

ROLL BACK
MALARIA
PARTENARIAT

COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT

Numéro 8 - octobre 2011

Éliminer le paludisme
Leçons du passé et perspectives d'avenir



Organisation
mondiale de la Santé



PATH
A catalyst for global health

Numéro 8 (F) - octobre 2011

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Cartes | Florence Rusciano, Anne Guilloux et Christèle Wantz/OMS.

Photographies | Couverture et pp. 15 et 23 : © Stephanie Hollyman/OMS | pp. 4 et 17 : © Ricardo Hantzschel.

Contact | Secrétariat du Partenariat RBM | siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé | Avenue Appia 20 | 1211 Genève 27 | Suisse | Tél. : +41 22 791 5869 | Fax : +41 22 791 1587 | E-mail : inforbm@who.int

Création/mise en page : messaging | Imprimé en France

AVANT-PROPOS

Éliminer le paludisme au niveau de chaque pays, puis finalement éradiquer la maladie à l'échelle planétaire sont les visions d'avenir ayant habité scientifiques et professionnels de la santé publique pendant près d'un siècle. Durant la première moitié du XXe siècle, la découverte et le déploiement des mesures de contrôle des vecteurs du paludisme (moustiques), puis le dépistage et le traitement des infections palustres ont entraîné une baisse considérable du fardeau du paludisme dans de nombreuses régions du monde. Une grande partie de ces progrès a été réduite à néant au cours de la Seconde Guerre mondiale du fait des dégâts catastrophiques causés aux infrastructures et des importants déplacements de populations.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé le Programme mondial d'éradication du paludisme (GMEP) en 1955, soit moins d'une décennie après sa création. Même si son objectif ambitieux n'a jamais été atteint, le GMEP a permis d'éliminer le paludisme dans 37 des 143 pays endémiques et sur deux continents, l'Europe et l'Australie. Néanmoins, la lenteur des progrès réalisés dans certaines régions (en particulier en Afrique), une résurgence dramatique de la maladie dans certaines zones où des avancées formidables avaient été enregistrées, le développement de la résistance à la fois des parasites du genre *Plasmodium* à la chloroquine et du moustique de type anophèle à la dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT) ont entraîné, de fait, l'abandon du programme en 1972.

Les quelque 30 années suivantes ont véritablement constitué une période sombre pour les efforts de lutte contre le paludisme. La maladie est, en effet, réapparue dans de nombreuses régions, annihilant les progrès réalisés en matière d'élimination. Le principal enseignement tiré de cette expérience a été à la fois fort et élémentaire : éliminer le paludisme et prévenir sa réintroduction n'est envisageable *que si* les pays

s'engagent, à long terme, à renforcer les systèmes de santé et les ressources humaines.

Au cours de la dernière décennie, un nouvel espoir est apparu en matière de lutte contre le paludisme. Une augmentation sans précédent des ressources financières a entraîné une intensification remarquable des nouveaux outils, tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, ainsi qu'une baisse considérable du fardeau du paludisme dans chacune des régions de l'OMS. Il est important de souligner que ces investissements sont allés de pair, dans de nombreuses régions et surtout hors Afrique, avec un développement socio-économique rapide ayant modifié les conditions de logement, l'environnement au sens plus large et donc, le risque intrinsèque de paludisme dans de nombreux pays. Dans la région Europe de l'OMS, ces avancées ont fait renaître la volonté d'éliminer le paludisme, exprimée par la signature de la Déclaration de Tachkent en 2005, un engagement de tous les pays touchés par le paludisme à éliminer cette maladie d'ici 2015 dans la région.

En 2007, la Fondation Bill & Melinda Gates a de nouveau appelé à l'éradication du paludisme, indiquant que tout autre effort qui ne poursuive pas cet objectif était moralement inacceptable, une position immédiatement reprise par Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. Cet appel visionnaire a déclenché une vague d'investissements et d'innovations, et a suscité de l'optimisme mêlé à un sentiment d'impatience. Dès lors, diverses initiatives d'élimination du paludisme ont vu le jour au niveau mondial. Depuis 2007, trois nouveaux pays ont réussi à éliminer le paludisme, ce qu'aucun n'avait réalisé au cours des vingt années précédentes.



Nous ne pouvons cependant pas ignorer les difficultés qui nous attendent sur la voie de l'élimination et de l'éradication du paludisme. Nous ne pouvons pas davantage oublier les résultats remarquables que nous avons, à ce jour, obtenus en matière de santé publique et que nous allons continuer d'obtenir sur la voie de ces objectifs. Le nombre de décès liés au paludisme s'élève encore à 781 000 chaque année, ce qui est totalement inacceptable pour une maladie évitable et guérissable. En 2011, avec l'arsenal d'outils antipaludiques dont nous disposons, personne ne devrait mourir du paludisme. La mise à l'échelle de ces outils a, selon les estimations, permis de sauver environ 1,1 million de vies en Afrique depuis 2000, dont la grande majorité au cours des cinq dernières années lorsque les différentes interventions ont été vraiment intensifiées. Si nous parvenons à atteindre l'accès et l'utilisation universels des outils antipaludiques

actuels et si, dans le même temps, nous investissons à la fois dans le personnel et les systèmes requis pour déployer ces outils, ainsi que dans la recherche et le développement des outils de demain, alors les objectifs nationaux et régionaux en matière d'élimination du paludisme, tout comme l'objectif mondial d'éradication, deviendront *réellement* envisageables.

Robert D. Newman
Directeur, Programme mondial
de lutte antipaludique

Organisation mondiale
de la Santé

Zsuzsanna Jakab
Directrice, Bureau régional
pour l'Europe

Organisation mondiale
de la Santé

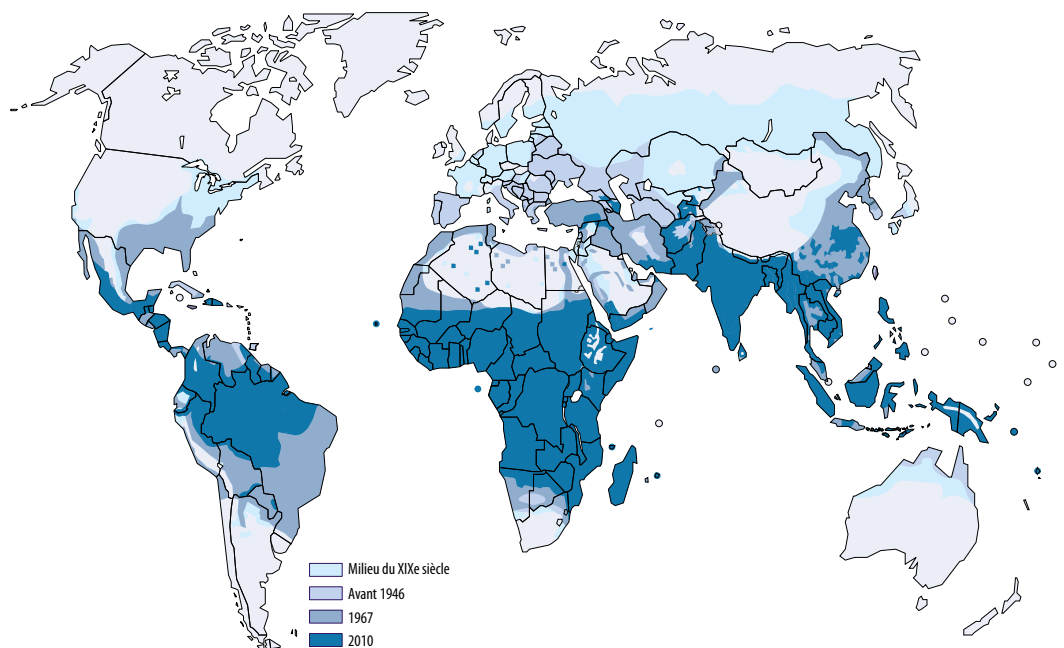
RÉSUMÉ

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).

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 autres³, et le Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) créé par l'OMS.

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. 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.

Sur les 53 pays membres de la région Europe (telle que définie par l'OMS), 45 ne sont plus touchés par le paludisme. Les 8 pays restants sont soit en phase d'élimination, soit en phase de prévention de la réintroduction.



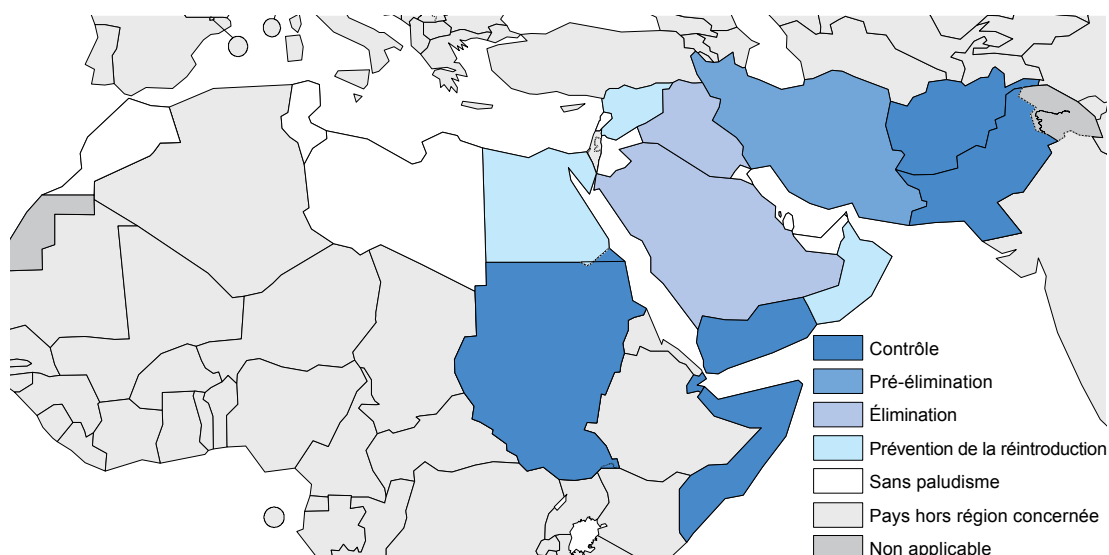
Source : OMS-GMP.

Région Méditerranée orientale

Douze des 22 pays de la région Méditerranée orientale ont rapporté des cas de transmission locale du 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.

Sur les 22 pays membres de la région Méditerranée orientale (telle que définie par l'OMS), 9 ont éliminé le paludisme, 6 sont aujourd'hui en phase d'élimination, de pré-élimination ou de prévention de la réintroduction, et 7 en sont encore à la phase de contrôle de la maladie.



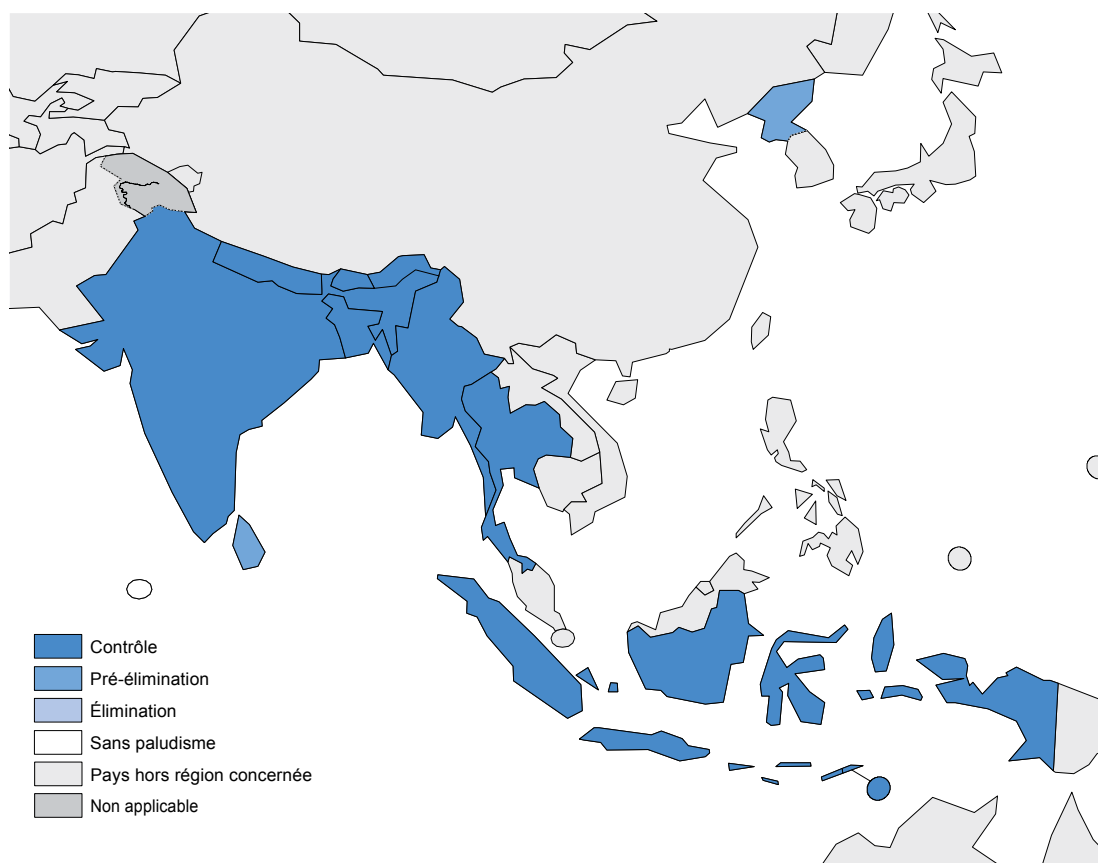
Source : OMS-GMP.

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.

Sur les 11 pays membres de la région Asie du Sud-Est (telle que définie par l'OMS), 1 seul a éliminé le paludisme, 2 sont en phase de pré-élimination, et 8 en sont encore à la phase de contrôle de la maladie.



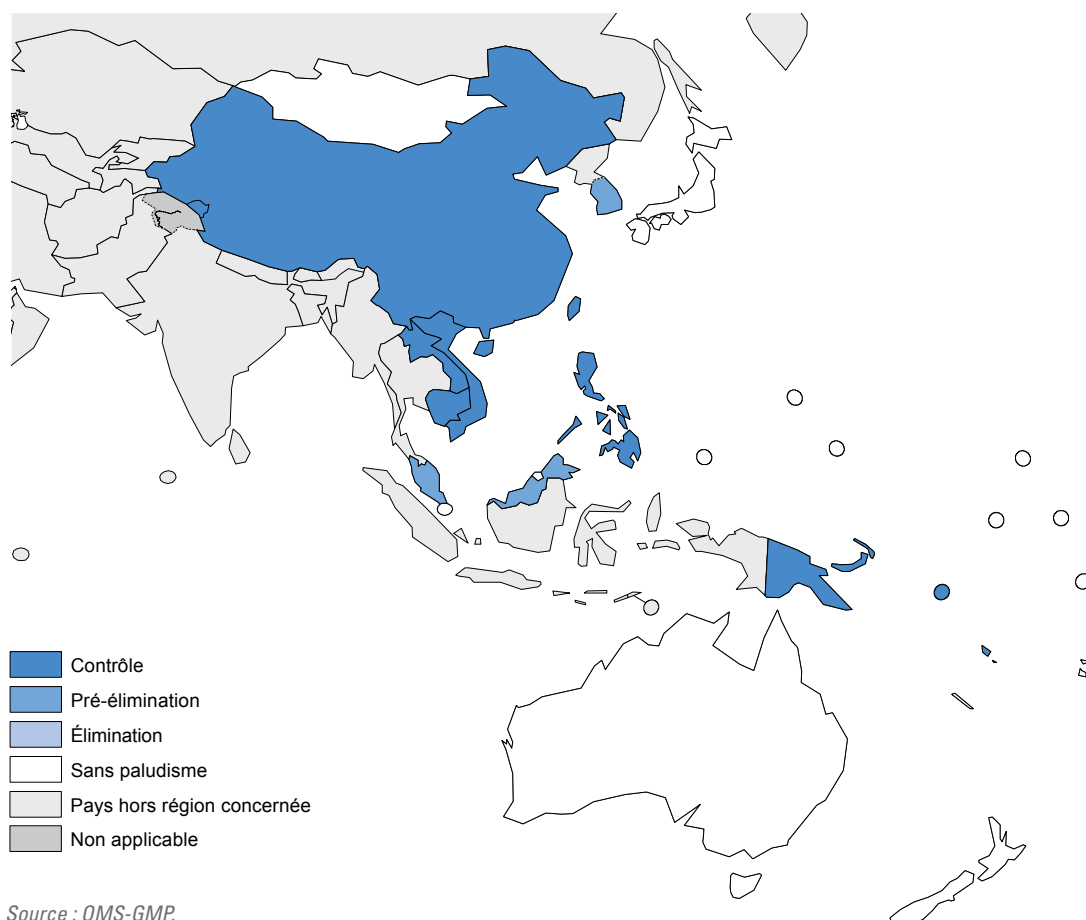
Source : OMS-GMP.

Région Pacifique occidentale

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.

Sur les 28 pays membres de la région Pacifique occidentale (telle que définie par l'OMS), 18 ne sont plus touchés par le paludisme, 2 sont en phase d'élimination ou de pré-élimination, et 8 en sont encore à la phase de contrôle de la maladie.



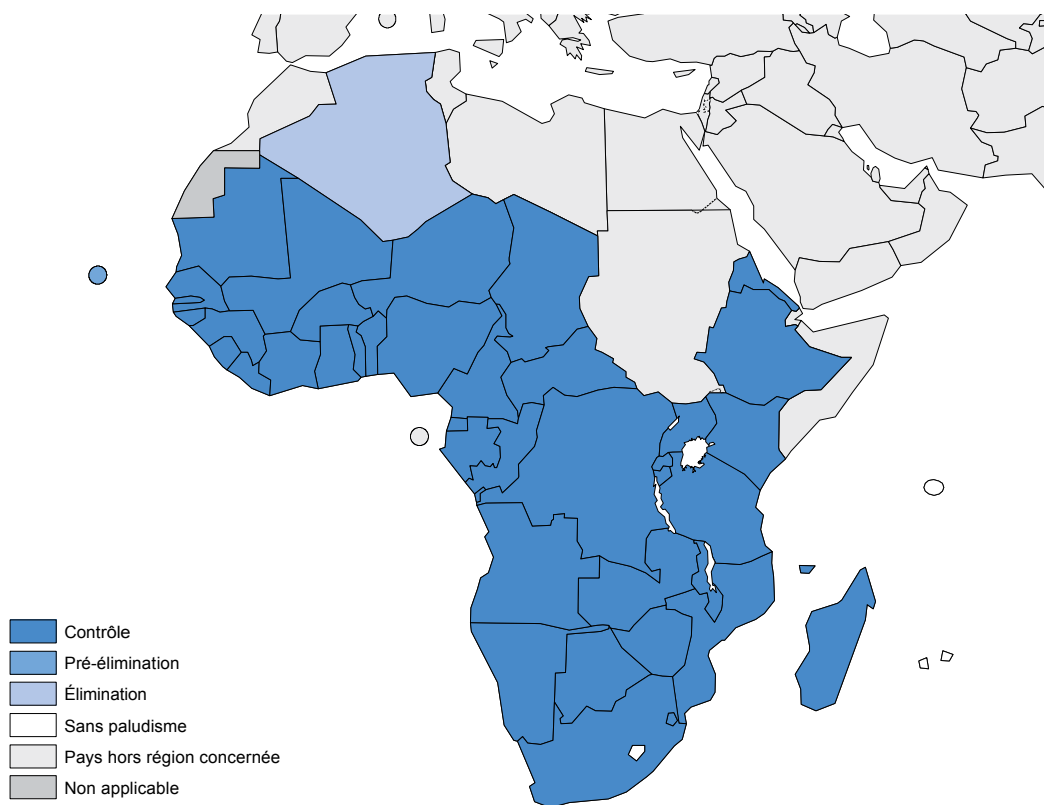
Région Afrique

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.

Sur les 46 pays membres de la région Afrique (telle que définie par l'OMS) et les 2 territoires (la Réunion et Mayotte), seuls 4 ont éliminé le paludisme et 2 sont en phase d'élimination ou de pré-élimination. Les 42 restants en sont encore à la phase de contrôle de la maladie.



Source : OMS-GMP.

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.

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.

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 : Partenariat Roll Back Malaria, www.rbm.who.int/gmap/gmap2011update-fr.pdf.



MESSAGES CLÉS

- Éliminer le paludisme d'ici fin 2015 dans huit à dix pays au moins, y compris dans l'ensemble de la région Europe de l'OMS, est l'un des trois objectifs du Partenariat RBM.
 - » La communauté antipaludique est à nouveau en bonne voie pour aider les pays à progresser vers l'élimination. En effet, ont été certifiés exempts de paludisme par l'OMS : 16 pays et territoires au cours des 17 années du Programme mondial d'éradication du paludisme (1955 à 1972), sept pays et un territoire sur la période 1973-1987, puis plus aucun pays ni territoire pendant près de 20 ans. Or, depuis 2007, l'OMS a inscrit trois nouveaux noms sur la liste des pays ayant éliminé le paludisme.
- Des progrès en matière d'élimination du paludisme sont recensés dans la plupart des régions du monde.
 - » Sept pays préviennent actuellement la réintroduction de la maladie et d'autres seront vraisemblablement bientôt prêts à être certifiés exempts de paludisme. Dix pays sont en phase d'élimination, et neuf autres en phase de pré-élimination.
- Les programmes performants en matière d'élimination du paludisme reposent sur *i*) un leadership national fort, *ii*) des engagements en faveur d'un recrutement de qualité et d'une mise en œuvre efficace des activités programmatiques, *iii*) une stabilité nationale sur le plan politique et socio-économique, *iv*) des approches techniques judicieuses tenant compte de la biologie du paludisme local et suivant l'évolution épidémiologique, et *v*) des systèmes de surveillance efficaces capables de détecter rapidement et de contenir la transmission.
- Les avancées réalisées en matière d'élimination sont fragiles et doivent donc être pérennisées par le biais d'efforts menés sans relâche. Investir en vue d'améliorer les conditions socio-économiques et le logement dans les zones à risque, sensibiliser la communauté, les dirigeants d'entreprises, les agents de santé et le grand public aux principales activités d'élimination du paludisme seront des actions essentielles pour obtenir des succès et les inscrire dans la durée.
- De nombreux pays en phase de contrôle du paludisme ont déjà réduit de manière considérable la morbidité et la mortalité liées au paludisme, et certains ont même réussi à créer ou à étendre des zones sans paludisme. Ces progrès vont néanmoins nécessiter un soutien continu sur la voie de la transition vers les phases de pré-élimination et d'élimination au niveau national.
- Les pays à forte transmission du paludisme vont avoir besoin de stratégies novatrices et d'outils supplémentaires pour accélérer leur transition vers l'élimination. Ils devront nécessairement maintenir leurs investissements en faveur de la recherche et du développement, et renforcer la capacité des partenariats public-privé à atteindre les objectifs d'élimination à long terme. Pour autant, comme les outils existants permettent des progrès extraordinaires, il nous faut agir aujourd'hui et, dans le même temps, planifier la disponibilité d'outils nouveaux.
- En plus d'un engagement national, un soutien continu et prévisible des efforts d'élimination du paludisme, à la fois sur le plan technique et financier, sera requis de la part des partenaires régionaux et internationaux dans de nombreuses régions. Les investissements en faveur du



contrôle du paludisme doivent augmenter de manière considérable par rapport aux niveaux actuels.

- Les approches d'élimination du paludisme peuvent entraîner des résultats remarquables pour la santé publique en général. Elles consistent à mettre un accent particulier sur l'autonomisation au niveau local et

communautaire en matière de santé, sur des mécanismes de prestation de services de santé de qualité permettant d'atteindre les zones les plus périphériques, sur des systèmes de surveillance capables de détecter rapidement et de limiter la transmission de la maladie, ainsi que sur une nouvelle génération de dirigeants motivés par l'obtention de résultats en matière de santé publique.

ÉLIMINATION DU PALUDISME : PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

La communauté internationale a de bonnes raisons d'être enthousiaste, car de nombreux pays, ainsi que la région Europe de l'OMS, sont sur la voie de l'élimination du paludisme. Dans le même temps, il est admis que les progrès récents en matière d'intensification des interventions antipaludiques sont fragiles, et que, pour ne pas les compromettre, l'ensemble de la communauté engagée dans la santé publique doit continuer à soutenir les programmes efficaces de contrôle et d'élimination du paludisme. Les années à venir, caractérisées par l'incertitude qui pèse sur les économies et par l'approche des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici à 2015, permettront d'évaluer notre détermination à aller de l'avant en matière de contrôle et d'élimination du paludisme dans un environnement de santé publique fragile.

L'élimination du paludisme consiste à interrompre progressivement la chaîne de transmission en bloquant totalement le transfert de parasites *Plasmodium* de l'homme au moustique et inversement, et ce, à l'intérieur d'une zone géographique donnée. Excitantes pour les pays qui n'ont pas encore réalisé cet objectif, les perspectives peuvent aussi apparaître quelque peu écrasantes.

Les raisons d'être enthousiaste sont multiples. En effet, parmi les États membres de l'OMS, 89 pays ne sont pas touchés par le paludisme (30 d'entre eux ont été certifiés exempts au terme d'efforts intenses), et beaucoup ont déjà mis en œuvre des activités d'élimination (10 pays), de pré-élimination (9 pays) ou de prévention de la réintroduction (7 pays). Sur les 79 pays en phase de contrôle de la maladie, nombreux sont ceux qui ont rapidement et considérablement réduit l'intensité de la transmission, de sorte que quelques-unes de leurs régions sont déjà exemptes de paludisme. Aujourd'hui, le nombre de pays concernés par cette situation augmente et les succès s'accumulent.

Les efforts entrepris par les pays qui réussissent à éliminer (ou presque) le paludisme sont considérables. En outre, ils ont pu tirer avantage de leur stabilité politique et socio-économique, et d'un engagement important au niveau national. De

manière générale, ces pays ont aussi largement investi dans des efforts concertés d'élimination et ce, par le biais de ressources publiques importantes. Ils ont un leadership fort et passionné, des effectifs suffisants au sein du programme et ils ont déployé toute une série d'interventions ayant évolué en fonction des changements épidémiologiques liés la réduction du poids de la maladie. Tous, sans exception, utilisent les outils actuels permettant d'interrompre la chaîne de transmission. Par ailleurs, ils ont mis au point des systèmes de surveillance et d'information performants, capables de détecter rapidement les infections et les foyers de transmission, et d'y répondre dans les meilleurs délais de façon à contenir la transmission. C'est le même système de surveillance qui leur permettra de savoir qu'ils n'ont plus de transmission. Les progrès vers l'élimination du paludisme au niveau national ont généralement été progressifs, les pays accumulant peu à peu davantage de zones sans paludisme et donc, un nombre de plus en plus restreint de foyers de transmission à mesure qu'ils ont été en mesure de les circonscrire.

Ces expériences fructueuses en matière d'élimination se sont peut-être produites dans les pays où l'environnement était le plus favorable. En effet, les pays n'ayant pas encore éliminé la

maladie n'ont pas encore l'environnement adéquat pour cet objectif, ou alors, ils sont confrontés à des difficultés soit plus importantes, soit de nature différente. Néanmoins, il faut souligner que la plupart des pays endémiques ont réalisé des progrès remarquables au cours de la dernière décennie, avec une réelle augmentation de la couverture des interventions antipaludiques, et une diminution de la morbidité et de la mortalité. Ces avancées ont été possibles en diminuant considérablement l'intensité de la transmission grâce à des interventions efficaces, notamment la lutte antivectorielle (p. ex. les MILD et la PID). Le diagnostic et le traitement rapides des cas de paludisme ont également joué un rôle essentiel dans *i*) la baisse de la prévalence parasitaire chez l'homme et *ii*) la diminution du risque de transmission du parasite au moustique. Par conséquent, de nombreux pays en phase de contrôle de la maladie ont tellement réduit le fardeau du paludisme dans certaines régions qu'ils envisagent désormais de passer à la phase d'élimination.

Même si cette vague d'enthousiasme est justifiée, les pays et la communauté internationale feraient preuve de négligence s'ils n'étudiaient pas, et ne traitaient pas directement, les obstacles et les difficultés liées aux progrès sur la voie de l'élimination. En réalité, cet examen continu est essentiel : en effet, il fournit des informations utiles et influence les actions programmatiques qui permettront d'accélérer les progrès.

Certaines des difficultés rencontrées sont tout bonnement les contraires des conditions préalables au succès, à savoir une instabilité politique et socio-économique, l'absence d'engagement réel au niveau national, y compris un manque de ressources humaines et financières, un leadership insuffisant ou une infrastructure et des systèmes inadéquats (notamment une surveillance qui n'implique pas les communautés locales les mieux situées pour identifier et circonscrire rapidement les foyers de transmission). Comme l'ont fait d'autres pays ayant réussi à éliminer le paludisme, ceux qui sont en phase d'élimination ou de pré-élimination et qui tendent

vers l'interruption de la transmission peuvent surmonter la plupart de ces obstacles grâce à un leadership fort, ainsi qu'à des compétences techniques et à des financements suffisants au niveau local et national.

Dans plusieurs pays en phase de contrôle du paludisme, l'intensité de la transmission est encore tout simplement trop élevée pour commencer les efforts d'élimination. Le cycle de transmission semble indestructible tant ces régions présentent des conditions climatiques propices à la transmission, tant les parasites du paludisme y sont nombreux parmi les moustiques et la population, et tant l'interaction entre l'homme et le moustique y est importante. Malgré les progrès enregistrés au cours des dix dernières années, rares sont les pays et les communautés à disposer d'une couverture des interventions suffisante pour interrompre l'interaction importante entre l'homme, le moustique et le parasite. Pour ce faire, il faudra appliquer l'ensemble des interventions existantes et déployer de nouvelles interventions ou des outils supplémentaires dès qu'elles/ils seront disponibles. Au moins pour l'instant, ces pays doivent se concentrer sur l'accès et l'utilisation universels des outils existants afin d'évaluer, à des fins de référence, les progrès qu'il est possible de réaliser. Avec le temps, la situation socio-économique va s'améliorer (tout comme les conditions de logement, lesquelles permettront de réduire l'interaction entre l'homme et le moustique) et des outils antipaludiques plus efficaces vont apparaître. En attendant, il demeure essentiel que les programmes agissent sans tarder, de façon à réduire la transmission par le biais des interventions efficaces aujourd'hui, plutôt que d'attendre des outils et des jours meilleurs.

Au niveau national et mondial, d'autres menaces pèsent sur les progrès en matière d'élimination. Certains pourraient prétendre que l'élimination du paludisme coûtera trop cher, par comparaison à d'autres préoccupations urgentes de santé publique, et que l'incertitude liée à l'atteinte de cet objectif pourra compromettre les engagements au niveau national et le soutien au niveau mondial. Certaines données laissent penser que le coût

des programmes d'élimination du paludisme sera provisoirement supérieur à celui des programmes de simple contrôle² de la maladie. L'estimation des bénéfices liés aux efforts d'élimination n'a, jusque-là, pas été documentée avec précision. Or, une meilleure documentation des bénéfices à long terme de l'élimination du paludisme favorisera les engagements au niveau national, augmentera les investissements futurs et permettra, au final, d'obtenir de meilleurs résultats.

Tant que le paludisme n'aura pas été éradiqué, une transmission locale pourra toujours réapparaître à cause d'un cas de paludisme importé. Cette situation, qui s'est manifestement produite dans de nombreux pays, nécessite de prêter attention aux flux de populations et au risque de paludisme dans la région d'origine des voyageurs, mais aussi d'évaluer la susceptibilité à une reprise de la transmission dans les régions où ils s'établissent. Le risque d'importation, et le niveau de vigilance requis pour le prévenir, doit être soigneusement pris en compte au fur et à mesure des progrès réalisés vers l'élimination. En effet, gérer le problème du paludisme au sein des populations nomades s'est souvent avéré complexe.

Nombreuses sont les régions dans lesquelles de nouveaux outils seront nécessaires pour avancer plus vite et pérenniser les bons résultats sur la voie de l'élimination du paludisme. Comme expliqué précédemment, un système de surveillance opérationnel et performant constitue un outil essentiel, car il permet de détecter rapidement les infections et les foyers de transmission, et de contenir la transmission. Cette intervention sera la pièce maîtresse de tous les programmes, et les connaissances, les compétences et les technologies qu'elle requiert peuvent être développées et renforcées dès aujourd'hui. Pour d'autres nouveaux outils, tels qu'une nouvelle génération d'insecticides, de médicaments, tests de diagnostic ou vaccins, les priorités et les échéances possibles ont été définies dans des publications récentes³. Avec un peu de chance, beaucoup de ces outils seront disponibles et viendront renforcer l'arsenal des interventions

existantes. La priorité est donnée aux outils visant spécifiquement à interrompre la transmission, car ils seront essentiels aux progrès sur la voie de l'élimination et, dans le même temps, ils contribueront de manière considérable à la baisse de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

Les expériences vécues par les pays montrent que l'élimination du paludisme ne peut généralement commencer qu'après des décennies d'efforts ininterrompus en matière de lutte contre le paludisme. Une stabilité socio-économique, une amélioration des conditions de logement, des services de santé réactifs et une surveillance étroite au niveau central de la part du programme, sont les facteurs clés du succès. Il faut reconnaître que les programmes réussissant aujourd'hui à éliminer le paludisme ont eu, à leur tête, des directeurs extrêmement attentifs à la qualité de chaque aspect des opérations menées sur le terrain. La plupart des programmes ont aussi été financés, pour l'essentiel, par l'État, et ils ont traduit des efforts nationaux sous la conduite du ministère de la Santé, avec le soutien des différents ministres et des commissions de surveillance pluridisciplinaires. Un appui gouvernemental au plus haut niveau et des financements publics garantissent le déploiement des interventions lorsque nécessaire, par exemple pour réagir immédiatement en cas d'épidémie palustre au sein du personnel militaire, des patrouilles de frontière, ou lors de la mise en place de projets agricoles ou de construction.

Au niveau des pays, la première condition à l'élimination du paludisme est de renforcer les mêmes systèmes utilisés pour traiter les nombreuses autres problématiques de santé publique. La capacité à détecter les infections et les foyers de transmission, ainsi que l'aptitude à documenter les progrès pour endiguer la transmission constituent la pierre angulaire des programmes d'élimination. Un autre élément fondamental consiste à atteindre les endroits les plus difficiles du pays et à collaborer avec les communautés locales. Même si le statut de pays sans paludisme traduit une vision quelque peu

lointaine, les pays peuvent considérer que l'adoption progressive d'approches d'élimination peut rendre plus équitable l'accès aux services de santé, étant entendu que les interventions antipaludiques touchent les zones les plus périphériques et les populations les plus démunies. Au niveau national, des succès remarquables sont possibles en matière de santé publique, dès lors que des progrès sont réalisés sur la voie de l'élimination.

L'élimination du paludisme ne tient parfois qu'à un fil. Certains pays avaient atteint, ou presque, l'objectif d'élimination du paludisme lorsque des événements, tels qu'une instabilité politique ou socio-économique, des mouvements de populations ou des catastrophes naturelles ont entraîné le retour de la transmission palustre et donc, des épidémies, avec la hausse de la morbidité et de la mortalité qui en résulte. Ainsi, pour pérenniser les avancées, les systèmes mis au point pour éliminer le paludisme doivent perdurer au-delà de la phase d'élimination. Heureusement, les améliorations des conditions de vie et d'environnement, ainsi que les systèmes de santé requis pour l'élimination sont aussi ceux qui permettent de prévenir le retour de la transmission.

La transition entre le contrôle et l'élimination du paludisme a toujours pris beaucoup de temps. Pour obtenir des succès durables, il n'existe peut-être pas de moyens d'aller plus vite. Avec quelque 100 pays devant encore éliminer le paludisme avant d'envisager l'éradication de la maladie, il faudrait attendre près d'un siècle au rythme d'un pays supplémentaire sans paludisme chaque année. Dans quelle mesure pouvons-nous donc accélérer l'élimination de la transmission ? La communauté internationale peut-elle aider les nombreux pays, aujourd'hui en phase d'élimination, à avancer plus rapidement pour obtenir le statut de pays exempt de paludisme ? De la même manière, pouvons-nous aider les pays en phase de pré-élimination à aller un peu plus vite ? Enfin, dans quelle mesure pouvons-nous aider les pays en phase de contrôle du paludisme à passer à la phase de pré-élimination ? En réalité, c'est l'expérience et la confiance emmagasinées au fil des progrès qui sert de catalyseur aux succès à venir.

En 2011, nous pouvons désormais affirmer que la première décennie du Partenariat RBM a établi les bases des succès à long terme. Les pays partagent leurs expériences fructueuses et apprennent les uns des autres. Des études de cas sont élaborées en matière d'élimination du paludisme, afin de documenter les différentes expériences et d'accélérer l'adoption des meilleures pratiques. Alors que des technologies et des outils nouveaux sont intégrés aux efforts d'élimination à mesure qu'elles/ils apparaissent, les pays obtiennent déjà des résultats remarquables avec les outils dont ils disposent aujourd'hui. Des ressources humaines plus importantes, des investissements maintenus à leur niveau actuel et des actions programmatiques rationnelles permettront d'atteindre les objectifs actualisés du Partenariat RBM pour 2015, à savoir éliminer le paludisme dans huit à dix pays supplémentaires (par rapport à 2008) et dans la région Europe de l'OMS⁴.

Une crise économique mondiale a marqué le début et la fin de la première décennie du Partenariat RBM. Pour autant, les investissements consentis par les pays endémiques, les gouvernements donateurs, le secteur privé, les fondations caritatives et la société civile ont atteint un niveau jusque-là inégalé, et n'ont jamais fléchi au cours de cette période, pas plus que leurs engagements et leur générosité. Ces efforts ont permis d'obtenir un impact sans précédent sur le fardeau mondial du paludisme^{5, 6}. Jamais dans l'histoire de la lutte contre le paludisme, n'avions-nous eu autant de possibilités et de ressources qu'aujourd'hui et, plus important encore, jamais nous n'avions été aussi unis face à ce fléau. Au cours de la première décennie du Partenariat RBM, des résultats excellents ont été enregistrés dans le domaine de la lutte contre le paludisme⁶ au niveau mondial et, sur la fin de cette période, l'élimination du paludisme a été résolument remise à l'ordre du jour^{3, 7, 9, 10-12} avec l'espoir qu'un jour, dans 40 ans peut-être, nos enfants et petits-enfants vivront dans un monde sans paludisme⁷.

« Rejoignez-nous pour qu'enfin nous éliminions le paludisme⁸. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Mendis, K. et autres (2009), « From malaria control to eradication: The WHO perspective », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 14, fasc. 7, pp. 802–809, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2009.02287.x/pdf> (disponible en anglais uniquement), page consultée le 14 octobre 2011.
2. Da Monteiro, M.C. (1952), « Malaria in Cape Verde Islands », *Anais do Instituto de Medicina Tropical (Lisb)*, vol. 9, fasc. 2, pp. 461–484, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13058133, article disponible en portugais uniquement, page consultée le 14 octobre 2011.
3. Nájera, J.A., M. González-Silva, P.L. Alonso (2011), « malERA – a research agenda for malaria eradication », *PLoS Medicine*, vol. 8, fasc. 1, pp. 84–90, www.ploscollections.org/downloads/plos_medicine_malERA2011_collection.pdf (disponible en anglais uniquement), page consultée le 14 octobre 2011.
4. Partenariat RBM (Roll Back Malaria) (2011), *Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011*, Conseil d'Administration du Partenariat RBM, Genève, www.rbm.who.int/gmap/gmap2011update-fr.pdf, page consultée le 14 octobre 2011.
5. OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2010), *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde*, OMS, Genève.
6. Partenariat RBM/OMS (2011), *Dix ans de partenariat et résultats*, Coll. « Progrès et Impact », n° 7, Genève, <http://rollbackmalaria.org/ProgressImpactSeries/docs/report8-fr.pdf>, page consultée le 14 octobre 2011.
7. Fondation Bill & Melinda Gates, *Bill Gates – Malaria Forum Keynote Address*, 17 octobre 2007, www.gatesfoundation.org/speeches-commentary/Pages/bill-gates-malaria-forum.aspx (disponible en anglais uniquement), page consultée le 14 octobre 2011.
8. Citation de Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, lors du Forum sur le paludisme organisé par la Fondation Bill & Melinda Gates en 2007.
9. Feachem, R.G.A. pour le compte du Malaria Elimination Group (2009), *Gagner du terrain sur le paludisme – Dossier sur l'élimination du paludisme*, Global Health Sciences, UCSF Global Health Sciences, San Francisco, www.malariaeliminationgroup.org/sites/default/files/fileuploads/French_A_Prospectus_on_Malaria_Elimination.pdf, page consultée le 17 octobre 2011.
10. OMS (2008), *Global malaria control and elimination: report of a technical review*, Genève, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596756_eng.pdf (disponible en anglais uniquement), page consultée le 17 octobre 2011.
11. Fondation Bill & Melinda Gates (2009), *Progress against malaria: Winning the fight against a deadline disease* [progress sheet], Seattle, www.gatesfoundation.org/livingproofproject/Documents/progress-against-malaria.pdf (disponible en anglais uniquement), page consultée le 17 octobre 2011.
12. Sachs, J.D. et R.G. Chambers (2009), « The new global war on malaria », *Realizing the right to health* (Clapham, A. et M. Robinson), vol. 3, pp. 305–320, <http://ebookbrowse.com/the-new-global-war-on-malaria-chapter-in-realizing-the-right-to-health-2009-pdf-d114229096> (disponible en anglais uniquement), page consultée le 17 octobre 2011.





Secrétariat siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé



**Organisation
mondiale de la Santé**