

## Résumé du rapport *Éliminer le paludisme - Leçons du passé et perspectives d'avenir*

La morbidité liée au paludisme, ainsi que les efforts de prévention et de traitement de la maladie sont reconnus depuis des siècles. Les premières mesures préventives ont consisté à dissuader les ménages de s'installer dans les zones marécageuses, à adopter des approches environnementales, telles que le drainage des zones humides, puis à améliorer les conditions de logement dans le but de limiter l'interaction entre le moustique et l'homme.

Certaines des premières interventions thérapeutiques, telles que la quinine et l'artémisinine, jouent aujourd'hui encore un rôle essentiel dans les efforts déployés pour enrayer la maladie. La découverte du parasite du paludisme et de sa transmission par le moustique à la fin du XIXe siècle a donné le coup d'envoi d'un demi-siècle d'avancées dans le domaine de l'entomologie, et du contrôle du paludisme par le biais de méthodes chimiques et environnementales (cf. figure 1).

La fin de la Première Guerre mondiale, et plus précisément l'année 1919, ont marqué le début d'une période d'efforts intenses pour endiguer le paludisme, une maladie dévastatrice dans de nombreux pays à l'époque. Le contrôle du paludisme a néanmoins connu un succès inégal selon les régions du monde et, dès les années 20, le lien entre le développement et la santé mondiale est apparu évident. Une série d'efforts ciblés sur la démoustication, le diagnostic par microscopie et le traitement par la quinine ont abouti à l'élimination du paludisme dans la quasi-totalité des pays de l'Europe occidentale au milieu des années 30. La découverte du DDT en 1939 et son utilisation pour les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent (PID) ont permis d'obtenir

des résultats remarquables dans les Balkans, au Mexique et en Amérique latine, en Grèce, au Moyen-Orient, à Taïwan et au Sri Lanka. Associés à la découverte d'un médicament antipaludique efficace, la chloroquine, ces progrès ont ouvert la voie à de nouvelles ambitions, au niveau mondial, face à la maladie.

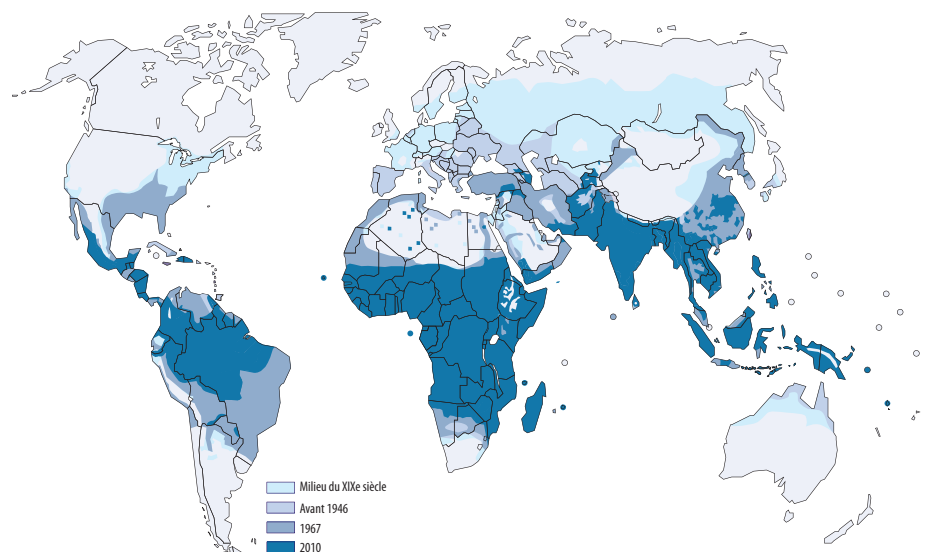
La destruction des infrastructures et les déplacements massifs de populations causés par la Seconde Guerre mondiale ont entraîné une résurgence importante du paludisme dans des pays qui avaient enregistré des résultats remarquables en matière de contrôle de la maladie, ainsi qu'une importation substantielle des cas de paludisme de la part des troupes de retour des zones impaludées. En réponse, l'OMS a lancé le GMEP en 1955. Ce programme visait à

déployer des campagnes intensives de PID, et à les associer au dépistage et au traitement des cas de paludisme, afin de réduire rapidement la transmission de la maladie dans toutes les régions endémiques où l'intensité de la transmission était de faible à modérée. Pour l'Afrique subsaharienne, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avait alors déterminé que les conditions nécessaires à des campagnes de PID efficaces ne pouvaient pas encore être réunies et que les données, alors disponibles, ne permettaient pas de penser que la surveillance serait un jour adaptée à cette région compte tenu de l'intensité de la transmission.

En 1978, le GMEP avait déjà permis à 37 des 143 pays endémiques d'éliminer le paludisme, dont 27 pays dans les régions Europe et Amériques.

Figure 1  
Répartition mondiale du paludisme, du milieu du XIXe siècle à 2010

Au niveau mondial, les zones à risque de paludisme ont considérablement diminué depuis le milieu du XIXe siècle.



Remarque : quand bien même cette carte serait incomplète, elle permet d'illustrer les zones de transmission du paludisme au fil des ans.

Source : Mendis K. et autres, et le Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) créé par l'OMS.

Toutefois, des progrès plus lents que prévu, ainsi qu'une résistance croissante aux médicaments et aux insecticides ont entamé la confiance placée dans ce programme et, au final, ont entraîné une diminution des investissements. Certains des pays qui avaient accompli des progrès remarquables au cours de cette période ont alors dû faire face à une résurgence du paludisme avec, pour quelques-uns, une augmentation considérable du taux de mortalité.

Du milieu des années 70 à la fin des années 90, certains pays ont essuyé revers sur revers en matière de contrôle du paludisme, empêchant toute avancée face à la maladie. D'autres pays, résolument engagés à mener les efforts requis dans le cadre du GMEP (surtout les pays aux frontières des zones endémiques et ceux ayant sécurisé des financements réguliers), ont toutefois continué à progresser. Certains pays (Australie, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, Grèce, Koweït, Libye, Maldives et Tunisie) et un territoire (Hong Kong) ont d'ailleurs repoussé le paludisme hors de leurs frontières à cette période, ce qui a permis d'éliminer la maladie sur deux continents : l'Europe et l'Australie.

Cette période a également été marquée par le développement de nouveaux outils qui sont, aujourd'hui encore, essentiels au succès de la lutte contre le paludisme. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), par exemple, ont constitué une nette amélioration par rapport aux anciens modèles uniquement utilisés à des fins de protection individuelle. La distribution des MII (et, plus récemment, des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée [MILD]) pour la protection individuelle et la lutte antivectorielle a eu un impact considérable sur les efforts de contrôle du paludisme au cours des dix dernières années. Par ailleurs, l'introduction universelle des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) a transformé le traitement du paludisme dans le monde dès le début de l'année 2000. Le troisième outil de ce nouvel arsenal d'interventions a été le test de diagnostic rapide (TDR), qui a permis d'obtenir des résultats de tests de diagnostic fiables dans les régions les plus reculées, là où la microscopie n'est pas disponible.

## Le Partenariat RBM de 2000 à 2010

La première décennie du Partenariat RBM, entre 2000 et 2010, a marqué la transformation récente des efforts de lutte contre le paludisme. En plus des nouveaux outils à disposition, cette période a été caractérisée par un renforcement considérable des engagements au niveau national, régional et international, et par l'augmentation correspondante des financements et des capacités techniques ayant permis aux pays d'accélérer leurs efforts. Beaucoup de pays ont donc rapidement mis en œuvre leurs interventions antipaludiques à grande échelle. Ils ont ainsi pu très vite réduire la transmission de la maladie et sont, à présent, bien placés pour déployer leurs efforts d'élimination. Par ailleurs, d'autres pays qui recensaient depuis longtemps des taux de transmission modérés à faibles, ont également ciblé leurs efforts de manière plus intense sur l'élimination du paludisme.

### Au niveau régional, les progrès accomplis au cours de la dernière décennie ont été spectaculaires

#### Région Europe

Dix des 53 pays de la région Europe étaient encore touchés par le paludisme en 2000. Depuis 2010, seuls cinq de ces pays ont recensé des cas de paludisme contractés localement : l'Azerbaïdjan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et la Turquie. Le Kazakhstan a recensé son dernier cas contracté localement en 2001, le Turkménistan en 2004, l'Arménie en 2005 et la Géorgie en 2009. Le Turkménistan a été certifié exempt de paludisme par l'OMS en 2010 et la certification de l'Arménie est en cours depuis septembre 2011. La réintroduction temporaire de la transmission du paludisme dans la Fédération de Russie a été contrôlée.

#### Région Méditerranée orientale

Douze des 22 pays de la région Méditerranée orientale ont rapporté des cas de transmission locale de paludisme en 2000. Au cours de la décennie suivante, six pays ont initié ou maintenu des programmes nationaux d'élimination (Arabie saoudite, Iraq, Maroc, Oman, République islamique d'Iran et Syrie) et ont ainsi réussi à diviser par dix le nombre de cas de paludisme, alors que

deux autres pays (Soudan et Yémen) ont développé des initiatives sous-nationales d'élimination du paludisme. Les Émirats arabes unis (dernier cas local en 1997) et le Maroc (dernier cas local en 2004) ont été respectivement certifiés exempts de paludisme en 2007 et 2010.

#### Région Amériques

Au cours de la première décennie du Partenariat RBM, 23 des 47 pays de cette région ont recensé des cas de transmission locale du paludisme. Sur ces 23 pays, quatre ont progressé vers la phase de pré-élimination (Argentine, El Salvador, Mexique et Paraguay) et deux ont mis en œuvre un programme d'élimination au niveau sous-national (Haïti et République dominicaine). Deux autres pays (Bahamas et Jamaïque) ont souffert d'une réintroduction temporaire de la transmission du paludisme en 2006, mais elle est désormais sous contrôle.

#### Région Asie du Sud-Est

À l'exception des Maldives, dont les efforts d'élimination ont été couronnés de succès dans les années 80, et qui sont actuellement en phase de prévention de la réintroduction, tous les pays de cette région ont été affectés par le paludisme au cours de la dernière décennie. Deux pays (Sri Lanka et République populaire démocratique de Corée) ont enregistré des progrès à l'échelle nationale en matière d'élimination. L'Indonésie a adopté une stratégie d'élimination sous-nationale pour les îles de Java et de Bali. Le Bhoutan et la Thaïlande, deux pays comprenant des zones étendues sans la moindre transmission, ont exprimé leur intention de passer à la phase d'élimination du paludisme.

#### Région Pacifique occidental

Le paludisme est encore endémique dans 10 des 37 pays de cette région. La Malaisie et la République de Corée déploient actuellement des programmes nationaux d'élimination du paludisme. Par ailleurs, la Chine, les Îles Salomon, les Philippines et le Vanuatu ont mis en œuvre des activités sous-nationales d'élimination. Le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont intégré l'élimination à leurs stratégies nationales. En 2010, le gouvernement chinois s'est, quant à lui, officiellement engagé à éliminer le paludisme.

## Région Afrique

Le paludisme est encore transmis dans 42 des 46 pays de la région Afrique. Le Lesotho, l'île Maurice et les Seychelles ne sont pas des zones d'endémie paludique et l'Algérie est en phase d'élimination. Quant au Cap-Vert, il est entré en phase de pré-élimination en 2010.

Quatre pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Namibie et Swaziland) ont décidé de poursuivre un objectif commun d'élimination du paludisme d'ici 2015. Ils ont été rejoints en 2009 par quatre de leurs voisins un peu plus au nord (Angola, Mozambique, Zambie et Zimbabwe) et forment aujourd'hui l'initiative sous-régionale d'élimination du paludisme, appelée « Élimination 8 ». Enfin, quatre autres pays africains (Gambie, Madagascar, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe) ont obtenu des subventions du Fonds mondial qui vont leur permettre de préparer l'élimination.

## Les pays progressent, chacun à leur rythme, sur la voie de l'élimination du paludisme

### Pays en phase de prévention de la réintroduction du paludisme

En 2010, quatre pays historiquement endémiques avaient interrompu la transmission du paludisme et mettaient en œuvre des programmes intensifs de prévention de la réintroduction. De plus, deux pays ont été certifiés exempts de paludisme en 2010 et maintiennent leurs efforts de vigilance. Durant ces dernières années, trois pays non endémiques ont recensé des épidémies palustres et ont réussi à contrôler la situation. De nombreux autres pays, autrefois endémiques, continuent à prévenir toute reprise de la transmission.

### Pays en phase d'élimination du paludisme

En 2010, dix pays mettaient en œuvre des programmes nationaux d'élimination du paludisme. La majorité de ces pays avaient déjà enrayer la transmission du paludisme dans les années 50 et 60. Entre 1998 et 2010, la plupart de ces pays ont divisé par dix, voire plus, leur nombre annuel d'infections palustres transmises localement. Enfin, depuis 1998, aucun de ces pays n'a rapporté le moindre décès lié à une transmission locale du paludisme.



OMS/Stephanie Hollyman

Les pays ayant déjà éliminé le paludisme, ou sur le point de réaliser cet objectif, ont bénéficié de plusieurs avantages, à savoir une stabilité politique et socio-économique, un leadership passionné, des équipes qualifiées, et un engagement et des investissements importants au niveau national. Tous ces atouts ont permis le déploiement d'un large éventail d'interventions et leur adaptation aux besoins au fil du temps. Des systèmes de surveillance et d'information performants, ainsi que l'autonomisation des communautés sont des composantes essentielles des programmes d'élimination.

### Pays en phase de pré-élimination du paludisme

En 2010, neuf pays étaient en phase de pré-élimination et concentraient leurs efforts sur la qualité de la surveillance, du reporting et des systèmes d'information. Cinq de ces pays avaient déjà quasiment éliminé le paludisme

dans les années 50 et 60. La quasi-totalité des cas de paludisme confirmés en 2010 dans les pays en phase de pré-élimination ont été recensés dans quatre pays seulement. À l'exception du Sri Lanka, aucun pays en phase de pré-élimination n'a signalé de décès dû au paludisme au cours de la décennie. Ce dernier pays n'a d'ailleurs rapporté que deux décès liés au paludisme local en 2004, et aucun autre depuis lors.

### Pays en phase de contrôle du paludisme, où le poids de la maladie est moins lourd qu'ailleurs, et engagés sur la voie de la pré-élimination

Dix pays sont en pleine transition entre phase de contrôle et phase de pré-élimination. Ils mettent actuellement au point les systèmes qui vont leur permettre d'identifier et de circonscrire les foyers de transmission encore présents à l'intérieur de leurs frontières, afin de progresser vers l'élimination.

### **Pays en phase de contrôle et présentant des taux de transmission élevés**

Dans les pays où les taux de transmission restent élevés, diminuer de façon considérable l'interaction entre le moustique et l'homme, améliorer l'accès au diagnostic et au traitement, et réduire la prévalence des infections palustres parmi la population sont autant de paramètres essentiels pour obtenir une baisse significative de la transmission, requise avant d'envisager la phase d'élimination. De nombreux pays ont récemment prouvé qu'une plus grande couverture des interventions actuelles avait un impact considérable sur la réduction de la transmission et, par conséquent, sur la diminution du poids de la maladie. Même si de nouveaux outils sont indispensables, en particulier pour que les pays à forte transmission accèdent plus rapidement à la phase d'élimination, et même si les outils et les conditions socio-économiques vont

s'améliorer au fil du temps, il demeure essentiel que les programmes continuent à progresser en intensifiant les interventions disponibles et efficaces aujourd'hui.

### **Conclusion**

Les difficultés à surmonter en vue d'éliminer le paludisme au niveau mondial restent nombreuses et préoccupantes. L'histoire nous a rappelé que les progrès sont fragiles et peuvent aisément être réduits à néant. Le bénéfice à long terme de l'élimination doit encore faire l'objet d'une documentation plus riche, afin de faciliter les engagements politiques et financiers requis. Pourtant, les succès s'accumulent, et les données probantes orientant l'action locale, nationale, régionale et mondiale s'amoncellent rapidement. Les investissements à venir dans de nouveaux outils de contrôle du paludisme et en matière de développement socio-économique

vont être cruciaux, car ils offriront un large soutien à la lutte contre le paludisme et aux communautés. Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins d'un investissement politique et financier sans précédent. Assurer la stabilité et la durée à la fois de ces engagements et de la générosité des pays endémiques, des gouvernements donateurs, du secteur privé, des fondations caritatives et de la société civile créera toutes les conditions d'un impact continu sur le fardeau du paludisme. Avec des moyens humains importants, des investissements ininterrompus, des actions programmatiques basées sur des données probantes et un partenariat toujours actif, l'atteinte des objectifs ambitieux du Partenariat RBM pour 2015, y compris l'élimination dans huit à dix pays au moins et la région Europe de l'OMS, est à notre portée (cf. encadré 1).

## **Encadré 1 - Objectifs du Plan d'action mondial contre le paludisme**

(approuvés par le Conseil d'Administration du Partenariat RBM en 2011)

**Objectif 1.** Réduire pratiquement à zéro le nombre de décès dus au paludisme dans le monde d'ici fin 2015.

**Objectif 2.** Réduire de 75 % (par rapport à l'an 2000) le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici fin 2015.

**Objectif 3.** Éliminer le paludisme d'ici 2015 dans huit à dix pays supplémentaires (par rapport à 2008) et dans la région Europe de l'OMS.

*Source : Document Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011, informations disponibles à l'adresse [www.rbm.who.int/gmap/gmap2011update-fr.pdf](http://www.rbm.who.int/gmap/gmap2011update-fr.pdf), Partenariat RBM.*

#### **Pour plus d'informations**

#### **Secrétariat du Partenariat RBM**

Siégeant à l'OMS

Avenue Appia 20

1211 Genève 27

Suisse

Site Internet :

[www.rollbackmalaria.org](http://www.rollbackmalaria.org)

Tél. : +41 22 791 5869

Fax : +41 22 791 1587

