



Assemblée générale

Distr. générale
4 août 2008
Français
Original : anglais

Soixante-troisième session

Point 46 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 transmet un rapport établi par l'Organisation mondiale de la Santé, en application de la résolution 62/180 de l'Assemblée générale.

Résumé

Le présent report souligne les progrès obtenus 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. Le rapport se fonde sur les données recueillies pour le *Rapport mondial sur le paludisme de 2008*, qui sera publié à la fin de septembre de cette année. Il présente une analyse préliminaire des données communiquées à la fin de 2007 à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des données supplémentaires obtenues principalement par l'intermédiaire des enquêtes démographiques et sanitaires, des enquêtes en grappes à indicateurs multiples et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme. Le rapport présente également quelques conclusions et recommandations à l'Assemblée pour examen.

Les fonds et les principaux produits visant à prévenir et soigner le paludisme ont commencé dès 2005 et surtout en 2006 à être de plus en plus disponibles en Afrique. D'après les données de 2006 recueillies à partir des programmes nationaux de lutte antipaludique, un total de 688 millions de dollars a été consacré en 2006 à la lutte antipaludique dans la région de l'Afrique, mais comme seuls 26 pays sur 45 ont présenté des données financières, ce chiffre est probablement en deçà de la réalité.

* A/63/150.



Les objectifs liés à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au recours prompt et approprié aux médicaments antipaludéens et au traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes en Afrique, sont d'au moins 80 %. L'usage moyen des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans 18 pays où des enquêtes ont été menées en 2006 a été bien inférieur à l'objectif de 80 % : 34 % des ménages en avaient un et 23 % d'enfants de moins de 5 ans et 27 % de femmes enceintes les utilisaient pour dormir. Bien que ce chiffre soit bien en deçà de l'objectif de 2010, il est supérieur à celui des années précédentes et représente un progrès considérable. D'après 18 enquêtes nationales sur les ménages qui ont été menées en 2006 en Afrique, on a constaté qu'un nombre relativement élevé de ménages étaient pourvus de moustiquaires imprégnées d'insecticide, notamment de longue durée, et les utilisaient en Éthiopie, au Niger, à Sao Tomé-et-Principe et en Zambie.

Entre 2001 et 2006, dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme en Afrique, beaucoup plus de médicaments antipaludiques ont été fournis par l'intermédiaire des services de santé publics. Les doses de polythérapies à base d'artémisinine qui ont été dispensées sont passées de 6 millions en 2005 à 45 millions en 2006. Il s'agit là probablement d'une sous-estimation, et la consommation exacte de traitements à base d'artémisinine n'est pas connue.

En 2006, en moyenne 38 % d'enfants de moins de 5 ans ont reçu des traitements antipaludéens après avoir eu une poussée de fièvre au cours des deux semaines précédentes. Le recours aux polythérapies à base d'artémisinine a été bien plus faible et seuls 3 % en moyenne des enfants en ont bénéficié. L'accès à ces polythérapies reste donc très insuffisant.

Récemment, des souches de *Plasmodium falciparum* devenues moins sensibles à l'artémisinine – ce qui pourrait indiquer l'apparition de résistances – ont été décelées à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande; dans plusieurs pays, les vecteurs du paludisme ont également manifesté une certaine résistance aux pyréthroïdes. Par conséquent, il faut en priorité surveiller en permanence l'efficacité de ces médicaments sur le terrain et adopter des mesures visant à réduire le risque de résistance, si l'on veut lutter contre le paludisme.

En Afrique, rien n'indique que le paludisme a reculé de 2000 à 2006. Il existe cependant deux raisons d'être optimiste. Premièrement, les données mises à la disposition de l'OMS ne vont que jusqu'à 2006; il est encore trop tôt pour déterminer pleinement l'impact du recours de plus en plus marqué aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux polythérapies à base d'artémisinine. Deuxièmement, quatre pays ou régions à faible revenu ont enregistré un net recul du paludisme après la distribution d'un grand nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments antipaludiques (et, dans certains cas, d'une vaste pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent). En Érythrée, au Rwanda, à Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), le tribut prélevé par le paludisme semble avoir été réduit d'au moins 50 % entre 2000 et 2006-2007, ce qui a permis d'atteindre les objectifs de réduction de la morbidité. Trois autres pays d'Afrique à revenu plus élevé (Afrique du Sud, Namibie et Swaziland) ont également connu une baisse importante des cas de paludisme signalés.

En 2006 et en 2007 en Afrique, la disponibilité de plus en plus grande de produits préventifs et curatifs permettra vraisemblablement d'obtenir un impact en 2007 et en 2008. L'OMS prévoit de faire des rapports sur ces données au milieu de l'année 2009.

En dehors de la région de l'Afrique, les cas de paludisme ont baissé de 50 % au cours de la période 2000–2006 dans au moins 22 des 64 pays. D'après les données recueillies régulièrement dans le cadre de la surveillance, au moins 29 des 109 pays dans le monde sont en voie d'atteindre d'ici à 2010 les objectifs de réduire le tribut prélevé par le paludisme.

I. Historique et contexte

1. Une impulsion nouvelle à la lutte contre le paludisme dans le monde, voire son élimination dans certains pays, repose sur la dernière génération d'outils et de méthodes préventifs et curatifs efficaces. L'apparition des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée et des polythérapies à base d'artémisinine, outre l'appui dont bénéficie à nouveau la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent offre une nouvelle occasion de lutter à grande échelle contre le paludisme.

2. Pour accélérer les progrès de la lutte contre le paludisme, l'Assemblée mondiale de la santé de 2005 a établi les objectifs d'une couverture d'au moins 80 % dans quatre grands domaines d'intervention : moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les personnes à risque; médicaments antipaludiques appropriés dans les cas probables ou confirmés de paludisme; pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent pour les ménages à risque; et traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes. L'Assemblée précise que, grâce à ces interventions, les cas de paludisme et le taux de mortalité devraient baisser d'au moins 50 % entre 2000 et 2010 et d'au moins 75 % entre 2005 et 2015.

3. *Le Rapport mondial sur le paludisme de 2008* utilise les données recueillies jusqu'en 2006 dans le cadre de la surveillance de routine (dans une centaine de pays d'endémie palustre) et d'enquêtes sur les ménages (dans près de 25 pays, principalement en Afrique) en vue de mesurer le progrès et il utilise les données de 2007 et de 2008 pour certains aspects de la lutte antipaludique. En cinq grands chapitres, 30 profils de pays et sept annexes, le rapport décrit : a) le fardeau que représente la maladie dans chacun des 109 pays et territoires touchés par le paludisme en 2006; b) l'adoption des directives et stratégies recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antipaludique par pays, par région et dans le monde; c) les progrès réalisés dans l'application des mesures de lutte antipaludique; d) les sources de financement de la lutte antipaludique; et e) les indices récents laissant à penser que les interventions peuvent réduire le nombre de cas et de décès.

II. Le poids du paludisme en 2006, par pays, par région et dans le monde

4. La moitié de la population mondiale risque de contracter le paludisme, et on estime que 250 millions de cas ont fait un million de morts en 2006. En 2006, environ 3,3 milliards de personnes ont été exposées au paludisme. Parmi elles, 2,1 milliards ont couru un faible risque (moins de 1 cas signalé pour 1 000 habitants); 97 % vivaient dans des régions autres que l'Afrique. Les 1,2 milliard de personnes qui ont été exposées à un risque élevé (au moins 1 cas pour 1 000 habitants) vivaient majoritairement dans les pays et régions de l'Afrique (49 %) et de l'Asie du Sud-Est (37 %) (selon la classification de l'OMS).

5. En 2006, 247 millions de cas de paludisme ont été signalés, l'intervalle de confiance (5^e au 95^e percentile) étant de 189 à 327 millions de cas; 86 % de ces cas ont été signalés dans la région de l'Afrique, soit 212 millions (152 à 287 millions) : 80 % d'entre eux ont été rapportés dans 13 pays, dont plus de la moitié en Éthiopie, au Kenya, au Nigéria, en République démocratique du Congo et en République-Unie

de Tanzanie. Parmi les cas signalés hors de la région de l'Afrique, d'après la classification de l'OMS, 80 % se sont produits en Inde, au Soudan, au Myanmar, au Bangladesh, en Indonésie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Pakistan.

6. On a estimé à 881 000 le nombre de décès (intervalle de confiance : 610 000-1 212 000) dus au paludisme en 2006, dont 91 % (801 000, intervalle de confiance : 520 000-1 126 000) se sont produits en Afrique et dont 85 % étaient des enfants de moins de 5 ans.

7. Les estimations de l'incidence du paludisme se fondent en partie sur le nombre de cas et de décès signalés dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique. Ces rapports sont loin d'être complets dans la plupart des pays. Un total de 94 millions de cas de paludisme a été recensé en 2006 par l'intermédiaire des programmes nationaux de lutte antipaludique, soit 38 % de l'incidence des cas signalés dans le monde. Le véritable pourcentage des cas de paludisme détectés par les programmes aurait dû être inférieur à 38 % car parmi les cas signalés dans certains pays se trouvent des patients qui subissent un test clinique mais qui n'ont pas en fait le paludisme. Les programmes nationaux de lutte antipaludique ont recensé 301 000 décès dus au paludisme, soit 34 % de ces décès signalés dans le monde en 2006.

III. Politiques et stratégies de lutte antipaludique

8. Les programmes nationaux de lutte antipaludique ont adopté beaucoup de directives générales recommandées par l'OMS en matière de prévention et de guérison, mais il existe des variations entre les pays et les régions. À la fin de 2006, la quasi-totalité des 45 pays de la région de l'Afrique avait adopté la directive de fournir gratuitement des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux enfants et aux femmes enceintes, mais seuls 16 d'entre eux ont cherché à couvrir tous les groupes d'âge à risque. Ces moustiquaires sont également utilisées à large échelle dans des pays et régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, mais relativement peu dans les autres régions de l'OMS.

9. La pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent est généralement utilisée dans les zones fortement impaludées. C'est la méthode dominante de lutte antivectorielle contre la maladie dans la région de l'Europe. Elle est moins répandue dans les régions de l'OMS de l'Afrique, des Amériques et de l'Asie du Sud-Est et encore moins dans la région du Pacifique occidental.

10. En juin 2008, tous les pays et territoires sauf quatre avaient adopté les polythérapies à base d'artémisinine en tant que traitement de première intention pour le paludisme à *Plasmodium falciparum*. Un traitement gratuit avec une polythérapie à base d'artémisinine était disponible dans 8 des 10 pays de la région du Sud-Est, mais avec une proportion moindre dans les autres régions.

11. L'utilisation systématique du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes se limite à la région de l'Afrique : 33 des 45 pays africains l'avaient érigée en politique nationale à la fin de 2006.

12. Deux interventions très efficaces à l'heure actuelle reposent sur deux éléments chimiques essentiels : les artémisinines et les insecticides chimiques, qui sont constamment menacés par la résistance croissante des parasites et des moustiques. Récemment, *Plasmodium falciparum* devient moins sensible à l'artémisinine – ce

qui pourrait indiquer l'apparition de résistances – et le parasite a été décelé à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande; les vecteurs paludéens dans plusieurs pays manifestent également une certaine résistance aux pyréthroïdes. Par conséquent, il faut en priorité surveiller en permanence l'efficacité de ces médicaments sur le terrain et adopter des mesures visant à réduire le risque de résistance.

IV. Prévention du paludisme

13. Bien que la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide, notamment de longue durée, ait fortement progressé en Afrique, il en faut en bien plus grands nombres pour satisfaire les besoins dans la plupart des pays. Entre 2004 et 2006, la fourniture de moustiquaires traditionnelles imprégnées d'insecticide a légèrement augmenté dans les pays des régions OMS de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, les trois régions où l'usage des moustiquaires est le plus répandu. En revanche, on a signalé que la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée était en forte hausse en Afrique : leur nombre a atteint 36 millions en 2006.

14. Sur la base des stocks de moustiquaires imprégnées d'insecticide et dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique, en Afrique seuls six pays (Éthiopie, Kenya, Madagascar, Niger, Sao Tomé-et-Principe et Zambie) avaient en 2006 suffisamment de ces moustiquaires pour protéger au moins 50 % des personnes à risque.

15. D'après 18 enquêtes sur les ménages qui ont été menées dans la région de l'Afrique, l'acquisition et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (y compris de longue durée) ont été relativement élevées en Éthiopie, au Niger, à Sao Tomé-et-Principe et en Zambie. La proportion de membres de la famille (enfants, femmes enceintes) qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide a été généralement plus faible que la proportion de ménages qui en avait une. Une grande variation a été constatée dans l'acquisition et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide d'un pays à l'autre : l'acquisition par les ménages d'au moins une moustiquaire allait de 6 % en Côte d'Ivoire à 65 % au Niger. La moyenne du taux de possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les 18 pays où a eu lieu une enquête sur les ménages a été bien inférieure à la cible de 80 % : 34 % des ménages étaient pourvus d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide et 23 % des enfants de moins de 5 ans et 27 % des femmes enceintes dormaient sous une moustiquaire de ce type.

16. Dans les régions autres que l'Afrique, les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont généralement destinées aux populations à risque. Bien que la taille des populations ciblées ne soit pas connue, les données provenant des programmes nationaux de lutte antipaludique indiquent qu'un nombre relativement élevé de personnes sont pourvues de moustiquaires (plus de 20 % de toutes les personnes exposées) au Bhoutan, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans les Îles Salomon et à Vanuatu.

17. Toutes les régions du monde ont recours à une pulvérisation intradomiciliaire ciblée d'insecticide à effet rémanent. Dans la région OMS de l'Afrique, d'après les données obtenues dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique, plus de 70 % des ménages exposés au paludisme bénéficient d'une pulvérisation en

Afrique du Sud, au Botswana, en Namibie, à Sao Tomé-et-Principe et au Swaziland. Dans d'autres régions du monde, une pulvérisation relativement élevée (plus de 20 % des personnes exposées) n'a été constatée qu'au Bhoutan et au Suriname.

V. Traitement du paludisme

18. La fourniture par les services de santé publique de médicaments antipaludiques a considérablement augmenté entre 2001 et 2006, mais l'accès au traitement et notamment à la polythérapie à base d'artémisinine a été insuffisant dans tous les pays qui ont fait l'objet d'une enquête en 2006. Entre 2001 et 2006, d'après les programmes nationaux de lutte antipaludique, le nombre de médicaments antipaludiques dispensés par les services de santé publique a fortement augmenté. La distribution de doses de polythérapie à base d'artémisinine est passée notamment de 6 millions en 2005 à 49 millions en 2006, dont 45 millions destinées aux pays d'Afrique. Ces chiffres correspondent vraisemblablement à une sous-estimation de l'utilisation, et on ignore dans quelle mesure il est fait usage de ces thérapies.

19. D'après les données obtenues dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique, seuls 16 millions de tests diagnostiques rapides ont été distribués en 2006, dont 11 millions pour les pays d'Afrique. Il s'agit là d'une faible quantité comparée aux autres cas de paludisme.

20. Au vu du nombre de médicaments distribués dans le secteur public (d'après les programmes nationaux de lutte antipaludique) par rapport aux cas signalés de paludisme – pour donner la mesure de la demande potentielle – les pays d'Afrique les mieux approvisionnés en médicaments antipaludiques en 2006 ont été le Botswana, les Comores, l'Érythrée, le Malawi, la République-Unie de Tanzanie, Sao Tome-et-Principe, le Sénégal et le Zimbabwe. Parmi ce groupe de pays, l'Érythrée, la République-Unie de Tanzanie et Sao Tomé-et-Principe ont été également relativement bien approvisionnés en polythérapies à base d'artémisinine.

21. Cependant, d'après les enquêtes nationales portant sur les ménages, aucune des populations des 18 pays africains sondées en 2006 et en 2007 n'a eu un accès adéquat aux médicaments antipaludiques. Ce n'est qu'au Bénin, au Cameroun, en Gambie, au Ghana, en Ouganda, en République centrafricaine et en Zambie que plus de 50 % des enfants atteints de fièvre ont été soignés au moyen de médicaments antipaludiques. Dans aucun des pays l'accès au traitement n'a atteint l'objectif de 80 %, la moyenne dans les 18 pays étant de 38 %. L'usage des polythérapies à base d'artémisinine a été bien plus faible : seuls 3 % des enfants l'ont reçue en moyenne, ce chiffre allant de 0,1 % en Gambie à 13 % en Zambie.

22. D'après une série de 16 enquêtes nationales sur les ménages, le traitement préventif intermittent (au moins deux doses de sulfadoxine-pyriméthamine) a été utilisé le plus souvent par les femmes enceintes en Gambie, au Malawi, au Sénégal et en Zambie (de 33 à 61 %), et par une moyenne de 18 % de femmes dans les 16 pays.

23. Dans les régions autres que l'Afrique, il est plus difficile d'évaluer l'accès aux traitements : les enquêtes sur les ménages qui comprennent des questions sur le traitement antipaludique sont beaucoup moins courantes et, comme en Afrique, les programmes de lutte antipaludique ne portent pas sur le diagnostic et le traitement en cours dans le secteur privé. Néanmoins, autant qu'on puisse en juger des données

obtenues dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique, les pays relativement bien approvisionnés en médicaments antipaludiques ont été : le Bhoutan, la République démocratique populaire lao, Vanuatu et le Viet Nam.

VI. Financement de la lutte antipaludique

24. On rapporte que le financement de la lutte antipaludique en 2006 n'a jamais été aussi important, mais d'après les budgets des programmes nationaux de lutte antipaludique, il est impossible à l'heure actuelle de juger quels sont les États qui sont dotés de ressources suffisantes pour éradiquer le paludisme. D'après les données obtenues en 2006 grâce aux programmes nationaux de lutte antipaludique, l'Afrique entre 2004 et 2006 a disposé de plus de fonds et a bénéficié d'une plus grande augmentation des ressources que toute autre région. Cependant, le montant total de 688 millions de dollars de financement pour la région OMS de l'Afrique en 2006 correspondait vraisemblablement à une sous-estimation, seuls 26 pays sur 45 ayant présenté des rapports. Les 4,6 dollars disponibles par cas (signalé) de paludisme dans ces 26 pays ne suffisent probablement pas pour atteindre les objectifs de prévention et traitement.

25. Entre 2004 et 2006, les principales sources de fonds supplémentaires pour les États d'Afrique ont été les gouvernements des pays touchés, outre le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui ont été les premiers bailleurs de fonds de la lutte antipaludique en Afrique et dans le monde.

26. L'équilibre en matière de financement a varié d'une région OMS à une autre. Dans les régions des Amériques, de l'Europe et de l'Asie du Sud-Est, la majorité des fonds ont été fournis par les gouvernements des pays d'endémie palustre. Dans les régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, le Fonds mondial a été la principale source de financement. La région du Pacifique occidental s'en est essentiellement remise au financement extérieur, suivie des régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. C'est dans la région de l'Afrique que le financement par des organismes extérieurs a été le plus diversifié.

VII. Impact de la lutte antipaludique

27. Certains États de l'Afrique et d'autres régions qui ont appliqué des programmes préventifs et curatifs énergiques ont obtenu d'importantes baisses du fardeau imposé par le paludisme. Bien que les effets de la lutte contre le paludisme puissent être évalués au moyen d'enquêtes démographiques répétées concernant la prévalence du parasite, la mortalité paludéenne ou la mortalité générale – le présent rapport traite essentiellement des inférences qu'on peut tirer des comptes rendus nationaux en matière de surveillance.

28. Parmi les 41 États d'Afrique qui ont présenté des rapports sur les cas de paludisme et la mortalité due à la maladie au cours de la période 1997-2006, les éléments les plus probants sur l'incidence proviennent de quatre pays ou régions qui ont des populations relativement faibles, une bonne surveillance et des interventions énergiques. Il s'agit de l'Érythrée, du Rwanda, de Sao Tomé-et-Principe et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). Entre 2000 et 2006-2007, ces quatre pays

ou régions ont réduit d'au moins 50 % le tribut prélevé par le paludisme, conformément aux objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé.

29. Dans d'autres pays d'Afrique tels que l'Éthiopie, la Gambie, le Kenya, le Mali, le Niger et le Togo où une grande proportion de personnes a accès à des médicaments antipaludiques ou à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, les données obtenues dans le cadre de la surveillance périodique ne montrent pas de manière incontestable les réductions attendues sur le plan de la morbidité et de la mortalité, soit parce que les données sont incomplètes, soit parce que les effets des interventions restent faibles.

30. L'intense pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent signalée en Afrique du Sud, en Namibie et au Swaziland est compatible avec la diminution du nombre de cas constatée dans ces pays, et elle fait manifestement fond sur les succès antérieurs obtenus à la suite de la pulvérisation à l'intérieur des habitations.

31. Les rapports de surveillance de beaucoup de pays hors d'Afrique indiquent que le paludisme a baissé au cours de la décennie 1997-2006. Les cas de paludisme ont diminué dans au moins 25 des 64 pays d'endémie palustre dans cinq régions OMS. Dans 22 de ces pays, le nombre de cas signalés a baissé d'au moins 50 % entre 2000 et 2006 et 2007, conformément aux objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé.

32. Le nombre enregistré de décès dus au paludisme a baissé dans au moins six pays des régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Ces pays sont le Cambodge, la République démocratique populaire lao, les Philippines, le Suriname, la Thaïlande et le Viet Nam : ils sont sur le point d'atteindre d'ici à 2010 les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé pour la réduction de la mortalité paludéenne.

33. Les réductions du nombre de cas et de décès peuvent être liées à des interventions précises dans certains pays, telles que l'utilisation ciblée de moustiquaires imprégnées d'insecticide au Cambodge, en Inde, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. Mais globalement, les liens entre les interventions et les tendances restent flous, et il faut des examens plus approfondis des effets de la lutte antipaludique dans la plupart des pays.

34. L'OMS a recensé quatre étapes sur la voie de l'élimination du paludisme. En juillet 2008, les 109 pays et territoires touchés par le paludisme étaient classés comme suit : lutte (80), pré-élimination (12), élimination (11) et prévention de la réintroduction (6). En janvier 2007, les Émirats arabes unis sont devenus depuis les années 80 le premier pays d'endémie palustre à avoir été décrété exempt de paludisme par l'OMS, ce qui porte à 93 le nombre total de pays exempts de paludisme.

VIII. Conclusions et recommandations

35. Dans la région de l'Afrique, le financement, les produits et les activités de lutte antipaludique ont connu un développement spectaculaire entre 2005 et 2006.

36. Depuis 2006, entre un quart et un tiers des personnes exposées au paludisme ont accès dans les ménages à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, un taux bien plus faible que l'objectif d'au moins 80 %. L'utilisation de ces moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants et les femmes enceintes prend du retard par rapport à l'acquisition de moustiquaires par les ménages – c'est-à-dire que certains ménages sont pourvus de moustiquaires, qui ne sont pas utilisées par les enfants et les femmes enceintes (qui sont pourtant les plus exposés au risque).

37. En moyenne, seuls 3 % des enfants atteints de fièvre ont reçu une polythérapie à base d'artémisinine. Les doses acheminées vers les pays ont été insuffisantes mais l'épuisement des stocks au niveau des établissements sanitaires et le manque d'accès aux points de distribution sont aussi probablement en cause.

38. L'administration de deux doses de traitement préventif intermittent aux femmes enceintes reste également très faible (18 %), comparée à l'objectif d'au moins 80 %.

39. L'usage de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent a augmenté. On étudie actuellement l'association optimale de la pulvérisation à l'intérieur des habitations et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.

40. À l'échelle de la région OMS de l'Afrique, rien n'indique que les cas de paludisme et les décès imputés à cette maladie aient baissé à partir de 2006. Mais les pays et régions qui sont le théâtre d'interventions énergiques accusent une baisse sensible des cas et des décès dus au paludisme; c'est le cas de l'Érythrée, du Rwanda, de Sao Tomé-et-Principe et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie).

41. Si le lien entre les interventions et leurs effets n'est pas toujours évident, au moins sept pays ou régions d'Afrique ayant une population relativement faible, qui ont connu d'importantes interventions, ont entre 2000 et 2006 et 2007 réduit d'au moins 50 % les cas de paludisme et les décès dus à la maladie. Dans au moins 22 pays ou régions du monde, les cas de paludisme ont baissé de 50 % au cours de la période 2000-2006. Les données de surveillance périodique indiquent donc qu'au moins 29 pays dans le monde sont en voie d'atteindre les objectifs d'allègement du fardeau du paludisme d'ici à 2010. Il faut cependant des enquêtes approfondies pour vérifier si ces baisses sont effectives.

42. Beaucoup de pays de la région de l'Afrique n'ont pas été en mesure de fournir à l'OMS des données sur les cas signalés de paludisme et les décès dus au paludisme, ou sur les tendances des indicateurs utilisés en laboratoire (nombre de cas de paludisme confirmés par les laboratoires et taux de positivité des lames de sang). Rares sont les pays qui ont des données relatives à l'impact provenant d'autres sources telles que les enquêtes ou les enregistrements des événements importants.

43. Les États Membres pourraient envisager les recommandations suivantes :

a) Il faut davantage de fonds et de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, de polythérapies à base d'artémisinine et de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, afin que

l'objectif du recul du paludisme et que les objectifs du Millénaire pour le développement puissent être atteints en 2010 et 2015 respectivement;

b) Les pays et les partenaires doivent veiller à tester pleinement la résistance des médicaments et des insecticides, pour conserver l'efficacité de ces derniers et des polythérapies actuelles à base d'artémisinine;

c) Les pays et les partenaires doivent renforcer les systèmes d'information sanitaire pour que l'impact et les données en matière de logistique soient surveillés en permanence à l'échelon du pays et du district, ainsi que dans les centres de soins;

d) Les partenaires de la lutte contre le paludisme doivent résoudre les problèmes actuels de financement et de délais de livraison qui sont responsables de l'épuisement des stocks de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, de polythérapies à base d'artémisinine et de tests diagnostiques rapides au niveau national;

e) Il faut renforcer la gestion des programmes de lutte antipaludique au niveau national pour prévenir l'épuisement des stocks de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, de polythérapies à base d'artémisinine et de tests diagnostiques rapides dans les établissements de santé et remédier à la faible utilisation de ces moustiquaires.