l'enquête. Réfère à l'accès à temps aux ACT. Comme beaucoup d'enquêtes ne précisent que le pourcentage des enfants fiévreux ayant eu accès aux ACT et non le délai dans lequel ils ont été soignés, "moins que" est indiqué ici pour désigner ceux qui l'ont fait dans les 24h de l'apparition des symptômes.⁵ Traitement avec n'importe quel antipaludique (Tx) dans les 24h de l'apparition des symptômes.

PROGRÈS À CE JOUR SUR ABUJA ET LES BUTS 2010 ¹ : POURCENTAGE, NOMBRE AFFECTÉS ² ET SOURCE DES INFORMATIONS										
POURCENTAGE ET NOMBRE DE MOINS DE CINQ FIÈVREUX AYANT ACCÈS AUX TRAITEMENT EFFICACES DANS LES 24H ⁴						NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES RECEVANT TPI ⁶ (2 DOSES OU PLUS)				
BASELINE TOUS TX ⁵			BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES
18.2%	134,100	MIS 2006	1.5%	11,100	MIS 2006		2.8%	23,400	MIS 2006	
42.0%	179,000	DHS 2006	3.5%	14,900	DHS 2006		3.0%	11,200	DHS 2006	
41.0%	391,300	MICS 2006	< 1%	< 5,700	MICS 2006		< 1%	< 4,000	MICS 2006	
19.1%	53,600	MICS 2006	< 3%	< 7,300	MICS 2006					
38.2%	184,100	MICS 2006	< 2%	< 7,700	MICS 2006		5.8%	37,500	MICS 2006	
41.6%	60,500	MICS 2006	< 3%	< 3,800	MICS 2006					
22.1%	29,600	DHS 2005	< 3%	< 3,500	DHS 2005					
25.9%	192,600	MICS 2006	< 3%	< 19,300	MICS 2006		8.3%	57,300	MICS 2006	
17.3%	653,000	DHS 2007	< 1%	< 2,300	DHS 2007		5.1%	170,000	DHS 2007	
2.9%	200	MICS 2006	< 1%	< 100	MICS 2006					
7.5%	17,400	MOH † 2005					NR			
4.8%	100,500	MIS 2007					NR			
52.4%	10,900	MICS 2006	< 1%	< 100	MICS 2006		32.5	1,963,000	MICS 2006	
48.3%	346,000	MICS 2006	< 4%	< 2,500	MICS 2006		< 1%	< 5,600	DHS 2003	27.5% 193,800 MICS 2006
13.9%	71,300	DHS 2005	< 1%	< 300	DHS 2005		2.9%	11,000	DHS 2005	
27.2%	11,900	MICS 2006	< 1%	< 100	MICS 2006		7.4%	6,500	MICS 2006	
11.1%	259,500	DHS 2003	< 1%	< 1,400	DHS 2003		3.9%	55,400	DHS 2003	

⁶ On utilise le nombre de naissances bien que ceci sous estime un peu la population des femmes enceintes. Voir note 2 comme source d'information.

† Estimation nationale obtenue en regroupant les résultats d'enquêtes menées dans six zones en utilisant la méthode LQAS avec l'assistance technique de la BM.

‡ Les résultats de l'enquête 2007 sur les indicateurs de paludisme en Éthiopie ne concernent que les zones paludiques. Soixante huit pour cent de la population vit dans des zones paludiques.

Légende :

DHS: Études démographiques et de santé (ORC Macro).

MICS: Enquête à indicateurs multiples(UNICEF).

MI: Moustiquaires imprégnées d'insecticides.

MIS: Enquête sur les indicateurs de paludisme.

MSP: Ministère de la Santé.

NA: Donnée non disponibles.

NR: Irrelevant, ex: pas une politique du gouvernement.

PTI: Traitement préventif intermittent.

Tx: Traitement anti paludique quelconque.

Supplément B à la carte des résultats du paludisme, données de programme : Lesotho–Zimbabwe
(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	PROGRÈS À CE JOUR SUR ABUJA ET LES BUTS 2010 ¹ : POURCENTAGE, NOMBRE AFFECTÉS ² ET SOURCE DES INFORMATIONS											
	POURCENTAGE ET NOMBRE DE MÉNAGES POSSÉDANT AU MOINS UNE MII ³					POURCENTAGE ET NOMBRE DE MOINS DE CINQ ANS DORMANT SOUS MII						
	BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES		BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES			
Lesotho												
Libéria	6.4%	44,100	MIS 2005				2.6%	17,200	MIS 2005			
Madagascar							< 1.0%	< 17,100	MICS 2000			
Malawi	27.4%	768,700	DHS 2004	37.8%	1,116,600	MICS 2006	14.8%	348,400	DHS 2004	24.7%	600,800	MICS 2006
Mali	50.0%	1,051,800	DHS 2006				27.1%	611,500	DHS 2006			
Mauritania	< 1%	< 2,700	DHS 2003–04				2.1%	9,100	DHS 2003–04			
Mozambique	42.2%	1,687,800	DHS 2003				9.7%	332,300	DHS 2003			
Namibie	20.2%	91,900	DHS 2006–07				10.5%	26,200	DHS 2006–07			
Niger	43.0%	970,600	DHS 2006				1.0%	22,200	MICS 2000	7.4%	200,900	DHS 2006
Nigéria	2.2%	592,800	DHS 2003	2.4%	694,800	MOHT 2006	1.2%	280,300	DHS 2003	3.6%	881,700	MOHT 2006
Rwanda	14.7%	295,100	DHS 2005				5.0%	67,500	MICS 2000	13.0%	202,900	DHS 2005
São Tomé/Principe	36.0%	8,700	MICS 2006				22.5%	4,900	MICS 2000	41.7%	9,700	MICS 2006
Senegal	20.2%	273,300	DHS 2005	36.3%	504,000	MIS 2006	7.1%	133,700	DHS 2005	16.4%	313,400	MIS 2006
Sierra Leone	4.9%	46,600	MICS 2006				1.5%	11,700	MICS 2000	5.3%	52,600	MICS 2006
Somalia	12.2%	180,900	MICS 2006				2.6%	33,800	MICS 1999	11.4%	171,900	MICS 2006
Afrique du Sud												
Soudan							1.9%	101,400	MICS 2000			
Swaziland	4.4%	10,800	DHS 2006–07				1.0%	1,500	MICS 2000	1.0%	1,500	DHS 2006–07
Tanzanie	1.3%	88,000	DHS 1999	39.2%	3,240,300	HMIS 2007–08	2.1%	122,300	DHS 1999	25.7%	1,796,700	HMIS 2007–08
Togo	40.2%	548,700	MICS 2006				2.0%	18,400	MICS 2000	38.4%	401,600	MICS 2006
Ouganda	15.9%	952,900	DHS 2006				< 1%	< 9,800	DHS 2000–01	9.7%	568,500	DHS 2006
Zambie	13.6%	278,700	DHS 2001–02	44.4%	999,600	MIS 2006	6.5%	122,700	DHS 2001–02	22.8%	459,700	MIS 2006
Zimbabwe	8.5%	247,800	DHS 2005–06				2.9%	49,500	DHS 2005–06			

Notes :

¹ Les valeurs en italique se réfèrent aux données des enquêtes infranationales.

² Les estimations du nombre des personnes affectées ont été obtenues en appliquant les estimations de prévalence au cours d'une année donnée à la population intéressée estimée, (par ex: enfants de moins de cinq ans) pour cette année, en arrondissant à la centaine la plus proche. Les estimations de population (par ex: population totale, population moins de cinq et nombre de naissances par an) ont été obtenues de la division population du département des affaires économiques et sociales du secrétariat des Nations Unies World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp> accessed 09/05/08

³ L'estimation du nombre des ménages a été calculée par le staff de la Banque: [total population estimée pour l'année de l'enquête (voir note 2)] divisée par [taille moyenne des ménages (Source: Plus récente enquête démographique et de santé (ORC Macro) ou Enquête nationale à indicateurs multiples (UNICEF)]. Pour CAR, une autre source a été utilisée pour la taille moyenne des ménages.

⁴ Sauf indiqué différemment, la population de moins de cinq avec fièvre a été calculée par le staff de la banque de la manière suivante: [prévalence de la fièvre chez les moins de cinq (enquête nationale)] multipliées par le pourcentage des enfants fiévreux qui ont eu accès aux ACT et non le laps de temps pour ce faire [La population moins de cinq (voir note 2)] pour l'année de l'enquête. Réfère à l'accès à temps aux ACT. Comme beaucoup d'enquêtes ne précisent que le pourcentage des enfants fiévreux ayant eu accès aux ACT et non le délai dans lequel ils ont été soignés, "moins que" est indiqué ici pour désigner ceux qui l'ont fait dans les 24h de l'apparition des symptômes.

⁵ Traitement avec n'importe quel antipaludique (Tx) dans les 24h de l'apparition des symptômes.

⁶ On utilise le nombre de naissances bien que ceci sous estime un peu la population des femmes enceintes. Voir note 2 comme source d'information.

† Estimation nationale obtenue en regroupant les résultats d'enquêtes menées dans six zones en utilisant la méthode LQAS avec l'assistance technique de la BM.1

PROGRÈS À CE JOUR SUR ABUJA ET LES BUTS 2010 ¹ : POURCENTAGE, NOMBRE AFFECTÉS ² ET SOURCE DES INFORMATIONS																					
POURCENTAGE ET NOMBRE DE MOINS DE CINQ FIÈVREUX AYANT ACCÈS AUX TRAITEMENTS EFFICACES DANS LES 24H ⁴						NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES RECEVANT TPI ⁶ (2 DOSES OU PLUS)															
BASELINE TOUS TX ⁵			BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES			BASELINE			DONNÉES LES PLUS RÉCENTES									
				3.2%	6,500	MIS 2005							4.3%	8,300	MIS 2005						
	21.1%	178,100	MICS 2006	< 1%	< 5,000	MICS 2006							29.3%	159,400	DHS 2000		46.7%	272,400	MICS 2006		
	14.8%	59,800	DHS 2006	< 1%	< 2,400	DHS 2006							11.2%	68,900	DHS 2006						
	11.8%	19,100	DHS 2003-04																		
	8.3%	75,900	DHS 2003																		
	2.9%	1,200	DHS 2006-07	< 1%	< 300	DHS 2006-07							10.6%	5,700	DHS 2006-07						
	24.9%	181,200	DHS 2006	< 1%	< 4,300	DHS 2006							<1.0%	< 4,400	DHS 2006						
	24.9%	1,838,100	DHS 2003										1.1%	64,400	DHS 2003		8.3%	498,400	MOHT 2006		
	2.5%	10,200	DHS 2005	< 1%	< 2,400	DHS 2005							<1.0%	< 2,600	DHS 2005						
	17.0%	1,100	MICS 2006	< 6%	< 100	MICS 2006															
	10.9%	77,700	MIS 2006	3.1%	22,000	MIS 2006							10.1%	44,500	DHS 2005		51.2%	226,800	MIS 2006		
	45.0%	155,700	MICS 2006	< 1%	< 2,000	MICS 2006							1.8%	5,000	MICS 2006						
	2.9%	9,500	MICS 2006	< 1%	< 1,900	MICS 2006							<1.0%	< 2,300	MICS 2006						
	50.2%	554,500	MICS 2000																		
	< 1%	< 300	DHS 2006-07										<1.0%	< 200	DHS 2006-07						
	34.3%	450,800	HMIS 2007-08										21.7%	344,000	DHS 2004		57.4%	926,800	HMIS 2007-08		
	37.5%	76,100	MICS 2006	< 1%	< 1,200	MICS 2006							18.1%	44,800	MICS 2006						
	28.9%	692,800	DHS 2006										17.6%	264,600	DHS 2006						
	37.0%	217,800	MIS 2006	12.7%	75,000	MIS 2006							61.9%	294,500	MIS 2006						
	3.4%	4,300	DHS 2005-06										6.8%	25,400	DHS 2005-06						

Légende :

- DHS: Études démographiques et de santé (ORC Macro).
- HMIS: Enquête sur les indicateurs VIH/SIDA, paludisme.
- MICS: Enquête à indicateurs multiples(UNICEF).
- MI: Moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- MIS: Enquête sur les indicateurs de paludisme.
- MSP: Ministère de la Santé.
- NA: Donnée non disponibles.
- PTI: Traitement préventif intermittent.
- Tx: Treatment with anti-malarial.

Supplément C à la carte des résultats du paludisme, informations générales : Angola–Kenya

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	INFORMATIONS ÉCONOMIQUES		INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES ³			
	PIB ¹ USD MILLIONS (2005)	TOTAL DÉPENSES DE SANTÉ EN % DU PIB ² (2005)	NOMBRE DE MÉNAGES ⁴		POPULATION TOTALE	
			BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)
Angola	30,632	1.8%	2,786,000	3,076,000	13,930,000	17,530,000
Bénin	4,287	5.4%	1,390,000	1,864,000	7,227,000	9,319,000
Botswana	10,513	8.3%	422,000	465,000	1,729,000	1,906,000
Burkina Faso	5,427	6.7%	1,519,000	2,343,000	11,882,000	15,230,000
Burundi	796	3.4%	2,179,000	2,462,000	6,668,000	12,800,000
Cameroun	16,588	5.2%	3,304,000	3,783,000	15,861,000	18,920,000
Cap Vert	1,006	5.6%	98,000	118,000	451,000	543,000
RCA	1,350	4.0%	743,000	852,000	3,864,000	4,432,000
Chad	5,873	3.7%	1,568,000	2,053,000	8,465,000	11,090,000
Comores	387	3.0%	111,000	137,000	699,000	860,000
Rép. Congo	6,087	1.9%	616,000	741,000	3,203,000	3,851,000
Côte d'Ivoire	16,345	3.9%	2,368,000	2,730,000	17,049,000	19,660,000
RD Congo	7,104	4.2%	7,920,000	12,020,000	50,689,000	64,900,000
Djibouti	709	6.9%	128,000	149,000	730,000	848,000
Guinée Éq.	7,528	1.7%	72,000	87,000	431,000	521,000
Érythrée	970	3.7%	768,000	1,043,000	3,684,000	5,005,000
Éthiopie	12,305	4.9%	14,456,000	17,067,000	69,388,000	85,330,000
Gabon	8,666	4.1%	236,000	270,000	1,182,000	1,350,000
Gambie	461	5.2%	187,000	237,000	1,384,000	1,754,000
Ghana	10,720	6.2%	5,037,000	5,702,000	20,148,000	23,950,000
Guinée	3,261	5.6%	1,243,000	1,577,000	8,203,000	9,618,000
Guinée-Bissau	301	5.2%	183,000	233,000	1,370,000	1,751,000
Kenya	18,730	4.5%	7,103,000	8,779,000	31,252,000	38,630,000

*Notes :*¹ Source: GBM indicateurs de développement mondiaux (WDI) 2008. Chiffres en US\$ valeur courante.² Source: OMS Rapport mondial sur la santé 2008. Chiffres calculés par OMS pour permettre les comparaisons; données de dépenses pour la santé produites dans WDI 2008 proviennent de OMS³ Les estimations de population (par ex: population totale, population moins de cinq ans et naissances par an) ont été obtenus de la division population du département des affaires économiques et sociales du secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp> accessed 09/05/08⁴ Calcul par le staff BM: [population totale estimée pour 2000/2008 (projection de variation moyenne, voir note 3)] divisée par [taille moyenne des ménages (Source: Plus récente enquête démographique et de santé (DRC Macro) ou Enquête à indicateurs multiples (UNICEF))]. Sources alternatives pour la taille des ménages utilisées pour Botswana, Cap Vert, RCA, Djibouti et Guinée Équatoriale.⁵ Calcul par le staff BM obtenu en appliquant le pourcentage de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale (estimation moyenne de variation), arrondi au millier le plus proche. voir note 3.⁶ Calcul par le staff BM: [prévalence de fièvre chez les moins de cinq ans (d'enquêtes fiables)] multipliées par [population moins de cinq pour 2000/2008 (voir note 5)]. Prévalence de fièvre non disponible pour Cap Vert.⁷ On utilise le nombre des naissances bien que ceci sousestime légèrement la population des femmes enceintes. Voir note 3 pour source d'information.

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES ³						
	POPULATION MOINS DE CINQ ⁵		POPULATION MOINS DE CINQ AVEC FIÈVRE ⁶		POPULATION FEMMES ENCEINTES ⁷	
	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)
	2,591,000	3,243,000	648,000	775,000	730,000	870,000
	1,279,000	1,556,000	524,000	445,000	332,000	386,000
	221,000	219,000	25,000	25,000	46,000	48,000
	2,246,000	2,726,000	824,000	1,000,000	593,000	693,000
	1,194,000	2,355,000	197,000	389,000	321,000	457,000
	2,506,000	2,857,000	621,000	486,000	637,000	646,000
	65,000	74,000	NA	NA	15,000	16,000
	634,000	687,000	202,000	149,000	153,000	163,000
	1,583,000	2,029,000	462,000	696,000	441,000	525,000
	115,000	132,000	36,000	41,000	27,000	28,000
	509,000	601,000	118,000	139,000	127,000	134,000
	2,694,000	2,910,000	827,000	757,000	669,000	694,000
	9,682,000	12,720,000	3,979,000	3,918,000	2,712,000	3,416,000
	105,000	108,000	24,000	6,000	24,000	24,000
	72,000	84,000	18,000	21,000	18,000	21,000
	623,000	856,000	186,000	255,000	166,000	200,000
	12,351,000	13,994,000	3,508,000	3,121,000	3,019,000	3,335,000
	157,000	159,000	46,000	46,000	34,000	35,000
	230,000	267,000	34,000	21,000	57,000	61,000
	2,982,000	3,233,000	635,000	724,000	688,000	708,000
	1,411,000	1,597,000	591,000	538,000	361,000	390,000
	266,000	345,000	112,000	46,600	74,000	92,000
	5,094,000	6,528,000	2,119,000	2,716,000	1,307,000	1,537,000

Légende :

NA: Données non disponibles.

PIB: Produit intérieur brut.

Supplément C à la carte des résultats du paludisme, informations générales : Lesotho-Zimbabwe

(Données au 5 septembre 2008)

PAYS	INFORMATIONS ÉCONOMIQUES		INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES ³			
	PIB ¹ USD MILLIONS (2005)	TOTAL DÉPENSES DE SANTÉ EN % DU PIB ² (2005)	NOMBRE DE MÉNAGES ⁴		POPULATION TOTALE	
			BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)
Lesotho	1,425	5.5%	484,000	514,000	1,886,000	2,019,000
Libéria	530	6.4%	614,000	758,000	3,071,000	3,963,000
Madagascar	5,040	3.2%	3,519,000	4,284,000	16,187,000	20,237,000
Malawi	2,855	12.2%	2,642,000	3,170,000	11,623,000	14,313,000
Mali	5,305	5.8%	1,888,000	2,170,000	10,004,000	12,748,000
Mauritanie	1,837	2.7%	442,000	496,000	2,566,000	3,203,000
Mozambique	6,579	4.3%	3,713,000	4,362,000	18,194,000	21,794,000
Namibie	6,230	5.3%	368,000	461,000	1,879,000	2,102,000
Niger	3,330	3.8%	1,824,000	2,340,000	11,124,000	14,780,000
Nigéria	112,249	3.9%	24,955,000	29,628,000	124,773,000	151,530,000
Rwanda	2,379	7.2%	1,777,000	2,126,000	8,176,000	10,054,000
Sao Tome and Principe	114	9.8%	22,000	25,000	140,000	160,000
Sénégal	8,688	5.4%	1,188,000	1,424,000	10,334,000	12,695,000
Sierra Leone	1,215	3.7%	754,000	971,000	4,521,000	5,945,000
Somalia	NA	NA	1,238,000	1,528,000	7,055,000	8,970,000
Afrique du Sud	242,059	8.7%	9,457,900	12,757,000	45,398,000	48,742,000
Soudan	27,386	3.8%	5,750,000	6,661,000	33,349,000	39,498,000
Swaziland	2,613	6.3%	230,000	248,000	1,058,000	1,146,000
Tanzanie	14,142	5.1%	6,770,000	8,266,000	33,849,000	41,516,000
Togo	2,154	5.3%	1,001,000	1,403,000	5,403,000	6,769,000
Ouganda	8,738	7.0%	5,144,000	6,197,000	24,690,000	32,003,000
Zambie	7,349	5.6%	2,010,000	2,296,000	10,451,000	12,166,000
Zimbabwe	3,418	8.1%	3,013,000	2,972,000	12,656,000	13,504,000

*Notes :*¹ Source: GBM indicateurs de développement mondiaux (WDI) 2008. Chiffres en US\$ valeur courante. Données non disponibles pour Somalie² Source: OMS Rapport mondial sur la santé 2008. Chiffres calculés par OMS pour permettre les comparaisons; données produites par WDI 2008 proviennent de OMS. Données non disponibles pour Somalie³ Les estimations de population (par ex: population totale, population moins de cinq ans et naissances par an) ont été obtenus de la division population du département des affaires économiques et sociales du secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp> accessed 09/05/08⁴ Calcul par le staff BM: [population totale estimée pour 2000/2008 (projection de variation moyenne, voir note 3)] divisée par [taille moyenne des ménages(Source: Plus récente enquête démographique et de santé (ORC Macro) ou Enquête à indicateurs multiples (UNICEF))]. Sources alternatives pour la taille des ménages utilisées pour São Tomé et Príncipe.⁵ Calcul par le staff BM obtenu en appliquant le pourcentage de la population de 0 à 4 ans par rapport à la population totale (estimation moyenne de variation), arrondi au millier le plus proche. voir note 3.⁶ Calcul par le staff BM: [prévalence de fièvre chez les moins de cinq ans (d'enquêtes fiables)] multipliées par [population moins de cinq pour 2000/2008 (voir note 5)].⁷ On utilise le nombre des naissances bien que ceci sousestime légèrement la population des femmes enceintes. Voir note 3 pour source d'information.

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES ³						
	POPULATION MOINS DE CINQ ⁵		POPULATION MOINS DE CINQ AVEC FIÈVRE ⁶		POPULATION FEMMES ENCEINTES ⁷	
	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)	BASELINE (2000)	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (2008)
	279,000	270,000	71,000	69,000	60,000	57,000
	580,000	763,000	180,000	230,000	162,000	210,000
	2,849,000	3,238,000	453,000	667,000	684,000	748,000
	2,185,000	2,505,000	909,000	869,000	544,000	600,000
	1,961,000	2,404,000	526,000	430,000	525,000	638,000
	405,000	464,000	126,000	174,000	98,000	104,000
	3,148,000	3,692,000	841,000	986,000	843,000	848,000
	269,000	252,000	52,000	43,000	53,000	55,000
	2,225,000	2,891,000	926,000	775,000	624,000	771,000
	22,085,000	25,093,000	6,979,000	7,929,000	5,677,000	6,066,000
	1,349,000	1,759,000	451,000	461,000	363,000	470,000
	22,000	23,000	6,000	7,000	5,000	5,000
	1,695,000	1,963,000	347,000	732,000	416,000	447,000
	782,000	1,031,000	359,000	360,000	237,000	284,000
	1,298,000	1,572,000	221,000	343,000	349,000	395,000
	5,175,000	5,186,000	994,000	1,000,000	1,124,000	1,058,000
	5,336,000	5,585,000	1,105,000	1,156,000	1,209,000	1,243,000
	151,000	148,000	6,000	40,000	33,000	32,000
	5,822,000	7,074,000	2,044,000	1,330,000	1,523,000	1,621,000
	919,000	1,076,000	333,000	209,000	231,000	251,000
	4,889,000	6,234,000	2,146,000	2,550,000	1,268,000	1,576,000
	1,860,000	2,051,000	805,000	599,000	460,000	481,000
	1,784,000	1,723,000	460,000	129,000	372,000	378,000

Légende :

NA: Données non disponibles.

PIB: Produit intérieur brut.

ANNEXE 2

Réalisation de la Phase II : Chronologie

DATE	ÉVÉNEMENT	RÉSULTATS CLÉS
Septembre– novembre 2007	Développement d'une note conceptuelle	Le MIRT développe une note conceptuelle soulignant les piliers clés. La note est remise au comité supérieur consultatif. Le comité est composé des principaux partenaires de la Banque dans le contrôle du paludisme.
13 décembre 2007	Première consultation avec le comité consultatif supérieur (via téléconférence)	Réception des premiers commentaires sur la note conceptuelle. <i>Recommandations</i> : Exposer explicitement les leçons apprises pour chaque pilier de la Phase II; faire du suivi des pays du programme en cours un pilier séparé; prendre en compte l'avantage comparatif de la banque dans les approches régionales et transfrontalières; changer le nom du pilier 2 pour ne pas exclure les autres pays; étendre le pilier 3 pour supporter l'accès aux traitements efficaces (et non pas seulement aux AMFm). Ces recommandations ont été intégrées à la note conceptuelle.
14 janvier 2008	Seconde consultation avec le comité consultatif supérieur (via téléconférence)	Réception des commentaires sur la note conceptuelle révisée. <i>Recommandations</i> : Prévoir les ressources financières et humaines pour réaliser la Phase II, s'assurer que la Phase II est coordonnée avec tous les acteurs dans et hors Partenariat RBM (le partenariat international pour la santé, par exemple), et focaliser sur l'approche SUFI. Ces recommandations ont été intégrées à la note conceptuelle.
29–30 janvier 2008	Consultation finale de deux jours avec les principales parties prenantes à Washington, DC	La réunion a rassemblé plus de 40 parties prenantes, représentants des gouvernements, partenaires et bailleurs, secteur privé, ONG, avocats, et personnel de la Banque. Les participants approuvent les cinq piliers de la stratégie de la Phase II, acceptent que la Banque capitalise sur ses avantages comparatifs, et acceptent que la Phase II soit développée dans le contexte d'un agenda d'élimination et de changements importants dans le paysage du paludisme.
Février 2008	Développement de la première ébauche de la stratégie de la Phase II	Le projet de stratégie de Phase II a été révisé pour incorporer les observations complémentaires reçues lors de la consultation.
Mai 2008	Le projet de stratégie de la Phase II révisé est présenté au VP Région Afrique de la Banque	Le projet de stratégie de la Phase II est révisé pour incorporer les commentaires du VP
2 juillet 2008	Présentation de la stratégie de la Phase II au comité de direction de la Région Afrique pour discussions techniques	La stratégie de la Phase II est peaufinée pour tenir compte des observations de la direction.

Source: Booster Program staff 2008.

ANNEXE 3

Les trois plus grands bailleurs de fonds de la lutte contre le paludisme et leurs avantages

	BANQUE MONDIALE	FONDS PLANÉTAIRE	INITIATIVE DU PRÉSIDENT U.S.
Fonds engagés (calendrier)	USD470 millions en Afrique (2005–2008) USD200 millions en Inde (2008–2013)	Financement total (par l’octroi 7) contribution sur deux ans: USD 1,8 milliard; sur cinq ans: USD 3,7milliards	USD 1,2milliard (2005–2010)
Mécanisme de financement	Procure prêts et subventions (IDA) directement aux gouvernements à leur demande. L’aide de l’IDA peut être complétée par des fonds fiduciaires.	Procure des subventions à un bénéficiaire principal dans les pays après revue indépendante des applications. Le financement est dépendant de la performance du fonds.	Procure des financements par année fiscale grâce à un budget approuvé par le Congrès.
Régions	Surtout en Afrique, Secondairement en Asie du Sud.	Toutes régions, 78 pays, 146 subventions paludisme différentes.	Afrique (concentrée sur 15 pays).
Approche	Supporte la réalisation de plans nationaux de lutte contre le paludisme et le renforcement des systèmes de santé. Financement géré par les gouvernements. La Banque doit donner son « no objection » pour les approvisionnements importants et les réallocations.	Trois approches principales de financement: • Phase I pour deux ans, basée sur revue des applications des pays. • Phase II, jusqu’à trois ans, basée sur performances en phase I. • « Rolling continuation channel » pour la poursuite des financements des subventions performantes.	Supporte réalisation de plans d’opération annuels développés conjointement par PMI, directeurs des PNL et partenaires locaux et internationaux. Financement géré par une équipe PMI dans le pays, composée de personnel USAID et CDC; 40–50 pour cent du budget sont dépensés en produits. Supporte quatre domaines clés d’intervention —pulvérisation en intérieur des habitations, moustiquaires traitées aux insecticides, distribution de médicaments antipaludéens et prévention du paludisme chez la femme enceinte. Supporte aussi la gestion de la logistique des produits, le S&E et l’IEC et l’IEC/CCC, la formation et la supervision des interventions.

	BANQUE MONDIALE	FONDS PLANÉTAIRE	INITIATIVE DU PRÉSIDENT U.S.
Assistance Technical	Les pays peuvent dépenser les fonds du projet pour acheter de l'assistance technique. Assistance supplémentaire pour planification, réalisation et S&E procurée par le MIRT et ses consultants	Compte sur ses partenaires pour procurer l'assistance technique. Les fonds pour payer l'assistance peuvent être inclus dans la subvention.	CDC procure l'assistance technique pour PMI. Assistance technique supplémentaire disponible grâce à une subvention d'USD 1 million au réseau RBM sous régional. Les pays peuvent aussi dépenser l'argent du projet pour acheter l'assistance technique.
Avantages comparatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité de l'IDA (permet de réallouer les ressources pour combler les écarts). • Relations avec ministères des Finances et les ministères du secteur. • Stimulants financiers (fonds de contrepartie 2-pour-1) pour collaboration régionale. • Capacité de supporter projets multisectoriels. • Capacité de réunir au niveau national et régional. • Analyse économique et financements innovateurs 	Processus d'application à l'initiative des pays. Tous les pays à faibles revenus et quelques revenus moyens sont éligibles. Financements à long terme, soutenus et importants. Projets performants peuvent recevoir financements supplémentaires.	Personnel dans le pays permet une close collaboration avec pays d'accueil et partenaires. Déploiement agressif des activités sur une courte période produit des impacts immédiats.
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Intégré dans le Partenariat RBM. • Prends le premier rôle dans les aspects économiques au Nigéria et en RDC et recrute des partenaires pour supporter les programmes régionaux. • Mobilise et gère les ressources de partenaires non traditionnels et du secteur privé. 	Membre de plein droit du conseil du RBM. Le Fonds planétaire agit à l'initiative du conseil, avec une large représentation des parties prenantes. Le mécanisme de coordination-pays du Fonds planétaire a une large représentation similaire.	Les partenaires du gouvernement U.S sont USAID, HHS, CDC, le département de la Défense et le département d'État, l'Institut national de la santé et la Maison blanche. Les partenaires internationaux sont OMS, UNICEF, Croix rouge américaine, Partenariat RBM, Malaria No More, Nothing But Nets, le Fonds planétaire, la Banque mondiale, le Plan d'urgence du Président U.S. pour le SIDA et le Corps de la paix. Les partenaires dans les pays sont les organisations communautaires, les organisations confessionnelles et les ONG.

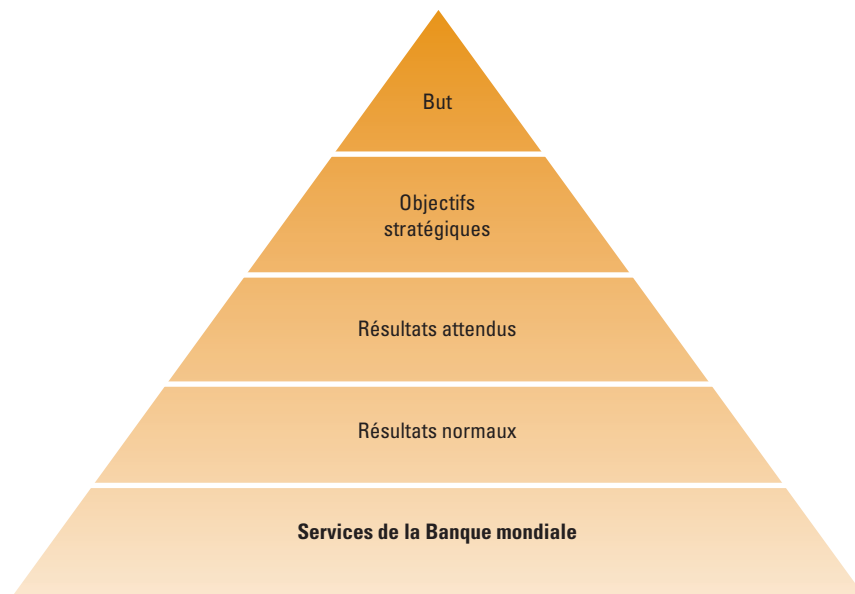
Note: CDC, Centers for Disease Control and Prevention; IDA, International Development Association; M&E, monitoring and evaluation; MIRT, Malaria Implementation Resource Team; PMI, President's Malaria Initiative; RBM, Roll Back Malaria; UNICEF, United National Children's Fund; USAID, U.S. Agency for International Development; WHO, World Health Organization.

Cadre des résultats de la Phase II

Qu'est-ce que le cadre de résultats?

Le cadre de résultats (CR) décrit les liens conceptuels entre l'objectif du Programme renforcé de la Banque mondiale pour la lutte contre le paludisme et les activités de la Phase II. Il utilise des graphiques et des tableaux pour montrer le lien logique entre les actions et les objectifs.

Graphique A4.1 Pyramide du cadre de résultats



Source: William Weiss, consultant, 2008.

Essentiellement, le CR est une pyramide, les activités (ou **services** rendus par la Banque) apparaissent à la base et les objectifs au sommet. Les services de la Banque produisent des réalisations qui typiquement correspondent à ce qu'en attendent les bénéficiaires —pays, régions, particuliers. Chaque réalisation est liée à des **résultats attendus**. Les résultats attendus — changement des comportements de santé, utilisation des services et renforcement des systèmes de santé — *sont le produit des services*. Ces résultats sont scientifiquement liés aux objectifs stratégiques plus vastes du programme renforcé de la Banque mondiale : meilleure prévention, traitements plus efficaces ou les deux. Mener à bonne fin ces deux objectifs stratégiques reflète ce qui est nécessaire et suffisant pour atteindre l'**objectif** général du programme renforcé : éliminer le paludisme de la liste des menaces de santé publique dans les pays concernés.

Comment distinguer contribution et attribution

Les actions et le support de la Banque ne sont pas sensés réaliser seuls les effets, les résultats, les objectifs stratégiques et le but repris dans le cadre des résultats. Ce qui est attendu, c'est que les services de la Banque apportent une contribution substantielle dans les zones géographiques visées. La Banque collabore avec de nombreux partenaires pour atteindre l'objectif du programme. Il n'est pas prévu, et il ne serait pas réaliste d'imaginer, que la Banque puisse à elle seule obtenir les résultats relevés dans les pays du programme. La Banque apporte une contribution nécessaire mais insuffisante pour rayer le paludisme de la liste des dangers de santé publique.

Organisation du cadre de résultat autour des piliers

Dans la Phase II le Programme renforcé de la Banque est articulé autour de cinq piliers. C'est la raison pour laquelle le CR est organisé de la même manière. Les cinq piliers sont les suivants:

1. Prévention et lutte contre le paludisme régionales et transfrontalières

L'élément central de ce pilier est le support de la Banque mondiale aux institutions régionales susceptibles de réaliser en commun la planification, la réalisation et le suivi de programmes de lutte contre le paludisme par-dessus les frontières.

2. Intensifier l'appui aux pays très affectés avec des besoins insatisfaits élevés

Le Nigéria et la RDC sont l'objectif premier de ce pilier. La Banque supportera une large palette d'actions de lutte contre le paludisme et de renforcement institutionnel pour à la fois prévenir le paludisme et améliorer la qualité des traitements.

3. Maintien de l'appui aux clients et aux projets de la Phase I et support ciblé aux nouveaux pays

Ce pilier doit permettre à la Banque d'accélérer les efforts pour obtenir des résultats (SUF) et de réaliser une stratégie de désengagement dans certains pays de la Phase I sans interruption dommageable des services. Il doit aussi lui permettre de supporter de nouveaux pays qui rencontrent les critères stratégiques nécessaires pour recevoir une aide.

4. Encouragement de politiques et de stratégies opérationnelles visant à accroître l'accès équitable aux traitements efficaces du paludisme

Ce pilier procurera une base pour supporter les activités des piliers 1, 2, et 3 qui cherchent à améliorer le traitement du paludisme. L'implication du secteur privé est un élément important du pilier 4.

5. Renforcement des systèmes de santé essentiels pour accélérer l'organisation de la lutte contre le paludisme dans les pays du programme

Tout comme le précédant, le pilier 5 procurera une base pour supporter les activités des piliers 1, 2, 3 et 4. Il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé pour permettre l'accélération des actions de lutte contre le paludisme et obtenir un impact national et régional. Il permettra aux pays du programme de planifier, réaliser et surveiller efficacement des actions de grande envergure.

Les deux versions du cadre de résultats

Il existera deux versions du cadre de résultats. La première donnera une vue d'ensemble conceptuelle de la Phase II du Programme renforcé, sans beaucoup de détails. Elle servira pour obtenir un consensus sur la stratégie paludisme de la Banque. La seconde version contiendra des informations détaillées sur les actions précises que le personnel de la Banque devra mener à bien et la description très claire de la manière dont les partenaires sup-

porteront la réalisation de l'objectif commun d'éliminer le paludisme comme menace de santé publique. Elle contiendra le plan de S&E de la Phase II que le personnel de la Banque utilisera pour gérer le programme. Spécifiquement, la version 2 du CR sera une sorte de sous-CR qui expliquera le plan opérationnel de chaque *bulle* de la version 1.

ANNEXE 5

Plan d'action de trois ans pour la Phase II

SUJET	EXERCICE FISCAL			RESPONSABLE
	EF09	EF10	EF11	
Planification programmatique et réalisation				
Préparer le projet régional				MIRT
Aide à la réalisation du projet régional				
Préparer financements supplémentaires pour Nigéria et RD Congo				MIRT
Apport d'un appui technique au portefeuille pays				MIRT
Préparer des activités de suivi ou des stratégies de désengagement propres au pays				MIRT
Supporter l'évaluation des systèmes de santé dans les pays du programme renforcé				MIRT/IHP
Supporter le renforcement des capacités, ex: atelier sur les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement				MIRT
Réviser les directives approvisionnements de la BM pour les produits de lutte contre le paludisme				MIRT
Développer une solution pour financer les MIILD et la réaliser				
Partenariats				
Créer et faciliter des partenariats régionaux et sous-régionaux				MIRT
Partenariats externes: Conserver le premier rôle au sein du RBM pour tout ce qui est (i) économie/finance, (ii) RD Congo & Nigéria et (iii) région				MIRT/RBM
Partenariats internes: créer des partenariats multisectoriels avec les secteurs agriculture, éducation et infrastructures				MIRT
Mobilisation des ressources: recruter de nouveaux bailleurs (bailleurs non traditionnels et secteur privé)				
Suivi et Évaluation (S&E)				
Développer un cadre des résultats de la Phase II				MIRT
Développer une stratégie S&E pour les projets régionaux				MIRT
Développer des partenariats régionaux pour apporter un support S&E aux programmes régionaux et nationaux				MIRT/RBM
Apporter une aide S&E continue aux programmes régionaux et nationaux				MIRT
Développer des outils S&E				MIRT
Renforcer les capacités pour la collecte des données et l'utilisation du S&E pour améliorer les programmes				MIRT
Supporter le RBM MERG en faisant avancer la réalisation de la base de données de la carte des résultats du paludisme				MIRT/RBM/DEC

SUJET	EXERCICE FISCAL			RESPONSABLE
	EF09	EF10	EF11	
Développer et entretenir les partenariats internationaux en S&E				MIRT/RBM/ Agences bilatérales
Passer en revue le portefeuille pour établir les progrès				MIRT
Réaliser ESW pour suivre le développement des systèmes de S&E				MIRT
Réaliser les évaluations de l'impact des projets du Programme renforcé				
Communications				
Réviser et réaliser la stratégie de communications				MIRT
Analyser				
Le bien-fondé économique et le modèle de financement de la lutte contre le paludisme en Afrique				MIRT
Comment appeler à la cause le secteur privé				MIRT/IFC
Comment assurer une distribution équitable des interventions de lutte contre le paludisme				MIRT
Comment le gouvernement peut régir la protection du consommateur et la pharmacovigilance (la science pharmacologique relative à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets néfastes, particulièrement les effets secondaires à court et à long terme des médicaments)				MIRT

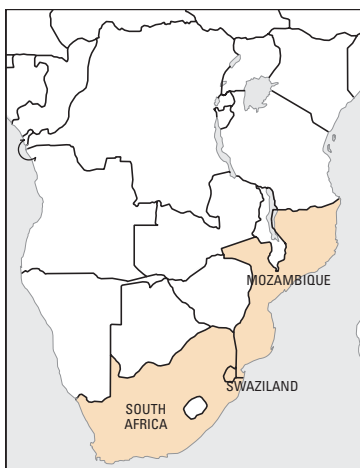
Note: DEC, Development Economics; IFC, International Finance Corporation; IHP, International Health Partnership; LLIN, long-lasting insecticidal net; ME, monitoring and evaluation; MIRT, Malaria Implementation Resource Team; RBM, Roll Back Malaria.

ANNEXE 6

Cartes de l'intégration régionale

Progression possible des engagements dans une approche d'élimination régionale

Développement spatial de l'initiative de Lubombo



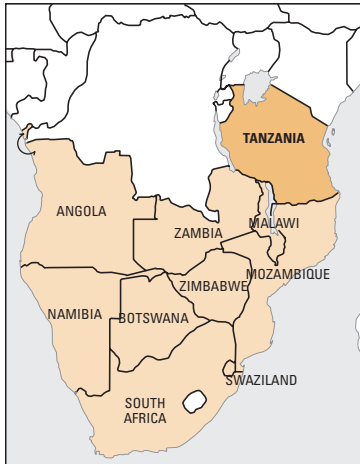
Phase I: Corridor Trans Caprivi



Phase 2a: Programme d'intégration régionale—Engagement du Malawi



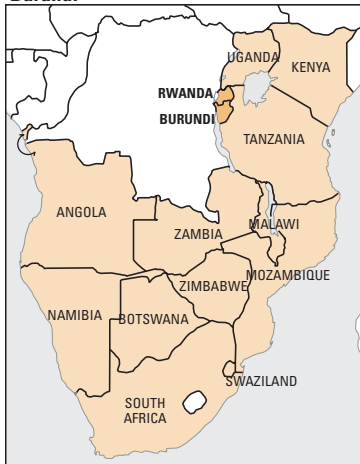
Phase 2b: Engagement de la Tanzanie



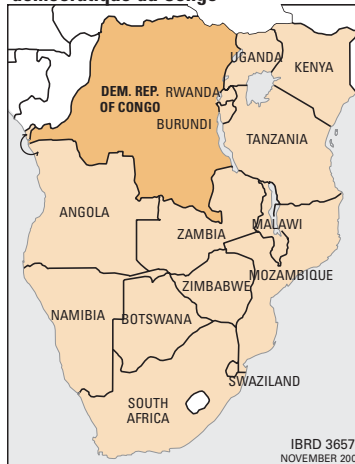
Phase 3a: Engagement du Kenya et de l'Ouganda



Phase 3b: Engagement du Rwanda et du Burundi



Phase 3c: Engagement de la République démocratique du Congo



Références

- Bosman, A., and K. N. Mendis. 2007. "A Major Transition in Malaria Treatment: The Adoption and Deployment of Artemisinin-based Combination Therapies." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77 (Suppl 6): 193–97.
- Breman, J. G. 2001. "The Ears of the Hippopotamus: Manifestations, Determinants, and Estimates of the Malaria Burden." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64 (1,2 S): 1–11.
- Breman, J. G., M. S. Alilio, and A. Mills. 2004. "Conquering the Intolerable Burden of Malaria: What's New, What's Needed: A Summary." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71 (Suppl 2): 1–15.
- Carter, R., and K. N. Mendis. 2002. "Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria." *Clinical Microbiology Reviews* 15 (4): 564–94.
- Chima, R. I., C. A. Goodman, and A. Mills. 2003. "The Economic Impact of Malaria in Africa: A Critical Review of the Evidence." *Health Policy* 63: 17–36.
- eux. 2006. "Rethinking the Economic Costs of Malaria at the Household Level: Evidence from Applying a New Analytical Framework in Rural Kenya." *Malaria Journal* 5: 76. 10.1186/1475-2875-5-76.
- Gallup, J. L., and J. D. Sachs. 2001. "The Economic Burden of Malaria." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64 (Suppl 1–2): 85–96.
- Goodman, D., W. Brieger, A. Unwin, A. Mills, S. Meek, and G. Greer. 2007. "Medicine Sellers and Malaria Treatment in Sub-Saharan Africa: What Do They Do and How Can Their Practice Be Improved?" *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77 (Suppl 6): 203–218.
- Guyatt, H. L., and R. W. Snow. 2001. "The Epidemiology and Burden of *Plasmodium Falciparum*-related Anemia among Pregnant Women in Sub-Saharan Africa." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64: 36–44.
- Hanson, K. (2004). "Public and Private Roles in Malaria Control: The Contributions of Economic Analysis." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71 (Suppl 2): 168–73.

- Hawley, W. A., P. A. Phillips-Howard, F. O. Ter Kuile, D. J. Terlouw, J. M. Vulule, M. Ombok, B. L. Nahlen, J. E. Gimnig, S. K. Kariuki, M. S. Kolczak, and A. W. Hightower. 2003. "Community-wide Effects of Permethrin-Treated Bed Nets on Child Mortality and Malaria Morbidity in Western Kenya." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 68 (Suppl 4): 121–27.
- Levine, R., and the What Works Working Group. 2004. "Millions Saved: Proven Successes in Global Health." Center for Global Development, Washington, DC.
- Malaney, P., A. Spielman, and J. Sachs. 2004. "The Malaria Gap." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71 (Suppl 2): 141–46.
- Malaria Consortium. 2002. "Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria." Liverpool, U.K.: Malaria Consortium.
- McKinsey and Company. 2008. "We Can't Afford to Wait: The Business Case for Rapid Scale-Up of Malaria Control in Africa." Malaria No More, New York.
- Martens, P., and L. Hall. 2000. "Malaria on the Move: Human Population Movement and Malaria Transmission." *Emerging Infectious Diseases* 6(2): 103–9.
- Murphy, S. C., and J. G. Breman. 2001. "Gaps in the Childhood Malaria Burden in Africa: Cerebral Malaria, Neurological Sequelae, Anemia, Respiratory Distress, Hypoglycemia, and Complications of Pregnancy." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64: 57–67.
- Nguyen, Q., J. Qamruddin, and J. P. Clark. 2008. "Draft Note on Health, Nutrition, and Population and Climate Change." World Bank, Washington, DC.
- Rowe, A. K., S. Y. Rowe, R. W. Snow, E. L. Korenromp, J. R. M. Armstrong Schellenberg, C. Stein, B. L. Nahlen, J. Bryce, R. E. Black, and R. W. Steketee. 2006. "The Burden of Malaria Mortality among African Children in the Year 2000." *International Journal of Epidemiology* 35: 691–704.
- Rowe, A. K., and R. W. Steketee. 2007. "Predictions of the Impact of Malaria Control Efforts on All-cause Child Mortality in Sub-Saharan Africa." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77 (Suppl 6): 48–55.
- Sachs, J., and P. Malaney. 2002. "The Economic and Social Burden of Malaria." *Nature* 415 (6872): 680–5.
- Sadasivaiah, S., Y. Tozan, and J. G. Breman. 2007. "Dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT) for Indoor Residual Spraying in Africa: How Can It Be Used for Malaria Control?" *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77 (Suppl 6): 249–63.
- Shiff, C. (2002). "Integrated Approach to Malaria Control." *Clinical Microbiology Review*. 15 (2): 278–93.
- Smith, D. L., F. E. McKenzie, R. W. Snow, and S. I. Hay. 2007. "Revisiting the Basic Reproductive Number for Malaria and Its Implications for Malaria Control." *PLoS Biology* 5 (3): e42. doi: 10.1371/journal.pbio.0050042.
- Snow, R. W., C. A. Guerra, A. M. Noor, H. Y. Myint, and S. I. Hay. 2005. "The Global Distribution of Clinical Episodes of Plasmodium Falciparum Malaria." *Nature* 434: 214–17.

- Steketee, R. W., B. L. Nahlen, M. E. Parise, and C. Menendez. 2001. "The Burden of Malaria in Pregnancy in Malaria-endemic Areas." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64: 28–35.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2005. "Accelerating Child Survival and Development: A Results-based Approach to High Under-Five Mortality Areas." United Nations Children's Fund, New York.
- UNICEF and RBM. 2007. "Malaria and Children: Progress in Coverage Intervention." United Nations Children's Fund, New York.
- Wellems, T. E., and C. V. Plowe. 2001. "Cloroquine-resistant Malaria." *Journal of Infectious Diseases* 184: 770–76.
- WHO (World Health Organization). 2007. Fact Sheet No. 94. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>.
- WHO/UNICEF. 2003. "Africa Malaria Report." World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva.
- WHO/UNICEF. 2005. "World Malaria Report." World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva.
- World Bank. 2007. "Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Report." World Bank, Washington, DC.
- World Bank. 2005a. "The Global Strategy and Booster Program." World Bank, Washington, DC.
- World Bank. 2005b. "Meeting the Challenge of Africa's Development: A World Bank Group Action Plan." Africa Region, World Bank, Washington, DC.
- World Bank. 2005c. "Malaria Fight in Africa Needs Better Donor Coordination and More Financial Help, Says World Bank Chief." Press Release, September 8. <http://go.worldbank.org/UO18BEFE10>.

Indice

Encadrés, graphiques, notes, et tableaux sont indiqués par e, g, n, rt t.

abréviations, xiii–xv

Abuja, objectifs d', 1, 13, 28, 30, 35e, 48n1, 50, 86, 91

accélérer les efforts pour obtenir un impact/des résultats (SUFI), 7–8, 51, 54, 62–63, 81, 83

Addis Abeba, 51

Affordable Medicines Facility for malaria (AMFm), 45, 53, 70–71, 81

Anglo Gold Ashanti, 79

approvisionnements, 4, 35, 35e, 41–42, 58, 70, 72, 73g, 87

artémisinine. *Voir* associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT)

Association internationale de développement (IDA)

Banque mondiale et, 82, 86–88, 91–92

financements de, 3

IDA-15, 12–13, 62, 68, 88, 92

IDA-16, 63

Phase II et, 62–64, 66–68, 69t, 71, 73, 78t

associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT)

accès aux, augmenter l', 70

achats des, 41

débours pour des, 42g

délais dans l'introduction des, 8–9

difficultés rencontrées pour

étendre la couverture des, 35e

distributions des, 41

efficacité des, 2, 19, 23–25

introduction des, difficultés initiales de l', 45–46

méthode curative, 22

politiques et stratégies qui accroissent l'accès à des, 70–72

pour le volet traitement, 30

stratégie d'assistance régionale et des, 58

Banque mondiale

Voir aussi des sujets particuliers

contribution potentielle de la, 82–83

coût d'un désengagement de la, 80–81

en cas de non engagement, 82

et le Partenariat RBM, 3–4

- et Partenariat RBM*, 12, 27–28, 30, 46, 48*n*2, 54, 77, 82, 89
groupes de la, 35
opérations, implications pour les, 85–89, 91–92
- Bénin, 5, 17, 20, 22*g*, 24*g*, 33*t*, 34, 37*t*, 40
- Bill & Melinda Gates Foundation.
Voir Fondation Bill & Melinda Gates
- Burkina Faso, 22*g*, 24*g*, 33*t*, 37*t*
- charge du paludisme en Afrique, 15–25
aggravé par les populations mobiles et les mouvements transfrontaliers, 17
développement, l'effet du, sur le, 17–19
enfants, nombre de décès. *Voir* enfants, nombre de décès d', attribués au paludisme
fardeau, réduction du, 6, 24–25
perspectives, défis de la lutte contre le paludisme, 21–24
systèmes de santé, épuisés par, 19–21
- chloroquine, 24, 46
- Congo. *Voir* République démocratique du Congo (RDC)
- Copenhague, l'accord de, de 2008, 3
- Dakar, l'Appel de, 5, 35, 35*e*, 36
- Davos, Forum économique mondial de, janvier 2008, 7, 51, 53, 58, 83
- développement
Voir aussi Association internationale de développement (IDA)
- effet du paludisme sur le, 2, 17–19
- données
et des combinaisons de données différentes, 36
incomplètes qui arrivent tardivement, 8
insuffisantes, 30*e*, 44
minimisent le nombre de cas recensés, 15
renforcement du S&E pour recueillir des données fiables, 9
résultats, créer des une banque de donnée commune, 34*e*, 76–77
usage, 17, 74, 83
- économie, l'effet du paludisme sur l'.
Voir développement
- enfant, survie de l', 33*t*, 38, 67, 78
- enfants, nombre de décès attribués au paludisme, 15–16, 92
d'enfants de moins de cinq ans, 2, 16–17, 22, 24, 24*g*, 27, 29*e*, 57, 61*t*, 63, 87
par pays, 17
- équipe de référence pour les actions antipaludique (MIRT)
fonctions d', 4, 9, 12, 29, 38–39, 48, 54, 88–89
Phase II et, 59, 61*g*, 65–69, 71, 79–80
- Érythrée, 33*t*, 37*t*
- Éthiopie, 16, 33*t*, 37*t*, 73, 73*g*, 86
- Exxon Mobil, 34*e*, 38, 79
- Ezekwesili, Obiageli, 58
- femmes enceintes, 5, 16, 32, 40, 56*g*, 78
- financements
Voir aussi des sujets particuliers

- Banque mondiale et, 86, 88, 91
 enveloppes, 6, 12, 30, 39, 45,
 62–63, 63*t*, 66
 multisectoriels, 4, 30*e*
 Phase I, pour, 28, 30*e*, 31–32, 36,
 39–40, 46
 Phase II, 9
 Phase II, pour, 51, 54, 55*g*, 59,
 64–69, 69*t*, 71, 74, 78*t*, 81–82
 prêts de la Banque mondiale, 33*t*
 vue d'ensemble, 3–4, 7, 12
 Fondation Bill & Melinda Gates,
 37–38, 49, 52, 58, 64
 Fonds des Nations-Unies pour
 l'enfance (UNICEF), 3, 22, 24,
 36
 Fonds planétaire, 11, 32, 36, 37*t*, 46,
 52, 54, 55*g*, 60, 62, 64–66, 73
 formations sanitaires, 15, 20*g*, 25,
 71–72, 75
- Gates, Bill & Melinda. *Voir*
 Fondation Bill & Melinda
 Gates
- Ghana, 17, 22*g*, 24*g*, 33*t*, 37*t*, 79
 goulots d'étranglement, éliminer les,
 3, 11, 30, 36, 61*g*, 61*t*, 72–74,
 73*g*
- Groupe CORE (survie de l'enfant),
 38
- groupe de pilotage des objectifs du
 millénaire en Afrique, 8
 groupe de pilotage MDG pour
 l'Afrique, 55
 groupe de référence du Partenariat
 RBM pour le suivi et
 l'évaluation (MERG), 34*e*, 36,
 44, 77
- groupe de travail sur l'harmonisation
 du RBM (HWG), 36, 48*n*2, 54,
 67–68, 75–77
- groupe d'étude des performances, 54
 groupe élargi, 9
 groupes de pays, 64–65
 Guinée, 37*t*, 40
- IDA. *Voir* Association internationale
 de développement (IDA)
- Initiative PMI du président des Etats-
 Unis, 11, 36, 37*t*, 47*g*, 52, 54,
 60, 62, 72
- International Finance Corporation
 (IFC), 71, 89
- interventions
- antipaludiques, 11, 46
 - clés, 22, 24, 24*g*, 32, 34*e*, 53
 - communautaires, 70–71
 - de lutte contre le paludisme, 1, 6,
 34, 73
 - éprouvées, 4, 24, 30, 50
 - préventives et curatives, 1, 3
- investissements
- Banque mondiale et, 87, 92
 - charge du paludisme et, 19
 - Phase I, pour, 31–35, 34*e*, 47
 - Phase II, pour, 57–58, 62, 68–69,
 74–76, 83
 - vue d'ensemble, 2, 5, 8, 10–11
- Kenya, 22*g*, 33*t*, 37*t*, 40
- Malaria Implementation Support
 Team (MIST), 52–53, 66
- Malaria No More, 38
- Malawi, 22*g*, 33*t*, 37*t*
- Mali, 22*g*, 24*g*, 37*t*, 40
- Mauritania, 22*g*, 37*t*

- MIRT. *Voir* équipe de référence pour les actions antipaludique (MIRT)
- mortalité infantile. *Voir* enfants, nombre de décès attribués au paludisme
- moustiquaires imprégnées d'insecticide
longue durée (MIILD), 2, 5, 8, 30, 32, 34–35, 34e, 41–43, 42g, 51, 68, 73g, 74–76, 81
(MII), 19, 21–22, 24g, 25n1, 32, 40–41, 42g, 73g
- moustique *Anophèles*
- mouvements de population humaine et, 64
- paludisme transmise par, 2, 15, 21–23, 23t, 92
- prolifèrent dans des milieux plus hospitaliers, 56, 79
- résistances aux insecticides, 3, 23, 28, 49, 77
- mouvements transfrontaliers et le paludisme, 17
- Mozambique, 22g, 33t, 37t, 39, 68, 86
- Nations-Unies, 7, 52
- Niger, 22g, 24g, 33t, 37t
- Nigéria
Banque mondiale et, 86–88
charge du paludisme en, 17, 22g
Phase I en, 33t, 34, 37t, 39, 45, 48n2
Phase II en, 61g, 62, 63t, 66–68, 69t, 71, 81
vue d'ensemble, 10–12
- objectifs de développement pour le millénaire (ODM)
Banque mondiale et, 91
charge du paludisme, 18, 25
Phase I, 28, 29e
Phase II, 50g, 54–55, 56g, 57, 68, 82
vue d'ensemble, 8, 13
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 3, 34, 36, 39, 45, 49
- organisations non gouvernementales (ONG)
Phase I et, 19, 28, 34, 35e, 37–38, 37t, 52
Phase II et, 59, 65, 71
processus consultatif et, 9
- paludisme
Voir aussi des sujets particuliers
accélérer la délivrance des moyens de lutte contre le, 72–75
développement de résistances aux ACT, 46
distribution endémique en Afrique, 2, 16, 18, 21, 22g, 34e, 45, 50, 54
formations sanitaires, poids du paludisme sur les, 20g
moyens de lutter contre le, 2–3
Partenariat RBM et. *Voir* Partenariat RBM
pauvreté, comme conséquence, cause de la, 2, 18–19, 23t, 56g
Plasmodium falciparum, forme la plus virulente du parasite, 15, 23t, 24, 53
résistant aux médicaments, 3, 17, 19, 23–24, 28, 45, 77–78, 81, 87

- partenariat international pour la santé (IHP), 13, 15, 87
- Partenariat pour la lutte contre le paludisme et l'évaluation de la maladie en Afrique (MACEPA), 37–38
- Partenariat RBM
- accélération des efforts et, 52–53
 - Banque Mondiale et, 12, 27–28, 30, 46, 48*n*2, 54, 77, 82, 89
 - communauté internationale du développement et, 25
 - création du, 3
 - flexibilité de, 81
 - fonctions du, 4
 - Groupe de référence du Partenariat RBM pour le suivi et l'évaluation (MERG), 34*e*, 36, 44, 77
 - harmonisation et coordination des efforts par, 35–36, 54
 - objectifs et, 1, 50*g*, 51, 88
 - Phase II et, 9–10
 - Plan d'action mondial, adopté par, 7–8
 - Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique et, 30*e*, 34*e*
 - rapport publié par, 24
- partenariats public-privé, 56*g*, 70–71
- pauvreté, 21
- lutte contre la, 28, 57, 86
 - paludisme comme conséquence, cause de la, 2, 18–19, 23*t*, 56*g*
- Phase I, II. *Voir* Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique
- Phumaphi, Joy, 58
- Plan d'action mondial/universel pour/contre le paludisme (GMAP), 7, 51
- Plan d'action pour l'Afrique (AAP), 8, 13, 29*e*, 77, 82
- populations mobiles et le paludisme, 17
- Programme des Nations-Unies pour le développement (UNDP), 3
- Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique
- approche à deux voies, 4
 - passage à la Phase II, 49–58
 - Phase I, 27–48
 - défis, 42–48
 - différences entre Phase I et Phase II, 61*t*
 - évaluation des actions à partir de 2005, 28–31
 - flexibilité des financements étant avantage, 81
 - leçons, 5–6, 46–48
 - plan d'action coordonné, 85
 - résultats, 4–5, 31–41
 - Phase II, 6–9, 40, 59–84
 - Banque, implications pour les opérations de la, 86–89
 - Banque, l'engagement de la, définition de, 85–86
 - cadre conceptuel, 61*g*
 - conception de la, 9–11
 - défis, 42
 - différences entre Phase I et Phase II, 61*t*
 - enveloppe de la, 6, 12
 - Fondation Bill & Melinda Gates et, 38

- implications financières et opérationnelles, 12, 86–89
- leçons de Phase I, 5–6, 46–48, 60
- passage à la Phase II, 49–58
- plan d'action de la, 63
- Plan d'action pour l'Afrique (AAP) et, 29e
- vue d'ensemble, 6–13
- Phase III, 60
- vue d'ensemble, 1–3
- projets multisectoriels, 5, 47
- pulvérisations d'insecticides à effets rémanents dans les habitations (IRS), 2–3, 19, 21–22, 30, 32, 42g, 51, 64, 67
- RBM. *Voir* Partenariat RBM
- Région Afrique
 - Banque mondiale et, 13, 85, 87, 89
 - passage à la Phase II en, 56, 58
 - Phase I en, 12, 28–29, 33t, 35e, 39, 48
 - Phase II en, 60, 65, 79–80, 82
- République démocratique du Congo (RDC)
 - Banque Mondiale et, 87–88
 - charge du paludisme en, 17, 22g
 - Phase I en, 33t, 34–35, 37t, 38–40
 - Phase II en, 61t, 62, 63t, 66–68, 69t, 81
 - vue d'ensemble, 10, 16
- Royaume Uni (UK), 52
- Russie, la Fédération de, 5, 33t, 38–39, 68, 86, 88
- Rwanda, 22g, 73–74, 73g
- santé, systèmes de
 - amélioration des, 3, 30, 57
 - contraintes des, 8, 27, 30e, 35e, 44–47, 66
 - dans les pays au sud du Sahara, 57
 - épuisés par la charge du paludisme, 19–22, 20g
 - goulots d'étranglement, éliminer les, 3, 11, 30, 36, 61g, 61t, 72–74, 73g
 - investissements dans les, 57, 62
 - performances des, 53
 - renforcement des, 4–5, 8, 11, 27, 29e–30e, 41, 46, 48, 57, 60–62, 72–75
 - Sénégal, 17, 22g, 24g, 33t, 34–35, 35e, 37t, 38, 40, 64
 - Soudan, 33t, 37t, 40
 - stratégie d'assistance à l'intégration régionale (RIAS), 57–58
 - stratégie pour la santé, la nutrition et la population (HNP), 8, 13, 57, 82
 - SUFI. *Voir* accélérer les efforts pour abtenir un impact/des résultats (SUFI)
 - suivi et évaluation (S&E)
 - amélioration du, 31, 50
 - capacités des pays du, renforcer les, 43
 - concentration sur, 30e
 - dépenses qui couvrent les activités de, 41
 - détails sur le travail du Programme en, 32
 - développement d'un suivi et évaluation fort, 65
 - différences entre Phase I et Phase II, 61t
 - équipes nationales de, 65
 - et l'Appel de Dakar, 5

- gestion de, 72
- groupe de référence du Partenariat
RBM pour le suivi et
l'évaluation (MERG), 34e, 36,
44, 77
- harmonisation et coordination des
efforts, 36
- leçons de la Phase I, 5–6
- nécessité d'avoir dans chaque pays
un système de, 35e
- nécessité d'intensifier le, 47
- Phase II et, 9, 11–12, 65, 70, 74–78
- réalisation de la stratégie de, 38
- renforcement du, 4, 45
- soutien au, maintenir le, 87
- système d'accès abordable aux médi-
caments, paludisme. *Voir* Affor-
dable Medicines Facility for
malaria (AMFm)
- systèmes de santé. *Voir* santé,
systèmes de
- Tanzanie, 33t, 37t, 86
- tuberculose, 11, 60, 66, 89
- Union africaine, 9, 50g, 57, 65
- USAID, 36, 37t, 47g, 52, 72
- VIH/SIDA, 11, 13, 29e, 33t, 56, 56g,
60, 64, 66, 89, 91
- VOICES, projet de Johns Hopkins,
38
- Washington, DC, 59
- Zambie, 20, 32, 33t, 37–39, 37t, 45,
68, 69t, 86
- Zoellick, Robert, 7–8, 51, 55, 58

ECO-AUDIT

Déclaration de protection de l'environnement

La Banque mondiale est soucieuse de protéger les forêts menacées et les ressources naturelles. L'éditeur a choisi d'imprimer *Intensifier la lutte contre le paludisme* sur du papier recyclé conformément aux normes recommandées par la Green Press Initiative, une organisation sans but lucratif qui encourage les maisons d'édition à utiliser des fibres qui ne proviennent pas des forêts menacées. Informations complémentaires à www.greenpressinitiative.org.

Nous avons épargné :

- 7 arbres
- 5 millions d'unités thermiques anglaises (BTU) d'énergie totale
- 250 kg de gaz à effet de serre
- 8979 litres d'eau
- 138 kg de déchets solides



On estime à 500 millions environ le nombre de cas de paludisme qui se déclarent chaque année, emportant 1 million d'êtres ; 3.000 enfants en meurent chaque jour. Quatre-vingt-dix pour cent des décès se produisent en Afrique Sub-saharienne où le paludisme tue plus d'enfants que n'importe quelle autre maladie. Le paludisme n'est pas seulement un problème majeur de santé publique, c'est aussi un problème de développement qui freine l'économie et le progrès social et coûte à l'Afrique 12 milliards de dollars EU par an.

En 2005, la Banque mondiale réaffirmait son engagement dans la lutte contre le paludisme en lançant le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique, une initiative étalée sur 10 ans qui, au cours des trois premières années, a déjà engagé plus de 470 millions de dollars EU. En combinant des interventions de contrôle de la maladie avec le renforcement des systèmes de santé, la Phase I du programme a apporté une contribution importante à l'effort mondial de lutte contre la maladie. Le Programme renforcé a entamé la réalisation d'une seconde phase de trois ans qui doit permettre à la Banque mondiale, l'un des trois plus importants bailleurs de fonds de la lutte contre le paludisme en Afrique, d'intensifier ses efforts pour aider davantage de pays africains à obtenir un très large impact sur la maladie et de le soutenir.

Intensifier la lutte contre le paludisme: Le Programme renforcé de la Banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique décrit le programme, les réalisations des trois premières années et la conception de la Phase II. Alors que la Phase I a tiré parti d'opportunités relativement faciles pour appuyer les objectifs des pays, la Phase II, plus

stratégique, mettra à profit les succès et les leçons apprises de sa devancière. Elle mettra à profit la capacité de la Banque pour faciliter des projets transfrontaliers et multisectoriels, apporter des financements importants et flexibles et entamer un dialogue politique au plus haut niveau dans les pays.

La Phase II est articulée autour de cinq piliers:

1. Améliorer la prévention et le contrôle au niveau régional et transfrontalier.
2. Intensifier l'appui à la République Démocratique du Congo et au Nigéria, deux pays très affectés et aux besoins largement insatisfaits.
3. Apporter un support continu aux programmes en cours et une approche sélective de nouveaux pays.
4. Favoriser des politiques et des stratégies pour accroître l'accès équitable aux traitements efficaces.
5. Renforcer les systèmes de santé essentiels pour améliorer et accroître les activités en matière de lutte contre le paludisme.

Conscients de l'enthousiasme suscité par la lutte contre le paludisme, les pays africains et la communauté internationale ont saisi l'opportunité pour s'engager à éliminer le paludisme de la liste des problèmes de santé publique majeurs en Afrique.

Avec la Phase II du Programme renforcé, la Banque mondiale est appelée à jouer un rôle crucial pour aider l'Afrique à vaincre le paludisme et à poursuivre sa quête de croissance économique et de développement social.

www.worldbank.org/malaria



THE WORLD BANK

ISBN 978-0-8213-7794-9



SKU 17794