



Assemblée générale

Distr. générale
17 août 2009
Français
Original : anglais

Soixante-quatrième session

Point 49 à 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 par la présente le rapport établi par l'Organisation mondiale de la Santé, conformément à la résolution 63/234 de l'Assemblée générale.

* A/64/150

** La soumission du rapport a été retardée à cause de sa réception tardive.



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

Résumé

Le présent rapport 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 62/180. Le rapport se fonde sur les données recueillies pour le *Rapport mondial sur le paludisme de 2009*, qui sera publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à la fin octobre 2009. Plusieurs partenaires internationaux variés de Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme) ont mis librement à disposition des renseignements supplémentaires extraits d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Le rapport présente également les conclusions et les recommandations à soumettre à la considération de l'Assemblée générale.

Il est de plus en plus prouvé qu'une lutte agressive contre le paludisme influence nettement le taux de mortalité infantile, toutes causes confondues. D'importantes réductions dans la mortalité ont à présent été démontrées dans des parties d'Afrique où les niveaux d'intervention ont atteint la couverture ciblée. Dans certains cas, ces réductions sont même supérieures à celles prévues antérieurement. Des éléments de preuve initiale provenant de Sao Tomé-et-Principe, de la Zambie et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) montrent une réduction nettement plus élevée du taux de mortalité infantile que celle estimée précédemment : on obtient une réduction supérieure à 40 % dans la mortalité des enfants hospitalisés, toutes causes confondues, lorsque la mortalité infantile due au paludisme chez des patients hospitalisés diminue de 90 %. Cela porte à penser qu'une lutte agressive contre le paludisme pourrait être fondamentale pour beaucoup de pays africains, en vue d'atteindre d'ici 2015 la cible des deux tiers de réduction de la mortalité infantile conformément aux dispositions des objectifs du Millénaire pour le développement.

Néanmoins, le paludisme continue de tuer environ un million de personnes par an. Près de la moitié de la population mondiale risque de contracter la maladie, qui est considérée endémique dans 109 pays, dont quarante-deux sont situés dans la région africaine de l'OMS. Les pays participant à l'Assemblée mondiale de la santé et les partenaires de Faire reculer le paludisme se sont fixés le but de réduire la morbidité et la mortalité dues à cette maladie d'au moins 50 % d'ici la fin 2010 (par rapport à l'an 2000) et d'au moins 75 % d'ici 2015. En septembre 2008, le Partenariat Faire reculer le paludisme a lancé son Plan d'action mondial contre le paludisme, qui s'aligne sur les meilleures approches techniques recommandées par l'OMS. Le Plan définit les mesures nécessaires en vue de progresser plus rapidement vers les cibles de 2010 et de 2015 du Partenariat, dans le cadre de la lutte contre le paludisme et de son élimination; il prépare le terrain pour l'éradication finale du paludisme à long terme et il constitue un seul et unique plan qui coordonne les efforts des partenaires de Faire reculer le paludisme afin de les aider à atteindre leurs objectifs communs.

Une analyse préliminaire porte à penser que, en 2008, la cible de 2010 était déjà atteinte ou presque dans 5 pays africains (l'Érythrée, la Gambie, le Rwanda, São Tomé-et-Principe et la Zambie) et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). La

Gambie, le Rwanda et la Zambie ont apparemment atteint ces cibles essentiellement grâce à une couverture intermédiaire de moustiquaires imprégnées d'insecticide et un meilleur accès aux polythérapies à base d'artémisinine. Sao Tomé-et-Principe et Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) ont déjà atteint la cible de 2015 fixée par le Partenariat de l'Assemblée mondiale de la santé et de Faire reculer le paludisme, soit une réduction supérieure à 75 % dans la mortalité et la morbidité due au paludisme en utilisant une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent en plus des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des polythérapies à base d'artémisinine. Toutefois, dans certains pays d'Afrique occidentale (le Togo et le Niger) et dans les régions à transmission élevée du Kenya occidental, la distribution en masse de moustiquaires imprégnées aux enfants et aux femmes enceintes uniquement n'a pas été suivie des mêmes résultats prévus sur la santé.

Le financement et les produits de base destinés à la lutte contre le paludisme ont à nouveau augmenté en 2007 et en 2008, par rapport à la période 2000-2006. Par exemple, depuis 2006, il y a eu une forte augmentation dans la passation de marchés et dans la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (60 millions en 2008); des plans bien conçus ont été mis en place pour obtenir une augmentation encore plus rapide au cours des 16 prochains mois. Selon l'Alliance pour la Prévention du paludisme, 21 pays ont à présent passé des marchés pour 50 % des moustiquaires imprégnées d'insecticide requis pour atteindre la couverture universelle ciblée. Toutefois, peu ont atteint la couverture ciblée par le Partenariat de l'Assemblée mondiale de la santé et de Faire reculer le paludisme, d'ici 2010, d'au moins 80 % d'utilisation de moustiquaires imprégnées chez toutes les personnes à risque, notamment chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes. D'après les données disponibles de l'enquête, dans 4 pays (l'Éthiopie, la Gambie, Sao Tomé-et-Principe et la Zambie), 60 % des ménages au moins possédaient des moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2007 ou en 2008. Dans bon nombre de pays, des stratégies de communication plus agressives s'avèrent toutefois nécessaires pour combler le fossé existant entre les ménages propriétaires et l'utilisation de moustiquaires. Lors de la Journée mondiale contre le paludisme en 2008, le Secrétaire général a signalé le besoin de veiller à ce que chacun ait accès à une moustiquaire. Il manque encore environ 250 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée pour atteindre l'objectif de couverture universelle fixé pour la fin 2010.

La passation de marchés pour des médicaments antipaludiques destinés au secteur public a également augmenté à nouveau en 2008 par rapport à 2006-2007. Toutefois, l'accès au traitement et tout particulièrement aux polythérapies à base d'artémisinine (ACT) était généralement insuffisant dans les pays pour lesquels des données étaient disponibles pour 2007-2008. Dans presque tous les pays faisant l'objet d'enquêtes (à l'exception de la République-Unie de Tanzanie), le pourcentage d'enfants fiévreux de moins de cinq ans qui ont reçu une polythérapie à base d'artémisinine était inférieur à 12 %. Il existe plusieurs raisons à cette faible couverture, notamment des ruptures de stock de polythérapies à base d'artémisinine au niveau national et au niveau des installations sanitaires suite à une faiblesse des systèmes de passation des marchés et de distribution, un accès restreint aux services de santé publique et le coût élevé des thérapies dans le secteur privé.

Onze pays appliquent des programmes d'élimination à l'échelle nationale (l'Algérie, l'Azerbaïdjan, l'Égypte, la Géorgie, l'Iraq, le Kirghizistan, la République de Corée, l'Arabie saoudite, le Tadjikistan, la Turquie, l'Ouzbékistan), et 8 d'entre

eux sont passés dans la phase d'élimination en 2008. Huit pays se trouvent en phase de pré-élimination (l'Argentine, la République démocratique populaire de Corée, le Salvador, la République islamique d'Iran, la Malaisie, le Mexique, le Paraguay, le Sri Lanka) et réorientent le programme vers une élimination à l'échelle nationale. Huit autres pays ont arrêté la transmission (l'Arménie, les Bahamas, la Jamaïque, le Maroc, Oman, la République arabe syrienne, la Fédération de Russie, le Turkménistan) et se trouvent en phase de prévention de la réintroduction du paludisme. Si ces pays peuvent faire en sorte qu'ils ne comptent aucun cas pendant trois années consécutives, ils seront éligibles pour recevoir la mention de l'OMS les certifiant « sans paludisme ».

Tant la résistance des parasites aux médicaments antipaludiques que la résistance des moustiques aux insecticides sont des menaces majeures à l'encontre des objectifs ciblés par la lutte mondiale contre le paludisme. La première preuve de résistance aux polythérapies à base d'artémisinine a récemment été découverte dans le Cambodge occidental et une réponse rapide de confinement est en cours de coordination par l'OMS avec le soutien de la fondation Bill & Melinda Gates, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). La surveillance régulière de l'efficacité des médicaments contre le paludisme a décliné ces dernières années, tout particulièrement en Afrique. Il convient de consolider les capacités régionales et nationales de cette activité de surveillance vitale et de lui attribuer les fonds nécessaires pour assurer son exécution régulière. L'utilisation continue d'une monothérapie à base d'artémisinine est un des principaux facteurs contribuant à la résistance des parasites. Malgré l'appel de l'OMS à arrêter leur utilisation, la production de monothérapies à l'artémisinine continue et bien des pays n'ont pas encore retiré ces médicaments de leurs marchés. Pour atteindre cet objectif, il conviendra d'aider davantage les autorités nationales de réglementation des médicaments.

Même si le suivi de la résistance aux insecticides doit être intégré à l'accroissement des moustiquaires imprégnées d'insecticide et de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, celle-ci est actuellement insuffisante dans la plupart des pays. La consolidation de la capacité entomologique aux niveaux régional, sous-régional et national sera essentielle pour mener à bien cette surveillance et combattre la menace de résistance aux insecticides.

Au cours de l'année précédente, la couverture de l'intervention a augmenté en Afrique et dans le monde et l'impact a été confirmé dans les pays présentant auparavant une transmission faible à modérée du paludisme et une couverture d'intervention plus élevée. Pour atteindre les objectifs ciblés de 2010 par le partenariat de l'Assemblée mondiale de la santé et de Faire reculer le paludisme, les interventions relatives au paludisme doivent viser toutes les personnes (au lieu de viser uniquement les enfants et les femmes enceintes), tout particulièrement dans les pays à transmission élevée. L'impact doit être surveillé de près pour s'assurer que les cibles de lutte contre la maladie sont atteintes. En dehors de l'Afrique, des progrès significatifs ont été observés dans un certain nombre de pays mais le nombre de cas a le moins chuté dans les pays aux taux d'incidence les plus élevés. Il convient d'intensifier les efforts de lutte dans les pays et les régions où le fardeau du paludisme est le plus lourd avant d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Presque l'ensemble du million de décès annuels dus au paludisme pourrait être évité grâce à une application universelle des outils existants.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Historique et contexte	7
II. Politiques et stratégies pour la lutte contre le paludisme	8
III. État d'avancement et défis	11
A. Traitement curatif	11
B. Traitement préventif	12
C. Prévention avec contrôle vectoriel	12
IV. Éradication de la malaria	14
V. Financement de la lutte contre le paludisme	15
VI. Influence de la lutte contre le paludisme	16
VII. Conclusions et recommandations	18

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 toute dernière génération d'outils et de méthodes préventifs et curatifs efficaces. L'augmentation massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée et de polythérapies à base d'artémisinine ainsi que l'extension constante de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent offrent une occasion sans précédent de contrôle – et dans certains pays sélectionnés d'éradication – du paludisme.

2. Pour accélérer les progrès de la lutte contre le paludisme, l'Assemblée mondiale de la santé de 2005, dans son soutien des objectifs de Faire reculer le paludisme définis en 2000 par les chefs d'États africains a établi les objectifs d'une couverture d'au moins 80 % dans quatre grands domaines d'intervention : moustiquaires imprégnées d'insecticides pour les personnes à risque, des 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). L'Assemblée a en outre précisé 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 2000 et 2015. Ces objectifs ont été confirmés dans le Plan d'action mondial contre le paludisme.

3. Suite à une décision de l'Assemblée mondiale de la santé de célébrer une Journée mondiale de lutte contre le paludisme sous forme de forum de mobilisation annuel, les partenaires mondiaux, notamment des organisations internationales, des organisations non gouvernementales, des organisations multilatérales et des donateurs, des partenaires du secteur privé et des instituts de recherche, ont commémoré la première Journée mondiale de lutte contre le paludisme en 2008. Les commémorations ont culminé avec l'appel lancé par le Secrétaire général des Nations Unies demandant une couverture universelle pour les interventions de lutte contre le paludisme.

4. Le *Rapport mondial sur le paludisme 2009* qui doit être publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fin octobre 2009, fournira une mise à jour complète et des informations sur le financement et la couverture obtenus par les interventions de lutte contre le paludisme ainsi que leur impact sur la santé jusqu'à la fin 2008. Les données communiquées dans ce rapport proviennent en majeure partie de programmes nationaux de lutte contre le paludisme, d'enquêtes auprès des populations et d'évaluations spéciales de l'impact menées à bien par les ministères de la santé, soutenus par l'OMS et par les fournisseurs de produits de base. Divers partenaires de Faire reculer le paludisme ont mis publiquement à disposition des renseignements supplémentaires extraits d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

5. Même si les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme sont remarquables, certaines menaces potentielles demandent une attention accrue, notamment :

- a) La résistance aux insecticides et aux médicaments antipaludiques et le manque d'alternatives;
- b) Un financement insuffisant pour atteindre une couverture universelle et

c) La faiblesse des achats mondiaux et intra-nationaux et des chaînes d'approvisionnement est responsable de ruptures de stock des produits clefs au niveau national et au niveau des installations sanitaires.

II. Politiques et stratégies de lutte antipaludique

6. Un traitement précoce et efficace du paludisme réduit la morbidité, évite les décès et réduit le réservoir d'infection, ce qui permet de lutter efficacement contre le paludisme. Conformément aux *Lignes directrices relatives au traitement du paludisme*, publiées par l'OMS en 2009, tous les cas de paludisme doivent être diagnostiqués rapidement (dans les 24 heures) par microscopie ou par un test diagnostique rapide et tout cas de paludisme confirmé doit être traité par une polythérapie à base d'artémisinine. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir le diagnostic d'un laboratoire, il convient d'administrer le traitement sur la base d'un diagnostic clinique. Les cas graves de paludisme doivent initialement être traités à l'aide d'artémisinine parentérales ou de quinine, suivis par un cycle complet d'une polythérapie à base d'artémisinine. Lorsque des patients souffrant de paludisme grave se présentent dans des centres où le traitement parentéral n'est pas possible, par exemple dans certains postes de santé périphériques, ils doivent recevoir le traitement de référence antérieur à base de suppositoires d'artésunate (ou de médicaments antipaludiques administrés par voie intramusculaire) et ils doivent être transférés à un centre de santé de plus haut niveau pour y recevoir un traitement complet et des soins plus appropriés.

7. Tout retard dans le traitement du paludisme peut être à l'origine d'une progression rapide vers un décès dû au paludisme, tout particulièrement chez les personnes présentant une immunité réduite comme, en Afrique, les enfants de moins de cinq ans. Étant donné qu'une grande partie de la population la plus menacée par le paludisme vit dans des zones rurales où l'éloignement du centre de santé le plus proche ne permet pas de recevoir un traitement rapide, le diagnostic et le traitement du paludisme doivent être accessibles au niveau de la communauté. Les travailleurs sanitaires des collectivités doivent être formés au diagnostic du paludisme (que ce soit de manière clinique ou par un test diagnostique rapide), à l'administration d'une polythérapie à base d'artémisinine et à l'administration de suppositoires d'artésunate en tant que prétraitement pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de paludisme grave.

8. La présence sur le marché de monothérapies orales à base d'artémisinine continue de représenter une menace pour la durée de vie utile prévue pour ces médicaments en encourageant une résistance accrue des parasites. L'OMS recommande de retirer les monothérapies à base d'artémisinine du marché et d'utiliser de préférence des polythérapies à base d'artémisinine. Ces recommandations ont été soutenues par tous les États membres de l'OMS et sont comprises dans la résolution 60.18, adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé à sa soixantième session, tenue en mai 2007. Alors qu'à ce jour 39 pays endémiques du paludisme soit se conforment aux recommandations de l'OMS soit ont annoncé leur intention de prendre des mesures réglementaires afin de retirer les autorisations de commercialisation pour ces médicaments, 37 pays autorisent encore la vente de ces produits. La plupart se situent dans la région d'Afrique, suivie de la région des Amériques (AMRO) et de la région de l'Asie du Sud-Est (SEARO).

9. Le Partenariat Faire reculer le paludisme a conçu le Fonds pour les médicaments abordables (AMFm) – un mécanisme de financement destiné à augmenter l'accès aux polythérapies à base d'artémisinine et à forcer le retrait de médicaments et de monothérapies meilleur marché et inefficaces qui favorisent la résistance aux médicaments. Géré par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ce programme fonctionne actuellement comme programme pilote dans 11 pays.

10. La résistance des parasites a rendu les médicaments antipaludiques inefficaces et a conduit à leur abandon, entravant les principaux efforts de lutte contre le paludisme. Les médicaments actuels hautement efficaces, les dérivés de l'artémisinine et leurs partenaires sont susceptibles d'encourir les mêmes risques. La résistance du *Plasmodium falciparum* aux artémisinines s'est déjà développée à la frontière du Cambodge et de la Thaïlande où les efforts coordonnés de l'OMS, 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), sont en cours pour éliminer le foyer de paludisme résistant à l'artémisinine. L'OMS recommande les stratégies suivantes comme moyen de prévention et pour retarder l'augmentation de la résistance aux médicaments :

- a) L'utilisation d'au moins deux médicaments associés et l'interruption de l'utilisation de monothérapies pour le traitement du paludisme sans complications;
- b) l'administration d'un traitement sur la base d'un diagnostic confirmé (en fonction des parasites) pour diminuer l'usage excessif et indiscriminé de médicaments;
- c) L'utilisation correcte de médicaments de bonne qualité étant donné que les médicaments de qualité inférieure ou les médicaments standards, lorsque pris à des doses sous-curatives, augmentent la probabilité de résistance des parasites;
- d) La surveillance rigoureuse de la résistance aux médicaments par le biais d'études d'efficacité thérapeutique conduites régulièrement dans les pays, de manière à détecter les premiers signes d'échec des médicaments et de passer à une politique thérapeutique efficace;
- e) Une filière durable de développement des médicaments pour assurer l'enregistrement d'un nouveau médicament, sûr et efficace contre le paludisme au moins tous les 5 ans afin de remplacer ceux qui sont perdus à la cause de la résistance des parasites.

11. Un traitement préventif intermittent (IPT) est recommandé pour les groupes de population situés dans des régions à haute transmission et qui sont particulièrement vulnérables pour contracter le paludisme et/ou pour subir ses conséquences – notamment les femmes enceintes (IPTp) et plus récemment un traitement préventif intermittent des nouveau-nés (IPTi). L'IPTp est un traitement à dose unique à base de sulfadoxine-pyriméthamine administré à deux ou trois reprises pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse et prescrit dans le contexte de visites de soins prénatales. L'IPTi – 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 (PEV) – a tout récemment été recommandé par l'OMS pour les régions à transmission élevée où la sulfadoxine-pyriméthamine reste encore efficace en tant que médicament préventif. Là où la sulfadoxine-pyriméthamine est toujours efficace contre le parasite, l'IPTp réduit la probabilité d'anémie chez la mère et de faible poids à la naissance chez les nouveau-nés, alors que l'IPTi réduit les épisodes cliniques du paludisme, l'anémie et les hospitalisations dues au paludisme au cours de la première année de vie.

12. Depuis la publication de la déclaration de position de l'OMS, en 2007, sur les moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée, la plupart des pays d'Afrique et les pays à lourd fardeau ailleurs dans le monde ont adopté la recommandation de politique de l'OMS visant à élargir la couverture ciblée des groupes à haut risque à une couverture universelle de toutes les personnes habitant dans des régions de transmission locale du paludisme. L'ensemble des 45 pays de la région d'Afrique avaient adopté, à la fin 2008, des politiques de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide, aux enfants et aux femmes enceintes. Toutefois, à cause des ressources limitées, nombre de pays continuent de distribuer massivement des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée à un sous-groupe de la population (aux enfants et aux femmes enceintes) au lieu de viser tous les ménages et toutes les personnes. Le manque d'équité, et plus particulièrement l'incapacité à atteindre les membres les plus pauvres de la société et les zones les plus reculées du pays, continue de menacer la réalisation de la couverture universelle, ce qui préoccupe tout spécialement l'OMS et les autres partenaires de Faire reculer le paludisme.

13. Les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent, avec des produits agréés par l'OMS (y compris le DDT) restent une des interventions essentielles des vecteurs de contrôle pour réduire et interrompre la transmission du paludisme dans tous les contextes épidémiologiques. Toutefois, l'impact risque d'être décevant si leur application n'est pas poursuivie pendant un certain nombre d'années et si la qualité n'est pas rigoureusement maintenue. Des investissements significatifs en temps et en ressources sont requis pour élaborer la capacité institutionnelle nécessaire en vue de préserver la qualité. Même si certains pays sont en passe de le faire, notamment avec le soutien de l'Initiative présidentielle pour lutter contre le paludisme (PMI), un support technique accru s'avère nécessaire. Le choix entre la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent et les moustiquaires imprégnées d'insecticides dépend largement des modes de transmission, des paramètres entomologiques et de la capacité locale. Certaines données portent à croire que l'association de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent et des moustiquaires imprégnées d'insecticides offre une protection supplémentaire mais les preuves ne sont pas concluantes et des études supplémentaires s'avèrent nécessaires et doivent être planifiées. Pour une telle association, le choix de l'insecticide est critique. Une consultation technique récente a déjà conclu qu'il est probablement utile d'utiliser différentes catégories d'insecticides sur les murs et sur les moustiquaires; l'adoption de cette recommandation dans les directives de la politique est envisagée et elle aura des répercussions majeures sur l'utilisation des pyrethroides pour la pulvérisation.

14. Pour l'Afrique, la résistance aux insecticides constitue un obstacle majeur à la lutte contre le paludisme, surtout en Afrique occidentale et centrale. Une résistance aux insecticides a été signalée en Asie du Sud, à partir de l'Inde, du Sri Lanka et du Népal. Il convient d'envisager des stratégies de jugulation de la résistance, comme une rotation des catégories d'insecticides dans les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent et d'éviter d'utiliser le même insecticide pour les pulvérisations et pour les moustiquaires dans une zone géographique précise. Un besoin urgent d'améliorer le suivi se fait également sentir. Tout projet, organisation ou agence qui déploie une intervention de contrôle des vecteurs doit veiller à ce que le suivi de la résistance soit mené à bien, de préférence avant l'intervention, ainsi que pendant et après celle-ci. Il convient également de signaler que la preuve relative à l'importance du choix des insecticides utilisés dans l'agriculture pour la

résistance dans les vecteurs humains du paludisme est limitée et que des études supplémentaires s'avèrent nécessaires.

III. État d'avancement et défis

A. Traitement curatif

15. Tous les pays d'Afrique ont à présent adopté les polythérapies à base d'artémisinine comme médicaments de première ligne pour le traitement du paludisme et ils élargissent leur prescription de ces médicaments salvateurs à tous les patients paludéens. Selon des enquêtes nationales sur les ménages, aucun des 21 pays ayant fait l'objet d'enquêtes en 2006-2008 n'avait d'accès correct aux médicaments antipaludiques. Ce n'est qu'au Bénin, au Cameroun, en République centrafricaine, au Tchad, en Gambie, au Ghana, au Liberia, en République-Unie de Tanzanie et en Ouganda que plus de 50 % des enfants fiévreux recevaient des médicaments contre le paludisme. L'utilisation des polythérapie à base d'artémisinine s'avérait bien plus faible, elle était en moyenne de 3 %, dans une fourchette variant de moins de 1 % à 21 % (en République-Unie de Tanzanie). Même si les tests de diagnostic rapides sont en plein déploiement dans les régions où les services de microscopie ne sont pas disponibles, des données récentes indiquent que seuls moins de 10 % des patients en Afrique avaient accès à un diagnostic de confirmation du paludisme. Il existe des raisons multiples à la faible couverture des polythérapie à base d'artémisinine, notamment les ruptures de stock au niveau national et au niveau des centres de santé suite à la faiblesse des systèmes de passation des marchés et de distribution, à un accès limité aux services de santé publique et au coût élevé des polythérapies à base d'artémisinine dans le secteur privé. Des efforts sont déployés pour remédier à ces lacunes et améliorer l'accès au diagnostic et au traitement, y compris pour élargir les zones couvertes par la gestion communautaire du paludisme – un engagement que la plupart des pays ont maintenant accepté.

16. L'Inde contribue à la plus grande part du fardeau du paludisme dans la région de l'Asie du Sud-est. Le pays a adopté les polythérapies à base d'artémisinine en 2007 en tant que médicaments de première ligne et celles-ci sont actuellement administrées dans les districts du pays où le fardeau est particulièrement lourd. Des plans pour accroître leur utilisation à l'échelle nationale sont en cours.

17. Même si l'accès au diagnostic et au traitement augmente dans les pays, la qualité des médicaments et des tests de diagnostic rapide reste très préoccupante, tout particulièrement dans le secteur privé. Afin d'assurer la qualité de ces produits, l'OMS a établi des normes. Les médicaments antipaludiques éligibles pour la passation de marchés doivent être repris tant dans les lignes directrices de l'OMS relatives au traitement du paludisme que dans les lignes directrices nationales en matière de traitement, afin de garantir leur innocuité et leur efficacité. La priorité dans la passation de marchés doit être accordée à des médicaments pré-qualifiés en fonction du programme de pré-qualification de l'OMS (PQP) ou qui sont agréés par un organisme de réglementation rigoureuse des médicaments. Les deux mécanismes attestent que les installations de fabrication ont été inspectées et certifiées conformes aux Bonnes pratiques de fabrication (BPF) et que le produit a été soumis à d'autres analyses de qualité standards selon des critères comme la bioéquivalence et la stabilité. En outre, des tests de contrôle de la qualité adéquats des produits

pharmaceutiques tout au long de la chaîne d'approvisionnement doivent être entrepris régulièrement.

- i) Avant leur expédition,
- ii) Après leur expédition et
- iii) Aux niveaux des détaillants – des consommateurs.

18. Plusieurs marques de tests de diagnostic rapides sont disponibles sur le marché; elles ne diffèrent que par leurs performances. La performance desdits tests est également entravée par une chaleur et une humidité extrêmes, des conditions qui prévalent souvent dans ce domaine. Afin de veiller à un diagnostic de qualité, il est conseillé aux pays de passer les contrats avec les fabricants qui fournissent un dossier du produit, un protocole de thermostabilité et une certification ISO 13485:2003. Le programme de test des produits de l'OMS a été lancé en 2006, en partenariat avec la FIND (Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics) et les United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ce programme :

- 1) Évalue et communique les résultats des tests de diagnostic rapide et sert de guide pour les pays et les agences de passation de marchés pour la sélection des tests de diagnostic rapide de qualité. Ces tests de résultats visent également à aider les fabricants à améliorer la qualité de leurs produits.
- 2) Propose un service de « tests par lots » dans un des trois centres de dépistage régional par lots pour les tests de diagnostic rapide achetés sous contrat.

B. Traitement préventif

19. En juin 2009, l'ensemble des 35 pays couverts par le l'Organisation régionale africaine de l'OMS où les IPTp sont recommandés avaient adopté cette politique et la mettaient en application, même si l'utilisation ne dépassait les 30 % que dans 5 des 17 pays ayant soumis leur rapport. Bon nombre de pays ont connu des difficultés pour l'appliquer au niveau national, en partie à cause de la présentation tardive de la première visite de soins prénatale et au nombre insuffisant de ces visites. Les ruptures de stocks de sulfadoxine-pyriméthamine constituent également un problème qui s'est accentué dans certains pays après l'interruption de son administration dans le traitement en première ligne du paludisme clinique. En juin 2009, 6 pays d'Afrique menaient des expériences pilotes avec les IPTi. Aucun pays n'a encore étendu les IPTi au niveau national, même si cela est susceptible de changer au cours des prochaines années.

C. Prévention avec contrôle vectoriel

20. Parmi les 21 enquêtes nationales réalisées auprès des ménages en 2006-2008, le pourcentage des ménages qui possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide était de 40 % ou plus dans 11 pays (l'Éthiopie, le Kenya, la Gambie, la Guinée Bissau, le Kenya, le Mali, le Niger, le Rwanda, la République-Unie de Tanzanie, le Togo, la Zambie). En moyenne, 34 % des ménages dans ces pays possédaient au moins une de ces moustiquaires, et 23 % des enfants de moins de cinq ans ainsi que 27 % des femmes enceintes en avaient utilisé une la nuit précédente. Ces chiffres sont bien au-dessous des cibles de 80 % de couverture. Il convient de signaler qu'en Afrique, il y a eu de nombreuses distributions à grande échelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours des deux dernières

années et que bon nombre d'enquêtes ne sont pas suffisamment récentes pour refléter ces efforts.

21. De nouvelles méthodes de distribution massive s'avèrent nécessaires pour atteindre la couverture universelle ciblée. La Zambie et l'Éthiopie ont été les premiers grands pays à entreprendre une distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide visant toutes les personnes et tous les ménages. Il a été prouvé que l'impact a été immédiat et considérable. La Zambie a distribué des moustiquaires imprégnées d'insecticide pendant deux ans, province par province. De même, l'Éthiopie a distribué des moustiquaires imprégnées d'insecticide pendant trois ans en décentralisant la responsabilité au niveau des districts et avec un rapport d'une moustiquaire pour deux personnes. Ces deux méthodes de distribution ont eu pour conséquence qu'environ 60 à 65 % des ménages en possèdent une. Des méthodes de distribution innovantes desdites moustiquaires seront nécessaires pour parvenir à ce que plus de 90 % des ménages possèdent leur moustiquaire et afin de conserver ces chiffres et atteindre ainsi l'objectif visé pour 2015 de plus de 75 % de réduction du fardeau du paludisme.

22. Tant au Togo qu'en Sierra Leone, les ménages possédant des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont chuté rapidement et de manière inattendue au cours des 24 à 36 mois qui ont suivi la distribution massive. Au Togo, la possession des moustiquaires est tombée de 60 % à 35 % après 36 mois et, en Sierra Leone, elle est passée de 59 % à 37 % après 18 mois. Ces observations doivent attirer notre attention et faire l'objet d'études plus approfondies. Ces données soulignent également l'importance d'une distribution régulière de moustiquaires imprégnées d'insecticide pendant les visites prénatales et dans les programmes élargis de vaccination ainsi que par d'autres voies pour atteindre les nouveau-nés après les campagnes massives et finalement préserver une couverture élevée.

23. Une étude de la durée de vie des moustiquaires imprégnées d'insecticide, réalisée par le Ministère togolais de la santé et les United States Centers for Disease Control and Prevention indique que plus de 30 % des moustiquaires récoltées 36 mois après les campagnes massives de décembre 2004 n'ont pas réussi le test d'efficacité de l'OMS contre les moustiques vecteurs ou possédaient au moins un trou de 10 cm de diamètre ou supérieur. Cette détérioration des moustiquaires pourrait contribuer à un impact moindre que prévu dans certains pays. La surveillance de base de la durée de vie des moustiquaires et de la longévité de l'insecticide devrait faire régulièrement partie des programmes nationaux relatifs aux moustiquaires.

24. Pour la fin 2008, 25 pays sur 42 issus de la région africaine de l'OMS et au sein desquels le paludisme est endémique avaient inclus la pulvérisation intradomiciliaire dans leur stratégie nationale de contrôle du paludisme. Parmi ceux-ci, 17 appliquent régulièrement la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent en tant qu'intervention importante pour le contrôle du paludisme; six mènent des pulvérisations pilotes dans quelques districts et deux planifient une application pilote avec l'idée de l'étendre.

25. En Asie du Sud-Est, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent reste importante pour le contrôle du paludisme dans deux situations précises : dans des zones à transmission intense du paludisme et pour la prévention/le contrôle des épidémies de paludisme. En 2007, 3 % de la population totale à risque et 11 % de la population totale à risque élevé et modéré de paludisme

étaient couverts par des moustiquaires imprégnées d'insecticide et 40 % de la population à haut risque étaient couverts par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent dans cette région. Dans les pays des régions de la Méditerranée orientale et d'Europe, où la transmission du paludisme est à présent faible et qui avancent vers son éradication, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent cible des foyers de transmission résiduelle et potentielle et elle vise à arrêter la réintroduction du paludisme dans des zones « sans paludisme ».

IV. Éradication du paludisme

26. L'OMS encourage les pays situés dans des zones de faible transmission instable à entreprendre l'éradication du paludisme (interrompre sa transmission) pour autant qu'un certain nombre de conditions conduisant à l'obtention durable de l'éradication du paludisme soient remplies, notamment la solidité du système de santé. Le point de décision qui déterminera l'adoption d'un programme d'éradication du paludisme se situe au moment où son incidence dans le pays est faible ou « gérable ». La plupart des pays qui ont entrepris une approche d'éradication au cours de ces dernières années l'ont fait à un stade avancé de contrôle du paludisme, lorsque les cas enregistrés chaque année au niveau national étaient inférieurs ou égaux à 1000.

27. Dans les zones à transmission élevée et stable, qui font preuve de capacités vectorielles continuellement élevées comme dans bon nombre de régions d'Afriques tropicales, l'obtention et la préservation d'un statut « sans paludisme » reste improbable avec la série d'outils dont ils disposent actuellement. C'est pourquoi, dans les pays à transmission élevée qui sont parvenus à réduire considérablement la transmission du paludisme grâce à un contrôle intensif de la maladie, une nouvelle période de consolidation devrait précéder la décision de passer à son éradication. Pendant cette phase, les objectifs de contrôle sont maintenus, même face à une maladie restreinte, les services de santé sont adaptés à la nouvelle situation clinique et épidémiologique et les systèmes de surveillance sont renforcés afin de pouvoir prendre en charge rapidement les nouveaux cas; toutes mesures qu'un programme d'éradication finirait par exiger.

28. L'état actuel des efforts mondiaux d'éradication est le suivant :

i) 11 pays appliquent des programmes d'éradication à l'échelle nationale (l'Algérie, l'Azerbaïdjan, l'Égypte, la Géorgie, l'Iraq, le Kirghizistan, la République de Corée, l'Arabie saoudite, le Tadjikistan, la Turquie et l'Ouzbékistan); 8 d'entre eux sont entrés en phase d'éradication en 2008. L'Arabie saoudite et le Tadjikistan sont les seuls pays dans la phase d'éradication où la transmission du *falciparum* est encore active. Cinq de ces 11 pays signalent moins de 10 cas localisés par an pour tout le pays (l'Algérie, l'Égypte, l'Iraq, la Géorgie, l'Ouzbékistan) et deux autres pays signalent moins de 100 cas par an.

ii) Huit pays se trouvent en phase de pré-éradication (l'Argentine, la République démocratique populaire de Corée, El Salvador, la République islamique d'Iran, la Malaisie, le Mexique, le Paraguay et le Sri Lanka) et sont en train de réorienter le programme vers une approche d'éradication nationale.

iii) Huit autres pays ont interrompu la transmission (l'Arménie, les Bahamas, la Jamaïque, le Maroc, Oman, la République arabe syrienne, la Fédération de

Russie et le Turkménistan) et se trouvent dans la phase d'empêchement de la réintroduction du paludisme. Si ces pays peuvent faire en sorte qu'ils ne comptent aucun cas pendant trois années consécutives, ils seront éligibles pour recevoir l'attestation de l'OMS les déclarant « sans paludisme ».

29. De nouvelles poussées épidémiques de transmission localisée 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 le Maroc et la République arabe syrienne (derniers cas locaux en 2004), l'Arménie et le Turkménistan (derniers cas locaux en 2005), ces pays composent le groupe de nations qui visent à prévenir la réintroduction de la transmission et des systèmes de surveillance rigoureux s'avèrent essentiels pour y parvenir.

30. La mise au point d'un agenda de recherche mondiale pour l'éradication du paludisme - le projet « Malaria Eradication Research Agenda » ou MalERA, est actuellement financée par la fondation Bill & Melinda Gates en réponse à une évaluation de l'OMS qui conclut que l'élimination du paludisme dans des situations de transmission élevée exige des outils plus puissants que ceux disponibles actuellement. MalERA devrait publier un document blanc sur la recherche prioritaire et les besoins de développements relatifs à l'éradication du paludisme d'ici la fin 2010. L'effort mondial déployé pour éliminer le paludisme des pays a reçu un encouragement en 2008 grâce au travail de mobilisation réalisé par le Malaria Elimination Group (MEG) dont les activités sont soutenues par la BMGF et qui a organisé plusieurs réunions avec des pays qui avaient la possibilité d'éliminer le paludisme.

V. Financement de la lutte contre le paludisme

31. Le montant des fonds mis à disposition par les sources internationales, pour la lutte contre le paludisme, a connu d'importantes augmentations : il est passé de moins de 0,2 milliards de dollars des États-Unis en 2000 à 0,8 milliards de dollars des États-Unis en 2007 et à 2 milliards de dollars des États-Unis à la fin 2008. Cette augmentation massive est due en premier lieu au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à l'Initiative présidentielle américaine pour lutter contre le paludisme et à la Banque mondiale. Ce financement accru est également due à la Fondation Bill & Melinda Gates, à la Facilité internationale d'achats de médicaments, aux organismes bilatéraux et aux Nations Unies. Près des deux tiers des fonds sont destinés à l'Afrique, qui compte pour environ 90 % des cas et des décès dans le monde.

32. Les contributions des gouvernements nationaux sont plus difficiles à quantifier mais il est signalé qu'elles ont augmenté dans la région méditerranéenne orientale et elles représentent toujours plus de 90 % du financement dans la région des Amériques. Dans la région africaine, la demande des chefs d'États consistant à augmenter les budgets sanitaires à 15 % des dépenses a uniquement été prise en considération dans très peu de pays. Alors que les augmentations de fonds ont sans aucun doute exercé une influence positive importante sur la capacité des pays à lutter contre le paludisme, le niveau actuel de financement n'arrive pas aux sommes nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Le partenariat Faire Reculer le paludisme/Plan d'action mondial contre le paludisme estime que plus de 5 milliards de dollars des États-Unis par an seront nécessaires pour réaliser les objectifs du RBM et les objectifs du Millénaire pour le

développement. Des défis considérables subsistent également pour tirer le meilleur parti des fonds disponibles :

a) Les fonds limités destinés à la lutte contre le paludisme ont tendance à être concentrés sur les pays où on estime que la lutte peut réussir; les pays qui jouissent de normes de gouvernance plus élevées et de systèmes de santé plus solides reçoivent des sources multiples de financement extérieur alors que ceux dont les gouvernements sont instables ou qui doivent faire face à des troubles civils en reçoivent très peu. Les populations qui souffrent le plus du paludisme peuvent dès lors se voir refuser l'accès aux programmes fondamentaux de prévention et de traitement du paludisme;

b) Il est démontré que les importantes contributions externes à la lutte contre le paludisme déplacent le financement des gouvernements nationaux pour le paludisme qui destinent leurs ressources limitées à d'autres priorités sanitaires et de développement. Les programmes relatifs au paludisme peuvent également être moins privilégiés par certains organismes bilatéraux et banques de développement régional étant donné que les sommes importantes sont apportées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. À mesure qu'un pays se fie davantage à un financement externe provenant d'une source unique, son programme peut être mis en danger si le financement est interrompu ou s'il y a des retards dans les versements qui peuvent provoquer des ruptures de stocks de marchandises critiques et mettre en danger les progrès réalisés. Il convient de déployer des efforts pour s'assurer qu'un portefeuille de financements variés pour le paludisme est disponible dans chaque pays endémique, y compris le financement du gouvernement d'accueil;

c) Dans de nombreux pays, les augmentations de fonds externes destinés à la collaboration technique internationale ne se sont pas alignées sur les montants fournis aux pays endémiques, ce qui limite la capacité à mettre en œuvre une surveillance de la maladie, à mener à bien un suivi de la résistance aux médicaments et aux insecticides, à résoudre les problèmes liés à l'application et à remédier aux défis permanents qui se posent le long des zones frontalières et parmi les populations ambulantes;

d) Les pays qui réduisent considérablement le fardeau que constituent les cas de paludisme sont souvent confrontés à des difficultés pour justifier la poursuite des investissements dans la lutte contre celui-ci. Toutefois, un soutien continu ou accru s'avère essentiel pour protéger les progrès actuels et avancer vers l'élimination. Le financement des programmes relatifs au paludisme est également mis en danger par la crise financière mondiale; Une récession prolongée pourrait forcer les plans d'élimination à rentrer dans l'ombre et inverser les progrès réalisés récemment dans la lutte contre le paludisme. Étant donné les données contraignantes qui relient le paludisme aux réductions de PNB, des arguments solides sont avancés pour poursuivre les investissements dans la lutte contre le paludisme malgré la crise économique actuelle.

VI. Impact de la lutte antipaludique

33. De nouvelles informations importantes émanant de plusieurs pays d'Afrique indiquent que des chutes vertigineuses dans le paludisme produisent des réductions encore supérieures dans la mortalité des bébés après leur naissance, à celles envisagées précédemment. Plusieurs pays ont déjà vraisemblablement atteint

l'objectif pour 2015 du partenariat Assemblée mondiale de la santé/Faire reculer le paludisme qui vise une réduction supérieure à 75 % grâce à l'utilisation de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de thérapies associées à base d'artésiminine. Les preuves préliminaires portent à croire qu'un impact inférieur à celui espéré de la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides dans certains pays. Tous les pays devraient procéder à la couverture universelle à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticides et d'autres interventions visant la réalisation des objectifs de 2010 et de 2015 de l'Assemblée mondiale de la santé/ Faire reculer le paludisme.

34. En Érythrée, malgré une augmentation de 44 % de cas de patients hospitalisés toutes causes confondues et une augmentation de 31 % des décès de patients hospitalisés toutes causes confondues entre 2001 et 2008, les cas de paludisme et les décès que cette maladie a provoqué chez les patients hospitalisés ont diminué respectivement de 68 % et de 86 % au cours de la même période. Au Rwanda, les morts d'enfants de moins de cinq ans signalées et dues au paludisme ont diminué de plus de 50 % en 2007 et en 2008 en comparaison à la moyenne de la période de pré-intervention (2001-2005). En Zambie, les cas de patients paludéens hospitalisés et le pourcentage de décès ont chuté de 61 % et 65 % respectivement au cours des deux premiers trimestres de 2008 par rapport à 2000-2002. Pendant la période 2006-2007, 3,6 millions de moustiquaires supplémentaires imprégnées d'insecticides de longue durée ont été distribuées et le pourcentage de la population protégé par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent est passé de 20 % en 2006-2007 à 48 % pendant la saison 2008 du paludisme. À Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar, les cas et décès dus au paludisme enregistrés par les installations sanitaires ont diminué de plus de 80 %.

35. Dans la plupart de ces milieux, le lien avec les efforts de lutte contre le paludisme était clair. Par exemple, au Rwanda, une distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides aux enfants de 9 à 59 mois et aux femmes enceintes, ainsi qu'une distribution de polythérapies à base d'artémisinine aux installations sanitaires ont eu lieu en septembre-octobre 2006. Pendant l'enquête sur sanitaire et démographique de 2007-2008, 56 % des ménages possédaient des moustiquaires imprégnées d'insecticides et 55 % des enfants les utilisaient. En Zambie, en 2008, 62 % des ménages possédaient des moustiquaires imprégnées d'insecticides et 41 % les utilisaient.

36. Il est de plus en plus prouvé qu'une lutte agressive contre le paludisme exerce une influence énorme, supérieure aux prévisions sur la mortalité infantile, toutes causes confondues. Les preuves publiées et issues de l'île de Bioko (Guinée équatoriale) ont montré qu'une lutte agressive contre le paludisme était associée au déclin de 66 % de la mortalité infantile, toutes causes confondues. À Zanzibar, les décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés, toutes causes confondues, ont diminué de 57 % alors que les décès de patients hospitalisés dus au paludisme ont diminué de 90 %. Cette diminution considérable a été soutenue par des déclin semblables dans les cas de patients hospitalisés toutes causes confondues et paludéens, dans les décès dus au paludisme des patients hospitalisés parmi le groupe de 5 ans ou plus, dans les cas et décès de patients hospitalisés souffrant d'anémie et dans les cas ambulatoires confirmés par des laboratoires dans tout le pays. Si on suppose que les tendances de décès chez les enfants hospitalisés de moins de cinq ans représentent les tendances de morts infantiles post-néonatales, alors la mortalité infantile pourrait avoir chuté d'environ 40-45 % à Zanzibar comme résultat de la

lutte contre le paludisme. Dans cinq districts de Zambie présentant les déclinés les plus élevés de paludisme, les décès de patients hospitalisés, toutes causes confondues, ont chuté de 61 % alors que les décès de patients atteints de paludisme ont chuté de 95 %. À nouveau, si l'on présume que ces tendances des patients hospitalisés représentent les tendances de la mortalité infantile post-néonatale, alors les décès d'enfants toutes causes confondues ont diminué de 46 % dans ces cinq districts. À Zanzibar et en Zambie, la plupart des diminutions dans les décès d'enfants toutes causes confondues pourraient être dues aux diagnostics du paludisme et de l'anémie. Ces données constituent la première indication récente que d'importants progrès peuvent être obtenus dans la mortalité infantile grâce à une lutte de haut niveau contre le paludisme.

37. Aux Amériques, 557 493 cas confirmés de paludisme ont été signalés en 2008, soit 51 % de moins par rapport à l'an 2000. En outre, 130 décès dus au paludisme ont été signalés en 2008, soit 62 % de moins qu'en 2000. 7 des 19 pays paludéens dans la région ont enregistré des réductions de plus de 50 % du nombre de cas.

38. Dans la région de la Méditerranée orientale, le nombre de cas de paludisme signalés a diminué de 46 % pendant la période s'étendant de 2000 à 2008. Des réductions considérables ont été observées en Iraq (de 1 860 cas en 2000 à 6 cas en 2008, dont 2 avaient été importés) et en Arabie saoudite (de 4 736 cas en 2000 à 467 cas en 2007). La République islamique d'Iran progresse également vers l'élimination du paludisme. Les derniers cas contractés localement au Maroc et dans la République arabe syrienne ont été enregistrés en 2004. La certification du Maroc comme pays « sans paludisme » est en cours et la République arabe syrienne est devenue éligible. L'OMS a certifié les Émirats arabes unis exempts de paludisme en janvier 2007. Suite aux importations et aux déplacements accrus de la population, des poussées locales de paludisme se sont produites en Oman (2007-2008) après une interruption de la transmission pendant plusieurs années.

39. Dans la région européenne, le nombre de cas de paludisme signalés a considérablement diminué en passant de 90 712 en 1995 à 589 cas en 2008. Les cas de paludisme contractés localement sont actuellement dans 6 des 53 États membres de la région (Azerbaïdjan, Géorgie, Kirghizistan, Tadjikistan, Turquie et Ouzbékistan) mais ces pays sont tous passés dans la phase d'élimination. Le Turkménistan a déjà entamé la procédure pour la certification de l'élimination du paludisme et l'Arménie, pays dans lequel la transmission du paludisme a été arrêtée en 2006, va vraisemblablement le rejoindre. Les deux seuls cas de paludisme *falciparum* attrapés localement ont été signalés au Tadjikistan en 2008, mais sa transmission sera vraisemblablement arrêtée dans le pays en 2009, éliminant ainsi ce type de paludisme dans l'ensemble de la région.

40. Dans la région de l'Asie du Sud-Est, des tendances à la baisse du nombre de cas de paludisme ont été signalées dans plusieurs pays de la région, notamment au Bhoutan (de 3 806 cas en 2003 à 329 en 2008), en Inde (2 millions de cas en 2000 à 1,5 millions en 2008), au Sri Lanka (210 036 cas en 2000 à 670 en 2008) et en Thaïlande (63 528 cas en 2000 à 26 150 en 2008). Le République démocratique populaire de Corée et le Sri Lanka sont actuellement en phase de pré-élimination. Les cinq pays paludéens restant endémiques dans la région ne signalent pas de changement ni d'augmentation du fardeau.

41. Dans la région du Pacifique occidental, environ 80 % des cas apparaissent dans deux pays : la Papouasie-Nouvelle-Guinée (67 %) et le Cambodge (12 %).

Plusieurs pays ont signalé des diminutions dans le nombre de cas, notamment le Cambodge (62 439 cas en 2000 contre 20 347 cas en 2008), le Laos (de 40 006 à 18 753), la Malaisie (de 12 705 à 7 390), les Philippines (de 36 596 à 23 654), la République de Corée (de 4 142 à 1 023), le Viet Nam (de 74 316 à 11 355). Le nombre de cas a moins chuté dans les pays aux taux d'incidence les plus élevés.

VII. Conclusions et recommandations

42. Le financement et les produits destinés à la lutte contre le paludisme ont à nouveau augmenté en 2007 et 2008, par rapport à la période 2000-2006, grâce à des efforts de mobilisation mondiaux coordonnés. Toutefois, la plupart des pays risquent de nécessiter une couverture universelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres interventions de lutte contre le paludisme pour pouvoir atteindre les objectifs ciblés par l'Assemblée mondiale de la santé/Faire reculer le paludisme; par conséquent, d'importants manques de fonds subsistent dans certains pays.

43. En 2008, il semble que 5 pays africains (l'Érythrée, la Gambie, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et la Zambie) et Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) approchent ou ont atteint l'impact ciblé par l'Assemblée mondiale de la santé/le RBM pour 2010 visant la réduction de la mortalité et de la morbidité de 50 % ou plus, mais cela doit être vérifié de manière plus approfondie.

44. Les principales menaces potentielles à la lutte contre le paludisme et à son élimination sont la résistance des parasites aux médicaments et la résistance des moustiques aux insecticides pyréthroïdes (le seul insecticide actuellement utilisé dans les moustiquaires imprégnées d'insecticide normal ou de longue durée). Le suivi régulier de l'efficacité des médicaments et des insecticides doit s'inscrire de manière routinière dans les programmes de lutte contre le paludisme dans les pays endémiques.

45. Les installations de diagnostic du paludisme doivent être rapidement augmentées dans les pays et elles doivent être intégrées à la gestion des enfants malades. Elles doivent inclure la microscopie, lorsque cela s'avère possible ainsi que des tests de diagnostic par le biais de radioscopies de qualité. 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.

46. La qualité des produits (diagnostics, médicaments, moustiquaires imprégnées d'insecticide ordinaire ou de longue durée) et des services est un problème de plus en plus critique à mesure que l'échelle d'utilisation augmente. Les médicaments et les moustiquaires de mauvaise qualité, les contrefaçons de médicaments et les tests de diagnostic par radioscopies peu performants prévalent nettement sur les marchés, ce qui a pour conséquence des taux de morbidité et de mortalité évitables et un risque accru de résistance aux médicaments antipaludiques. Des mécanismes de réglementation et les capacités contraignantes doivent être renforcés dans les pays, tout particulièrement en ce qui concerne les produits distribués par le secteur privé officieux. Les fabricants doivent également recevoir des informations techniques et les connaissances nécessaires pour s'assurer qu'ils respectent les normes de qualité dans la fabrication.

47. L'accès au traitement contre le paludisme à l'aide de polythérapies à base d'artémisinine reste insuffisant. Des investissements des gouvernements nationaux et de leurs partenaires au niveau des pays s'avèrent nécessaires pour renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et l'ensemble du système de santé. Étant donné que l'accès au diagnostic et au traitement du paludisme est en premier lieu restreint par le mauvais accès géographique aux

installations sanitaires, tout particulièrement pour les populations pauvres et les plus vulnérables qui vivent dans des zones rurales, il s'avère vital d'élargir le système de santé au niveau communautaire.

48. Des systèmes de surveillance ponctuels du paludisme sont requis d'urgence pour retracer les progrès réalisés, fournir des données pour la gestion des programmes et pour détecter et assurer une réponse rapide lorsque des cas de paludisme sont avérés – tout spécialement dans des milieux où la transmission du paludisme a été sérieusement réduite.

49. Dans l'ensemble, depuis le rapport de l'année dernière, la couverture de l'intervention augmente en Afrique et dans le monde, et l'impact est confirmé dans les pays qui présentaient auparavant une transmission faible à modérée du paludisme et une plus grande couverture d'intervention. Pour atteindre les objectifs ciblés de 2010 par l'Assemblée mondiale de la santé et les Partenaires RBM, les interventions relatives au paludisme doivent viser toutes les personnes (et non uniquement les enfants et les femmes enceintes), tout particulièrement dans les pays à transmission élevée. L'impact doit être surveillé de près pour s'assurer que les cibles de la lutte contre la maladie sont atteintes.

50. Les éléments de preuve initiale provenant de Sao Tomé-et-Principe, de la Zambie et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) indiquent une réduction nettement plus élevée du taux de mortalité infantile que celle estimée précédemment : on obtient une réduction supérieure à 40 % dans la mortalité des enfants hospitalisés, toutes causes confondues, alors que la mortalité infantile due au paludisme diminue de 90 % chez les patients hospitalisés. Cela porte à penser qu'une lutte agressive contre le paludisme pourrait être fondamentale pour beaucoup de pays africains, qui devraient atteindre d'ici 2015 la cible des deux tiers de réduction de la mortalité infantile conformément aux dispositions des objectifs du Millénaire pour le Développement.

51. La quasi-totalité du million de décès annuels dus au paludisme pourrait être évitée grâce à une application universelle des outils existants.