

**SÉNAT DE BELGIQUE**


---

**SESSION DE 2005-2006**


---

4 MAI 2006

---

**Proposition de résolution sur  
la lutte contre le paludisme**


---

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DES RELATIONS EXTÉRIEURES ET  
DE LA DÉFENSE  
PAR

**MME ZRIHEN**

APRÈS RENVOI PAR  
LA SÉANCE PLÉNIÈRE

---

**BELGISCHE SENAAAT**


---

**ZITTING 2005-2006**


---

4 MEI 2006

---

**Voorstel van resolutie over  
de bestrijding van malaria**


---

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR  
DE BUITENLANDSE BETREKKINGEN EN  
VOOR DE LANDSVERDEDIGING  
UITGEBRACHT DOOR

**MEVROUW ZRIHEN**

NA TERUGZENDING DOOR  
DE PLENAIRE VERGADERING

---

Composition de la commission / Samenstelling van de commissie :

**Président / Voorzitter :** François Roelants du Vivier.**Membres / Leden :**

SP.A-SPIRIT	Staf Nimmegeers, Fatma Pehlivan, Lionel Vandenberghe.
VLD	Margriet Hermans, Annemie Van de Casteele, Paul Wille.
PS	Jean Cornil, Pierre Galand, Olga Zrihen.
MR	Marie-Hélène Crombé-Berton, Alain Destexhe, François Roelants du Vivier.
CD&V Vlaams Belang CDH	Sabine de Bethune, Erika Thijs. Jurgen Ceder, Karim Van Overmeire. Christian Brotcorne.

**Suppléants / Plaatsvervangers :**

Mimount Bousakla, Jacinta De Roeck, Bart Martens, Fauzaya Talhaoui.  
Pierre Chevalier, Stefaan Noreilde, Patrik Vankrunkelsven, Luc Willems.  
Jean-Marie Happart, Joëlle Kapompolé, Marie-José Laloy, Philippe Mahoux.  
Jihane Annane, Jean-Marie Cheffert, Berni Collas, Christine Defraigne.  
Wouter Beke, Luc Van den Brande, Marc Van Peel.  
Yves Buysse, Joris Van Hauthem, Wim Verreycken.  
Francis Delpérée, Clotilde Nyssens.

*Voir :***Documents du Sénat :****3-1213 - 2004/2005 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mme de Bethune et consorts.

**3-1213 - 2005/2006 :**

N° 2 : Amendements.

N° 3 : Rapport.

N° 4 : Texte adopté par la commission.

N<sup>os</sup> 5 et 6 : Amendements.*Zie :***Stukken van de Senaat :****3-1213 - 2004/2005 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw de Bethune c.s.

**3-1213 - 2005/2006 :**

Nr. 2 : Amendementen.

Nr. 3 : Verslag.

Nr. 4 : Tekst aangenomen door de commissie.

Nrs. 5 en 6 : Amendementen.

**I. INTRODUCTION**

La proposition de résolution sur la lutte contre le paludisme a été adoptée le 18 avril 2006 par la commission des Affaires étrangères et de la Défense.

Le 5 mai 2006, elle a été renvoyée par la séance plénière du Sénat à la commission, après que des amendements eurent été déposés.

La commission a examiné les amendements lors de sa réunion du 4 mai 2006.

**II. DISCUSSION**

À la suite des exposés donnés par les experts lors de la «Journée africaine du paludisme», qui s'est déroulée le 25 avril 2006 au Sénat de Belgique, les amendements suivants ont été déposés :

**A. CONSIDÉRANTS**

Considérant T

*Amendement n° 18*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à remplacer le considérant T en accentuant le fait que notre pays a pris des engagements d'ordre volontaire vis-à-vis du «Global Fund».

*Amendement n° 28*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/6) qui tend à modifier l'amendement n° 18 en corrigeant le montant de la contribution de la Belgique au «Global Fund».

Considérant *Tbis* (nouveau)

*Amendement n° 19*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à insérer un nouveau considérant *Tbis* qui donne le détail de la contribution de notre pays au «Global Fund».

Considérant U

*Amendement n° 20*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à remplacer le

**I. INLEIDING**

Het voorstel van resolutie over de bestrijding van malaria werd op 18 april 2006 aangenomen.

De plenaire vergadering van de Senaat heeft het voorstel op 4 mei 2006 terug naar commissie gestuurd na het indienen van amendementen.

De commissie heeft de amendementen besproken tijdens haar vergadering van 4 mei 2006.

**II. BESPREKING**

Naar aanleiding van de uiteenzettingen gehouden door de deskundigen tijdens de «Afrika Malaria Dag» die plaats vond op 25 april 2006 in de Belgische Senaat werden de volgende amendementen ingediend :

**A. CONSIDERANS**

Punt T van de considerans

*Amendement nr. 18*

Mevrouw Annane c.s. stellen bij amendement voor (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) punt T van de considerans zo te veranderen dat de nadruk komt te liggen op het feit dat ons land een aantal vrijwillige verbintenissen heeft opgenomen tegenover het «Global Fund».

*Amendement nr. 28*

Mevrouw Annane c.s. stellen bij amendement voor (stuk Senaat, nr. 3-1213/6) via subamendering van amendement nr. 18 het bedrag van de Belgische bijdrage in het «Global Fund» te wijzigen.

Punt *Tbis* van de considerans (nieuw)

*Amendement nr. 19*

Mevrouw Annane c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 3-1213/5), dat in de considerans een nieuw punt *Tbis* wil invoegen teneinde de bijdrage van ons land in het «Global Fund» te detailleren.

Punt U van de considerans

*Amendement nr. 20*

Mevrouw Annane c.s. stellen bij amendement voor (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) punt U van de considerans

considérant U en insistant sur le fait que la Belgique pourrait augmenter ses contributions qui relèvent de l'ordre moral.

Considérant *Ubis* (nouveau)

*Amendement n° 21*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à mettre en exergue l'engagement du gouvernement belge d'augmenter sa contribution.

Considérant V

*Amendement n° 23*

Mme Van de Castele et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à mettre l'accent davantage sur les efforts consentis par l'industrie pharmaceutique dans la lutte contre le paludisme.

Considérant W

*Amendement n° 24*

Mme Van de Castele et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à mettre l'accent davantage sur les efforts consentis par l'industrie pharmaceutique dans la lutte contre le paludisme.

*B. DISPOSITIF*

Point 5

*Amendement n° 25*

Mme Van de Castele et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui vise à clarifier ce point.

Point *6bis* (nouveau)

*Amendement n° 27*

Mme Van de Castele et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à insérer un point *6bis* nouveau mentionnant les projets de l'industrie pharmaceutique en matière de lutte contre les maladies qui touchent essentiellement les pays du tiers-monde.

zo te vervangen dat de nadruk komt te liggen op het feit dat ons land meer zou kunnen bijdragen want het gaat om een morele verbintenis.

Punt *Ubis* (nieuw) van de considerans

*Amendement nr. 21*

Mevrouw Annane c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 3-1213/5), dat de aandacht wil vestigen op de verbintenis die onze regering heeft aangegaan om de bijdrage te verhogen.

Punt V van de considerans

*Amendement nr. 23*

Mevrouw Van de Castele c.s. dienen een amendement (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) in, dat ertoe strekt om de inspanningen die worden geleverd voor de strijd tegen malaria door de farmaceutische industrie te benadrukken.

Punt W van de considerans

*Amendement nr. 24*

Mevrouw Van de Castele c.s. dienen een amendement (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) in, dat ertoe strekt om de inspanningen die worden geleverd voor de strijd tegen malaria door de farmaceutische industrie te benadrukken.

*B. DISPOSITIEF*

Punt 5

*Amendement nr. 25*

Mevrouw Van de Castele c.s. dienen een amendement (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) in, dat ertoe strekt dit punt te verduidelijken.

Punt *6bis* (nieuw)

*Amendement nr. 27*

Mevrouw Van de Castele c.s. dienen een amendement (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) in, dat ertoe strekt een nieuw punt *6bis* in te voeren om de projecten van de farmaceutische industrie inzake de strijd tegen de ziekten die vooral de landen van de derde wereld treffen te vermelden.

## Point 7

*Amendement n° 22*

Mme Annane et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui répond à un souci de cohérence avec l'amendement n° 20.

## Point 10

*Amendement n° 26*

Mme Van de Castele et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 3-1213/5) qui tend à attirer l'attention sur l'importance de l'artemisia annua comme matière première.

**III. VOTES**

L'amendement n° 28 est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

Les amendements n° 18 à 27 sont adoptés à l'unanimité des 10 membres présents.

L'ensemble de la proposition de résolution amendée a été adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

\*  
\* \*

Confiance a été faite à la rapporteuse pour la rédaction du présent rapport.

*La rapporteuse,* *Le président,*  
Olga ZRIHEN. François ROELANTS du VIVIER.

\*  
\* \*

**Texte adopté par la commission**  
**(doc. Sénat, n° 3-1213/8 - 2005/2006)**

## Punt 7

*Amendement nr. 22*

Mevrouw Annane c.s. stellen een amendement voor (stuk Senaat, nr. 3-1213/5), dat wil zorgen voor de samenhang met amendement nr. 20.

## Punt 10

*Amendement nr. 26*

Mevrouw Van de Castele c.s. dienen een amendement (stuk Senaat, nr. 3-1213/5) in, dat ertoe strekt de aandacht te vestigen op het belang van de grondstof artemisia annua.

**III. STEMMINGEN**

Amendement nr. 28 wordt eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

De amendementen nrs. 18 tot 27 worden eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

Het geamendeerde voorstel van resolutie in zijn geheel wordt eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

\*  
\* \*

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van dit verslag.

*De rapporteur,* *De voorzitter,*  
Olga ZRIHEN. François ROELANTS du VIVIER.

\*  
\* \*

**Tekst aangenomen door de commissie**  
**(stuk Senaat, nr. 3-1213/8 - 2005/2006)**

**ANNEXE****Réunion commune de la Commission des  
Relations extérieures et Défense &  
la Commission spéciale « Mondialisation »****Mardi 25 avril 2006****Africa Malaria Day****1. Exposé de M. Armand De Decker, ministre de la Coopération  
au Développement**

Dans l'antiquité, au temps très lointain où le cœur des hommes les portait vers le mal et la méchanceté, les moustiques et les mouches vénéreuses envahirent le ciel et le sable, les eaux et les marais, entraînant la mort des hommes, des femmes et des enfants, tués par les fièvres épuisantes que leur infligeait l'ancêtre des anophèles d'aujourd'hui.

Nous pouvons chercher dans l'Ancien Testament et d'autres textes anciens, l'origine du malheur qui frappe encore notre temps et imaginer le déluge de Noé comme le récit du premier tsunami.

Parmi les dix plaies d'Egypte, nous retrouvons la première description des fièvres, des anémies, de la splénomégalie, ou augmentation du volume de la rate, qui caractérisent encore de nos jours les atteintes du paludisme lorsqu'elles ne sont pas soignées.

Les mots s'usent et perdent leur force d'interpellation et même parfois leur sens. Les plaies d'Egypte n'évoquent plus rien d'actuel et le paludisme ne signifie plus grand chose pour la population d'Europe du Nord parce qu'il s'agit d'une maladie parasitaire des régions chaudes et marécageuses.

Pourtant, cette maladie évoque des chiffres qui, jour après jour, indiquent le malheur et la misère du monde, à tout le moins de ces parties du monde, en Asie, en Afrique, en Amérique latine, où se trouvent des marécages et un climat chaud et humide, qui alimentent toujours les foyers d'infection de ce mauvais air, de cette malaria, cet autre nom sous lequel le paludisme se fait parfois connaître.

La malaria tue chaque jour environ 3 000 enfants dans le monde. Cela fait plus d'un million d'enfants par an. En Afrique, la malaria est responsable de 20 % des décès d'enfants; c'est d'ailleurs la principale cause de mortalité infantile. La malaria fait chaque année plus de deux millions de victimes dans le monde. C'est comme si chaque année, toute la population belge de 0 à 19 ans disparaissait. C'est comme si chaque jour, 20 gros porteurs remplis pour moitié d'enfants, s'écrasaient. Ce constat est d'autant plus épouvantable que la malaria n'a rien d'une maladie incurable et n'est pas nécessairement mortelle. C'est une maladie parasitaire contre laquelle l'homme peut se prémunir et dont un seul type est potentiellement mortel. Ce chiffre est d'autant plus effroyable que, s'il n'existe pas encore de vaccin qui protège de la maladie, nous disposons de traitements antipaludiques qui ne requièrent pas une posologie complexe, capables de sauver quotidiennement des milliers de vies. De plus, cette maladie est évitable. La prévention repose, d'une part, sur un traitement prophylactique et, d'autre part, sur une protection contre les moustiques. Elle n'est donc ni difficile ni coûteuse.

Les objectifs de développement du Millénaire nous invitent, d'ici 2015, à maîtriser le paludisme et à inverser la tendance actuelle de sa propagation. En effet, les conséquences du paludisme sur le développement, ou plutôt sur le sous-développement, restent particulièrement alarmantes.

Le paludisme empêche les plus pauvres d'échapper à la pauvreté. Selon les chiffres des Nations unies, le paludisme

**BIJLAGE****Gemeenschappelijke vergadering van de Commissie  
voor de Buitenlandse Betrekkingen en Landsverdediging &  
de Bijzondere commissie « Globalisering »****Dinsdag 25 april 2006****Africa Malaria Day****1. Uiteenzetting van de heer Armand De Decker, minister van  
Ontwikkelingssamenwerking**

In de oudheid, heel lang geleden toen de mensen zich lieten verleiden door het kwaad, werden hemel en aarde, waters en moerassen overweldigd door muggen en giftige vliegen, de voorouders van de huidige malariamug. Mannen, vrouwen en kinderen stierven als gevolg van de uitputtende moeraskoorts.

We kunnen in het Oude Testament en andere oude teksten zoeken naar de oorsprong van het kwaad, dat nog altijd slachtoffers maakt, en de zondvloed van Noach als de eerste tsunami beschouwen.

Onder de tien plagen van Egypte vinden we voor het eerst de beschrijving van koorts, bloedarmoede, splenomegalie of miltvergroting, symptomen die nog altijd kenmerkend zijn voor niet-behandelde malaria.

Woorden verliezen op termijn hun kracht en zelfs hun zin. De plagen van Egypte roepen niet veel meer op en malaria betekent niet veel meer voor de bevolking van Noord-Europa, want voor hen is het een parasitaire ziekte in warme en moerassige gebieden.

Cijfers tonen nochtans aan dat de ziekte de oorzaak is van veel ellende, vooral in Azië, Afrika en Latijns-Amerika, in streken met veel moerassen en een warm en vochtig klimaat. Dat zijn broeihaarden van malaria, een synoniem voor moeraskoorts.

Elke dag sterven wereldwijd ongeveer 3 000 kinderen aan malaria. Dat is meer dan een miljoen kinderen per jaar. In Afrika is malaria verantwoordelijk voor 20 % van de sterfgevallen bij kinderen en is voor hen trouwens de belangrijkste doodsoorzaak. Het totale aantal dodelijke slachtoffers in de wereld overschrijdt elk jaar de twee miljoen. Het is alsof elk jaar de volledige Belgische bevolking tussen 0 en 19 jaar zou verdwijnen. Het is alsof er elke dag 20 jumbojets, voor de helft met kinderen gevuld, zouden neerstorten. Dit feit is des te angstwekkender aangezien malaria helemaal geen ongeneeslijke en noodzakelijk dodelijke ziekte is. Het is een parasitaire ziekte waartegen de mens zich kan beschermen en waarvan slechts één soort dodelijk kan zijn. Dit cijfer is des te schandaliger omdat er weliswaar nog geen vaccin bestaat dat ons tegen de ziekte beschermt, maar we wel degelijk antimalariabehandelingen hebben die geen complexe posologie vereisen en elke dag duizenden levens kunnen redden. Bovendien kan de ziekte worden vermeden. De preventie berust op profylactische medicatie enerzijds en bescherming tegen de muggen anderzijds, wat niet te moeilijk of te duur is.

Tegen 2015 malaria beheersen en terugdringen is één van de Millenniumdoelstellingen. De gevolgen van malaria voor de ontwikkeling, of eerder de onderontwikkeling, zijn immers bijzonder alarmerend.

Malaria verhindert dat de armste mensen aan de armoede kunnen ontsnappen. Volgens cijfers van de Verenigde Naties heeft

réduirait le produit intérieur brut global de l'Afrique de quelque 12 milliards de dollars par an. Dans certains pays particulièrement touchés — et le paludisme reste un problème dans plus d'une centaine de pays — la maladie absorbe jusqu'à 25 % du revenu des familles et près de 40 % des dépenses publiques de santé.

Le paludisme affecte donc négativement la réduction de l'extrême pauvreté dans le monde, qui constitue le premier objectif de développement du Millénaire. Si le paludisme tue et rend surtout malade, la morbidité élevée des enfants et des enseignants porte gravement atteinte à la mise en œuvre d'un autre objectif du Millénaire, celui d'assurer l'éducation primaire pour tous. L'enfant malade ne peut aller à l'école, l'enseignant malade ne peut assurer ses cours.

À côté de l'absentéisme répété que provoque le paludisme, ses conséquences médicales que sont l'épuisement et l'anémie peuvent avoir des séquelles durables telles des lésions neurologiques ou des atteintes cognitives, qui s'ajoutent au handicap que constitue l'absentéisme répété des enfants malades.

Enfin, le paludisme frappe quatre fois plus la femme enceinte que les autres adultes et ses effets sont potentiellement mortels pour la femme et pour l'enfant. Réduire le risque de paludisme s'inscrit donc pleinement dans les politiques à mettre en œuvre pour réduire la mortalité et améliorer la santé maternelle, autre objectif fondamental.

La lutte contre le paludisme est au centre de la Coopération belge au développement. Dans le domaine de la santé publique, nos efforts s'inscrivent à la fois dans l'action multilatérale et par le biais de programmes et de projets bilatéraux avec certains pays partenaires.

Nous apportons également notre appui financier, en Belgique même, à l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold d'Anvers.

Notre coopération bilatérale indirecte, menée en collaboration avec l'Institut précité, nous permet de renforcer la lutte contre le paludisme au Burundi, au Viêt-nam, en Zambie et la capacité dans d'autres pays comme le Cambodge, le Laos, le Pérou, le Rwanda le Bénin et le Burkina Faso, en Afrique de l'Est, où l'Institut de Médecine Tropicale a pris l'heureuse initiative de participer à l'organisation d'un réseau de contrôle des traitements antipaludéens à travers le Burundi, l'Est de la République démocratique du Congo, le Rwanda et l'Ouganda et d'autres pays à l'Afrique de l'Est.

Les pays nordiques ignoraient de nos jours le mal que représente cette terrible maladie. En Belgique, la population ne risque aucune infection, même si le climat est parfois chaud et humide. Pourtant, 300 à 400 cas de malaria — dont 80 %, d'origine connue, en provenance d'Afrique — sont détectés chaque année dans notre pays. L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers traite bon nombre de cas. De plus, il existe un réseau de laboratoires « sentinelles » à travers le pays et la plupart des malades peuvent être soignés dans tous les hôpitaux belges.

Le premier objectif est donc la réduction, voire la suppression, de la mortalité due au paludisme. Le deuxième objectif est la réduction de la morbidité ou caractère malsain et malade engendré par la maladie.

Ces objectifs nécessitent non seulement une bonne gestion et une bonne gouvernance du secteur de la santé publique, mais aussi une politique d'assainissement des eaux et d'hygiène qui implique la fumigation régulière des habitations par une variété d'insecticides. Il faut aussi accélérer et généraliser la distribution de moustiquaires imprégnées, assurer l'accès universel aux traitements, généraliser les campagnes d'information et d'éducation sur les moyens de se prévenir contre l'infection.

malaria tot gevolg dat het bruto binnenlands product van Afrika elk jaar ongeveer 12 miljard dollar te laag ligt. In sommige zwaar getroffen landen — malaria blijft een probleem in een honderdtal landen — slorpt de ziekte tot 25 % van de inkomsten van de gezinnen op en bijna 40 % van het budget voor gezondheidszorg.

Malaria heeft dus een negatieve invloed op het terugdringen van de extreme armoede in de wereld; de voornaamste Millenniumontwikkelingsdoelstelling. Malaria doodt en maakt mensen ziek. Vermits veel kinderen en leerkrachten ziek zijn, komt de realisatie van een andere Millenniumdoelstelling, namelijk basiseducatie voor iedereen, eveneens in het gedrang. Een ziek kind kan immers niet naar school en een zieke leerkracht kan geen les geven.

Malaria is niet alleen de oorzaak van herhaalde afwezigheid, maar heeft ook zware medische gevolgen: uitputting en bloedarmoede kunnen een blijvende nasleep hebben, onder meer neurologische letsels en cognitieve deficiënties.

Zwangere vrouwen worden vier keer meer door malaria getroffen dan andere volwassenen, met vaak dodelijke afloop voor moeder en kind. Het risico op malaria verminderen moet een topprioriteit zijn, zodat het sterftecijfer daalt en de gezondheidstoestand van de moeder verbetert. Dat laatste is een andere fundamentele doelstelling.

De strijd tegen malaria is een prioriteit van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking. Op het vlak van de volksgezondheid doen we niet alleen inspanningen op multilateraal vlak, maar we hebben met bepaalde partnerlanden ook bilaterale projecten en programma's.

We verlenen uiteraard ook financiële steun aan het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen.

Via indirecte bilaterale samenwerking met het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen begeleiden we de malariabestrijding en versterken we de nationale capaciteitsversterking in Burundi, Vietnam, Zambia en andere landen, zoals Cambodja, Laos, Peru, Rwanda, Benin en Burkina Faso. In Oost-Afrika heeft het Instituut voor Tropische Geneeskunde een controlenetwerk uitgebouwd voor anti-malariabehandelingen in Burundi, het Oosten van de Democratische Republiek Congo, Rwanda, Oeganda en andere landen van Oost-Afrika.

De noordelijke landen niet meer weten welk onheil deze verschrikkelijke ziekte aanricht. In België is het risico onbestaande, zelfs al is ons klimaat soms vochtig en warm. Nochtans worden er in ons land jaarlijks 300 à 400 gevallen van malaria vastgesteld, waarvan 80 % afkomstig uit Afrika. Vele van deze gevallen worden behandeld door het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen. Daarbij zijn er nog enkele laboratoria over het gehele land en de meeste zieken kunnen in alle Belgische ziekenhuizen worden behandeld.

De eerste doelstelling is dus het sterftecijfer ingevolge malaria doen dalen, zelfs tot nul herleiden. De tweede doelstelling is de vermindering van het ziektecijfer en van de schadelijke gevolgen van de ziekte.

Om die doelstellingen te bereiken moet niet alleen de gezondheidszorg goed worden geleid, maar moeten we ook voldoende aandacht hebben voor waterzuivering en hygiëne. De woningen moeten regelmatig worden beroekt met een reeks insecticides. Doordrenkte muskietennetten moeten snel overal worden uitgedeeld, iedere zieke moet behandeld kunnen worden en er moeten algemene informatiecampagnes worden opgezet waarbij de mensen wordt geleerd hoe ze een infectie kunnen voorkomen.

Certes, les traitements antipaludiques de dernière génération sont coûteux et leur disponibilité n'est pas toujours assurée. Le prix du traitement le plus onéreux, qui n'excède pas quelques jours, ne dépasse pas 3 ou 4 dollars, ce qui reste accessible, sinon aux malades et aux États en développement, du moins aux programmes internationaux tels que ceux financés par le Global Fund for the Fight against Aids, Malaria and TB.

La lutte contre la malaria est l'exemple type d'un problème pour lequel les autorités du nord comme du sud, le secteur privé et la société civile, devraient s'organiser en créant des partenariats ingénieux. Bien entendu, il faut davantage de moyens mais ils pourraient provenir de nouvelles sources de financement. Par le biais de programmes de jumelage, les villes peuvent en effet lancer des initiatives pour contribuer au financement de programmes destinés à assainir des villes et des villages de nos pays partenaires du sud. Ces initiatives peuvent également soutenir la fabrication et la distribution de moustiquaires imprégnées.

Si ces initiatives sont particulièrement bienvenues, il est nécessaire que les autorités prennent leurs responsabilités, en premier lieu en augmentant les moyens consacrés à la recherche et en développant de nouveaux médicaments en collaboration avec le secteur privé. L'Union européenne doit jouer un rôle de leader, tant en ce qui concerne la coordination des efforts que la réalisation de ses engagements financiers.

Il faut bien sûr que les pays infectés s'organisent mieux pour coordonner leur politique de lutte contre le paludisme, notamment en s'appuyant sur l'expérience et le savoir-faire de l'initiative « *Roll back Malaria/Faire reculer le paludisme* ». Mais il faut surtout une prise de conscience du scandale que constitue encore ce fléau au XXI<sup>e</sup> siècle.

Pour ces raisons, le ministre annonce qu'il reconduira dès 2007 le soutien financier belge au Partenariat « *Faire Reculer le Paludisme* ».

Le ministre espère que l'élan de générosité et de partage qui marque chaque année, le 25 avril, « *Africa Malaria Day* », se poursuivra et nous permettra de constater, l'année prochaine à la même date, non seulement que le combat est engagé mais que les premières victoires durables viennent nous annoncer que les objectifs que nous nous sommes fixés pour le millénaire du développement seront atteints dans les délais, du moins en ce qui concerne le recul du paludisme et l'atténuation de ses dramatiques conséquences.

## **2. Exposé du prof. Awa Marie Coll-Seck, executive secretary, Roll Back Malaria Partnership, WHO**

Le paludisme est un réel problème de santé publique, surtout dans les pays africains, mais pose également un problème de développement.

En ce que concerne le poids du paludisme dans le monde, l'Asie et l'Amérique latine sont bien touchées, mais la plus grande part du fardeau se situe en Afrique, où l'on parle de plus d'un million de morts par an. Ces chiffres sont probablement très sous-estimés, puisque beaucoup de personnes, principalement des enfants, meurent à domicile et ne sont pas comptabilisés. Un million de morts représentent déjà quatre tsunamis par an.

Sur le continent africain 42 pays sont atteints de façon constante par le paludisme. Seuls deux d'entre eux n'ont pas leur population exposée en permanence. C'est dire l'ampleur du phénomène en Afrique et les problèmes qui en découlent.

De jongste generatie anti-malariabehandelingen zijn duur en niet altijd voorhanden. De behandeling met het meest duurzame product, die slechts enkele dagen duurt, kost evenwel niet meer dan 3 à 4 dollar. Ze blijft dus toegankelijk voor zieken in de ontwikkelingslanden, of althans voor de internationale programma's die door het Global Fund for the Fight against Aids, Malaria and TB worden gefinancierd.

De strijd tegen malaria is het voorbeeld bij uitstek van een zaak waarvoor de overheden zowel in het noorden als in het zuiden, de privésector en de civiele samenleving, zich moeten organiseren en zich moeten verenigen in vernieuwende partnerschappen. Er zijn zonder twijfel meer middelen nodig, maar die kunnen worden gevonden door innovatieve financieringen. Via verbodering- en verzusteringsprogramma's tussen steden kunnen er immers initiatieven worden genomen om bij te dragen aan de financiering van programma's om steden en dorpen in de partnerlanden van het zuiden opnieuw gezond te maken. Deze initiatieven kunnen ook de fabricage en de verdeling van geïmpregneerde muskietennetten bevorderen.

Naast deze zeer welgekomen initiatieven is het noodzakelijk dat de overheden hun verantwoordelijkheid opnemen, in de eerste plaats door meer middelen vrij te maken voor onderzoek en, in samenwerking met de privésector, voor de ontwikkeling van nieuwe medicaties. De Europese Unie moet terzake haar leiderschap waarmaken zowel bij het coördineren van de inspanningen als bij het realiseren van haar financiële engagementen.

De besmette landen moeten hun beleid in de strijd tegen malaria beter op elkaar afstemmen en zich baseren op de ondervinding, de kennis en de knowhow van het project « *Roll Back Malaria* ». Men moet er zich echter vooral bewust van zijn dat het een schande is dat deze plaag in de 21e eeuw nog altijd bestaat.

Daarom kondigt de minister aan dat hij de Belgische financiële steun aan « *Roll back Malaria* » vanaf 2007 wil voortzetten.

De minister hoopt dan ook dat de vrijgevigheid en de algemene steun op de jaarlijkse Africa Malaria Day, op 25 april, voortgezet en dat we volgend jaar kunnen vaststellen dat niet alleen de strijd is aangebonden, maar dat we ook de eerste blijvende overwinningen zullen kunnen vaststellen. De minister hoopt eveneens dat de Millenniumdoelstellingen binnen de vooropgestelde termijn worden gehaald, vooral inzake de terugdringing van malaria en de verlichting van de dramatische gevolgen ervan.

## **2. Uiteenzetting van prof. Awa Marie Coll-Seck, executive secretary, Roll Back Malaria Partnership, WHO**

Malaria is een reëel probleem van volksgezondheid dat vooral de Afrikaanse landen teistert, maar ook de ontwikkeling in het algemeen in de weg staat.

Wat de spreiding van malaria in de wereld betreft, zijn Azië en Latijns-Amerika er erg aan toe, maar is Afrika met zijn meer dan één miljoen malariadoden het zwaarst getroffen. Dat is wellicht nog een onderschatting, want de mensen die thuis sterven, vooral kinderen, worden niet meegeteld. Een miljoen doden stemt overeen met vier tsunami's per jaar.

Op het Afrikaanse continent hebben 42 landen met endemische malaria te kampen hebben. Slechts in twee Afrikaanse landen is de bevolking niet voortdurend blootgesteld. Dat geeft de ernst aan van het fenomeen en van de problemen die ermee gepaard gaan.

Vous êtes nombreux à avoir vu ces enfants alités dans les hôpitaux; beaucoup d'entre eux sont morts. Les enfants de moins de cinq ans sont les plus vulnérables. Les femmes enceintes sont également particulièrement touchées par le paludisme responsable d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et de beaucoup d'autres complications. Les femmes enceintes développent souvent des formes graves de la maladie.

Il faut ajouter, dans le contexte actuel de l'Afrique, les personnes qui vivent avec le VIH (Sida) et qui sont plus vulnérables ainsi que toutes les personnes déplacées et réfugiées.

Les États-Unis ont éradiqué le paludisme voici 44 ans. Au Congrès américain, il y a encore des statues et différents objets qui évoquent cette époque où le paludisme faisait ses ravages, au point de forcer les parlementaires à changer les dates auxquelles ils siégeaient. Le Congrès américain a d'ailleurs conservé ce calendrier malgré l'éradication de la maladie.

Lutter contre le paludisme nécessite un engagement, mais aussi une coordination et des moyens. Ainsi, 3 milliards de dollars par an sont nécessaires. La coordination est assurée par le partenariat *Roll Back Malaria/Faire Reculer le Paludisme*. Les partenaires proviennent du secteur privé, des ONG, des fondations, des universités, du Fonds Mondial fortement soutenu par le gouvernement belge, des pays donateurs et des pays endémiques eux-mêmes qui ne sont plus attentistes et participent à la résolution des problèmes, de l'OMS et de bien d'autres organismes, notamment les Nations unies, etc.

Si on ne lutte pas contre le paludisme, on ne vaincra pas la pauvreté, on n'atteindra pas les objectifs du Millénaire et on n'assistera pas au développement tant attendu pour l'an 2015. Nous devons donc nous battre ensemble et insister pour pouvoir contrôler cette pandémie.

Il y a des succès. Pendant longtemps, on a affirmé que rien n'était fait en matière de paludisme, que cette maladie était négligée, qu'il n'y avait pas beaucoup d'avancées. Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de succès qu'on ne l'imagine.

La stratégie de distribution de moustiquaires imprégnées est très avancée à l'heure actuelle. Des pays comme le Togo et le Niger sont deux exemples importants. Dans ces pays, il y a eu une distribution de moustiquaires concomitante aux campagnes de vaccination. Les taux de couverture sont passés de moins de 5 % à plus de 90 %. L'utilisation est parfois insuffisante car il faut mener des campagnes d'information pour assurer une bonne utilisation.

Aujourd'hui nous lançons un appel en faveur d'un accès universel au traitement des malades du paludisme, car il y a trop de décès. La chloroquine n'étant plus efficace, il faut rechercher de nouveaux traitements. Il existe déjà un nouveau traitement, efficace et abordable, malheureusement plus coûteux que celui qui est à base de chloroquine ces combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine existent et les malades peuvent être traités très rapidement.

Il y a une stratégie mondiale maintenant, élaborée et acceptée par tous les partenaires de *Roll Back Malaria*. Il s'agit, en plus des moustiquaires imprégnées, de procéder à des pulvérisations intradomiciliaires et d'administrer un traitement rapide aux populations.

Il y a beaucoup plus de ressources. Les pays de l'Union européenne ont donné énormément, notamment au Fonds mondial, et nous espérons que cela continuera. D'autres pays et d'autres continents appuient bilatéralement certains pays : il y a l'initiative du président Bush, mais également celle de la Banque mondiale et de la *Bill and Melinda Gates Foundation*.

La *Gates Foundation* et *GlaxoSmith Kline* investissent énormément dans les nouveaux médicaments et les vaccins. Il y a aussi de

Veel van de kinderen die sommigen onder u in ziekenhuisbedden zag liggen, zijn vandaag dood. Kinderen van minder dan vijf jaar zijn het kwetsbaarst. Bij zwangere vrouwen leidt malaria vaak tot miskramen, vroeggeboortes en tot veel andere complicaties. Zwangere vrouwen ontwikkelen dikwijls ernstige vormen van de ziekte.

Bovendien zijn in het Afrika van vandaag AIDS-lijdende, ontheemden en vluchtelingen erg kwetsbaar.

Vierenvertig jaar geleden zijn de Verenigde Staten van Amerika erin geslaagd om malaria uit te roeien. In het Amerikaanse Congres zijn er nog standbeelden en voorwerpen die herinneren aan de verschrikkingen van malaria. De parlementsleden zagen zich toen zelfs verplicht op andere data te vergaderen. De ziekte is nu wel uitgeroeid, maar het Amerikaanse Congres gebruikt nog altijd dat oude vergaderrooster.

De strijd tegen malaria vergt een grote inzet, maar ook een goede coördinatie en veel middelen. Per jaar is er 3 miljard dollar nodig. Voor de coördinatie werd het partnerschap *Roll Back Malaria* opgericht met partners uit de privésector, NGO's, stichtingen, universiteiten, het Global Fund dat sterk gesteund wordt door de Belgische regering, de donorlanden en de endemische landen die niet langer een afwachtende houding aannemen, maar de problemen mee helpen oplossen, de WHO en talloze andere organismen, met name de Verenigde Naties, enzovoorts.

Als we malaria niet bestrijden, dan kunnen we de armoede niet bannen en zullen we tegen 2015 de Millenium Ontwikkelingsdoelstellingen niet bereiken. We moeten dus samen de strijd aanbinden om de pandemie onder controle te krijgen.

Er zijn successen geboekt. Men heeft lang beweerd dat malaria niet werd bestreden en dat er niet veel vooruitgang was. Er worden vandaag veel meer successen geboekt dan vermoed.

De strategie om met insecticide behandelde muskietennetten te verspreiden is vandaag flink opgeschoten. Landen als Togo en Niger zijn daarin toonaangevend. In die landen werden muskietennetten uitgedeeld ten gelegenheid van vaccinatiecampagnes gevoerd. De dekkingsgraad is gestegen van minder dan 5 % tot 90 %. Het gebruik laat echter vaak te wensen over. Om dat te verhelpen moeten we voorlichtingscampagnes voeren.

Thans doen we een oproep voor universele toegang tot de behandeling van malarialijders, want het sterftecijfer is te hoog. Chloroquine werkt niet meer, er moeten nieuwe behandelingsmiddelen komen. Er bestaat reeds een werkzaam middel dat evenwel duurder is dan dat wat op basis van chloroquine wordt geproduceerd. Therapeutische combinaties op basis van artemisinine zijn nu beschikbaar en de zieken kunnen er snel mee behandeld worden.

Er is nu één globale strategie uitgewerkt en aanvaard door alle *Roll Back Malaria Partners*. Ze stoelt op behandelde muskietennetten, verstuiwing binnenshuis en snelle behandeling van malaria-aanvallen.

Er zijn veel meer middelen beschikbaar. De landen van de Europese Unie hebben zeer veel gegeven, met name aan het Global Fund, en wij hopen dat het zo verder gaat. Andere landen en continenten verlenen bilaterale steun: zo is er het initiatief van president Bush, maar ook dat van de Wereldbank en van de *Bill and Melinda Gates Foundation*.

*Gates Foundation* en *Glaxo Smith Kline* investeren enorm in nieuwe geneesmiddelen en vaccins. Er zijn ook nieuwe initiatie-



nouvelles initiatives, comme la contribution volontaire pour les billets d'avion. Le monde entier cherche une possibilité d'agir davantage qu'en octroyant directement des dons aux pays concernés ou au Fonds mondial.

Les artistes se sont également mobilisés dans la lutte contre le paludisme, de même que d'autres intervenants : les parlementaires, l'assemblée des Nations unies, le G8, etc.

De plus en plus de personnes, d'institutions et de pays soutiennent la lutte contre le paludisme. Des défis doivent cependant être relevés. Il faut maintenir le paludisme en haut de l'agenda du développement.

Si nous baissons notre garde, nous pourrions assister à un relâchement puisqu'il existe un grand nombre de priorités. Or, nous avons encore énormément de choses à faire.

Il convient également d'harmoniser les actions de tous les partenaires qui interviennent souvent en ordre dispersé. Nous devons harmoniser cet appui. Il s'agit également d'un défi.

Enfin, nous devons pouvoir disposer de tous les moyens — médicaments, moustiquaires et insecticides — en quantité. L'argent commence à arriver mais nous avons besoin de plus.

### **3. Exposé de M. Emile Bongeli, ministre de la Santé, République Démocratique du Congo, Board Member, Roll Back Malaria Partnership**

Le paludisme est resté un véritable casse-tête, même si nous maîtrisons tous les moyens pour l'éradiquer.

À une certaine époque, la République Démocratique du Congo avait réussi à contrôler cette pathologie. Il est donc quelque peu honteux que, au moment où nous disposons de spécialistes de tous genres dans ce domaine, la malaria se présente encore comme une sorte de tsunami silencieux mais plus fort que les tsunamis marins.

Le paludisme est endémique dans l'ensemble du pays. En d'autres termes, 100 % de la population, y compris les visiteurs, sont exposés.

En effet, 97 % du territoire national constituent des zones de paludisme stables, où l'on peut contracter le paludisme tout au long de l'année, et 3 % seulement, notamment dans les montagnes de l'est, des zones à transmission saisonnière.

Le paludisme est toujours la première cause de morbidité et de mortalité, non seulement chez les adultes, mais aussi et surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, qui sont les plus vulnérables. Un enfant congolais connaît, en moyenne, au minimum quatre épisodes paludéens par an.

Le paludisme représente 81 % de la mortalité proportionnelle des maladies à potentiel endémique et le taux d'incidence moyenne du paludisme peut atteindre 19 000 pour 100 000 habitants et entraîner plusieurs décès. Comme l'a dit le professeur Coll-Seck, il s'agit ici de statistiques qui ne tiennent compte que des malades hospitalisés. En effet, au Congo, pour plusieurs raisons, liées notamment à la pauvreté et à la déficience du système de santé, bon nombre de familles évitent de se rendre à l'hôpital.

Le paludisme est responsable de 60 % des consultations externes et 60 % de l'ensemble des cas de paludisme touchent les enfants de moins de cinq ans, tandis que 48 % des hospitalisations de ces enfants sont dues au paludisme.

Le paludisme est responsable de 85 % des transfusions sanguines et de 40 % des décès des enfants.

ven, zoals de vrijwillige toeslag op vliegbiljetten. Heel de wereld zoekt wegen om meer te doen dan alleen directe giften aan de betrokken landen of het Global Fund.

Ook artiesten staan op de bres voor de malariabestrijding, net als parlementsleden, de algemene vergadering van de VN, de G8, enzovoorts.

Steeds meer mensen en instellingen steunen de malariabestrijding. We staan nochtans nog voor grote uitdagingen. Malaria moet bovenaan de ontwikkelingsagenda blijven staan.

Als onze aandacht verslapt, dan blijft malariabestrijding niet prioritair, want de prioriteitenlijst is lang. We hebben dus nog heel wat werk voor de boeg.

Alle partners die nu in gespreide slagorde optreden, zouden hun acties beter op elkaar moeten afstemmen. Die inspanningen harmoniseren is eveneens een uitdaging.

We moeten over grote hoeveelheden van alle hulpmiddelen kunnen beschikken: geneesmiddelen, muskietennetten en insectenverdelgers. Het geld stroomt binnen, maar we hebben meer nodig.

### **3. Uiteenzetting van de heer Emile Bongeli, minister van Gezondheid, Democratische Republiek Congo, Board Member, Roll Back Malaria Partnership**

Ondanks het feit dat alle middelen ons bekend zijn om deze kwaal uit te roeien, blijft de ziekte ons grote zorgen baren.

Op een bepaald ogenblik was de Democratische Republiek Congo erin geslaagd om de ziekte onder controle te krijgen. Het is dus een beetje beschamend dat, nu we over allerhande specialisten terzake beschikken, malaria nog steeds als een stille vloedgolf met meer kracht dreigt toe te slaan dan een tsunami.

Malaria is in heel Congo endemisch. Iedereen, dus niet alleen de eigen bevolking, maar ook de mensen die Congo bezoeken, zijn eraan blootgesteld.

Immers 97 % van het grondgebied in stabiele malariazones, waar men het hele jaar door het risico loopt om malaria te krijgen. Op slechts 3 % van het grondgebied, met name in het bergachtige oosten, is er een seizoensgebonden besmettingsrisico.

Malaria is nog steeds de voornaamste doodsoorzaak, niet alleen bij volwassenen, maar vooral bij de meer kwetsbare bevolkingsgroep van kinderen jonger dan vijf jaar en zwangere vrouwen. Een Congolees kind maakt jaarlijks gemiddeld minstens vier malaria-episodes door.

Malaria is als doodsoorzaak goed voor 81 % van de sterfte door potentieel endemische ziekten en de gemiddelde prevalentie van malaria kan oplopen tot 19 000 per 100 000 inwoners, voor verschillende onder hen met de dood tot gevolg. Zoals professor Coll-Seck al aangaf, wordt in deze statistieken enkel rekening gehouden met de in een ziekenhuis opgenomen patiënten. Om verschillende redenen, ondermeer armoede en een gebrekkig systeem van gezondheidszorg, laten velen zich niet behandelen in een ziekenhuis.

Ongeveer 60 % van de externe raadplegingen gaan over malaria. Malaria treft in 60 % van de gevallen een kind jonger dan vijf jaar en in 48 % van de gevallen waarin kinderen in een ziekenhuis worden opgenomen, is malaria de oorzaak.

Malaria is de oorzaak van 85 % van de bloedtransfusies en van 40 % van de kindersterfte.

Par ailleurs, cette maladie crée et renforce la pauvreté, d'abord par le coût des soins qu'elle implique en matière de santé mais aussi par l'absence de productivité. Le ministre De Decker a évoqué le cas des élèves qui ne fréquentent pas l'école, des enseignants qui ne donnent pas cours. On peut également parler, à un autre niveau, des producteurs qui ne produisent pas.

On aboutit ainsi à un cercle vicieux, où le paludisme aggrave la misère et où la pauvreté engendre le paludisme.

Certains traitements ont échoué parce que la population y était devenue résistante : par ignorance ou à cause d'une trop grande pauvreté, certains malades n'achevaient pas leur traitement. On a donc eu recours aux médicaments appelés ACT, à base d'artémisinine combinée à d'autres molécules. Pour la République Démocratique du Congo, on a par exemple adopté la combinaison artémisinine-amodiaquine qui enregistre de 0 à 2 % de taux d'échecs. Cette combinaison a été reconnue officiellement par arrêté ministériel.

Le médicament, la quinine, dont le pays produit l'arbre essentiel, reste d'après le même arrêté, le traitement de seconde ligne, quand les ACTS ne peuvent pas être administrés.

En ce qui concerne la prévention, nous saluons les travaux réalisés en vue de trouver un vaccin approprié contre cette maladie et nous remercions le Fonds Mondial qui a mis à disposition des millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide et des milliers de doses d'ACT. Le gouvernement congolais a décidé, en accord avec les partenaires, d'assurer le traitement gratuit de tous les enfants de moins de cinq ans ainsi que le traitement préventif intermittent.

Néanmoins, il ne faut pas oublier le problème de l'assainissement avec tout ce que le pays a connu en termes de gestion et de guerre. La capitale congolaise est une des moins propres du monde. Dans le reste du pays, l'insalubrité s'est installée. Les vecteurs de la maladie se multiplient.

L'effort principal devrait porter sur l'hygiène collective et individuelle afin d'éliminer, non seulement la malaria mais aussi d'autres maladies dites des mains sales qui, bien que maîtrisables continuent à tuer en RDC.

Il reste un sérieux problème d'information, d'éducation et de communication. La distribution des moustiquaires imprégnées ne suffit pas. En effet, il y a des familles qui ne savent pas comment les utiliser.

La mise à disposition de fonds ne suffit non plus. Il faut encore que ces fonds soient affectés de manière efficiente. En RDC, il a été décidé de rassembler tous les partenaires, avec l'appui de la Coopération technique belge, pour essayer de standardiser les interventions et éviter le saupoudrage qui nuit gravement aux résultats.

Il existe aussi des difficultés d'approvisionnement. Les producteurs locaux sont encouragés à souscrire les brevets nécessaires pour fabriquer des médicaments génériques coûtant moins chers. Malheureusement, ces génériques, qui sont de bonne qualité, ne bénéficient pas de commandes importantes étant donné que la procédure pour obtenir la pré-qualification de l'OMS favorise plus les grandes entreprises.

Le paludisme reste un réel problème de santé publique en République Démocratique du Congo, comme dans toute l'Afrique d'ailleurs. Pourtant, c'est une maladie maîtrisable, qui peut même être éradiquée. Le paludisme constitue un frein au développement à cause du coût du traitement et de la morbidité qui empêchent la productivité. Jusqu'à présent, les interventions se faisaient de manière disparate mais avec la coordination du partenariat et le leadership concerté du ministère de la Santé, il est possible d'intervenir de manière beaucoup plus intelligente.

Deze ziekte veroorzaakt armoede of de armoede wordt erdoor nog nijpender, in de eerste plaats vanwege de kosten voor de verzorging en vervolgens omdat die mensen niet produceren. minister De Decker gaf al het voorbeeld van het schoolverzuim, zowel van leerlingen als van leraars. Ook in andere domeinen treedt productieverlies op.

Zo belandt men in een vicieuze cirkel : malaria veroorzaakt veel ellende en de armoede brengt nog meer malaria teweeg.

Sommige behandelingswijzen mislukten omdat de bevolking er resistent voor werd : door onwetendheid of wegens zeer grote armoede maakten sommige zieken de behandeling niet af. Men is dan gebruik gaan maken van de ACT-therapie, op basis van artemisinine in combinatie met andere moleculen. Voor de Democratische Republiek Congo werd geopteerd voor de combinatie van artemisinine met amodiaquine, die slechts in 0 tot 2 % van de gevallen niet werkzaam is. Die combinatie werd via ministerieel besluit officieel erkend.

Quinine, waarvan het land de boom produceert, blijft volgens hetzelfde besluit een tweedelijnsbehandeling wanneer er geen ACT-Therapie meer toegediend kan worden.

Op het gebied van preventie juichen we de inspanningen toe die gedaan werden om een geschikt vaccin te vinden voor deze ziekte. We danken ook het *Global Fund* dat miljoenen met insecticide geïmpregneerde muggennetten en duizenden dosissen ACT ter beschikking stelde. De Congolese regering heeft in samenspraak met de partners beslist om voor alle kinderen jonger dan vijf jaar te voorzien in een kostenloze behandeling van de ziekte en in een tussentijdse preventieve behandeling.

Na al die perioden van oorlog die het land hebben geteisterd, moet er niettemin ook nog veel gesaneerd worden. De Congolese hoofdstad is één van vuilste ter wereld. In de rest van het land heerst er vergaande verloedering waardoor de ziekte welig kan kieren.

De inspanningen moeten vooral gericht worden op de collectieve en individuele hygiëne zodat niet enkel malaria wordt uitgeroeid, maar ook andere, geneeslijke ziekten, die niettemin dodelijk blijven in de DR.

Er is ook een groot probleem op het gebied van informatie, opvoeding en communicatie. Het haalt niets uit geïmpregneerde muggennetten te verdelen, als de mensen niet weten hoe ze die moeten gebruiken.

Het volstaat evenmin om fondsen ter beschikking te stellen. Die fondsen moeten ook nog efficiënt worden aangewend. In de DR werd beslist om alle partners samen te brengen, met de steun van de Belgische Technische Coöperatie, teneinde de interventies te standaardiseren zodat de zeer nadelige versnippering vermeden kan worden.

De toelevering is ook vaak problematisch. De plaatselijke producenten worden aangemoedigd om de nodige octrooien te verwerven zodat ze de minder dure generische geneesmiddelen kunnen fabriceren. Helaas worden er voor die generische middelen, die van goede kwaliteit zijn, geen grote bestellingen geplaatst, aangezien de procedure voor het verkrijgen van een prekwificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in het voordeel speelt van de grootste firma's.

Malaria blijft een groot probleem voor de volksgezondheid in de Democratische Republiek Congo en in heel Afrika. Nochtans is het een ziekte die genezen kan worden en zelfs kan worden uitgeroeid. De kosten voor de behandeling van malaria en het hoog sterftecijfer hinderen de ontwikkeling. Tot nog toe werd op disparate wijze opgetreden tegen de ziekte, maar met de coördinatie van het partnerschap en onder de leiding van het ministerie van Gezondheid, kan op een veel intelligenter manier te werk gegaan worden.

Jusqu'ici, le pays accordait très peu d'intérêt à l'assainissement. L'assainissement doit désormais être une des priorités du pays pour éliminer la malaria et d'autres maladies générées par la saleté ambiante.

Pour bien combattre celle-ci, il faut traiter les maladies qui sont touchés. Le système de santé doit donc être renforcé. C'est ainsi que le ministre remercie sincèrement le ministre belge qui s'est impliqué dans la réhabilitation du département de pédiatrie du plus grand hôpital du pays, à savoir l'hôpital général de référence de Kinshasa.

Vu les spécificités du Congo, il est souhaitable que les laboratoires dédiés aux vaccins puissent implanter un site de tests au Congo.

#### 4. Exposé de M. Bruno Gryseels, directeur de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers

There are many important medical and economical reasons to control malaria. However, it should be highlighted that the first and foremost reason is a purely humanitarian one. If we believe that humans are equal, that all men and women are born equal then malaria control is a duty of each world citizen.

Malaria is a disease of poverty. It is clear that it causes poverty but poverty is also the cause of disease. This is illustrated when looking at the geographical overlap between poverty and malaria.

Universal human rights, on which modern society is based, states in Article 1 that «*all humans are born free and equal and that everyone is entitled to all these rights and that everyone has the right to life*». It is clear that these rights are violated every day when comparing life expectancy and child mortality in the North and the South.

What can be done about malaria and what should be done ?

First, the efficacy and availability of existing drugs have to be increased. We need to switch to artemisinin combination treatments (ATC's) even though they are more complicated and expensive. It is not the price which matters.

But also better diagnostics are highly needed. In the press, in the media, and even in the scientific media, there is a lot of focus on drugs and on vaccines. But, in actual fact a major need to increase the efficacy and efficiency of the drugs is better diagnostics. Malaria used to be so easy to treat with chloroquin that making a diagnostic did not matter. When someone had fever he/she was just treated with chloroquin. Nowadays people need to be treated with far more expensive drugs for which we need to be much more careful to reduce the risk of further resistance.

For the time being there are few methods for diagnosing malaria without a microscope.

Third, prevention needs to be improved. The efficacy of new vaccines can be increased but ways to increase the effectiveness should also be looked at. In most countries of Africa access to health services is only between 20 and 30 %. A major problem is physical inaccessibility, the health centres are too far, in many cases they are located within a walking distance of 10 km and more. If the patient has a fever or is in a coma it is practically impossible to reach a health centre.

When the patient arrives at the health centre very often there is no one of professional quality available and staff is often called away to be trained. Even if there is a nurse or doctor present there might be no microscope, even if there is a microscope there might

In het verleden werd er maar weinig belang gehecht aan sanering. Hygiëne moet nu een prioriteit zijn in de strijd tegen malaria en andere ziektes die ontstaan door onhygiënische leefomstandigheden.

Om de ziekte in te dijken moeten mensen met malaria verzorgd kunnen worden. De gezondheidszorg werd op dit gebied versterkt. In dat verband dankt de minister de Belgische minister van ontwikkelingssamenwerking omdat deze laatste ervoor gezorgd heeft dat de kinderafdeling van het algemeen ziekenhuis in Kinshasa, het grootste ziekenhuis van het land, weer operationeel werd.

Gelet op de specifieke situatie in Congo, is het verkieselijk dat laboratoria die werken aan de ontwikkeling van de vaccins, in Congo een testsite vestigen.

#### 4. Uiteenzetting van de heer Bruno Gryseels, directeur van het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

There are many important medical and economical reasons to control malaria. However, it should be highlighted that the first and foremost reason is a purely humanitarian one. If we believe that humans are equal, that all men and women are born equal then malaria control is a duty of each world citizen.

Malaria is a disease of poverty. It is clear that it causes poverty but poverty is also the cause of disease. This is illustrated when looking at the geographical overlap between poverty and malaria.

Universal human rights, on which modern society is based, states in Article 1 that «*all humans are born free and equal and that everyone is entitled to all these rights and that everyone has the right to life*». It is clear that these rights are violated every day when comparing life expectancy and child mortality in the North and the South.

What can be done about malaria and what should be done ?

First, the efficacy and availability of existing drugs have to be increased. We need to switch to artemisinin combination treatments (ATC's) even though they are more complicated and expensive. It is not the price which matters.

But also better diagnostics are highly needed. In the press, in the media, and even in the scientific media, there is a lot of focus on drugs and on vaccines. But, in actual fact a major need to increase the efficacy and efficiency of the drugs is better diagnostics. Malaria used to be so easy to treat with chloroquin that making a diagnostic did not matter. When someone had fever he/she was just treated with chloroquin. Nowadays people need to be treated with far more expensive drugs for which we need to be much more careful to reduce the risk of further resistance. More precise diagnostics need to be made possible.

For the time being there are few methods of diagnosing malaria without a microscope.

Third, prevention needs to be improved. The efficacy of new vaccines can be increased but ways to increase the effectiveness should also be looked at. In most countries of Africa access to health services is only between 20 and 30 %. A major problem is physical inaccessibility, the health centres are too far, in many cases they are located within a walking distance of 10 km and more. If the patient has a fever or is in a coma it is practically impossible to reach a health centre.

When the patient arrives at the health centre very often there is no one of professional quality available and staff is often called away to be trained. Even if there is a nurse or doctor present there might be no microscope, even if there is a microscope there might

be no drugs. Even if there are drugs they might be past their shelf-life, even if there are good drugs the patient might not have enough money to pay for them. Even if the patient has the money to pay for them he/she may share them with his/her family and in so doing the patient does not take enough drugs, or even if the patient takes all of the drugs he/she will vomit because there is not enough bread available to take with the drugs.

So there are a great number of factors. If all of these factors are looked at, then the chances that the patient has actual access to care are low.

If the efficacy of the diagnostics or of the drugs is improved from 70-90 % the overall impact on such a weak health system will be very minimal. If the access and the quality of the health systems are not improved the biomedical research will be of little value. Research on health systems is thus absolutely needed.

An important third element is the cost. ACT's, artemisinin drugs, are much more expensive (2 to 4 \$ a head). This still does not compare to drugs for AIDS which cost a few hundred dollars per year. Therefore, two or three dollars should be affordable.

Drugs only make up 20-25 % of a health care system, the rest is made up of staff, infrastructure, diagnostics and consumables. It is not by reducing the price of a drug that access to that drug is proportionally increased. The efficiency and effectiveness of the health systems must be improved if research and the improved tools available are to take effect.

When looking at the history of malaria control three periods can be distinguished. Between 1950-1970 it was thought that the disease could be eradicated, as was done in part of the United States because the United States have plenty of money. An attempt to put this into effect in the developing world was made. This has proved to be infeasible for many reasons and vector resistance also arose.

Between 1970-1990, with the ease of the drugs available, the major approaches were mass medication and preventive medicine through crypto-vertical systems. These vertical systems, meaning specific teams who went out to the villages to give treatment to pregnant women and children, could usually not be sustained. These teams were also confronted with parasite resistance.

In 1990, during the Conference of Amsterdam, it was declared that the management of the disease and of the patients was the core answer to malaria control. The health services must thus be improved. The problem is that these horizontal approaches, dealing with the health systems in which you cannot single out one disease, malaria or aids or tuberculosis, is not very popular with Western or Northern scientists or experts or donor agencies because the pure effect of your investment cannot be singled-out.

In 1960, when the initial Roll Back Malaria was announced by Dr. Bruntland, the initial slogan was to «roll back malaria by strengthening the health systems». Hopefully this slogan will not be forgotten.

Strengthening health systems is high on the agenda of the millennium development goals and it is essential to reach these goals, which are very much defined in terms of diseases. But it should not be forgotten that the programmes to combat diseases must, at the end of the line, be integrated by a nurse or by a community health worker in these developing countries. These health workers are sometimes alone in their village. They have to deal with all these new programmes and at the same time have to fill reports and follow training's whilst their patients are knocking on their doors because they have a fever, or a cough or have had an accident.

Access to quality health care in developing countries is not on the same level as efforts which are being made here in the North or the attention that is being paid to specific diseases.

be no drugs. Even if there are drugs they might be past their shelf-life, even if there are good drugs the patient might not have enough money to pay for them. Even if the patient has the money to pay for them he/she may share them with his/her family and in so doing the patient does not take enough drugs, or even if the patient takes all of the drugs he/she will vomit because there is not enough bread available to take with the drugs.

So there are a great number of factors. If all of these factors are looked at, then the chances that the patient has actual access to care are low.

If the efficacy of the diagnostics or of the drugs is improved from 70-90 % the overall impact on such a weak health system will be very minimal. If the access and the quality of the health systems are not improved the biomedical research will be of little value. Research on health systems is thus absolutely needed.

An important third element is the cost. ACT's, artemisinin drugs, are much more expensive (2 to 4 \$ a head). This still does not compare to drugs for AIDS which cost a few hundred dollars per year. Therefore, two or three dollars should be affordable.

Drugs only make up 20-25 % of a health care system, the rest is made up of staff, infrastructure, diagnostics and consumables. It is not by reducing the price of a drug that access to that drug is proportionally increased. The efficiency and effectiveness of the health systems must be improved if research and the improved tools available are to take effect.

When looking at the history of malaria control three periods can be distinguished. Between 1950-1970 it was thought that the disease could be eradicated, as was done in part of the United States because the United States have plenty of money. An attempt to put this into effect in the developing world was made. This has proved to be infeasible for many reasons and vector resistance also arose.

Between 1970-1990, with the ease of the drugs available, the major approaches were mass medication and preventive medicine through crypto-vertical systems. These vertical systems, meaning specific teams who went out to the villages to give treatment to pregnant women and children, could usually not be sustained. These teams were also confronted with parasite resistance.

In 1990, during the Conference of Amsterdam, it was declared that the management of the disease and of the patients was the core answer to malaria control. The health services must thus be improved. The problem is that these horizontal approaches, dealing with the health systems in which you cannot single out one disease, malaria or aids or tuberculosis, is not very popular with Western or Northern scientists or experts or donor agencies because the pure effect of your investment cannot be singled-out.

In 1960, when the initial Roll Back Malaria was announced by Dr. Bruntland, the initial slogan was to «roll back malaria by strengthening the health systems». Hopefully this slogan will not be forgotten.

Strengthening health systems is high on the agenda of the millennium development goals and it is essential to reach these goals, which are very much defined in terms of diseases. But it should not be forgotten that the programmes to combat diseases must, at the end of the line, be integrated by a nurse or by a community health worker in these developing countries. These health workers are sometimes alone in their village. They have to deal with all these new programmes and at the same time have to fill reports and follow training's whilst their patients are knocking on their doors because they have a fever, or a cough or have had an accident.

Access to quality health care in developing countries is not on the same level as efforts which are being made here in the North or the attention that is being paid to specific diseases.

This is not to diminish the importance of malaria. On the contrary, strengthening the health systems, for malaria in particular, is a precondition for sustainable malaria control. There are a great number of problems here : the access to health care is limited by geographical, physical, social, cultural and financial factors.

The lack of human resources is truly the greatest problem at this moment. There are not enough doctors or nurses in the field. A lot of people have been trained. But one of the major problems is the «brain-drain».

In the city of Manchester in England, for instance, there are more nurses from Malawi than in Malawi itself: 90 % of Zambian doctors are working in the United Kingdom or the United States, tens of thousands of South-African nurses are being recruited by the health services of the United States, Australia, Canada, or the United Kingdom. This is due to the fact that the medical profession is not valued enough anymore to attract sufficient people here. It is clear that there is a misbalance here which is absolutely vital to solve if we want to solve the health crisis in the South.

The international economic system, and the restructuring programmes imposed by the National Monetary Fund among others, has really led to underfunding of the public services. Health, and social systems are being privatised more and more in the West. In developing countries this type of market approach is a recipe for a disaster. If the public systems in these developing countries are not shown how to take care of the minimal access to care and education it will not work.

In Belgium a comprehensive view on health development is shared. It is believed that developing health care systems is the core response to what the people need. These health care systems are also needed to achieve a sustainable disease control. If there are no health care services it will be impossible to sustain malaria control, or any disease control, in the long term.

It is imperative to develop the capacities in the countries to deal with malaria but also with other diseases and health systems through capacity strengthening programmes. The Institute of Tropical Medicine carries out such a programme involving 22 partners in 17 countries. It is not geared at carrying out projects but really at strengthening the capacity of the developing countries, of the endemic countries. It is supported with substantial funds of the Belgian Minister for Development Cooperation.

There are many, many very good disease experts and programme managers in developing countries who should be able to find a good career in their own country and not just in the international agencies. A system should be established to encourage these experts to stay and work in their own country.

Clinical and intervention trials should be conducted. Two organisations who are really committed to strengthening the capacity of the developing countries, in Africa in particular, are The Medicine for Malaria Venture and the European Developing Countries Clinical Trial Partnership.

It is also extremely important to improve the regulatory authorities in the endemic countries. Up to 40 % of the drugs for malaria on the market in Africa are substandard or counterfeit. This is a huge problem which must be solved by strengthening first and foremost the regulatory authorities in the developing countries.

In Africa only, South Africa has a sufficient regulatory authority to deal, on an international level, with drug companies, not only with great big pharma but also with a lot of generic producers who escape international regulations and bring products on the market which should not be there.

Malaria Day is an important day to really focus on Malaria. But malaria is part of an entire comprehensive problem and of a health

This is not to diminish the importance of malaria. On the contrary, strengthening the health systems, for malaria in particular, is a precondition for sustainable malaria control. There are a great number of problems here : the access to health care is limited by geographical, physical, social, cultural and financial factors.

The lack of human resources is truly the greatest problem at this moment. There are not enough doctors or nurses in the field. A lot of people have been trained. But one of the major problems is the «brain-drain».

In the city of Manchester in England, for instance, there are more nurses from Malawi than in Malawi itself: 90 % of Zambian doctors are working in the United Kingdom or the United States, tens of thousands of South-African nurses are being recruited by the health services of the United States, Australia, Canada, or the United Kingdom. This is due to the fact that the medical profession is not valued enough anymore to attract sufficient people here. It is clear that there is a misbalance here which is absolutely vital to solve if we want to solve the health crisis in the South.

The international economic system, and the restructuring programmes imposed by the National Monetary Fund among others, has really led to underfunding of the public services. Health, and social systems are being privatised more and more in the West. In developing countries this type of market approach is a recipe for a disaster. If the public systems in these developing countries are not shown how to take care of the minimal access to care and education it will not work.

In Belgium a comprehensive view on health development is shared. It is believed that developing health care systems is the core response to what the people need. These health care systems are also needed to achieve a sustainable disease control. If there are no health care services it will be impossible to sustain malaria control, or any disease control, in the long term.

It is imperative to develop the capacities in the countries to deal with malaria but also with other diseases and health systems through capacity strengthening programmes. The Institute of Tropical Medicine carries out such a programme involving 22 partners in 17 countries. It is not geared at carrying out projects but really at strengthening the capacity of the developing countries, of the endemic countries. It is supported with substantial funds of the Belgian Minister for Development Cooperation.

There are many, many very good disease experts and programme managers in developing countries who should be able to find a good career in their own country and not just in the international agencies. A system should be established to encourage these experts to stay and work in their own country.

Clinical and intervention trials should be conducted. Two organisations who are really committed to strengthening the capacity of the developing countries, in Africa in particular, are The Medicine for Malaria Venture and the European Developing Countries Clinical Trial Partnership.

It is also extremely important to improve the regulatory authorities in the endemic countries. Up to 40 % of the drugs for malaria on the market in Africa are substandard or counterfeit. This is a huge problem which must be solved by strengthening first and foremost the regulatory authorities in the developing countries.

In Africa only, South Africa has a sufficient regulatory authority to deal, on an international level, with drug companies, not only with great big pharma but also with a lot of generic producers who escape international regulations and bring products on the market which should not be there.

Malaria Day is an important day to really focus on Malaria. But malaria is part of an entire comprehensive problem and of a health

crisis which has never been seen before, particularly in Africa, which has to be solved by investing in the systems, in the people and in new tools.

##### 5. Exposé de M. François Meurice, vice president, GlaxoSmithKline Biologicals

GlaxoSmithKline Biologicals (GSK) est une compagnie globale, qui fournit des vaccins au monde entier. L'année dernière, plus d'un milliard de doses — dont 90 % à destination des pays en voie de développement — ont été distribuées dans 165 pays. Tout cela est possible grâce aux fournisseurs que sont l'OMS, l'Unicef, l'Association américaine pour la santé et le GAVI.

De façon générale, GSK encourage également tous les partenariats possibles entre le secteur public et le secteur privé, non seulement en matière de recherche et développement, mais aussi par le biais d'engagements à long terme concernant les volumes de vaccin, les prix, les possibilités de financement tenable à long terme, y compris les actions de sensibilisation et de vision à long terme.

L'engagement à long terme de GSK contre la malaria se manifeste dans différents domaines. Divers partenariats sont entretenus pour essayer de produire des médicaments, par exemple en collaboration avec le groupe Medicines for Malaria Venture.

GSK a des centres spécialisés à cet effet, en Espagne et en Angleterre. Des efforts sont accomplis pour trouver de nouvelles combinaisons de médicaments, évoquées précédemment, et pour soutenir des programmes d'éducation à la santé, de changement des modes de comportement et de sensibilisation générale à la problématique.

GSK dispose à Rixensart d'un centre mondial de développement des vaccins et est, de façon ininterrompue, impliqué depuis une vingtaine d'années dans la recherche, les études précliniques et cliniques pour le développement d'un vaccin. GSK agit en collaboration avec de nombreux partenaires: institutions et laboratoires ainsi que centres de recherches basés en Afrique.

L'orateur insiste à nouveau sur le partenariat avec le secteur public: depuis 2001, GSK a d'ailleurs un partenariat avec la Malaria Vaccine Initiative du PATH, qui lui permet de renforcer la capacité dans un certain nombre de pays africains où il conduit des études cliniques.

L'objectif essentiel du projet « Vaccin » chez GSK Biologicals est de produire un vaccin malaria qui protège les enfants et les nourrissons résidant en pays endémiques, donc, un vaccin destiné non pas aux voyageurs mais aux populations vivant dans les pays infestés par *Plasmodium Falciparum*, certainement le parasite responsable des formes les plus sévères, sinon mortelles, de la malaria, et qui est principalement celui qu'on retrouve en Afrique.

L'objectif est de produire un vaccin médicalement sûr et bien toléré dès la petite enfance et qui, idéalement, puisse être intégré au programme élargi de vaccination dans les pays du tiers monde, en particulier en Afrique. Ce vaccin devrait également pouvoir être efficace dans toutes les circonstances de transmission qui sont assez différentes selon les zones.

Le vaccin consiste en deux antigènes qui sont regroupés: le RTS,S qui vise le parasite de la malaria proprement dit est combiné à un antigène contre l'hépatite B, par génie génétique et grâce à des adjuvants innovateurs. C'est un vaccin très performant et moderne.

Jusqu'à ce jour, de nombreux efforts ont été réalisés. Les études cliniques ont commencé à la fin des années 80 et ont progressivement conduit, en 2004, à une étape décisive, à savoir l'établissement de la preuve du concept de l'efficacité du vaccin

crisis which has never been seen before, particularly in Africa, which has to be solved by investing in the systems, in the people and in new tools.

##### 5. Uiteenzetting van de heer François Meurice, vice president, GlaxoSmithKline Biologicals

GlaxoSmithKline Biologicals (GSK) is een wereldfirma die wereldwijd vaccins levert. Vorig jaar werden meer dan een miljard doses verspreid in 165 landen, waarvan 90 % ontwikkelingslanden. Dat is mogelijk dankzij leveranciers als de WHO, Unicef, de Amerikaanse Vereniging voor Gezondheid en de GAVI, de *Global Alliance for Vaccines and Immunization*.

Over het algemeen moedigt GSK alle vormen van privé-publiek partnerschap aan, niet alleen voor onderzoek en ontwikkeling, maar ook voor langetermijnverbindingen inzake vaccinvolumes, prijzen, mogelijkheden van langetermijnfinanciering, met inbegrip van voorlichtings- en bewustmakingscampagnes op lange termijn.

Dat GSK zich op lange termijn engageert in de malariabestrijding blijkt op verschillende vlakken. Zo werkt GSK binnen verschillende partnerschappen voor geneesmiddelenproductie, bijvoorbeeld de groep *Medicines for Malaria Venture*.

GSK beschikt over gespecialiseerde centra in Spanje en Engeland. Er worden inspanningen geleverd om nieuwe gecombineerde geneesmiddelen te vinden en om gezondheidseducatieprogramma's te steunen die gericht zijn op gedragswijzigingen en algemene bewustmaking voor de problematiek.

GSK beschikt in Rixensart over een wereldcentrum voor de ontwikkeling van vaccins en is al twintig jaar lang ononderbroken bezig met het onderzoek naar en de preklinische en klinische testen van een vaccin. GSK werkt daartoe samen met tal van partners waaronder instellingen, laboratoria en onderzoekscentra in Afrika.

Hier legt spreker opnieuw de nadruk op het publiek partnerschap: sinds 2001 is GSK partner van het *Malaria Vaccine Initiative* van het PATH, waardoor GSK zijn slagkracht kan versterken in een aantal Afrikaanse landen waar het de leiding heeft over klinische studies.

Het doel van het GSK-Vaccinproject is een malariavaccin aanmaken dat kinderen en zuigelingen in endemische landen beschermt. Het gaat dus niet om een vaccin voor reizigers, maar wel voor de bevolking van gebieden waar *Plasmodium Falciparum* voorkomt, de parasiet die verantwoordelijk is voor de ernstigste, zeg maar dodelijke, vormen van malaria in Afrika.

Het doel is om een vaccin aan te maken dat medisch veilig is en goed getolereerd wordt door kleine kinderen, zodat het kan worden opgenomen in de gebruikelijke uitgebreide vaccinatieprogramma's in derdewereldlanden in het algemeen en in Afrika in het bijzonder. Het vaccin moet doeltreffend zijn onder alle besmettingsvoorwaarden en die verschillen van gebied tot gebied.

Het vaccin bestaat uit twee samengevoegde antigenen: het RTS,S dat de parasiet zelf viseert, wordt via genetische manipulatie en dankzij innoverende adjuvantia gecombineerd met het antigeen tegen hepatitis B. Het gaat om een zeer doeltreffend en modern vaccin.

Er zijn al heel wat inspanningen gedaan. De klinische studies, waarmee werd begonnen in de jaren 80, zijn in 2004 in een beslissende fase beland. Toen werd namelijk op grond van een grote klinische studie in Mozambique bewezen dat het vaccin

dans le cadre d'une grande étude clinique au Mozambique, et aux résultats de suivi, publiés en 2005.

Les résultats clés ont démontré que le vaccin était sûr et bien toléré — l'étude portait sur des enfants âgés de un à quatre ans. Le vaccin était efficace dans 35 % des cas non compliqués de malaria et dans près de 50 % des cas sévères. C'était la première fois que l'on obtenait des résultats aussi intéressants avec un vaccin contre la malaria.

Le suivi à long terme est en cours. Les observations du suivi à 18 mois sont déjà appréciables : on a constaté que la protection se maintenait tout au long de cette période, ce qui constitue une autre étape importante dans le développement du vaccin.

Ces résultats scientifiques ont été publiés.

Après avoir étudié les enfants de 1 à 4 ans, on s'est intéressé aux nourrissons pour vérifier que le vaccin pourrait être intégré dans les programmes de vaccination de routine.

Les études qui devront encore être réalisées sont plus techniques : comparaison d'adjuvants et optimisation des schémas d'administration pour aboutir à la preuve du concept dans le cadre d'une utilisation de routine, et commencer les études de phases 3 à partir de 2008.

Pour aller de l'avant, il faut d'abord consolider ces fameux sites d'étude phase II/phase III et pour ce faire, constituer des équipes de recherche dans les pays africains où les études seront réalisées, finaliser les accords, coordonner les actions, envisager les aspects logistiques, les aspects matériels et enfin, la formation, extrêmement importante.

Il faut également développer l'infrastructure, assurer la production de données de qualité et exécuter, le moment venu, le programme de phase III qui représente un effort important puisqu'il s'agira de vacciner environ quinze mille enfants et de prouver l'efficacité du vaccin.

GSK est dès à présent en train d'agir puisqu'il a commencé l'année dernière la construction de l'infrastructure industrielle. Si l'on veut à un moment donné pouvoir fournir le vaccin à grande échelle, il est évident que des choix doivent être posés avant d'avoir la certitude de ce qui se passera. C'est là l'engagement de GSK.

Si tout se passe comme prévu, le dossier d'enregistrement sera soumis en 2010 aux autorités européennes. Celles-ci permettront, grâce à une réglementation par le biais de ce que l'on appelle techniquement « l'article 58 », d'enregistrer des médicaments et des vaccins pour des pays non européens, notamment l'Afrique.

GSK a des discussions et des accords de collaboration avec quatre zones en Afrique pour organiser la lutte contre la malaria. La transmission y est différente et il s'agira de montrer que les premiers résultats encourageants engrangés peuvent être reproduits sur le terrain dans ces différents zones.

Le vaccin RTS,S viendra en complément d'autres interventions déjà citées : les moustiquaires imprégnés et les traitements présomptifs des jeunes enfants.

Un vaccin pour protéger les jeunes enfants africains contre la malaria est possible et il sera disponible plus tôt qu'on a tendance à le croire. Il faut s'y préparer dès maintenant et envisager les aspects de production et de stratégie d'enregistrement du vaccin, ainsi que les politiques de mise en œuvre. Il faut aussi chercher à savoir s'il y a un moyen de procéder à une introduction accélérée, quels seront les mécanismes de financement du vaccin, etc.

Il convient de réfléchir à tout cela. Il n'est pas possible de le faire isolément. Le partenariat entre les secteurs public et privé est une

doeltreffend was. De resultaten van het onderzoek werden in 2005 gepubliceerd.

De hoofresultaten hebben aangetoond dat het vaccin veilig was en goed werd getolereerd door kinderen van 1 tot 4 jaar. Het vaccin was doeltreffend in 35 % van de gevallen van ongecompliceerde malaria en in bijna 50 % van de ernstige malariagevallen. Nooit tevoren hadden we met een malariavaccin zulke goede resultaten verkregen.

De opvolging op lange termijn is aan de gang. Het opvolgingsonderzoek na 18 maanden loont de moeite : de bescherming blijft behouden over heel de periode. Daarmee breekt een volgende belangrijke fase aan voor de ontwikkeling van het vaccin.

De wetenschappelijke resultaten zijn gepubliceerd.

Vervolgens moest worden onderzocht of het vaccin kan worden opgenomen in de gangbare vaccinatieprogramma's voor zuigelingen.

Volgende, meer technische studies staan nog op stapel : vergelijking van de adjuvantia en optimalisatie van de toedieningsschema's om de werkzaamheid van het concept voor routinegebruik te bewijzen, begin van de fase III-studies vanaf 2008.

Om voortgang te maken moeten eerst de onderzoeksresultaten van fase II en fase III worden bevestigd. Daartoe moeten er onderzoeksteams worden opgericht in de Afrikaanse landen waar de studies worden uitgevoerd, akkoorden sluiten, acties coördineren, de logistieke kwesties bekijken, evenals de materialen en *last but not least* de opleiding.

Tevens moet ook de infrastructuur worden ontwikkeld, de productie van kwaliteitsvolle gegevens verzekerd en te gepaste tijde het fase III-programma uitgevoerd, wat een aanzienlijke inspanning zal vergen, aangezien nog ongeveer 15 000 kinderen moeten gevaccineerd worden en de werkzaamheid van die vaccinatie aangetoond.

GSK is volop aan het werk. Vorig jaar is het al begonnen met de bouw van de industriële infrastructuur. Als GSK in staat wil zijn om op grote schaal vaccins te leveren, dan moeten er uiteraard keuzes gemaakt worden. GSK verbindt zich daartoe.

Als alles volgens planning verloopt, legt GSK het registratiedossier in 2010 voor aan de Europese autoriteiten. Op grond van de technische regelgeving « artikel 58 » kunnen dan geneesmiddelen en vaccins worden geregistreerd voor niet-Europese landen, met name voor Afrika.

GSK voert besprekingen en heeft samenwerkingsakkoorden over malariabestrijding met vier gebieden in Afrika. De besmettingsmechanismen verschillen van gebied tot gebied. Het is de bedoeling aan te tonen dat de eerste bemoedigende resultaten ook in die verschillende gebieden kunnen worden verkregen.

Het RTS,S-vaccin zal andere, reeds vermelde maatregelen aanvullen : het gebruik van geïmpregneerde muskietennetten en de voorlopige behandeling van jonge kinderen.

Een vaccin ter bescherming van jonge Afrikaanse kinderen behoort dus tot de mogelijkheden en zal vroeger beschikbaar zijn dan men denkt. We moeten ons dus voorbereiden op de aanmaak en de registratie ervan en tevens de beleidsvoering terzake bekijken. Is het mogelijk om de invoering van het vaccin te versnellen ? Welke financieringsmechanismen bestaan er ?

Daarover moet worden nagedacht. Dat kan niet op een geïsoleerde manier. Een privé-publiek partnerschap en een nauwe

fois de plus essentiel, de même qu'une étroite collaboration sur place avec les investigateurs pour réussir les études cliniques.

GSK s'engage dès à présent à permettre une introduction large et rapide du vaccin, et ce, grâce à des partenariats solides qu'il reste à établir avec des gouvernements, des ONG, les autorités sanitaires de différents pays, des organisations d'aide, etc.

#### 6. Exposé de M. Axel Vande veegaete, head International Affairs, Rode Kruis-Vlaanderen

La prévention est un aspect essentiel de la lutte intégrée contre la malaria, passe notamment par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Les moustiquaires doivent être avant tout distribuées aux groupes les plus vulnérables et, en priorité, aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans. Les volontaires de la Croix-Rouge, qui sont plus de deux millions en Afrique, jouent ici un rôle primordial en franchissent les derniers kilomètres pour atteindre le groupe cible. Ils se rendent à cet effet jusqu'au fin fond de la brousse et de la savane africaine. Leur présence au sein des communautés permet non seulement de distribuer les moustiquaires, mais ils se chargent également d'une mobilisation sociale en vue de convaincre la population de la nécessité d'utiliser ces moustiquaires. C'est pourquoi il est important d'assurer le suivi de ces actions et de ne pas les limiter dans le temps.

La distribution des moustiquaires pose cependant quelques problèmes. Il s'agit tout d'abord d'actions à grande échelle, généralement combinées à des campagnes de vaccination. Les organisations de santé locales mettent en œuvre de vastes campagnes de vaccination avec le *Roll Back Malaria partnership*, incluant notamment la distribution de moustiquaires imprégnées. Une bonne organisation et un bon calendrier sont ici essentiels. Il faut coordonner l'achat des moustiquaires et la vaccination et bien choisir le moment. Pour la campagne de vaccination, la saison sèche est peut-être indiquée mais l'expérience nous a appris qu'il valait mieux que la distribution des moustiquaires ne se fasse pas trop longtemps avant la saison des pluies. Une bonne concertation est donc nécessaire. Ces dernières années, des actions au Togo, en Zambie, et au Ghana, ont ainsi été couronnées de succès. Au début de ce mois, nous avons achevé au Niger une campagne de distribution de plus de deux millions de moustiquaires imprégnées.

Le second problème concerne l'organisation du financement. Nous travaillons avec de multiples partenaires. À cette occasion, nous avons constaté un moindre intérêt des donateurs pour des actions préventives telles que la mobilisation sociale et le suivi des actions de prévention. Chaque donateur veut avoir la cerise sur le gâteau et préfère financer des actions visibles, telles que la distribution de moustiquaires. Il importe cependant de consacrer suffisamment de moyens à la totalité du programme de mobilisation, d'information et de sensibilisation.

Le troisième problème, le plus complexe, concerne les changements de comportement. Il faut convaincre les gens de l'utilité des moustiquaires qu'ils reçoivent. Ils doivent ainsi connaître les effets de la maladie et les moyens de s'en protéger. Les volontaires qui informent la population ne se limitent pas uniquement aux moustiquaires mais s'intéressent également à l'environnement sanitaire et à l'interruption du cycle de reproduction du moustique. L'utilisation des moustiquaires est cependant un volet essentiel de la campagne de prévention. Si les gens ne les utilisent pas, il est inutile de les distribuer.

Dans aucun pays le département de la Santé publique, le partenaire par excellence, n'a cependant la capacité requise pour

samenwerking met de onderzoekers ter plaatse zijn van wezenlijk belang voor het welslagen van de klinische studies.

GSK verbindt zich er *hic et nunc* toe om het vaccin snel en op grote schaal in te voeren en rekt daarvoor op een stevig partnerschap met de regeringen, de NGO's, de gezondheidsautoriteiten van de verschillende landen, de hulporganisaties, enzovoorts.

#### 6. Uiteenzetting door de heer Axel Vande veegaete, head International Affairs, Rode Kruis-Vlaanderen

Preventie is een belangrijk onderdeel van de geïntegreerde strijd tegen malaria. Een van de vormen van preventie is de verdeling van muskietennetten die met een bestrijdingsmiddel zijn behandeld.

De netten moeten vooral onder de meest kwetsbare groepen worden verdeeld; vrouwen en kinderen onder vijf jaar moeten de muskietennetten als eerste krijgen en ze ook gebruiken. De meer dan twee miljoen vrijwilligers van het Rode Kruis in Afrika spelen hierbij een belangrijke rol: zij overbruggen de laatste kilometer naar de doelgroep. Ze gaan hiervoor tot in de kleinste uithoeken van de brousse en de savanne in Afrika. Door hun aanwezigheid in de gemeenschappen kunnen niet alleen de netten worden verdeeld, maar kan ook werk worden gemaakt van de sociale mobilisatie om de bevolking te overtuigen van het nut van het gebruik van die netten. Het is ook belangrijk dat die acties worden opgevolgd en niet in de tijd worden beperkt.

Toch zijn er enkele knelpunten bij de verdeling van die muskietennetten. Ten eerste gaat het om grootschalige acties die meestal met vaccinatiecampagnes worden gecombineerd. Lokale gezondheidsorganisaties organiseren samen met het *Roll Back Malaria partnership* grote vaccinatiecampagnes waarbij ook behandelde muskietennetten, LLIN's, worden verdeeld. Hierbij zijn een goede planning en een goede timing van essentieel belang. De aankoop van de netten en de vaccinaties moet gecoördineerd verlopen. Ook het tijdstip is van belang. Voor de vaccinatiecampagne is het droge seizoen misschien aangewezen, maar uit ervaring weten we dat de verdeling van de netten best niet te lang vóór het regenseizoen wordt georganiseerd. Goed overleg is dus noodzakelijk. De afgelopen jaren werden succesvolle acties gevoerd in Togo, Zambia en Ghana. Begin deze maand hebben we een campagne in Niger afgerond, waarbij er meer dan twee miljoen behandelde netten werden verdeeld.

Een tweede knelpunt is de planning van de financiering. We werken met vele partners samen. We hebben daarbij gemerkt dat donoren minder belangstelling hebben voor preventieacties zoals de maatschappelijke mobilisatie en de opvolging van de preventieacties. Elke donor wil de kers op de taart hebben; ze financieren liever acties die in het oog springen en aantrekkelijk zijn. Muskietennetten zijn zeer goed zichtbaar en dus aantrekkelijk om er acties rond te voeren. Het is echter belangrijk dat voor het volledige programma rond mobilisatie, informatie en sensibilisatie voldoende middelen worden vrijgemaakt.

Het derde en meest complexe knelpunt is uiteraard de gedragsverandering. Mensen moeten overtuigd zijn van het nut van de netten die ze krijgen en moeten daarom ook weten wat de ziekte veroorzaakt en hoe ze zich ertegen kunnen beschermen. Uiteraard beperken de vrijwilligers die de bevolking inlichten, zich niet tot de netten zelf. Ze hebben ook aandacht voor de sanitaire omgeving en voor het doorbreken van de voortplantingscyclus van de mug. Het gebruik van de netten is echter een essentieel onderdeel van de preventiecampagne. Het heeft geen zin ze te verdelen, als de mensen ze niet gebruiken.

Het ministerie van Gezondheid, de partner bij uitstek, heeft echter in geen enkel land de nodige capaciteit om volledig in te



prendre entièrement en charge la mobilisation sociale et le suivi. C'est la raison pour laquelle il faut une collaboration avec la société civile, non seulement la Croix-Rouge mais également les églises, les mosquées, d'autres ONG, les mouvements de jeunesse etc. La mobilisation doit être générale. C'est un travail de longue haleine, d'où la nécessité de prévoir un financement suffisant pour soutenir la société civile.

Les orateurs précédents se sont déjà attachés au développement de la capacité, particulièrement dans le secteur des soins de santé. Le développement de la capacité est également essentiel au sein de la société civile. Les villages doivent disposer d'assez de collaborateurs suffisamment formés au suivi de l'aspect préventif du traitement de la malaria.

À côté de la distribution des moustiquaires lors de vastes campagnes de vaccination, la diffusion de moustiquaires dans bon nombre de pays africains doit également être intégrée aux programmes sanitaires en cours, d'autant plus que ceux-ci ciblent les groupes les plus vulnérables. L'orateur cite l'exemple des programmes de soins à domicile destinés aux patients VIH dans des pays tels que le Mozambique. Il importe que de telles actions soient soutenues par la distribution de moustiquaires imprégnées, d'autant plus que ces personnes sont plus vulnérables. Ensuite, il existe des structures permettant d'atteindre ces personnes et d'assurer le suivi. C'est pourquoi il faut que les campagnes ou les projets de santé ordinaires s'attachent à la lutte contre la malaria.

La lutte contre la malaria ne pourra être gagnée que si tous les partenaires du *Roll Back Malaria Partnership* collaborent effectivement et valablement, que toutes les actions sont coordonnées et que l'on prend suffisamment en compte tous les aspects de la lutte contre la malaria.

## 7. Exposé de M. Vincent Janssens, Médecins Sans Frontières

L'organisation d'aide médicale Médecins Sans Frontières (MSF) se concentre sur les crises humanitaires. L'expérience en matière de malaria est double. D'une part, la malaria est un facteur aggravant dans de très nombreuses crises humanitaires. D'autre part, la malaria elle-même provoque souvent une crise humanitaire.

En 2005, environ 1,8 million de personnes atteintes de malaria — réparties dans quarante pays du monde entier — ont consulté les services de MSF. Selon les évaluations réalisées à intervalles réguliers par l'organisation, la malaria est toujours une importante cause de mortalité et de morbidité, surtout en ce qui concerne les enfants. Au Congo, par exemple, près de 6 enfants sur 10 000 meurent chaque jour, la cause étant la malaria dans 40 % des cas. En Sierra Leone, la malaria cause quotidiennement la mort de 1,2 enfant de moins de cinq ans sur 10 000.

En matière de malaria, il y a trois grandes préoccupations. Tout d'abord, un trop grand nombre de personnes et de patients n'ont tout simplement pas accès à un traitement, soit parce que les services manquent, soit parce que le traitement fait défaut. Le diagnostic n'étant pas toujours optimal, on constate également une utilisation inadéquate du traitement disponible. Or, il existe des tests diagnostiques rapides qui permettent d'établir un diagnostic plus précis que le diagnostic microscopique habituel. Enfin, on prescrit encore trop de médicaments inefficaces.

Les évaluations indiquent que la résistance aux médicaments est déjà fort répandue. L'OMS a répondu à ce constat en recommandant d'opter pour un autre protocole à partir d'un degré de résistance de 10 %. Les ACT sont devenus le standard en la matière. MSF en a conclu que du point de vue tant médical

staan voor de sociale mobilisatie en de follow-up. Daarom moet er met de civiele maatschappij worden samengewerkt. Dat is uiteraard niet alleen het Rode Kruis, maar ook de kerken, de moskees, andere NGO's, jeugdbewegingen enzovoort. Allemaal moeten ze worden gemobiliseerd. Dat is een werk van lange adem en voor de ondersteuning van de civiele maatschappij moet eveneens voldoende financiering zijn.

Vorige sprekers hebben al aandacht besteed aan de capaciteitsopbouw, vooral dan in de gezondheidssector. Ook binnen de civiele maatschappij is capaciteitsopbouw heel belangrijk. Er moet gezorgd worden voor voldoende medewerkers in de dorpen die over voldoende kennis beschikken om het preventieve aspect van de malariabehandeling op te volgen en in goede banen te leiden.

Naast de verdeling van netten tijdens grote vaccinatiecampagnes, moet in vele Afrikaanse landen de verdeling van netten ook deel uitmaken van lopende gezondheidsprogramma's, zeker van deze die toegespitst zijn op de meest kwetsbaren. Spreker geeft het voorbeeld van programma's van thuiszorg voor HIV-patiënten in landen zoals Mozambique. Het is belangrijk dat dergelijke acties worden ondersteund door de verdeling van behandelde muskietennetten. Ten eerste zijn deze mensen vatbaarder voor malaria. Ten tweede zijn er al de structuren om die mensen te bereiken en de follow-up te garanderen. Daarom is het belangrijk dat in de gewone gezondheidscampagnes of -projecten aandacht wordt besteed aan de strijd tegen malaria.

De strijd tegen malaria kan pas gewonnen worden als alle partners van het Roll Back Malaria Partnership effectief en goed samenwerken, als alle acties gecoördineerd worden en er voldoende aandacht is voor alle aspecten van de strijd tegen malaria.

## 7. Uiteenzetting door de heer Vincent Janssens, Artsen Zonder Grenzen

Artsen Zonder Grenzen (AZG) is een medische hulporganisatie die zich concentreert op humanitaire crisissen. De ervaring met malaria is tweeledig. In heel wat humanitaire crisissen is malaria een verzwarende factor; de ziekte komt er als een extra probleem bovenop. Daarnaast veroorzaakt malaria zelf vaak een humanitaire crisis.

In 2005 zijn pakweg 1,8 miljoen mensen de diensten van AZG voor malaria komen consulteren. Dit gebeurt in veertig landen gespreid over de hele wereld. Uit evaluatie die AZG zelf regelmatig opmaakt blijkt dat malaria nog altijd een belangrijke oorzaak is van mortaliteit en morbiditeit, vooral bij kinderen. In Congo bijvoorbeeld loopt de kindmortaliteit op tot 6 per 10 000 per dag en in 40 % van deze gevallen is de oorzaak malaria. In Sierra-Leone is malaria verantwoordelijk voor een mortaliteit van 1,2 per 10 000 per dag bij kinderen jonger dan 5 jaar.

Inzake malariabehandeling is de belangrijkste bezorgdheid drievoudig. Er zijn vooreerst te veel mensen en te veel patiënten die gewoon geen toegang hebben tot een malariabehandeling, deels door het ontbreken van diensten, deels door het ontbreken van een behandeling. Daarnaast is er het inadequaat gebruik van de beschikbare behandeling, omdat de diagnose niet altijd optimaal gebeurt. Er bestaan wel snelle diagnostische testen die een scherpere diagnose mogelijk maken dan de gebruikelijke microscopische diagnose. Ten slotte wordt nog te veel ineffectieve medicatie voorgeschreven.

Uit evaluaties blijkt dat resistentie tegen medicatie reeds zeer ruim verspreid is. De WHO heeft daarop ingespeeld door te argumenteren dat vanaf een resistentiegraad van 10 % een ander protocol moet worden gekozen. De ACT's zijn daarbij de standaard geworden. Daaruit heeft AZG de conclusie getrokken

qu'éthique, il était totalement injustifiable de prescrire d'autres médicaments. Dès lors, les ACT sont utilisés systématiquement et MSF insiste auprès de ses partenaires et des pouvoirs publics en faveur d'un changement urgent en ce sens. Cette information est connue depuis longtemps, mais selon une liste de l'OMS, si quarante pays ont bien modifié le protocole en 2006, seuls douze se sont efforcés de mettre les ACT à la disposition des patients atteints de malaria.

Les informations découlant de l'initiative *Roll Back Malaria* démontre que la distribution de ces médicaments en Afrique est trop éparpillée. Lors des visites à des services de santé du premier échelon, MSF doit régulièrement constater l'absence d'ACT sur les étagères. Il reste encore beaucoup de travail pour appliquer le protocole de manière uniforme.

Il y a quatre causes possibles de retard dans ce processus, à savoir l'engagement politique concernant la décision de modification du protocole, l'aspect financier, l'aspect organisationnel et l'accessibilité générale au traitement et aux soins.

Concernant l'engagement politique, il est un fait que quelques pays africains n'ont pas encore modifié le protocole et utilisent toujours la chloroquine ou d'autres médicaments résistants. Dans d'autres pays encore, le protocole a bien été modifié et les moyens financiers, mis à disposition, mais les ACT ne sont toujours pas sur les étagères. On peut se demander si cette situation est due à un problème d'engagement politique ou à la combinaison de différents facteurs. L'engagement politique à réaliser un changement ne s'arrête pas au moment où un autre protocole est formellement disponible. Le processus ne fait alors que démarrer et, à ce moment, un engagement politique est nécessaire à toutes les couches de l'organisation.

L'aspect financier concerne tout d'abord le Fonds mondial. La mise à disposition des moyens financiers accuse un retard très important. La question est de savoir si les procédures sont bien adaptées et si les étapes intermédiaires ne sont pas trop nombreuses. En 2004, la Sierra Leone a soumis une proposition, mais il ne dispose toujours pas d'ACT.

Si certains pays voient leur proposition essuyer un nouveau refus et ne peuvent pas acheter d'ACT, leurs patients ne pourront pas être aidés, même si le protocole national a été modifié. De nombreuses propositions soumises au Fonds mondial étaient peut-être incomplètes, et l'on va à présent en tirer la conclusion que les moyens font défaut, tant pour le diagnostic que pour le personnel qui doit administrer le traitement. On n'est vraiment pas rassuré quant aux moyens financiers.

Lorsqu'un changement important doit être réalisé, les gens se demandent combien de temps ils seront soutenus s'ils s'engagent.

Beaucoup de problèmes se posent également sur le plan pratique, par exemple la commande et l'importation des médicaments et la planification des besoins. En principe, celle-ci doit déjà avoir été effectuée lorsqu'une proposition est établie, mais de nombreux problèmes peuvent encore se poser lors de l'exécution, surtout en cas d'information insuffisante concernant la situation sanitaire d'un pays déterminé.

Le personnel chargé d'appliquer le nouveau protocole peut avoir ses propres doutes et sa propre opinion en la matière. Il doit en tout cas être préparé. Tout fournir jusque dans les régions les plus reculées pose des problèmes logistiques dans de nombreux pays.

Pour assurer un traitement complet de la malaria, il ne faut pas seulement le bon médicament, mais également un diagnostic correct. Le test diagnostique rapide doit, à cet égard, être pris en considération.

dat iets anders dan ACT voorschrijven zowel medisch als ethisch totaal onverantwoord is. Daarom worden ACT's nu systematisch gebruikt en dringt AZG aan bij partners en bij de overheid op een dringende verandering in die zin. Die informatie is al lang gekend, maar blijkens een WHO-lijst hebben in 2006 nog steeds 40 landen die protocolverandering wel doorgevoerd, maar hebben er slechts 12 de inspanning gedaan om de ACT-medicatie beschikbaar te stellen voor malariapatiënten.

Volgens informatie van het *Roll Back Malaria*-initiatief verloopt de distributie van de medicatie in Afrika te verspreid. Bij bezoeken aan de eerstelijnsgezondheidsdiensten stelt AZG geregeld vast dat de ACT's nog niet in de rekken staan. Er moet nog heel wat werk worden verricht om het protocol uniform toe te passen.

Er zijn er vier mogelijke *bottlenecks* bij deze implementatie-problematiek, namelijk het politieke engagement rond de beslissingen om het protocol te wijzigen, het financiële aspect, het organisatorische aspect en de algemene toegankelijkheid tot de behandeling en de verzorging.

Wat het politieke engagement betreft, is het een feit enkele Afrikaanse landen het protocol nog niet veranderd hebben, nog steeds werken met chloroquine of andere resistente geneesmiddelen. In nog andere landen die het protocol wel gewijzigd hebben en financiële middelen ter beschikking hebben, vinden we toch nog steeds geen ACT's in de rekken. Men kan zich afvragen of dit een probleem is van politiek engagement of een combinatie van verschillende factoren. Het politieke engagement om een verandering door te voeren stopt niet op het ogenblik dat er formeel een ander protocol is. In feite begint het eigenlijk pas dan en op dat ogenblik moet er een politiek engagement zijn voor alle lagen van de organisatie.

Het financiële aspect betreft in de eerste plaats het *Global Fund*. Er is heel wat vertraging in het beschikbaar stellen van de fondsen. De vraag is of de procedures wel aangepast zijn en of er niet te veel intermediaire stappen zijn. Sierra Leone diende in 2004 een *proposal* in en beschikt nog altijd niet over ACT's.

Als bepaalde landen hun *proposal* geweigerd zien zodat ze geen ACT's kunnen aankopen, dan kunnen de patiënten in die landen niet geholpen worden, ook al zou het nationale protocol gewijzigd zijn. Misschien waren vele voorstellen die naar het *Global Fund* werden gestuurd onvolledig en zal men nu tot de conclusie komen dat er geen middelen zijn voor zowel de diagnose als het personeel dat de behandeling moet geven. Men is alleszins niet gerust in die financiële middelen.

Als een belangrijke verandering moet worden doorgevoerd, rijst bij mensen de vraag hoelang ze zullen worden ondersteund wanneer ze zich engageren.

Er rijzen ook een heleboel praktische problemen, zoals het bestellen en invoeren van de medicatie en het plannen van de behoeften. Dit laatste is normaal al gebeurd bij het opmaken van een voorstel, maar bij de praktische uitvoering kunnen zich nog heel wat problemen voordoen, zeker als er onvoldoende informatie is over de sanitaire situatie in een bepaald land.

Het personeel dat het nieuwe protocol in de praktijk moet omzetten, kan daarover twijfels en zijn eigen opinie hebben. Het moet in ieder geval worden opgeleid. In heel wat landen bestaan er logistieke problemen om alles tot in de verste uithoeken te bezorgen.

Een complete malariabehandeling is niet enkel een kwestie van de juiste medicatie, maar ook van een correcte diagnose. Daarbij moet voldoende aandacht gaan naar de snelle diagnostische test.

L'accessibilité du traitement et des soins est un élément essentiel. Ce problème se pose à différents niveaux. Tout d'abord, l'accessibilité des soins du premier échelon est fort problématique dans de nombreux pays africains, où cette lacune est la principale cause de mortalité. Existe-t-il des solutions alternatives? Pouvons-nous investir dans les soins du premier échelon et rattraper le retard de façon à pouvoir soigner un plus grand nombre de personnes à court terme? Nous devons encore étudier en détail la faisabilité et les effets de cette possibilité.

L'existence de soins de santé du premier échelon ne signifie pas nécessairement que ceux-ci sont accessibles. Dans de nombreux pays, le patient doit payer. En Sierra Leone, par exemple, 70 % des malades n'y recourent pas car ils savent qu'ils ne pourront pas le payer.

Il n'existe même pas de soins de santé du premier échelon gratuits en suffisance. De plus, le traitement et les médicaments sont-ils également gratuits?

Il est important de reconnaître les difficultés techniques et organisationnelles. Nous ne pouvons pas cesser nos efforts une fois les protocoles modifiés. Nous devons également être prêts, à l'échelon international, à fournir l'aide nécessaire pour résoudre ces problèmes techniques et organisationnels.

Il faut de la bonne volonté à l'échelon international pour que le soutien soit suffisant. Les moyens financiers nécessaires doivent rester disponibles sur une base permanente.

Il convient d'accorder une attention suffisante à la faisabilité des soins de santé du premier échelon. Il faut, dans le cadre des initiatives, tenir compte du fait que les patients qui ont besoin d'un traitement correct n'ont pas à surmonter des obstacles financiers, ce qui implique la gratuité des soins de santé du premier échelon. Si ce n'est pas possible, les groupes de population les plus vulnérables, les enfants par exemple, doivent être aidés en priorité. Et si cela aussi pose problème, le traitement lui-même doit à tout le moins être gratuit.

Il reste important d'accorder en permanence une attention suffisante aux techniques diagnostiques rapides. Il convient, quand des changements aussi importants sont introduits en matière de santé, d'accorder une attention suffisante au suivi et à la surveillance des résultats de la nouvelle approche.

De toegankelijkheid van behandeling en zorgen is erg belangrijk. Dat probleem rijst op verschillende niveaus. In de eerste plaats bestaat er in een heleboel Afrikaanse landen een groot probleem inzake de toegankelijkheid van eerstelijnszorg. Het ontbreken daarvan is in vele landen de belangrijkste doodsoorzaak. Zijn er alternatieve opties? Kunnen we investeren in eerstelijnszorg en een inhaalbeweging op gang brengen zodat op korte termijn veel meer mensen kunnen worden behandeld? De haalbaarheid en de effecten van die mogelijkheid moeten nog grondig worden bekeken.

Wanneer er wel een eerstelijnszorg bestaat, betekent dat nog niet dat die ook toegankelijk is. In vele landen moet de patiënt betalen. In Sierra Leone bijvoorbeeld gaat 70 % van de zieke mensen niet naar de gezondheidszorg omdat ze weten dat ze het niet kunnen betalen.

Het is zelfs niet voldoende gratis eerstelijnszorg te bieden. We moeten ook zeker zijn dat er evenmin iets wordt aangerekend voor de behandeling en de medicatie.

Het blijft van belang dat we voldoende aandacht geven aan het onderkennen van de technische en organisatorische aspecten. We mogen niet stoppen wanneer de protocollen veranderd zijn. We moeten op internationaal niveau ook bereid zijn om de nodige hulp te geven voor die technische en organisatorische aspecten.

Internationaal moet de bereidheid bestaan om daaraan voldoende ondersteuning te geven. De nodige financiële middelen moeten op permanente basis beschikbaar blijven.

De haalbaarheid van eerstelijnsgezondheidszorg moet voldoende aandacht krijgen. Initiatieven moeten er rekening mee houden dat patiënten die een correcte behandeling nodig hebben, geen financiële barrières hoeven te overwinnen. Zulks impliceert dat de eerstelijnsgezondheidszorg gratis is. Als zulks niet haalbaar is moeten de meest kwetsbare bevolkingsgroepen, zoals de kinderen, prioritair worden geholpen. Als ook dat nog een probleem is, moet de behandeling zelf op zijn minst gratis zijn.

Het blijft belangrijk om permanent voldoende aandacht te besteden aan snelle diagnostische technieken. Bij de invoering van dergelijke belangrijke gezondheidsveranderingen moet voldoende aandacht worden besteed aan de follow-up en de monitoring van de resultaten van de nieuwe aanpak.