



Assemblée générale

Distr. générale
2 août 2010
Français
Original : anglais

Soixante-cinquième session

Point 12 de l'ordre du jour provisoire*

**2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme
dans les pays en développement, particulièrement
en Afrique**

2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport établi par l'Organisation mondiale de la Santé, conformément à la résolution 64/79 de l'Assemblée générale.

* A/65/150.



Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique »

Résumé

Le présent rapport souligne les progrès réalisés dans la réalisation des objectifs fixés pour 2010 en vue de faire reculer le paludisme comme le veut la résolution 62/180 de l'Assemblée générale. Il se fonde sur les rapports récents de l'Organisation mondiale de la Santé sur la situation actuelle : le *Rapport mondial sur le paludisme de 2009* (Organisation mondiale de la Santé, 2009) et le *Projet Faire reculer le paludisme (Roll Back Malaria, RBM) Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources - Les 10 premières années du Partenariat Faire reculer le paludisme* (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé et le Programme de technologie sanitaire appropriée PATH, 2010), la *Journée mondiale contre le paludisme 2010 : La situation en Afrique* (UNICEF et PATH, 2010) et le rapport *Saving Lives with Malaria Control: Counting Down to the Millennium Development Goals* (Tulane University, Johns Hopkins University, PATH et Organisation mondiale de la Santé, 2010), publié par le partenariat Faire reculer le paludisme.. Des données émanant de pays au sein desquels le paludisme est endémique ou d'autres partenaires du projet Faire reculer le paludisme, tels que l'Alliance pour la Prévention du paludisme sont également exploitées. Le rapport présente également les conclusions et les recommandations qu'il convient de soumettre à l'Assemblée générale.

Au cours des 10 dernières années, les efforts en matière de contrôle du paludisme ont attiré l'attention des politiques et bénéficié d'une aide financière au niveau international, régional et national. Lors du Sommet africain consacré à la lutte contre le paludisme à Abuja en 2000, les Chefs d'État et de gouvernement africains ont exprimé leur détermination à déployer des efforts intensifs pour « réduire de moitié la mortalité imputable au paludisme en Afrique d'ici 2010, en mettant en œuvre les stratégies et les mesures adoptées lors du Projet Faire reculer le paludisme ». Les dirigeants du monde entier ont inclus parmi les objectifs du Millénaire pour le développement celui « d'avoir maîtrisé le paludisme et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici à 2015 ». Au début de l'année 2008, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a désigné un Envoyé spécial pour le paludisme afin de mobiliser l'aide internationale en faveur de la lutte contre la maladie. Faisant écho à l'appel du Secrétaire général en faveur d'une couverture universelle et en réponse à la pression internationale croissante d'un engagement à long terme dans le cadre du contrôle du paludisme, les acteurs engagés dans la lutte contre le paludisme ont élaboré ensemble le Plan d'action mondial contre le paludisme. Ce plan vise à accélérer et à soutenir les efforts mondiaux de contrôle du paludisme, en éliminant la maladie dans tous les cas où cela est possible et à investir dans la recherche axée sur la mise au point de nouveaux outils, susceptibles de favoriser l'éradication de la maladie à long terme. Renforcé par l'Envoyé spécial pour le paludisme désigné par le Secrétaire général des Nations Unies et la nouvelle Alliance des dirigeants africains contre le paludisme, le contrôle du paludisme reste une priorité absolue dans le cadre du programme de développement mondial en 2010.

En réponse aux efforts mondiaux de mobilisation, les engagements internationaux pour le financement de la lutte antipaludique sont passés de moins de 0,2 milliard de dollars des États-Unis en 2000 à 1,6 milliard de dollars des États-Unis en 2009. Cette progression s'explique en grande partie par la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et la hausse des engagements de l'Initiative présidentielle américaine pour lutter contre le paludisme (PMI), de la Banque mondiale et d'autres institutions. Elle a permis d'accroître considérablement la couverture des interventions antipaludiques dans de nombreuses zones, et de parvenir à une réduction mesurable de la charge palustre.

La proportion estimée de ménages africains possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide a grimpé, passant de 17 % en 2006 à 31 % en 2008. En outre, la part des enfants de moins de cinq ans ayant utilisé ces moustiquaires est plus élevée en 2008 (24 %). Le taux de personnes possédant des moustiquaires imprégnées d'insecticide dépasse 50 % dans 13 pays africains à forte charge de morbidité. Le pourcentage des enfants qui utilisent une moustiquaire est inférieur à l'objectif fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé (80 %), principalement en raison du faible taux de personnes en possession de moustiquaires imprégnées qu'affichent de nombreux grands pays africains. Les ressources nécessaires pour étendre cet usage sont désormais disponibles puisque 88 millions de moustiquaires de ce type ont été livrées en 2009 et que 70 millions supplémentaires sont attendues au cours du premier semestre 2010.

Le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine a augmenté par rapport à 2006, mais demeure très faible dans la plupart des pays africains. Dans 11 des 13 pays sondés sur la période 2007-2008, moins de 15 % des enfants de moins de cinq ans souffrant de fièvre ont bénéficié d'un tel traitement (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine), ce qui est bien inférieur à l'objectif de l'Assemblée mondiale de la Santé (80 %). Ce chiffre donne une estimation artificiellement faible du traitement approprié puisque la majorité de ces enfants souffrant de fièvre n'ont pas fait l'objet d'un test de diagnostic permettant de confirmer le paludisme. Depuis 2008, environ 22 % des cas présumés de paludisme en Afrique sont confirmés grâce à un test diagnostique.

Dans les pays qui sont parvenus à un taux élevé de couverture pour les moustiquaires et les traitements, les cas de paludisme et les décès en découlant ont reculé de 50 %. Il semble ainsi que les cibles de l'Objectif 6, visant à inverser la tendance actuelle, peuvent être atteintes si les interventions d'intérêt majeur bénéficient d'une couverture suffisante. Ces résultats ont été observés dans des contextes insulaires (Sao Tomé-et-Principe et Zanzibar en République-Unie de Tanzanie) mais également dans certains pays d'Afrique continentale, notamment l'Érythrée, le Rwanda et la Zambie. À Sao Tomé-et-Principe, les fortes diminutions du nombre de cas de paludisme et de décès en découlant se sont accompagnées de reculs marqués des décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de cinq ans. Ainsi, le déploiement d'efforts importants de lutte antipaludique pourrait, semble-t-il, aider de nombreux pays africains à atteindre d'ici 2015 la réduction des deux tiers de la mortalité infanto-juvénile, visée dans l'Objectif 4.

Une étude récente sur la lutte contre le paludisme dans 35 pays africains indique que plus de 560 000 vies ont été sauvées entre 2000 et 2009, dont presque les trois quarts depuis 2006. De manière globale, sur les 108 pays confrontés au paludisme, plus d'un tiers (soit 9 pays africains et 29 autres pays) a fait état de

diminutions de plus de 50 % du nombre de cas de paludisme. C'est dans les pays aux taux d'incidence les plus élevés que le nombre de cas a le moins chuté. Dix pays mettent en œuvre des programmes d'élimination à l'échelle nationale. Huit pays sont en phase de pré-élimination tandis que huit autres ont interrompu la transmission et s'emploient à empêcher que la maladie ne réapparaisse. En mai 2010, l'Organisation mondiale de la Santé a inscrit le Maroc sur la liste des pays ayant éradiqué le paludisme, portant ainsi à 107 le nombre de pays touchés de manière endémique par cette maladie.

La résistance du parasite aux antipaludiques et celle des moustiques aux insecticides compromettent gravement les efforts déployés dans le monde pour vaincre la maladie. Les premiers cas de résistance aux artémisinines ont été observés dans l'ouest du Cambodge en 2008. Dès janvier 2009, une réponse rapide de confinement, nécessitant la détection et le traitement de tous les cas dans les régions cibles ainsi qu'une distribution accrue des moustiquaires auprès de la population à risque, était apportée afin d'éviter toute propagation de ce phénomène. Les premiers résultats indiquent que les souches résistantes de *Plasmodium falciparum* à l'artémisinine ont pratiquement disparu. Pour autant, les monothérapies à base d'artémisinine sont toujours commercialisées dans de nombreux pays, en dépit de l'appel lancé par l'Organisation mondiale de la Santé visant à les retirer du marché et restent une menace pour la vie thérapeutique utile des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

Les décaissements au bénéfice des pays d'endémie palustre (près de 1,5 milliard de dollars des États-Unis en 2009) sont encore loin des 5 milliards de dollars des États-Unis nécessaires chaque année pour assurer une couverture élevée et un impact maximum dans le monde. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement nécessite non seulement de disposer de ressources financières suffisantes, mais également de renforcer les systèmes de santé de sorte qu'ils soient capables de mener des interventions de lutte antivectorielle, de fournir des outils de diagnostic pour la confirmation parasitologique parallèlement aux traitements aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, et d'élaborer des systèmes de suivi systématiques pour le paludisme proprement dit et pour la résistance du parasite aux antipaludiques ou des moustiques aux insecticides.

I. Contexte général

1. En 2008, on estimait à 243 millions le nombre de cas de paludisme (5^e –95^e percentiles, 190-311 millions) à travers le monde. La vaste majorité des cas (85 %) est située dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé, en Asie du Sud-Est (8 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale (4 %). Selon les estimations, on aurait déploré 863 000 décès (5^e –95^e percentiles, 708 à 1 003 millions) en 2008, dont 91 % dans la Région africaine, 8 % en Asie du Sud-Est et 6 % dans la Région de la Méditerranée.

2. Le paludisme étant l'une des causes principales de décès chez les enfants africains, la lutte contre cette maladie doit influencer directement sur la réalisation de l'Objectif 4 visant à réduire de deux tiers, avant 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. La lutte antipaludique contribue aussi à la réalisation de l'Objectif 5 visant à réduire la mortalité maternelle.

3. En 2007, les Nations Unies (via les objectifs du Millénaire pour le développement), l'Assemblée mondiale de la Santé et le partenariat Faire reculer le paludisme avaient défini des objectifs cohérents eu égard à la couverture de l'intervention et à son impact pour 2010 et 2015. La couverture doit atteindre d'ici 2010, au moins 80 % dans quatre domaines d'intervention clés : les moustiquaires imprégnées d'insecticides pour les personnes à risque, les médicaments antipaludiques appropriés dans les cas probables ou confirmés de paludisme, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent pour les ménages à risque et un traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (dans les milieux à transmission élevée). Les objectifs en matière d'impact au niveau mondial visent une baisse du nombre de cas de paludisme et du taux de mortalité d'au moins 50 % entre 2000 et 2010 et d'au moins 75 % entre 2000 et 2015.

4. À l'occasion de la Journée mondiale du paludisme 2008, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé un appel pour mettre un terme aux décès dus au paludisme, en assurant une couverture mondiale des interventions antipaludiques d'ici la fin 2010. Par conséquent, la communauté mondiale de lutte contre le paludisme a établi trois cibles supplémentaires dans le cadre du Plan d'action mondiale contre le paludisme, lancé par le Partenariat Faire reculer le paludisme 2008. Le premier vise à atteindre une mortalité due au paludisme proche de zéro pour les décès évitables en 2015. Cet objectif est plus ambitieux que le précédent (réduction de 75 % du nombre de décès du paludisme d'ici 2015). Le deuxième vise à éliminer le paludisme dans 8 à 10 pays d'ici 2015, puis dans l'ensemble des pays actuellement en phase de pré-élimination (2008). Le troisième objectif entend « éradiquer, à long terme, le paludisme à l'échelle planétaire en réduisant l'incidence mondiale à zéro grâce à une élimination nationale progressive ».

II. Politiques et stratégies de lutte antipaludique

5. Les deux outils les plus puissants et les plus largement utilisés dans le cadre de la prévention du paludisme par le contrôle des moustiques sont les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent. En raison des taux de couverture élevés nécessaires pour assurer le plein potentiel des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée ou les pulvérisations intradomiciliaires, l'Organisation mondiale de la

Santé recommande une « couverture universelle » de toutes les personnes à risque dans les régions ciblées dans le cadre de la prévention du paludisme. S'agissant des moustiquaires imprégnées, cela signifie que toutes les personnes à risque, quel que soit leur âge ou leur sexe, dans les zones cibles de la prévention du paludisme doivent disposer de moustiquaires imprégnées.

6. L'Organisation mondiale de la Santé préconise même la fourniture de moustiquaires imprégnées à titre gracieux ou à un prix fortement subventionné; le prix ne doit pas constituer une barrière pour les personnes susceptibles de contracter le paludisme, en particulier celles pour lesquelles l'infection palustre génère les effets les plus graves, notamment les femmes enceintes et les enfants.

7. Il est possible d'offrir et de conserver une couverture universelle par des moustiquaires imprégnées en combinant une couverture initiale rapide, des campagnes de masse régulières et une distribution généralisée auprès des femmes enceintes et des nourrissons lors des consultations prénatales et des vaccinations de routine.

8. Seules les moustiquaires imprégnées approuvées par le Système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) peuvent être fournies dans le cadre du Programme national de lutte antipaludique ou par les partenaires en faveur de la lutte antipaludique. Ces moustiquaires sont conçues pour maintenir leur efficacité biologique contre les moustiques vecteurs pendant au moins trois ans dans la mesure où les recommandations en matière d'utilisation sont respectées, ce qui permet d'éviter tout traitement régulier par insecticide.

9. Le WHOPES recommande actuellement douze insecticides relevant de quatre classes chimiques différentes pour les pulvérisations intradomiciliaires. Le dichlorodiphényltrichloréthane (DDT) présente une efficacité résiduelle plus longue (supérieure à 6 mois) contre les vecteurs du paludisme et joue un rôle important dans la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides. Les pays peuvent utiliser le DDT dans le cadre des pulvérisations intradomiciliaires aussi longtemps que cela est nécessaire et dans les quantités qui s'imposent, sous réserve que les lignes directrices et les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que les dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants soient respectées et tant que des alternatives adéquates et économiques au niveau local ne permettent pas d'assurer le remplacement durable du DDT.

10. La résistance aux insecticides, notamment les pyréthroïdes, représente une menace urgente et croissante pour le caractère durable des méthodes actuelles de la lutte antivectorielle. Il est impératif de surveiller et de gérer la résistance aux insecticides employés à la fois pour les moustiquaires imprégnées et les pulvérisations intradomiciliaires.

11. Un traitement à la fois précoce et efficace du paludisme réduit la morbidité, évite les décès et réduit le réservoir d'infection, en permettant ainsi de lutter efficacement contre le paludisme. La mise à jour des *Lignes directrices relatives au traitement du paludisme de l'Organisation mondiale de la Santé* a été publiée en 2010.

12. Avant le traitement, il est recommandé d'établir rapidement (dans les deux heures suivant l'arrivée du patient) une confirmation parasitologique de tous les cas présumés, par microscopie ou à l'aide d'un test de diagnostic rapide. Ce n'est que

lorsque le diagnostic parasitologique n'est pas possible que l'on peut envisager un traitement exclusivement sur la base de la suspicion clinique. La confirmation parasitologique avant tout traitement revêt une importance croissante car la proportion de personnes souffrant de fièvre provoquée par le paludisme diminue au fur et à mesure que la transmission faiblit. En traitant toutes les formes de fièvre comme le paludisme, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont non seulement utilisées abusivement mais les personnes souffrant de fièvre pour d'autres raisons ne sont pas soignées de manière adéquate. Le recours généralisé aux tests de diagnostic rapides favorisera la réduction du nombre de cas faussement liés au paludisme et de l'utilisation abusive des médicaments antipaludiques.

13. Les cas confirmés de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* doivent être traités avec des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et le paludisme à *Plasmodium vivax* avec de la chloroquine, lorsque ce traitement est efficace, ou une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine adaptée si le *Plasmodium vivax* y résiste. Le traitement de *Plasmodium vivax* doit être associé à 14 jours de primaquine pour éviter toute rechute après avoir vérifié que le patient ne présente aucun déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase.

14. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont non seulement très efficaces mais elles contribuent aussi à empêcher l'émergence et la diffusion de la souche de *Plasmodium* résistante aux médicaments. Actuellement, cinq combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé en raison de leur caractère sûr et efficace : l'artémether-luméfantrine, l'artésunate-amodiaquine, l'artésunate-méfloquine, l'artésunate-sulfadoxine-pyriméthamine et le dihydroartémisinine-pipéraquine. Le choix de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine doit reposer sur l'efficacité que celle-ci présente dans le pays ou la zone où elle censée être utilisée.

15. Dans les zones de forte transmission, il est recommandé aux femmes enceintes de suivre un traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine, qui sera administré deux à trois reprises au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse lors des visites de soins prénatales. Le traitement préventif intermittent, qui utilise une seule dose de sulfadoxine-pyriméthamine administrée à trois reprises pendant la première année de vie lors de visites de routines dans le cadre du Programme élargi de vaccination est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé dans les régions à transmission élevée où la sulfadoxine-pyriméthamine reste encore efficace en tant que médicament préventif.

16. Dans la plupart des pays du monde, la résistance du parasite a rendu inefficaces les antipaludiques précédemment utilisés, ce qui fait obstacle à la lutte antipaludique. Un risque semblable pèse sur les dérivés de l'artémisinine, très efficaces, et sur les médicaments qui leur sont associés. L'Organisation mondiale de la Santé recommande de retirer du marché les monothérapies orales à base d'artémisinine et de les remplacer par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

III. Financement de la lutte contre le paludisme

17. Les efforts de mobilisation au niveau international, régional et national, au cours des 10 dernières années ont déclenché une vague déferlante d'engagements politiques et financiers en faveur de la lutte contre le paludisme.

18. Les engagements financiers pris par les organisations externes en faveur de la lutte contre le paludisme ont été multipliés par cinq, en passant d'environ 0,3 milliard de dollars des États-Unis en 2003 à 1,6 milliard de dollars des États-Unis en 2009, avec une hausse particulièrement sensible en 2009. Bien que les engagements revêtent une dimension essentielle, ce sont les décaissements internationaux au bénéfice des pays d'endémie palustre qui déterminent les progrès. Ces décaissements ont enregistré une progression, passant de 35 millions de dollars des États-Unis en 2000 à plus d'un milliard de dollars des États-Unis en 2008 et selon les projections, ils devraient atteindre 1,5 milliard de dollars des États-Unis en 2009, soit un résultat multiplié par quarante.

19. Les décaissements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme se sont élevés à 2,6 milliards de dollars des États-Unis, soit 66 %, du total des fonds externes dégagés en faveur des pays d'endémie paludique entre 2000 et 2007. L'Agence américaine pour le développement international (United States Agency for International Development, USAID), y compris l'Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme, a constitué la deuxième source de financement derrière le Fonds mondial, entre 2000 et 2007, en multipliant les décaissements en faveur de la lutte antipaludique par 19 et en passant ainsi de 10 millions de dollars des États-Unis en 2000 à 188 millions de dollars des États-Unis en 2007. Quant au Ministère britannique du développement international, il occupe la troisième place, le montant de sa contribution étant passé de 2 millions de dollars des États-Unis en 2000 à 19 millions en 2007.

20. Le Fonds mondial a maintenu sa position dominante entre 2000 et 2007 dans le cadre du financement externe dans toutes les régions, à l'exception de l'Asie du Sud-Est où les financements de la Banque mondiale ont représenté 55 % des décaissements assurés par les organes externes. Le Fonds mondial a représenté 96 % des décaissements dégagés par les agences externes entre 2000 et 2007 en Europe, 94 % dans la Méditerranée orientale et 90 % dans la Région des Amériques. En Afrique, le financement du Fonds mondial s'est élevé à 76 % des sources externes contre 12 % pour le Ministère du développement international, 3 % pour l'USAID, 2 % pour la Banque mondiale et 1 % pour le Japon.

21. Entre 2000 et 2007, les décaissements dégagés par les agences externes dans le cadre de la lutte antipaludique ont été multipliés par 28 dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé, par 27 dans la Méditerranée orientale (depuis 2003), par 18 en Europe, par 13 dans le Pacifique occidental et par 8 dans la Région des Amériques. Seule l'Asie du Sud-Est n'enregistre pas de hausse sensible de l'aide externe, puisque l'année 2007 affiche un niveau de seulement 1,4 fois supérieur par rapport à 2000.

22. Le nombre de pays bénéficiant d'une aide externe pour lutter contre le paludisme est passé de 29 en 2000 à 76 en 2007 (sur un total de 109 pays paludéens endémiques en 2007). L'augmentation la plus importante est observée en Afrique. Seuls deux pays paludéens endémiques d'Afrique subsaharienne n'ont pas reçu d'aide externe : le Botswana et le Tchad.

23. En général, les pays où la densité de population est moindre (par exemple, le Suriname, Sao Tomé, l'Érythrée) se sont vus octroyer un montant plus important par habitant que des pays davantage peuplés (par ex., le Pakistan, la Chine ou l'Inde). L'apparente faiblesse des niveaux de décaissement auprès des pays les plus peuplés s'explique peut-être en partie par le fait que les populations à risque sont estimées

de manière moins précise et qu'elles sont enclines aux surestimations. Par conséquent, bien que les pays les plus peuplés bénéficient d'un niveau inférieur en matière d'aide externe constitue une réalité préoccupante, le caractère imprécis de la définition des populations à risque dans ces pays doit être pris en compte, à l'instar d'autres facteurs déterminant les besoins en matière de financement externe, tels que la disponibilité des fonds nationaux.

24. Les informations relatives aux niveaux de financement national affectés à la lutte antipaludique sont moins exhaustives. Alors qu'il semble qu'ils aient augmenté dans une série de pays aux quatre coins du monde, on a observé une tendance potentielle à la baisse entre 2007 et 2008 dans deux régions (Afrique et Méditerranée orientale), ainsi qu'un déclin constant entre 2005 et 2008, en Asie du Sud-Est. L'amélioration des informations disponibles sur le financement national en faveur de la lutte contre le paludisme permettrait de se faire une idée plus exacte et précise des niveaux de financement à l'échelle mondiale.

25. Les financements gouvernementaux couvrent en général les coûts fixes et les programmes de lutte contre le paludisme, y compris les ressources humaines et la gestion des programmes (notamment les systèmes d'information, les ateliers de planification, la supervision, etc.). Les dépenses des agences externes telles que le Fonds mondial et l'Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme sont souvent axées sur le financement des coûts variables comme l'achat de produits et leurs coûts de distribution.

26. Alors que le niveau total des financements destinés à la lutte contre le paludisme n'a jamais été aussi élevé, il reste inférieur au montant annuel visé au Plan d'action mondial contre le paludisme en vue d'éradiquer le paludisme à l'échelon mondial, compris entre 5 milliards et 6,2 milliards de dollars des États-Unis par an, entre 2009 et 2015. Même si le niveau élevé des engagements en matière de lutte contre le paludisme pour 2009 (1,5 milliard de dollars des États-Unis) se traduit en décaissements et des dépenses de programme, et qu'il est accompagné de montants similaires dégagés par les gouvernements et le secteur privé¹, le montant total disponible au titre des financements pour la lutte contre le paludisme avoisinera les 3 milliards de dollars des États-Unis, soit un montant inférieur à 60 % des besoins définis.

IV. Mise en œuvre du programme : lutte antivectorielle

27. En 2008, 23 pays de la Région africaine et 35 pays d'autres Régions ont adopté la recommandation formulée par l'Organisation mondiale de la Santé de fournir des moustiquaires à tous les groupes d'âge exposés au paludisme et pas seulement aux femmes et aux enfants, soit une augmentation de 13 pays depuis 2007.

28. Selon le partenariat pour Faire reculer le paludisme de l'Alliance pour la prévention du paludisme, le nombre de moustiquaires imprégnées fournies aux pays d'Afrique subsaharienne est passé de 5,6 millions pour l'année 2004 à 88,5 millions en 2009. Le nombre de moustiquaires imprégnées permettrait de couvrir environ 55 % de la population menacée par le paludisme en Afrique subsaharienne en

¹ En 2007, le Fonds mondial a été financé de manière égale par, d'une part, l'État et les ménages, d'autre part par des fonds extérieurs.

2009, dans la mesure où l'on suppose que deux personnes dorment sous une même moustiquaire et que chaque moustiquaire a une durée de vie de trois ans.

29. Soixante-dix millions de moustiquaires imprégnées supplémentaires ont été distribuées au cours du premier semestre 2010. Certains grands pays bénéficiant d'un niveau de financement inférieur commencent à enregistrer des progrès considérables. Le Nigéria a distribué 25 millions de moustiquaires imprégnées au terme du 1^{er} semestre 2010 et entend fournir 64 millions de moustiquaires d'ici le début de l'année 2011; le déploiement des interventions le plus important au sein d'un seul pays en vue d'atteindre une couverture universelle d'ici la fin 2010.

30. Les pays qui affichent des niveaux d'aide externe supérieurs par habitant (par ex., Sao Tomé-et-Principe, Djibouti) ont pu distribuer davantage de moustiquaires par personne et assurer une couverture plus élevée, que d'autres pays pour lesquels le taux de financement est inférieur (par ex., la Côte d'Ivoire ou le Cameroun).

31. Selon les données émanant des enquêtes sur les ménages et les informations relatives aux achats de moustiquaires imprégnées, la proportion estimée de ménages africains possédant au moins une moustiquaire imprégnée a grimpé, passant de 17 % en 2006 à 31 % en 2008. En outre, la part des enfants de moins de cinq ans ayant utilisé ces moustiquaires est plus élevée en 2008 (24 %) que les années précédentes. Ces moyennes pondérées sont affectées par le faible taux de possesseurs de moustiquaires imprégnées qu'affichent de nombreux grands pays africains où les ressources nécessaires pour étendre cet usage viennent juste d'être débloquées. Cependant, le taux de possesseurs de moustiquaires imprégnées dépasse 50 % dans 13 pays africains à forte charge de morbidité.

32. Si certains pays sont parvenus à une équité notable en ce qui concerne la possession de moustiquaires imprégnées dans les foyers ruraux et urbains, pauvres ou riches, ce n'est pas le cas dans de nombreux autres pays. Cette équité est rendue possible principalement grâce aux campagnes de distribution, générale et gratuite, de moustiquaires dans les zones à transmission élevée.

33. En 2008, 44 pays (dont 19 de la Région africaine) ont indiqué faire appel à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent. Dans la Région africaine, le nombre de personnes protégées à l'aide d'une pulvérisation intradomiciliaire a plus que doublé entre 2006 et 2008, passant de 15 à 59 millions, soit 9 % de la population à risque. Sept pays protégeaient plus de 10 % de leur population à risque en 2008 : le Botswana (38 %), la Guinée équatoriale (56 %), l'Éthiopie (51 %), Madagascar (32 %), le Mozambique (30 %), la Namibie (16 %) et la Zambie (47 %).

34. Dans des régions autres que l'Afrique, la couverture d'intervention est plus difficile à estimer. Les interventions telles que les pulvérisations intradomiciliaires et les moustiquaires imprégnées sont souvent mises en œuvre de manière focalisée en ciblant des populations mobiles ou difficiles à atteindre les plus menacées par le paludisme (migrants, mineurs, exploitants forestiers, etc.) et non pas le grand public. Les enquêtes sur les ménages sont moins utiles dans ces régions et sont réalisées moins fréquemment.

35. Les analyses suggèrent que le nombre de moustiquaires imprégnées distribuées aux populations à risque est relativement élevé (suffisant pour couvrir plus de 20 % de la population si l'on suppose qu'une moustiquaire protège deux personnes et que la durée de vie d'une moustiquaire imprégnée est de trois ans) au Suriname (58 %),

en Malaisie (54 %), au Soudan (55 %), Vanuatu (41 %), en République démocratique populaire lao (37 %), au Bangladesh (31 %), en Papouasie-Nouvelle-Guinée (30 %), dans les Îles Salomon (25 %), au Bhoutan (23 %), au Cambodge (23 %), en Chine (23 %) et au Tadjikistan (19 %). La couverture par pulvérisations intradomiciliaires de la population à risque élevé était supérieure à 50 % au Tadjikistan, au Bhoutan et en Malaisie. Le Soudan, le Pakistan, les Îles Salomon, les Philippines et l'Inde affichaient une couverture par pulvérisations intradomiciliaires de 20 à 40 %.

36. Selon les études sur les ménages, les estimations de possession de moustiquaires imprégnées sont faibles (inférieures à 20 % des ménages) à Djibouti, en Somalie et au Soudan. Les enquêtes réalisées auprès des ménages indiquent que 80 % des enfants de moins de cinq ans dorment sous une moustiquaire au Cambodge, au Laos et au Viet Nam mais ils sont beaucoup moins nombreux à disposer d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide (Cambodge : 4 %, Laos : 41 % et Viet Nam 13 %). Le pourcentage des enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée était de 17 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée en 2006 et de 41 % dans les Îles Salomon en 2007.

V. Mise en œuvre du programme : diagnostic

37. En 2008, 20 des 45 pays d'endémie palustre de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé et 51 pays parmi les 64 touchés dans les autres Régions indiquaient disposer d'une politique d'examen parasitologique des cas présumés dans tous les groupes d'âge.

38. Sur les cas de paludismes présumés observés dans les établissements de santé au sein de 35 pays à forte charge de morbidité dans la Région africaine en 2008, 22 % ont reçu un test, soit deux fois plus qu'en 2006. Dix pays ont réalisé un test auprès de plus de 50 % des cas présumés en 2008.

39. Le nombre de tests de diagnostic rapide délivrés a progressé très vite en 2007 et 2008 alors qu'en 2005, ils n'existaient pratiquement pas. Pour autant, le nombre total de tests de diagnostic rapides distribués en 2008 correspond à 13 % seulement de l'ensemble des cas présumés de paludisme, ce qui atteste du fossé permanent existant en matière de capacité de diagnostic du paludisme.

40. Le marché propose une large palette de marques de test de diagnostic rapide. Les performances d'un produit à l'autre présentent des différences et peuvent être altérées par des conditions de chaleur ou d'humidité extrêmes, conditions qui prévalent souvent sur le terrain. Afin d'assurer que les achats dans ce domaine soient pertinents, les pays sont invités à acheter des produits dont les performances sont avérées dans le cadre du Programme de test des produits de l'Organisation mondiale de la Santé, lancé en 2006 en collaboration avec la FIND (Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics) et le CDC (United States Centers for Disease Control and Prevention). Ce programme évalue et communique les performances des tests de diagnostic rapides et sert de guide pour les pays et les agences de passation de marchés pour la sélection des tests de diagnostic rapides de qualité. Deux séries de résultats des tests de performance sont désormais disponibles. Ces tests de performance visent aussi à aider les fabricants à améliorer la qualité des produits. En outre, comme les performances des produits individuels risquent de varier d'un lot à l'autre au cours du temps, il est recommandé que la

qualité de chaque lot de produits achetés soit vérifiée avant tout déploiement à grande échelle et que la procédure de contrôle des performances des tests de diagnostic rapides soit mise en œuvre sur le terrain. Ce Programme propose un service de « tests par lots » dans un des trois centres de dépistage régional par lots pour les tests de diagnostic rapides achetés sous contrat.

VI. Mise en œuvre du programme : traitement

41. En 2009, 78 pays et territoires sur 83 au sein desquels le paludisme à *Plasmodium falciparum* est endémique ont adopté les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le cadre de leur politique nationale en matière de médicaments.

42. La poursuite des monothérapies orales à base d'artémisinine constitue un facteur essentiel du développement de la résistance aux parasites. En dépit de l'appel lancé par l'Organisation mondiale de la Santé visant à cesser toute utilisation de ces médicaments (Résolution WHA60.18, adoptée par l'ensemble des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé en mai 2007), la production de ces médicaments continue et de nombreux pays ne les ont pas encore retirés de leur marché. Depuis 2005, l'Organisation mondiale de la Santé a identifié 76 sociétés pharmaceutiques impliquées dans la production et la commercialisation de ces médicaments. En juillet 2010, seules 36 d'entre elles ont cessé toute production des monothérapies orales à base d'artémisinine, essentiellement celles qui disposaient d'une part de marché importante sur le segment des approvisionnements du secteur public financés par les agences internationales. Pour autant, les sociétés de moindre envergure ciblant les marchés du secteur privé ont davantage tendance à ignorer l'appel de l'Organisation mondiale de la Santé.

43. Les principales raisons du succès limité de l'élimination de la monothérapie orale à base d'artémisinine incluent la qualité médiocre de la régulation des marchés pharmaceutiques des pays d'endémie palustre. En juillet 2010, sur 78 organismes nationaux de réglementation des pays où le paludisme à *Plasmodium falciparum* est endémique, 28 n'ont adopté aucune mesure réglementaire de retrait des monothérapies orales à base d'artémisinine de leur marché. La plupart de ces pays se situent dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (16 organismes nationaux de réglementations), l'Asie du Sud-Est (5 organismes nationaux de réglementations) et le Pacifique occidental (3 organismes nationaux de réglementations). Il convient de fournir une assistance accrue aux autorités nationales de réglementation pharmaceutiques afin d'éliminer les monothérapies orales à base d'artémisinine de leur marché.

44. Les achats de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le secteur public continuent de progresser, en passant de plus de 76 millions de cycles de traitement en 2006 à plus de 157 millions en 2009.

45. Quatorze des 35 pays à charge de morbidité en Afrique ont indiqué qu'ils distribuaient suffisamment de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour traiter au moins 50 % des cas de paludisme signalés dans le secteur public; 5 pays ont déclaré en 2008 qu'ils distribuaient un nombre suffisant de doses de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour traiter tous les cas de paludisme signalés. Pour la plupart des pays en dehors de l'Afrique, l'accès au traitement antipaludique en première ligne a suffi pour traiter l'ensemble des cas de

paludisme confirmés. Toutes les régions, à l'exception de l'Asie du Sud-Est, ont déployé plus de deux cycles de traitement par cas confirmé.

46. Selon les données fournies dans les études sur les ménages de 2006 à 2008, le pourcentage d'enfants souffrant de fièvre auxquels a été administré un médicament antipaludéen varie de 10 % (Éthiopie en 2007) à 63 % (Gambie en 2006), (moyenne pondérée de 32 %) tandis que le pourcentage d'enfants souffrant de fièvre qui ont reçu une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine varie de 0 % (plusieurs pays en 2006) à 22 % (République-Unie de Tanzanie continentale en 2008) avec une moyenne de 16 %. On observe que les taux d'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont légèrement plus élevés en 2008 qu'en 2006, une évolution qui reflète probablement le renforcement de la distribution des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine mais qui est peut-être due aussi en partie à la représentation de pays différents dans les études sur les ménages entre les deux années.

47. Le taux peu élevé d'enfants souffrant de fièvre traités avec des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine peut s'expliquer par la non-disponibilité de ces médicaments dans les établissements de soins, leur prix élevé dans le secteur privé et l'accès limité aux soins (par ex., les programmes de soin communautaires limités). Dans certains cas, ces chiffres s'expliquent par l'amélioration de l'accès à la confirmation parasitologique du paludisme grâce à laquelle seuls les cas confirmés font l'objet d'un traitement.

48. Un mécanisme de financement, intitulé le Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables (AMFm), entend développer l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et forcer le retrait des médicaments et des monothérapies moins chers mais inefficaces qui favorisent la pharmacorésistance. Géré par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ce programme fonctionne actuellement comme programme pilote dans 8 pays.

49. La première preuve documentée de résistance d'une souche de *Plasmodium falciparum* à l'artémisinine dans le Cambodge occidental a été publiée en 2008. Un projet visant à confiner la prolifération des souches résistantes à l'artémisinine a été mis en œuvre à la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge en janvier 2009. Coordonné par l'Organisation mondiale de la Santé, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), ce projet implique le déploiement d'efforts importants incluant des interventions visant à détecter et traiter tous les cas dans les zones cibles et à accroître la couverture en moustiquaires auprès de la population à risque. Les résultats du programme de dépistage de la population dans 20 villages à risque élevé au début de l'année 2010, indiquent que la souche résistante du paludisme à *Plasmodium falciparum* à l'artémisinine a pratiquement disparu. Selon les données émanant des sept premiers villages, seuls deux cas ont été détectés sur 2 800 personnes dépistées. Les données de veille sanitaire sur le paludisme au Cambodge ont également confirmé que le nombre de cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* dans les zones cibles avait chuté sensiblement.

VII. Traitement préventif

50. Trente-cinq pays de la Région africaine, et trois pays de la Région de la Méditerranée orientale ont adopté et mis en œuvre un traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a également adopté une politique en faveur de la thérapie préventive intermittente. Les données sur les traitements préventifs intermittents destinés aux femmes enceintes, émanant des études réalisées au cours de la période 2007-2008, sont disponibles pour neuf pays. En 2007-2008, le pourcentage de femmes qui se sont vues administrer deux doses de traitement pendant leur grossesse oscille entre 3 % en Angola et 66 % en Zambie; soit une moyenne pondérée de 20 %.

VIII. Impact des programmes de lutte contre le paludisme dans la région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé

51. Dans les pays africains à forte charge de morbidité qui sont parvenus à un taux élevé de couverture pour les moustiquaires et les traitements, les cas de paludisme et les décès en découlant ont reculé de 50 %. Ces résultats sont observés dans quatre pays (Érythrée, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Zambie) et une région insulaire (Zanzibar en République-Unie de Tanzanie). À Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar, la diminution des cas de paludisme et des décès en découlant a été observée après deux à trois années d'usage généralisé de pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent, de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Le Rwanda a enregistré une diminution grâce aux seules moustiquaires imprégnées et aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

52. Après des mesures énergiques de lutte antipaludique, le nombre de décès de patients hospitalisés, toutes causes confondues a chuté de 53 % à Sao Tomé-et-Principe et de 57 % dans les îles de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). En Zambie, le taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues a diminué de 35 % (taux mesuré par le nombre de décès enregistrés dans les établissements de santé et par la mortalité des enfants de moins de cinq ans établie à partir de l'enquête de 2007 sur la démographie et la santé). Ces tendances, si elles se confirment dans les pays non insulaires, tendent à démontrer qu'une lutte antipaludique intensive pourrait aider de nombreux pays africains à réduire des deux tiers la mortalité infanto-juvénile d'ici 2015, ce que vise l'Objectif 4.

53. D'autres pays africains à forte charge de morbidité ont peut-être connu la même évolution mais les systèmes de veille de la maladie n'ont pas permis de détecter l'évolution de la morbidité ou de la mortalité en raison de leur caractère peu élaboré. Sur la base du nombre de moustiquaires imprégnées distribuées aux 35 pays africains, on estime que plus de 560 000 vies ont été sauvées entre 2000 et 2009 (dont la plupart depuis 2006).

54. Cinq des six pays africains de faible transmission ont enregistré un recul de plus de 50 % du nombre de cas de paludisme confirmés et de décès signalés entre 2000 et 2008 (Botswana, Cap-Vert, Namibie, Afrique du Sud et Swaziland). Cette baisse du nombre de cas semble se stabiliser avec un nombre de cas oscillant entre 10 % et 25 % des valeurs observées en 2000. Chacun de ces pays a adopté un

programme antipaludique à grande échelle mais les sécheresses qui ont affecté la Namibie, l’Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe entre 2001 et 2003 a peut-être aussi influé sur la baisse du nombre de cas observés. Il est impossible de déterminer si le nombre de cas augmente, reste stable ou diminue dans le sixième pays de faible transmission - le Zimbabwe – mais des actions de prévention auraient couvert plus de 50 % de la population à haut risque en 2008.

IX. Impact du programme de lutte antipaludique dans les autres régions de l’Organisation mondiale de la Santé

55. Le nombre de cas signalés dans la Région des Amériques est passé de 1,14 million en 2000 à 557 000 en 2008. Des baisses de plus de 50 % ont été observées dans onze pays (Argentine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, République de Bolivie et Suriname). Quatre pays parmi ces derniers sont en phase d’élimination ou de pré-élimination et assurent un suivi actif des cas suspects (Argentine, El Salvador, Mexique et Paraguay), tandis que les quatre autres ont de toute évidence mis en œuvre des moyens d’envergure pour lutter contre le paludisme auprès des populations les plus menacées par le paludisme (Guyana, Guatemala, Nicaragua et Suriname) et trois d’entre eux enregistrent aussi des taux élevés d’examens hématologiques annuels, ce qui est révélateur de la qualité de l’accès au traitement antipaludéen (Guyana, Nicaragua, Suriname). Cinq pays affichent des fluctuations dans le nombre de cas, entre 2000 et 2008, qui peuvent être associées aux réductions au cours des dernières années (Brésil, Colombie, Costa Rica, Panama et Pérou). Le Brésil a accru sensiblement la disponibilité des diagnostics et des traitements grâce à un réseau de plus de 40 000 travailleurs de la santé, en contact avec les ménages. Le nombre de cas confirmés en Guyane française n’a pas beaucoup évolué entre 2000 et 2008. Trois pays font état d’un nombre de cas plus élevé en 2008 qu’en 2000 (République bolivarienne du Venezuela, la République dominicaine et Haïti). Il convient toutefois de noter que la hausse en Haïti est liée à l’augmentation taux annuel d’examens hématologiques. Le Belize n’a fourni aucune information. En résumé, huit pays (Argentine, El Salvador, Guatemala, Guyana, Mexique, Nicaragua, Paraguay et Suriname) accusent un recul du nombre de cas supérieur à 50 % grâce aux activités importantes de lutte contre le paludisme.

56. Une réduction du nombre de cas signalés, de plus de 50 % entre 2000 et 2008 est observée dans cinq pays d’Asie du Sud-Est (Bhoutan, République de Corée, Népal, Sri Lanka et Thaïlande) tandis qu’un seul pays, l’Inde, enregistre une réduction comprise entre 25 % et 50 %. Il apparaît que des interventions de lutte antipaludique à grande échelle ont été mises en œuvre dans deux pays qui accusent un recul du nombre de cas (Bhoutan et Thaïlande), bien que la baisse en Thaïlande se soit stabilisée en 2006, parallèlement à la diminution du nombre de personnes susceptibles d’être touchées par les programmes de prévention du paludisme. Deux pays en phase de pré-élimination assurent un suivi actif de tous les cas suspects (République de Corée et Sri Lanka). L’échelle des interventions de prévention semble plus réduite en Inde et au Népal, où moins de 50 % de la population à risque est couverte. Les pays d’endémie palustre restants n’ont signalé aucun changement du nombre de cas (Bangladesh, Indonésie, Myanmar et Timor-Leste) et l’échelle des activités en faveur de la lutte antipaludique semble réduite eu égard à la population

totale à risque. En résumé, quatre pays (Bhoutan, République de Corée, Sri Lanka, et Thaïlande) ont enregistré une baisse des cas de paludisme entre 2006 et 2008.

57. Le nombre de cas de paludisme signalés dans la Région d'Europe a diminué sensiblement, passant de 32 474 en 2000 à 285 en 2009. Des activités antipaludiques intenses sont menées à travers la Région. Les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent constituent l'outil le plus efficace de la lutte antivectorielle, complété par l'utilisation de poissons larvivores (*Gambusia*) dans les rizières, une détection active des cas et une collaboration entre les pays dans les régions transfrontalières affectées. En 2005, les neuf pays touchés par le paludisme en Europe ont signé la Déclaration de Tachkent, dont l'objectif vise à empêcher toute transmission du paludisme d'ici 2015 et à éradiquer cette maladie au sein de la Région. Les deux derniers cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* ont été signalés au Tadjikistan en 2008. Si aucun autre cas n'a été rapporté dans la Région, 2009 devrait être l'année de l'éradication de cette forme de paludisme dans la Région. En résumé, tous les pays d'endémie palustre dans la Région d'Europe sont dotés de programmes de lutte contre le paludisme et ont signalé une baisse sensible du nombre de cas de plus de 50 %.

58. Quatre pays de la Région de la Méditerranée orientale affichent une tendance à la baisse de la fréquence du paludisme (Afghanistan, République islamique d'Iran, Iraq et Arabie saoudite); on observe dans ces trois derniers, en phase d'élimination ou de pré-élimination, la mise en place réelle d'activités intenses de lutte contre le paludisme. D'autres pays de la Région n'ont enregistré aucune baisse importante du nombre de cas de paludisme (Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan and Yémen), bien que le Soudan ait étendu la couverture de ses opérations de prévention du paludisme à plus de 50 % de la population à risque. En résumé, trois pays attestent d'une baisse du nombre de cas de paludisme, liée à la mise en œuvre d'activités de lutte antipaludique à grande échelle (République islamique d'Iran, Iraq et Arabie saoudite).

59. Trois pays ont fait état d'une baisse du nombre de cas confirmés de plus de 50 % entre 2000 et 2008 (République démocratique populaire lao, République démocratique populaire de Corée et Viet Nam) tandis que d'autres signalaient une diminution de plus de 25 % (Malaisie, Îles Salomon et Vanuatu). Ces cinq pays ont démontré qu'ils avaient mis en œuvre des activités de lutte antipaludique à large échelle. En revanche, rien ne vient attester une baisse sensible des cas au Cambodge, en Chine, en Papouasie-Nouvelle-Guinée ni aux Philippines. Pourtant, des preuves d'activités préventives et curatives ont été observées dans tous ces pays, notamment aux Philippines, mais leur mise en œuvre est probablement trop récente pour que leurs effets soient apparents ou la faiblesse des systèmes de suivi n'a pas permis de détecter un quelconque changement. En résumé, cinq pays présentent des preuves d'une baisse importante du nombre de cas, liée à la mise en œuvre d'activités de lutte antipaludique à grande échelle (République démocratique populaire lao, Malaisie, République démocratique populaire de Corée, Îles Salomon et Vanuatu).

X. Élimination

60. L'Organisation mondiale de la Santé encourage les pays dans les zones à transmission faible ou instable, à poursuivre leurs efforts en vue de l'élimination du

paludisme (interruption de la transmission)². Les conditions essentielles en faveur de l'élimination du paludisme et du maintien d'une telle situation incluent la présence d'un système de santé pourvu d'une couverture nationale de services de qualité œuvrant pour la lutte antipaludique, y compris des services de contrôle. Dans les zones à transmission élevée ou stable, qui font preuve de capacités vectorielles continuellement élevées comme dans bon nombre de régions d'Afrique tropicale, l'obtention et la préservation d'un statut « sans paludisme » reste improbable avec la série d'outils dont ils disposent actuellement.

61. Dix pays appliquent des programmes d'élimination à l'échelle nationale (Algérie, Azerbaïdjan, Géorgie, Iraq, Kirghizistan, République de Corée, Arabie saoudite, Tadjikistan, Turquie et Ouzbékistan). Parmi ces pays, seule l'Arabie saoudite observe encore une transmission active du *Plasmodium falciparum*. Il s'agit du seul pays situé en dehors de l'écozone paléarctique. Sur ces 10 pays, quatre ont signalé moins de 10 cas locaux par an, à l'échelle nationale (Algérie, Iraq, Géorgie, Ouzbékistan) et deux autres pays ont fait état de moins de 100 cas par an.

62. Huit pays se trouvent en phase de pré-élimination (Argentine, République démocratique populaire de Corée, El Salvador, République islamique d'Iran, Malaisie, Mexique, Paraguay et Sri Lanka) et tendent vers une élimination à l'échelle nationale.

63. Huit autres pays ont arrêté la transmission. De nouvelles poussées épidémiques de transmission localisées se sont produites ces dernières années aux Bahamas, en Jamaïque et dans la Fédération de Russie et sont réapparues en Oman après trois ans d'absence. Avec la République arabe syrienne (derniers cas locaux en 2004), l'Arménie, le Turkménistan (derniers cas locaux en 2005) et l'Égypte, ces pays composent le groupe de nations qui visent à prévenir la réintroduction de la transmission et des systèmes de suivi rigoureux s'avèrent essentiels pour y parvenir.

64. En mai 2010, le Maroc est devenu le deuxième pays distingué récemment par l'Organisation mondiale de la Santé pour être parvenu à éliminer le paludisme (les Émirats arabes unis ont été certifiés exempts de paludisme par l'Organisation mondiale de la Santé en janvier 2007). Il a signalé son dernier cas de transmission du paludisme à *Plasmodium vivax* en 2004. Le Turkménistan et l'Arménie ont entamé la procédure pour la certification de l'élimination du paludisme.

65. Huit pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe assurent actuellement la mise en œuvre d'une approche transfrontalière dans le cadre de la lutte contre le paludisme dans la région. Cette initiative, intitulée « Élimination 8 » implique le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, l'Angola, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe, avec le soutien de l'Organisation mondiale

² *Élimination du paludisme* : interruption de la transmission locale par l'intermédiaire du moustique porteur du paludisme humain; réduction à zéro de l'incidence de l'infection à Plasmodia transmise localement dans une zone géographique, résultant d'efforts délibérés; des mesures d'intervention continues sont nécessaires pour prévenir la réintroduction. *Certification de l'élimination du paludisme* : certification que l'Organisation mondiale de la Santé peut octroyer après qu'il a été prouvé au-delà de tout doute raisonnablement permis que la chaîne de transmission par le moustique de type *Anophèles* a été interrompue dans le pays tout entier pendant au moins trois années consécutives. *Éradication du paludisme* : réduction à zéro, de façon permanente, de l'incidence mondiale de l'infection causée par un agent spécifique; s'applique à une espèce de parasite du paludisme particulière. Les mesures d'intervention ne sont plus nécessaires une fois que l'éradication a été observée.

de la Santé, le Partenariat Faire reculer le paludisme et l'Université de Californie (San Francisco).

XI. Synthèse et Recommandations

66. Des progrès sont observés en faveur de la réalisation des objectifs en matière de lutte antipaludique définis par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Partenariat Faire reculer le paludisme, notamment celui de réduire de moitié la charge palustre d'ici 2010 par rapport à 2000. La disponibilité accrue des moustiquaires imprégnées constitue un facteur très encourageant. Rien qu'en Afrique, 240 millions de moustiquaires ont été distribuées entre 2006 et 2009. Ces efforts, associés à l'application ciblée des pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent, et à l'accroissement modeste de l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, commencent à porter leurs fruits.

67. Dans les pays où les interventions de lutte contre le paludisme ont augmenté, on a observé non seulement les taux de cas de paludisme, d'hospitalisations et de décès en découlant ont chuté sensiblement mais les taux de mortalité infantine a également accusé un recul important. Les données nationales sur la surveillance de la maladie en Érythrée, à Sao Tomé-et-Principe, au Rwanda, en Zambie et sur les îles de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) indiquent une baisse de plus de 50 % des cas de paludisme et des décès enregistrés dans les établissements de santé au terme d'interventions accélérées en faveur de la lutte antipaludique. À Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar, ces bons résultats se sont accompagnés d'un recul supérieur à 50 % des cas de patients hospitalisés toutes causes confondues et des décès chez les enfants de moins de cinq ans. En Zambie, les taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues ont baissé de 35 % (taux mesuré par le nombre de décès enregistrés dans les établissements de santé et par la mortalité des enfants de moins de cinq ans établie à partir de l'enquête démographique sur la santé de 2007). L'ampleur de ces baisses est identique à celle observée lors d'une étude récente portant sur l'île de Bioko (Guinée équatoriale) où la mortalité des enfants de moins de cinq ans a reculé de 66 % dès la quatrième année suivant le lancement d'une stratégie de lutte intensive du paludisme. Ces résultats tendent à démontrer qu'une lutte antipaludique intensive pourrait aider les pays africains à atteindre l'Objectif 4 visant à réduire de deux tiers la mortalité infanto-juvénile d'ici 2015.

68. Une baisse du nombre de cas de paludisme confirmés de plus de 50 % a également été observée entre 2000 et 2008 dans 29 des 56 pays d'endémie palustre hors Afrique et dans cinq pays africains à faible transmission (sur six). Des tendances à la baisse (supérieure à 25 %) ont été signalées dans cinq autres pays, dont la plupart affichent une baisse de plus de 50 % sur le long terme. Dix pays appliquent des programmes d'élimination à l'échelle nationale tandis que huit pays sont passés dans la phase de pré-élimination. Huit autres pays ont récemment arrêté la transmission et se trouvent en phase de prévention de la réintroduction du paludisme. En mai 2010, le Maroc est devenu le deuxième pays certifié exempt de paludisme par l'Organisation mondiale de la Santé.

69. Il semble que l'aide externe massive en matière de lutte contre le paludisme porte ses fruits. Les pays qui ont reçu une aide externe supérieure à 7 dollars des États-Unis par personne à risque entre 2000 et 2007 ont davantage tendance à

enregistrer une baisse du nombre de cas de paludisme depuis 2000 par rapport aux pays qui ont reçu 6 dollars des États-Unis ou moins. Bien que le nombre de pays pourvus d'un tel niveau d'assistance soit peu élevé (10 seulement), ce constat laisse penser qu'un niveau élevé de l'aide externe par personne à risque se traduit par une diminution de l'incidence du paludisme.

70. Bien que ces résultats soient encourageants, certaines faiblesses sont indubitables. Près de 70 % des ménages en Afrique ne possédaient pas de moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2008 et trois quarts des enfants de moins de cinq ans en étaient dépourvus. Ces résultats sont affectés par le faible taux de personnes possédant des moustiquaires imprégnées qu'affichent plusieurs grands pays africains où les ressources nécessaires pour étendre cet usage viennent juste d'être débloquées. Le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine demeure très faible dans la plupart des pays africains; dans 11 des 13 pays sondés en 2007–2008, moins de 15 % des enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre ont bénéficié d'un tel traitement, ce qui est bien inférieur à l'objectif de l'Assemblée mondiale de la Santé (80 %).

71. Hors Afrique, les pays qui affichent un recul du nombre de cas supérieur à 50 % représentent uniquement 4 % du total des estimations des cas hors Afrique en 2006 (850 000 cas sur les 34 millions estimés). Les pays qui affichent les charges palustres les plus élevées dans chaque région (notamment le Bangladesh, le Brésil, le Cambodge, la Colombie, l'Indonésie, le Myanmar, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Soudan) ont enregistré des résultats moins satisfaisants en matière de réduction du nombre de cas de paludisme à l'échelle nationale. Il faut déployer des efforts plus importants pour vaincre la maladie dans les grands pays, qui enregistrent la plupart des cas de paludisme et des décès en découlant.

72. Bien que des efforts doivent être déployés en vue d'atteindre et de préserver ensuite une couverture universelle de toutes les interventions de lutte contre le paludisme, il est crucial d'assurer un accès universel aux tests de diagnostic du paludisme. Au fur et à mesure que la transmission recule, la part d'états fiévreux imputables au paludisme diminue. En traitant toutes les formes de fièvre comme des cas de paludismes, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont non seulement utilisées de manière abusive mais les personnes qui développent des symptômes fiévreux pour une autre raison ne reçoivent pas de traitement adéquat. La généralisation du recours aux tests de diagnostic rapides permettra de réduire le traitement systématique des formes de fièvre comme le paludisme. Pour autant, les tests seuls ne suffisent pas. En l'absence de tests rapides, les compétences des professionnels des soins de santé en matière de diagnostic différentiel doivent être renforcées pour assurer un traitement approprié en cas de fièvre due à des causes étrangères au paludisme. Il est également essentiel que des médicaments adéquats soient disponibles dans les centres sanitaires dans le cadre de la gestion des maladies paludéennes et autres. Dans le cas contraire, les patients dont les résultats sont négatifs risquent de continuer à prendre des médicaments antipaludiques.

73. Il est également nécessaire d'adopter des systèmes de suivi systématique capables de fournir des informations ponctuelles sur l'avancement des programmes. Le développement du recours aux tests de diagnostic universel offre une occasion sans précédent de renforcer les systèmes de suivi du paludisme, qui revêtent une importance critique non seulement dans le cadre de la documentation mais aussi dans l'identification des foyers résiduels de transmission du paludisme et des zones

de résurgence. Dans les pays où le paludisme a accusé un fort recul, l'immunité au paludisme risque de décroître et de fournir ainsi un terrain fertile pour la résurgence de la maladie. Sans signalement ponctuel des cas confirmés, il n'est pas possible de détecter ni de traiter rapidement toute résurgence de la maladie. Le bilan humain des poussées épidémiques au sein des pays qui ne sont pas préparés à y faire face sera vraisemblablement lourd. La généralisation des tests de diagnostic et des systèmes de suivi revêt donc une importance critique dans les pays qui songent à réorienter leurs programmes vers une approche d'élimination.

74. Des cas de résistance aux artémisinines ont été repérés en Asie et si les efforts de confinement restent vains, il est probable que cette évolution se diffuse à l'Ouest, jusqu'en Afrique et au-delà. Les pays doivent redoubler d'efforts au niveau mondial pour cesser toute commercialisation et administration orale d'artémisinine en monothérapie, deux facteurs qui semblent revêtir un caractère déterminant dans l'émergence et propagation de la résistance aux artémisinines. Le recours à des combinaisons thérapeutiques de qualité doivent être proposées à la fois dans les établissements de santé publics et privés à un prix abordable. Pour garantir une détection rapide de toute forme de résistance, des études régulières sur l'efficacité des médicaments doivent être menées, dans le cadre desquelles les malades atteints de paludisme se voient administrer les médicaments antipaludiques recommandés et font l'objet d'un suivi jusqu'à 63 jours afin de déterminer le caractère pertinent ou non du traitement.

75. Des médicaments de qualité médiocre ou contrefaits sont largement répandus, en particulier dans le secteur privé. Ces médicaments non seulement mettent en danger la vie des patients qui risquent ainsi de ne pas recevoir un traitement antipaludique approprié mais risquent également de favoriser la résistance aux médicaments antipaludiques. La communauté mondiale doit s'employer à aider les autorités nationales de réglementation des médicaments dans ses efforts visant à identifier les médicaments contrefaits ou qualité inférieure et à veiller au respect des règlements en vigueur en retirant ces produits du marché.

76. Les tests de diagnostic rapides présentent quelques problèmes de qualité et il est largement admis que les services de microscopie dans le cadre du paludisme sont souvent très rudimentaires. Les pays doivent bénéficier d'une aide accrue dans le domaine du contrôle de qualité avant commercialisation des tests de diagnostic (évaluation des performances et de la qualité de production), des tests de routine de qualité des lots, ainsi que de l'assurance-qualité et du contrôle-qualité dans le cadre des programmes de contrôle nationaux.

77. Bien que le personnel de santé constitue un pivot dans la lutte contre le paludisme, il ne peut pas parvenir à ses fins sans un engagement fort de la communauté. Les ministères de la santé doivent considérer les communautés comme des participants actifs dans la lutte antipaludique et œuvrer afin de leur permettre d'assumer la responsabilité eu égard au plus grand nombre d'aspects possible et notamment veiller à ce que chacun puisse dormir chaque nuit à l'abri d'une moustiquaire imprégnée, assurer une gestion communautaire des formes de fièvre et collecter des données à la fois pour les actions locales et le système de suivi du paludisme à l'échelle nationale. Si les communautés pouvaient occuper une place centrale dans la lutte contre le paludisme plutôt que d'être perçues comme de simples utilisateurs finaux de produits et services, la volonté politique en faveur de

la lutte antipaludique ne faiblirait pas, et ce, même si les financements de la part des donateurs venaient à diminuer.

Si la nécessité de bénéficier de ressources financières continues, ciblées sur des programmes ou des pays prioritaires, ne peut être niée, il convient de réaliser un objectif clé : accroître la capacité des ministères de la santé à formuler une stratégie de lutte contre le paludisme efficace. En effet, les bénéfices générés par l'augmentation des investissements risquent d'être éphémères à moins que les ministères n'occupent une position centrale, que leurs capacités soient renforcées et qu'ils s'appuient sur des investissements en matière de ressources humaines à long terme à tous les niveaux du système (national, provincial, district et communautaire) afin de gérer des programmes toujours plus complexes. Il est essentiel que les subventions fassent l'objet d'une coordination avec les Programmes nationaux de lutte contre le paludisme et que le financement des produits dans le cadre de la lutte antipaludique soit étroitement lié à un véritable renforcement des capacités, y compris l'assurance de disposer d'une assistance technique à long terme et d'une formation exhaustive du personnel à tous les niveaux du système de santé. Parallèlement, les gouvernements des pays d'endémie palustre doivent être incités de toute urgence à fournir les investissements en ressources humaines nécessaires en vue de garantir la pérennité des résultats positifs. Enfin, la lutte contre le paludisme contribue au renforcement des systèmes de santé et en bénéficie.
