

## LA DÉCLARATION D'ABUJA ET LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉLIMINATION DU PALUDISME AU BURKINA FASO DE 2000 À 2015

**Serge DOYÉ**

Laboratoire SYPERC

Département d'histoire et archéologie

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

&

**Yacouba BANHORO**

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

**Résumé :** Au Burkina Faso, à l'instar des autres pays d'Afrique occidentale, l'endémie palustre constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. La population infantile est la plus touchée : 54,2% des motifs de consultation, 80,38% des cas d'hospitalisations, et 87,9% des causes de décès. Pourtant, après l'accession à l'indépendance en 1960, le pays, à travers l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et bien d'autres institutions internationales, a mené des campagnes d'envergure de luttes antipaludiques. Malgré ces multiples efforts, aussi observable dans d'autres pays africains, la maladie demeure un problème majeur de santé publique. Face à cette situation, le 25 avril 2000, les dirigeants de 44 pays africains où le paludisme sévit de façon endémique se sont rencontrés dans la capitale nigériane. Une déclaration produite à la fin du sommet engageait les gouvernements africains à mener un effort intense pour réduire de moitié le fardeau du paludisme en Afrique d'ici à 2010 et fixait des cibles pour 2005. En dépit des campagnes d'envergure menées au Burkina Faso, à l'heure du bilan, les objectifs de l'appel d'Abuja n'ont pas été atteints et la situation demeure préoccupante. Selon les données recueillies en 2013, le paludisme était responsable de 46,50% des motifs de consultation ; 61,50% des motifs d'hospitalisation et 30,50% des décès. Les enfants de moins de 5 ans restent les plus touchés : 53,90% des consultations, 63,20% des hospitalisations et 49,60% des décès. Quel bilan peut-on faire de la mise en œuvre de l'engagement politique de l'appel d'Abuja ? Quelles sont les entraves au succès de cet engagement au Burkina Faso ? À travers cet article, nous avons fait ressortir les politiques publiques en matière de santé, notamment le cas spécifique de lutte contre l'endémie palustre, les obstacles qui ont contribué à entraver l'atteinte de l'objectif de l'appel d'Abuja, particulièrement la réduction de moitié du poids de la maladie sur les populations. Nous avons fait recours aux ouvrages généraux, aux articles scientifiques, relevant surtout du domaine biomédical, aux publications de l'OMS, aux rapports du ministère de la santé, aux périodiques de centres de recherche en matière de santé, aux articles de presse en ligne. Aussi retient-on que malgré la volonté qui a animé les responsables des politiques de santé au Burkina Faso à vaincre l'endémie palustre à partir des mesures de lutte, le paludisme est loin d'être vaincu. L'espoir repose désormais sur le vaccin antipaludique, dont les tests d'immunisation très concluants permettent de passer à la phase de vaccination massive des enfants de moins de cinq.

**Mots-clés :** Burkina Faso, paludisme, politiques de santé publique, élimination.

## THE ABUJA DECLARATION AND THE PROBLEM OF MALARIA ELIMINATION IN BURKINA FASO FROM 2000 TO 2015

**Abstract:** In Burkina Faso, as in other West African countries, endemic malaria is the leading cause of consultation, hospitalization and death in health facilities. The infant population is the most affected, accounting for 54.2% of consultations, 80.38% of hospitalizations and 87.9% of deaths. However, after gaining independence in 1960, the country, with the support of the World Health Organization (WHO) and many other international institutions, carried out large-scale anti-malaria campaigns. Despite these efforts, which can also be seen in other African countries, the disease remains a major public health problem. Faced with this situation, on April 25, 2000, the leaders of 44 African countries where malaria is endemic met in the Nigerian capital. A declaration issued at the end of the summit committed African governments to an intensive effort to halve the burden of malaria in Africa by 2010 and set targets for 2005. Despite large-scale campaigns in Burkina Faso, the objectives of the Abuja appeal have not been achieved, and the situation remains worrying. According to data collected in 2013, malaria was responsible for 46.50% of consultations, 61.50% of hospitalizations and 30.50% of deaths. Children under 5 remain the most affected: 53.90% of consultations 63.20% of hospitalizations and 49.60% of deaths. What assessment can be made of the implementation of the political commitment made in the Abuja appeal? Mostly, what are the obstacles to the success of this commitment in Burkina Faso? In this article, we have highlighted public health policies, and in particular the specific case of the fight against endemic malaria, and the obstacles that have contributed to the failure to achieve the goal of the Abuja appeal, particularly the halving of the burden of the disease on the population. We drew on general literature, scientific articles, especially in the biomedical field, WHO publications, Ministry of Health reports, periodicals from health research centers, and online press articles. Despite the determination of Burkina Faso's health policymakers to defeat the malaria endemic through control measures, malaria is far from being defeated. Hope now rests on the malaria vaccine, whose highly conclusive immunization tests have made it possible to move on to the mass vaccination phase for children under five.

**Keywords:** Burkina Faso, malaria, public health policy, elimination

### Introduction

Le paludisme est une parasitose provoquée par diverses espèces de *Plasmodium* (*Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale*) tous transmis par des moustiques du genre Anophèle (J. Mouchet, Année, p. 254). Le parasite provoque des manifestations cliniques, quelquefois mortelles (avec *Plasmodium falciparum*) sur la base desquelles on évalue le poids de la maladie en santé publique. La découverte du *Plasmodium* par Alphonse Laveran, médecin militaire français travaillant en Algérie en 1880 et de la transmission vectorielle par la piqûre de moustiques en 1898 par Sir Ronald Ross, médecin britannique de l'armée des Indes, (V. Robert et al, 1997 :1175) conduisent aux premières mesures de lutte contre le vecteur dans différentes régions du monde. En Afrique subsaharienne, selon les données de l'OMS de la région Afrique tropicale, le paludisme est le problème de santé publique le plus crucial. Au Burkina Faso, l'endémie palustre constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les cibles les plus vulnérables. En effet, le ministère de la santé, en reprenant les données

statistiques de 2015, le paludisme représente le principal motif de consultation (45,7%), d'hospitalisation (45,6%) et de décès (25,2%) dans les formations sanitaires. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les cibles les plus vulnérables (ministère de la Santé, 2016, p.11). Face à l'alourdissement constant de la charge du paludisme, les pouvoirs politico-administratifs s'engagent, à travers l'appel d'Abuja, à renverser la tendance. Aussi, notre préoccupation s'articule autour de la question suivante : Quel est le bilan de la mise en œuvre de l'engagement politique de l'appel d'Abuja ? Quelles sont les entraves au succès de cet engagement au Burkina Faso ? L'objectif principal de cette étude est de faire ressortir les politiques publiques en matière de santé, notamment le cas spécifique de lutte contre l'endémie palustre, les obstacles qui ont contribué à entraver l'atteinte de l'objectif de l'appel d'Abuja, particulièrement la réduction du poids de la maladie sur les populations dans un court et moyen terme, et à long terme, l'élimination et l'éradication du paludisme. Pour y parvenir, nous nous sommes appuyés sur des ouvrages généraux, des articles scientifiques sur le paludisme en Afrique tropicale, notamment sa région occidentale, les approches de lutte contre la maladie au Burkina Faso. Les publications du ministère de la santé, les données statistiques de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), de même que les archives de la direction des études et des statistiques sectorielles du ministère de la santé ont été exploitées. Par ailleurs, les bulletins épidémiologiques de l'OMS ont été pris en compte ainsi que les articles de presse en ligne. Les données recueillies sont faites à travers des fiches de lecture puis classées par sous-thèmes. L'exploitation croisée des données permet d'organiser l'étude en deux axes. Le premier axe analyse le contexte et les objectifs de la déclaration d'Abuja. Le second se consacre à comprendre les actions menées par le Burkina Faso dans la dynamique de la Déclaration d'Abuja.

## 1. La déclaration d'Abuja : le contexte et les objectifs

La lutte antipaludique au Burkina Faso remonte avant la fin de la colonisation. Dès cette période et au cours de celle postcoloniale, les pouvoirs politico-administratifs, avec l'appui de partenaires internationaux, ont mené des campagnes de grande envergure pour vaincre l'endémie palustre. Mais la conjoncture économique internationale des décennies 1970 et 1980 et les crises socio-politiques qui ont jalonné l'histoire du pays n'ont pas permis d'atteindre les objectifs de l'élimination et de l'éradication du paludisme. Aussi en 1998, l'OMS et ses partenaires lançaient-ils le programme « Faire Reculer le paludisme » ou *Roll Back Malaria*, (RBM). Pour marquer leur adhésion à cette initiative, 44 pays africains, dont le Burkina Faso, réunis à Abuja (Nigeria) en avril 2000, adoptent la déclaration d'Abuja afin de réussir le contrôle puis la réduction du poids du paludisme sur les populations.

### 1.1 Le contexte de la déclaration d'Abuja

Éliminer le paludisme au niveau de chaque pays, puis éradiquer la maladie à l'échelle planétaire, ont été pendant longtemps les visions d'avenir qui ont habité les scientifiques et professionnels de santé publique (OMS, 2011, p. 3). C'est dans ce cadre qu'a été créée, en 1952, la zone pilote de Bobo-Dioulasso pour lutter contre l'endémie palustre au Burkina Faso. Elle est née à la suite d'une entente entre le Gouvernement Français et les Institutions spécialisées de l'Organisation des Nations Unies, particulièrement entre l'OMS et le Fonds international de Secours à l'Enfance, actuel UNICEF (R. Choumara et al, 1959, p. 2). En 1955, l'OMS lance le Programme mondial de lutte contre le paludisme (GMPE). Si dans certaines régions endémiques de l'époque (Europe occidentale et Amérique du nord)

la campagne a permis d'éliminer le paludisme, dans d'autres, les progrès, plus lents que prévus, ainsi qu'une résistance croissante aux médicaments et aux insecticides, ont entamé la confiance placée dans ce programme et, finalement, ont entraîné une diminution des investissements (J-A. Najera, 1989 :350). Au cours des décennies 1970 et 1980, certains pays, surtout d'Afrique subsaharienne, ont essuyé revers sur revers en matière de contrôle du paludisme, empêchant toute avancée face à la maladie (J.-P. Bado, 2007, p. 41). Conscients des précédentes déclarations<sup>1</sup> relatives à la santé et au développement en Afrique, les Chefs d'États et de Gouvernement lancent « La Déclaration d'Abuja sur le paludisme », le 25 avril 2000. En effet, cette déclaration est signée par 44 pays touchés par le paludisme en Afrique pour signifier leur engagement à poursuivre les efforts de réduction de moitié de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme, avant la fin de l'année 2010. La déclaration d'Abuja s'inspirant du programme de l'OMS et de ses partenaires (UNICEF, PNUD, Banque mondiale), « Faire Reculer le Paludisme » ou *Roll Back Malaria* (RBM) lancé en 1998, adopte comme slogan : « Réduire la morbidité – Prévenir la mortalité » (J.-P. Chippaux et V. Robert, 2007, p. 13).

### 1.2 Les objectifs de la déclaration d'Abuja

En renouvelant leur attachement aux principaux objectifs de la Déclaration de Harare de 1997, les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine prenant part à la Conférence d'Abuja, s'engagent à déployer plus d'efforts autour des objectifs suivants :

i) Réduire de moitié la mortalité imputable au paludisme en Afrique avant la fin de l'an 2010, en mettant en œuvre les stratégies et les mesures adoptées lors du sommet pour faire reculer le paludisme ; Initier des actions au niveau régional pour assurer la mise œuvre, la surveillance et la gestion de l'initiative « Faire reculer le paludisme » ; prendre des mesures appropriées au niveau de chaque pays, pour fournir des ressources destinées à faciliter la réalisation des objectifs de l'initiative « Faire reculer le paludisme » ; travailler de concert avec nos partenaires dans les pays touchés par le paludisme pour réaliser les objectifs fixés et octroyer les ressources nécessaires en s'appuyant sur les secteurs publics et privés et sur les organisations non gouvernementales ; créer dans nos pays, un environnement propice à une participation accrue des partenaires internationaux à nos activités de lutte antipaludique. (Déclaration d'Abuja, 2000 :4). Aussi les signataires conviennent-ils de prendre des mesures appropriées et durables pour renforcer les systèmes de santé afin qu'en 2005 : Au moins 60% des paludéens aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes. Au moins 60% des personnes à risques, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire, telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et autres interventions accessibles pour prévenir l'infection et la souffrance. Au moins 60% de toutes les femmes enceintes à risques, surtout les primipares, aient accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent de présomption. Parallèlement, la recherche clinique (phase 1, 2, 3) sur les candidats vaccins antipaludiques dans les pays d'endémie a connu un développement et suscite aujourd'hui un espoir plus grand dans la communauté scientifique, afin d'obtenir un vaccin antipaludique efficace dans un futur proche. Ce développement de la recherche

<sup>1</sup> Il s'agit de la Déclaration de Harare (Zimbabwe) faite par l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) le 4 juin 1997 sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans le cadre de la relance économique et du développement de l'Afrique, d'une part, et, d'autre part, de l'Initiative africaine contre le paludisme au 21<sup>e</sup> siècle, devenu à la fin de l'année 1998 le projet « Faire reculer le paludisme en Afrique ».

clinique s'est accompagné d'une augmentation substantielle des financements. (CNRFP, 2010 :11). Déjà, avant la fin de la décennie 1980, le paludisme était réapparu comme une question majeure de santé au niveau international. Avec un nouvel objectif de se concentrer sur la lutte antipaludique, une stratégie mondiale en la matière est adoptée.

### ***1.3. La lutte contre le paludisme au Burkina Faso avant la déclaration d'Abuja***

L'engagement, bien que timide, du Burkina Faso dans les programmes internationaux de lutte contre le paludisme n'a pas commencé avec la déclaration d'Abuja. En effet, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), qui existait déjà, va être restructuré en 1995, puis, il devient la structure de coordination de la lutte contre le paludisme au niveau central, selon l'arrêté n°2003/196 MS/SG/DGS du 25 novembre 2003. La prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme est l'une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Elle vise principalement la réduction des décès liés au paludisme. Aussi, des directives thérapeutiques ont été adoptées et régulièrement mises à jour depuis cet engagement d'Abuja. En 2002, le Burkina Faso formule le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2005, en introduisant des mesures contre le paludisme conformément à la déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ». Le plan en question affiche un objectif de réduction du taux de morbidité et du taux de mortalité par le renforcement de la prévention et l'amélioration des soins dispensés aux patients dans les établissements sanitaires et les communautés (ministère de la Santé, 2007 : 1). Les méthodes de prévention et de réduction se situent à deux (2) niveaux.

## **2. Le Burkina Faso dans la dynamique de la déclaration d'Abuja**

Le succès de la déclaration d'Abuja dépendait de l'adoption et de l'application des directives thérapeutiques préconisées par les experts de la santé et de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. La chimioprophylaxie et la lutte contre les piqûres des vecteurs par l'introduction des moustiquaires imprégnées d'insecticides constituent l'essentiel des mesures de lutte antipaludique.

### ***2.1 La chimioprophylaxie : première mesure de lutte antipaludique***

#### *-Les actions*

Le développement et l'expansion de la résistance du principal parasite (*Plasmodium falciparum*) à la chloroquine (CQ) et à la Sulfadoxine/Pyriméthamine (SP) occasionnent les changements de médicaments. Ainsi, en février 2005, la nouvelle politique adopte un nouveau mode thérapeutique avec l'introduction des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) et du traitement de présomption du paludisme à la Sulfadoxine-Pyriméthamine ou traitement présomptif intermittent (TPI). Cette politique est effective en 2007 avec la disponibilité dans les formations sanitaires des ACT. En 2008, le pays lance la stratégie, prise en charge à domicile (PECADO) du paludisme dans trois districts sanitaires (Kaya, Saponé, Nouna). Cette stratégie s'accompagne, en 2009, de l'introduction des tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), de la mise en œuvre de la requête à la série 8 du Fonds Mondial et d'une campagne de distribution universelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).

*-Les difficultés pour atteindre les objectifs*

Une étude des molécules antipaludiques usuelles s'est déroulée, de septembre à décembre 2003, chez les enfants fébriles âgés de 6 à 59 mois venant en consultation au centre médical avec antenne chirurgicale du district sanitaire de Pissy à Ouagadougou, Burkina Faso. Le protocole de l'étude était basé sur le Guide OMS pour la surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques (WHO, 2002). Les enfants remplissant les critères d'inclusion ont été randomisés dans des groupes de traitement par bloc et ont été suivis pendant 28 jours, aux jours 1, 2, 3, 7, 14, 21, 28 et, lorsqu'ils étaient malades, ils ont été soumis à des examens cliniques et des analyses biologiques (gouttes épaisses, frottis minces, mesure du taux d'hémoglobine, papier filtre pour la PCR). Au total, 556 enfants avec une présomption de paludisme ont été examinés. Parmi eux, 283 étaient éligibles. L'analyse finale a porté sur 131 enfants dans le bras Chloroquine (CQ) et 123 dans le bras Sulfadoxine/pyriméthamine (SP). Après correction des résultats par PCR, les échecs thérapeutiques étaient de 63,4% (83/131) et 13,8% (17/123) respectivement pour la chloroquine et la sulfadoxine/pyriméthamine. L'émergence de la résistance du parasite aux antipaludiques les plus accessibles à la majorité de la population a ainsi été prouvée à travers ce test. Ce qui a valu le retrait de la CQ de la liste des antipaludiques recommandés. En 2005, un atelier de consensus décide d'adopter les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement des accès palustres simples (CNRFP, 2010, pp.66-67, pp.78-79 et pp.84-85).

**2.2 La lutte antivectorielle par la moustiquaire imprégnée d'insecticides**

La lutte antivectorielle par la moustiquaire imprégnée d'insecticides, à l'instar de la chimioprophylaxie, est jalonnée de succès et de limites en ce qui concerne la protection des populations des piqûres des anophèles. Des moustiquaires simples à celles imprégnées d'insecticides, le contact homme-vecteur est important traduisant ainsi l'échec de la politique de la lutte antipaludique au Burkina Faso.

*-Les actions*

Les outils de lutte sont, en premier lieu, les moustiquaires simples introduites au cours des années 1980<sup>2</sup> au Burkina Faso. Progressivement, elles sont perfectionnées à travers leur imprégnation avec des insecticides : les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII)<sup>3</sup>. La fabrication industrielle de la moustiquaire imprégnée va lui conférer plusieurs années d'efficacité (en pratique, on estime la durée de vie d'une moustiquaire à trois ans, soit moins que la durée d'efficacité de l'insecticide, si bien qu'on ne réimprègne plus les moustiquaires). Désormais, elle est dénommée Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'action ou MIILD (*Long-Lasting Insecticidal Nets* ou *LLIN* en anglais) au début des années 2000 (V. Robert, 2020 :97). Progressivement, les MIILD se sont imposées comme une des composantes de la lutte antipaludique. À partir de

<sup>2</sup> C'est en 1983 qu'a été réalisée la première expérimentation testant l'effet des moustiquaires imprégnées de pyréthrinoïdes, qui a mis en évidence l'impact de cette méthode sur la réduction de la transmission du *Plasmodium*. Cette expérimentation a été faite dans une station expérimentale de terrain au Burkina Faso montrant que chacun des nombreux paramètres entomologiques mesurés allait dans le sens d'une nette réduction du contact moustique-humain. Quelques années plus tard, toujours au Burkina Faso, il a été montré que les moustiquaires imprégnées utilisées massivement dans un village, réduisaient la longévité et la capacité vectrice de la population de moustiques, à tel point que ces moustiquaires agissaient comme un moyen de lutte antivectorielle. (cf. Vincent Robert, 2020, p. 88).

<sup>3</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire imprégnée industriellement par le fabricant qui ne nécessite pas un traitement supplémentaire.

2007, l'OMS préconise l'utilisation généralisée des MIILD par tous les habitants des zones à risque de paludisme (V. Robert, 2020 :97).

En 2010, le Burkina Faso enregistre sa première campagne massive de distribution de moustiquaires imprégnées (Ministère de la Santé, 2018, p. 4). Depuis lors, la campagne de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide est instituée pour se dérouler tous les trois ans. Les études expérimentales de terrain dont le premier essai a été réalisé en 1985-1987, en zone de savane, à Karangasso situé à 45 km à l'ouest de Bobo-Dioulasso et le second essai en 1985-1988 en zone de rizière, notamment à la vallée du Kou située à 30 km au nord de Bobo-Dioulasso (V. Robert, 2020 :96), ont permis d'apprécier l'apport décisif de l'imprégnation des moustiquaires par un pyrèthrineoïde. Elles ont clairement démontré une double action, individuelle et collective, encore appelée « effet de masse » (J.-P. Chippaux et V. Robert, 2007 :13).

### Illustration 1 :



Une utilisatrice de moustiquaire (photo d'illustration : (B. BOUGOUM, Wakatsera, du 26 août 2022, presse en ligne).

### *-Performance, difficultés ou obstacles pour atteindre les objectifs*

En l'absence d'un vaccin efficace, les moustiquaires imprégnées d'insecticide constituent le moyen privilégié de prévention contre le paludisme. Dans les zones où la transmission est déjà faible ou modérée, peut-on espérer que l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée diminue suffisamment le contact homme-vecteur pour permettre un niveau d'exposition inférieur à deux piqûres d'anophèles infectés par personne par an ? s'est interrogé J.-F. Trape (2001, p.118). En effet, pour J.-F. Trape : « *c'est seulement pour les niveaux de transmission faible qu'il existe une relation directe entre le taux d'inoculation entomologique, le taux d'incidence de la maladie et la mortalité palustre potentielle* ». Bien que l'imprégnation par les insecticides améliore l'efficacité des moustiquaires, la capacité vectorielle d'anophèles, dont *Anopheles gambiae*, *Anopheles arabiensis* et *Anopheles funestus*, est trop élevée pour que les moustiquaires imprégnées puissent constituer un outil de lutte efficace contre le paludisme dans la plupart des zones rurales d'Afrique (I. Zongo et al., 2015, p. 4). Or, le Burkina Faso est, justement, un pays endémique à très forte transmission

palustre (Ministère de la Santé, 2016 :25). La résistance aux insecticides est l'une des plus grandes menaces au développement durable de lutte contre le paludisme. Pour permettre une meilleure compréhension du phénomène, l'OMS/TDR<sup>4</sup> a mis en place un réseau de scientifiques activement engagés dans la recherche et la surveillance de la résistance aux insecticides, afin d'évaluer l'étendue des niveaux actuels de cette résistance, d'identifier les mécanismes responsables de la résistance aux insecticides et d'utiliser cette information pour donner des orientations aux programmes de contrôle du paludisme sur la gestion de la résistance aux insecticides. Les résultats obtenus à l'issue des différents tests de sensibilité en 2008 et 2009 montrent qu'au Burkina Faso, la résistance aux pyréthrinoides et au DDT est présente. On observe également une résistance à la Deltaméthrine, au Bendiocarb à Soumouso et Kuinima dans la zone de Bobo-Dioulasso. Dès les années 1950, les entomologistes avaient signalé des cas de résistance des vecteurs aux insecticides que l'OMS avait proposés pour l'éradication du paludisme dans le monde. Aussi, retient-on : « Le Complexe *Anopheles gambiae*, principal vecteur, s'est très tôt révélé résistant à la dieldrine dans toute l'Afrique de l'Ouest (...)» (J. Mouchet et J. Hamon, 1962, p. 39). Ce qui a, d'ailleurs, motivé l'interdiction de son emploi de même que celui du HCH (Hexa-Chloro-Cyclohexane) dans toutes les régions de l'Afrique. Quant au DDT (dichloro-diphényltrichloréthane), il a provoqué dans un premier temps une véritable révolution dans la lutte contre les insectes (J. Mouchet, 1994 :257). En ce qui concerne les moustiquaires imprégnées, les promoteurs insistent souvent sur l'effet des deux principaux défauts des moustiquaires : leur fragilité – les moustiquaires sont rapidement trouées ou déchirées – et leur mauvaise utilisation. Les moustiques trouvent, alors, rapidement l'accès au dormeur si la moustiquaire ne reste pas soigneusement bordée ou si une partie du dormeur entre en contact avec la toile de la moustiquaire au cours du sommeil.

Par ailleurs, la rémanence de la plupart des insecticides utilisés pour l'imprégnation est faible, de quelques mois à une année, et les efforts pour persuader les populations de réimprégner régulièrement leurs moustiquaires n'ont, en général, guère de succès. En Afrique, le taux d'imprégnation est rarement supérieur dès que les équipes de recherche n'assurent plus elles-mêmes la réimprégnation (J.-F. Trape, 2001, p.118). Mais, en toute vraisemblance, l'échec de l'utilisation des moustiquaires tient au fait que de nombreuses personnes au sein de leur communauté rechignent à l'utiliser. Les raisons avancées sont généralement la sensation d'étouffement, la couleur, la solidité (en faisant allusion aux premières générations de moustiquaires), mais l'argument le plus fréquemment avancé est celui du Coût (P. Carnevale, 1995, p. 62). D'autres raisons ont trait au manque d'accès des populations à des services de santé de qualité (H.S. Yaya, 2013 :47).

## Conclusion

Les grandes difficultés de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso tiennent à la propagation et à l'intensification de la résistance des vecteurs majeurs aux antipaludiques. Les études qui ont été menées au cours des projets d'éradication du paludisme dans l'Ouest du pays n'ont pas permis d'obtenir un début de réponse quant à la baisse de la transmission du *Plasmodium* chez les humains. Les nombreux facteurs, influençant la dynamique de la transmission du paludisme, contribuent à rendre difficile le contrôle de la maladie. Ces facteurs sont relatifs au climat (pluie, température moyenne et humidité), aux moustiques résistants, aux questions d'immunité, aux facteurs humains, à la pauvreté des ménages, aux

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé/*Tropical Disease Research*.

maisons sans moustiquaires. Aussi, la relance de la lutte contre la maladie à travers l'appel d'Abuja d'avril 2000, constituait une piste pour atteindre la réduction de l'incidence palustre sur les populations. Les méthodes, considérées comme innovatrices, ont, certes, permis d'obtenir la baisse de la prévalence et de l'incidence de la maladie sur la population mondiale selon le rapport de l'OMS de 2011 sur le paludisme : la mortalité due à cette maladie a baissé de 25%. Cependant, la maladie demeure encore un problème majeur de santé publique. Et à propos de morbidité et de mortalité du paludisme au Burkina Faso, de 2010 à 2015, on a observé une augmentation de l'incidence des cas rapportés par les formations sanitaires. Selon les données statistiques de 2015 du ministère de la Santé, le paludisme représente le principal motif de consultation (45,7%), d'hospitalisation (45,6%) et de décès dans les formations sanitaires (25,2%). Ces proportions sont en légère baisse comparativement à l'année 2014 où on enregistrait 47,5% pour les consultations, 51,9% pour les hospitalisations et 28,8% pour les décès. En 2018, seules les infections respiratoires aiguës venaient en tête des motifs de consultation (Ministère de la Santé, 2015, et 2018). Désormais, l'espoir réside dans la mise au point d'un vaccin capable d'immuniser complètement les populations contre l'endémie palustre au Burkina Faso, même s'il ne faut pas occulter que le parasite, vecteur du paludisme, est un organisme multicellulaire complexe, capable d'esquiver et de surmonter les réponses immunitaires.

### Références bibliographiques

- BADO, J.-P., 2007, « La traque du paludisme en Afrique. Leçon d'hier, perspectives d'aujourd'hui » in *Enjeux*, n°31, pp. 40-45.
- BOUGOUM, B., 2022, « Burkina Faso : la distribution des moustiquaires imprégnées prévues du 30 août au 4 septembre », in *Wakatsera* du 26 août 2022. <https://www.wakatsera.com/burkina-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees-prevue-du-30-aout-au-4-septembre>. (Consulté le 23/06/2023).
- CARNEVALE, P., 1995, « La lutte antipaludique, perspectives et réalités », in *Médecine Tropicale*, vol. 55, pp. 56-65.
- Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP), 2010, *Rapport d'activités 2000-2010*, 137 pages.
- CHIPPEAUX, J-P. et ROBERT, V., 2007, « Avant-propos », in DARRIET F., *Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiques aux insecticides*, Paris, IRD-Edition, Collection Didactiques, pp. 7-19.
- CHOUMARA, R., et al, 1959, « Le paludisme dans la zone pilote de Bobo-Dioulasso, (Haute-Volta, AOF) », in *Cahiers de l'ORSTOM*, n°1, pp. 1-106.
- Ministère de la Santé, 2007, *Rapport de l'étude du concept de base (Brève étude du matériel) pour le projet de lutte contre le paludisme au Burkina Faso*, Ouagadougou-Agence japonaise de coopération internationale, 33 pages.
- Ministère de la Santé, 2011b, *Plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Burkina Faso*, 143 pages.
- Ministère de la Santé, 2014, *Directives nationales pour la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires du Burkina Faso*, PNLP-Ouagadougou, 31 pages.
- Ministère de la Santé, 2015, *Tableau de bord 2015 des indicateurs de santé*, 70 pages. [http://cns.bf/IMG/pdf/tableau\\_de\\_bord\\_2015\\_ms\\_vf.pdf](http://cns.bf/IMG/pdf/tableau_de_bord_2015_ms_vf.pdf). (Consulté le 29/06/2023).
- Ministère de la Santé, 2016, *Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020*, 137 pages.
- Ministère de la Santé, 2018, *Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIPBF) 2017-2018*, Ouagadougou, 159 pages.
- MOUCHET, J. et HAMON, J., 1962, « Les problèmes techniques de l'éradication du paludisme en Afrique », in *ORSTOM-OCCGE-Laboratoire d'Entomologie médicale du Centre Muraz*, Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), pp. 39-48.
- MOUCHET, J., 1994, « Le DDT en santé publique », in *Cahiers santé*, n°4, pp. 257-262.

- NAJERA, J. A., 1989, « Le paludisme et l'action de l'OMS », in Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 64 (4), pp. 347-363.
- OMS, 2000, Faire reculer le paludisme. Rapport de situation du Secrétariat, série EB107/25, 4 pages.
- OMS, 2011, « Éliminer le paludisme. Leçon du passé et perspectives d'avenir », in Collection Progrès et Impact, n°8, 23 pages. [https://media.path.org/documents/MCP\\_rbm\\_pi\\_rpt\\_8\\_fr.pdf](https://media.path.org/documents/MCP_rbm_pi_rpt_8_fr.pdf). (Consulté le 21/03/223).
- ROBERT, V., 2020, « Brève histoire des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la lutte contre le paludisme : un témoignage sur la cruciale décennie 1980 », in Bull. Soc. Pathol. Exot., Vol. 113, pp. 88-103.
- ROBERT, V., MOLEZ, J-F. et BECKER, C., 1997, « L'évolution de la recherche et de la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest au XXe siècle », in BECKER C., MBAYE S. THIOUB I., dir, AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960, Dakar, Direction des archives du Sénégal, tome 2, pp. 1175-1186.
- TRAPE, J-F., 2001, « Contre : les limites des moustiquaires imprégnées dans la lutte contre le paludisme en Afrique tropicale », in Bull. Soc. Pathol. Exot., 94, 2bis, pp. 174-179.
- YAYA, H.S., 2013, « Le paludisme : repères historiques, climatiques et anthropologiques », in YAYA, H.S. et ZE, A., Le fardeau socio-économique du paludisme en Afrique : une analyse économétrique, édit. PUL (Presses de l'Université de Laval), pp. 15-53.
- ZONGO, I. et al, 2015, Influence de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides sur la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans au Burkina Faso, 12 pages.

Liste des illustrations :

Illustration 1 : Photo-image de femme dormant sous une moustiquaire.

<https://www.wakatsera.com/burkina-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees-prevue-du-30-aout-au-4-septembre>.