

Synthèse

Le *Rapport 2009 sur le paludisme dans le monde* résume les informations communiquées par 108 pays d'endémie palustre et d'autres sources, et revoit – à la lumière des derniers développements –, l'analyse présentée dans l'édition de 2008. Il met en exergue les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de lutte antipaludique fixés pour 2010 et 2015 par l'Assemblée mondiale de la Santé, et vers celle des nouveaux objectifs d'élimination du Plan d'action mondial contre le paludisme de 2008. Ces éléments sont rappelés ci après :

- Les engagements internationaux pour le financement de la lutte antipaludique ont augmenté, passant de quelque US\$ 0,3 milliard en 2003 à US\$ 1,7 milliard en 2009. Cette progression s'explique largement par la montée en puissance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et par la hausse des engagements de l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, 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 propriétaires d'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 que les années précédentes (24 %). Elle reste cependant inférieure à l'objectif fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé (80 %). Ces moyennes pondérées sont affectées par le faible taux de propriétaires qu'affichent de nombreux grands pays africains où les ressources nécessaires pour étendre cet usage viennent juste d'être débloquées. Cependant, le taux de propriétaires dépasse 50 % dans 13 pays africains à forte charge de morbidité.
- Le recours aux associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine (ACT) a augmenté par rapport à 2006, mais 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 cinq 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 %).
- Entre 2000 et 2008, sur les 108 pays confrontés au paludisme, plus d'un tiers (soit 9 pays africains et 29 autres pays) ont fait état de baisses de plus de 50 % des 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 d'ampleur nationale ; 6 d'entre eux sont entrés en 2009 dans la phase d'élimination. Huit pays sont en phase de pré-élimination tandis que 9 ont interrompu la transmission et s'emploient à empêcher que la maladie ne réapparaisse.

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 des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) peuvent être atteintes si les interventions essentielles 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 et Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) et en Zambie, les fortes baisses des cas de paludisme et des décès en découlant se sont accompagnées de reculs marqués des décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de cinq ans. Ainsi, déployer des 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 que visent les OMD.

La résistance du parasite aux antipaludiques et celle des moustiques aux insecticides compromettent gravement les efforts déployés dans le monde pour vaincre la maladie. L'efficacité des médicaments dans les pays d'endémie palustre a fait l'objet d'un suivi efficace, mené avec l'appui de l'OMS, qui a permis de repérer en amont des cas de résistance aux artémisinines. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dirige une initiative de grande ampleur pour faire face à ce problème. Le recours à l'artémisinine comme monothérapie constitue un facteur important de résistance du parasite mais, bien que l'OMS ait appelé à cesser cette pratique, ces traitements continuent d'être commercialisés dans de nombreux pays.

Les décaissements internationaux au bénéfice des pays d'endémie palustre (US\$ 0,65 milliard en 2007, dernière année pour laquelle des données sont disponibles) sont encore loin des US\$ 5 milliards nécessaires chaque année pour assurer une couverture élevée et un impact maximal dans le monde. Environ 80 % des financements extérieurs étaient destinés à la Région africaine de l'OMS. C'est dans la Région de l'Asie du Sud-Est que le montant affecté par personne exposée au paludisme était le plus faible, et là également que les concours extérieurs ont le moins progressé entre 2000 et 2007. Lorsque les niveaux d'aide extérieure sont élevés, les achats de produits pharmaceutiques augmentent et l'incidence du paludisme recule.

Les fonds affectés à la lutte antipaludique se polarisent toutefois trop sur les petits pays, où la charge de morbidité est plus faible. 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, et pérenniser les acquis. Il sera nécessaire pour cela 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 ACT, et d'élaborer des systèmes de suivi systématique pour le paludisme proprement dit et pour la résistance du parasite aux antipaludiques ou des moustiques aux insecticides.

Points essentiels

● Contexte général

Les pays d'endémie palustre et la communauté internationale s'efforcent d'atteindre, à l'échéance 2010, un niveau de couverture élevé en interventions efficaces, et de parvenir ainsi simultanément à leurs objectifs de couverture et d'impact.

1. À l'occasion de la Journée mondiale du paludisme 2008, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé un appel pour parvenir, d'ici fin 2010, à une couverture universelle des programmes de traitement et de prévention du paludisme.
2. Les États Membres, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, et le Partenariat Faire reculer le paludisme se sont fixé pour objectif de réduire le nombre des cas et de décès dus à cette maladie de 50 % ou plus d'ici fin 2010 et de 75 % ou plus d'ici 2015, l'année 2000 servant de référence.
3. En septembre 2008, le Partenariat a lancé le Plan d'action mondial contre le paludisme. Il définit les étapes nécessaires pour accélérer la réalisation des objectifs que le Partenariat s'est fixés pour 2010 et 2015 en matière de lutte antipaludique et d'élimination.

● Politiques et stratégies de lutte antipaludique

Pour parvenir aux objectifs de 2010 et 2015, les pays doivent fournir à toutes les personnes exposées au paludisme des moustiquaires imprégnées d'insecticide ou des insecticides pulvérisables à l'intérieur des habitations. Ils doivent également mettre à disposition des moyens de diagnostic en laboratoire pour tous les cas présumés et traiter efficacement tous les cas confirmés.

Traitement

4. Avant d'entamer le traitement, il est recommandé d'établir rapidement une confirmation parasitologique de tous les cas présumés, par microscopie ou à l'aide d'un test de diagnostic rapide. Les cas confirmés de paludisme simple à *P. falciparum* doivent être traités avec des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine (ACT), et le paludisme à *P. vivax* avec de la chloroquine, lorsque ce traitement est efficace, ou une ACT adaptée si *P. vivax* y résiste. Le traitement de *P. vivax* doit être associé à 14 jours de primaquine pour éviter la rechute.
5. 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. En 2008, 20 des 45 pays d'endémie palustre de la Région africaine de l'OMS 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, et 78 pays ont indiqué appliquer une politique de traitement aux ACT pour le paludisme à *P. falciparum*.
6. L'OMS recommande de retirer du marché les monothérapies orales à base d'artémisinine et de les remplacer par des ACT.

Trente-sept pays continuent toutefois d'autoriser les monothérapies. Ils sont situés pour la plupart dans la Région africaine, suivie de la Région des Amériques et la Région de l'Asie du Sud Est.

7. 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. Des cas de résistance de *P. falciparum* aux artémisinines ont été observés à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande.

Prévention

8. En 2008, 23 pays de la Région africaine et 35 pays d'autres Régions ont adopté la recommandation faite par l'OMS 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.
9. Tous cadres épidémiologiques confondus, la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides à effet rémanent approuvés par l'OMS (notamment le DDT) demeure l'une des principales interventions pour réduire et interrompre la transmission du paludisme par la lutte antivectorielle. En 2008, 44 pays (dont 19 de la Région africaine) ont indiqué utiliser cette technique.
10. Il est recommandé aux femmes enceintes de suivre un traitement préventif intermittent dans les zones de forte transmission. En 2009, 33 pays de la Région africaine, 3 de la Région de la Méditerranée orientale et 1 de la Région du Pacifique occidental avaient adopté une politique en la matière.

● Avancées réalisées pour prévenir le paludisme

La couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide progresse rapidement dans certains pays d'Afrique. Ainsi, fin 2008, 31 % des ménages en étaient propriétaires dans les pays à forte charge de morbidité.

11. En 2006–2008, près de 140 millions de moustiquaires à imprégnation durable ont été livrées dans les pays à forte charge de morbidité de la Région africaine.
12. Selon une estimation faite sur la base d'un modèle, 31 % des ménages africains étaient propriétaires d'au moins une moustiquaire imprégnée et, en 2008, 24 % des enfants de moins de cinq ans avaient utilisé cette protection. Toujours en 2008, le taux de propriétaires a atteint ou dépassé 50 % dans 13 des 35 pays à forte charge de morbidité de la Région africaine. Les enquêtes menées montrent que, dans 7 pays (Guinée équatoriale, Éthiopie [population vivant à moins de 2000 m d'altitude], Gabon, Mali, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Zambie), la part des propriétaires a, en 2007 ou 2008, atteint ou dépassé 60 %.

13. Dans six pays pour lesquels des données étaient disponibles en 2006–2007, la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant utilisé la nuit précédente une moustiquaire imprégnée s'établissait à 51 % chez les ménages en possédant au moins une (médiane, série : 14–68 %). Ces chiffres proviennent de six enquêtes démographiques et sanitaires, généralement menées durant la saison sèche ; le taux d'utilisation pourrait être plus élevé durant la saison humide.
14. Dans deux des quatre pays de la Région africaine ayant fait l'objet de plusieurs enquêtes nationales successives, le taux de propriétaires de moustiquaires imprégnées a chuté de 13 % et 37 % dans les 24 à 36 mois suivant la distribution massive. Cela montre qu'il faut mettre en place des programmes solides de distribution systématique. Il convient de suivre régulièrement la pérennité des moustiquaires à imprégnation durable et la longévité des insecticides utilisés, de sorte à évaluer les besoins d'entretien.

● Progrès dans le diagnostic et le traitement du paludisme

Une amélioration est observée en matière d'achats d'ACT, et le pourcentage d'enfants souffrant de fièvre qui bénéficient d'un tel traitement s'inscrit en hausse. Néanmoins, en 2008, les pays n'ont reçu qu'environ 50 % des ACT nécessaires pour traiter les cas de paludisme dans les établissements publics de santé.

15. En 2008, dans 18 pays à forte charge de morbidité de la Région africaine de l'OMS pour lesquels des données étaient disponibles, 22 % des cas présumés ont été confirmés à l'aide d'un test parasitologique.
16. L'accès aux traitements, s'agissant en particulier des ACT, était généralement insuffisant dans les pays africains. Ainsi, dans 11 des 13 pour lesquels des données d'enquête étaient disponibles en 2007–2008, moins de 15 % des enfants de moins de cinq ans ont bénéficié d'ACT.
17. Selon neuf enquêtes conduites dans les ménages en 2007–2008, 20 % des femmes enceintes ont reçu une deuxième dose de traitement préventif intermittent.

● Impact de la lutte antipaludique

Le nombre de décès d'enfants, imputables au paludisme et toutes causes confondues, a fortement reculé dans certaines zones ayant atteint un taux élevé de couverture des interventions efficaces.

18. Le nombre des cas de paludisme et des décès en découlant, tels que notifiés, a reculé de plus de 50 % dans quatre pays africains à forte charge de morbidité (Érythrée, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Zanzibar) ainsi que dans une zone (Zanzibar en République-Unie de Tanzanie). Des reculs du même ordre ont également été observés dans cinq pays africains de faible transmission (Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Namibie et Swaziland). À Sao Tomé-et-Principe et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), le nombre de décès a baissé après deux à trois années d'usage généralisé des insecticides pulvérisables, des moustiquaires à imprégnation durable et des ACT. Au Rwanda, une réduction a été observée grâce aux seules moustiquaires à imprégnation durable et ACT.

19. 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, les taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues ont baissé de 35 % (taux mesurés 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 visent les objectifs du Millénaire pour le développement.
20. Dans les autres Régions de l'OMS, le nombre de cas de paludisme confirmés, tels que notifiés, a diminué entre 2000 et 2008 de plus de 50 % dans 29 des 56 pays d'endémie palustre. C'est dans les pays aux taux d'incidence les plus élevés que le nombre de cas a le moins chuté, ce qui montre qu'il faut donner une plus grande attention aux pays où sont enregistrés l'essentiel des cas et des décès hors Afrique.

● Éliminer le paludisme

En septembre 2008, le Partenariat Faire reculer le paludisme a fixé comme objectif d'éliminer cette maladie, d'abord dans huit à 10 pays, d'ici 2015, puis dans tous les pays qui étaient en 2008 en phase de pré-élimination.

21. En 2009, 8 pays sont en phase de pré-élimination ; 10 mettent en œuvre des programmes d'élimination d'ampleur nationale (dont 6 sont entrés cette année en phase d'élimination), et 9 autres (Arménie, Bahamas, Égypte, Fédération de Russie, Jamaïque, Maroc, Oman, République arabe syrienne et Turkménistan) ont interrompu la transmission et s'emploient à empêcher que la maladie ne réapparaisse.

● Financer la lutte antipaludique

Les fonds internationaux affectés à la lutte antipaludique ont fortement augmenté, passant de quelque US\$ 0,3 milliard à US\$ 1,7 milliard entre 2003 et 2009. Les niveaux de financement national semblent s'être maintenus sur la période.

22. Les fonds décaissés pour la lutte antipaludique ont augmenté entre 2006 et 2007, passant de US\$ 592 millions à US\$ 652 millions. Les engagements en ce domaine ont dépassé US\$ 1 milliard en 2008 et US\$ 1,7 milliard en 2009, ce qui suggère que les financements continuent d'augmenter.
23. Sur 108 pays d'endémie palustre, 76 ont bénéficié entre 2000 et 2007 d'une aide extérieure à l'appui de la lutte antipaludique. Les dépenses les plus élevées par personne ont été observées dans les pays où les populations exposées sont les moins nombreuses.
24. Les pays qui, entre 2000 et 2007, ont reçu plus de US\$ 7 d'aide extérieure par personne exposée à la maladie avaient plus de chances d'enregistrer une réduction du nombre de cas que ceux où l'aide était moins importante.