



Assemblée générale

Distr. générale
18 avril 2016
Français
Original : anglais

Soixante-dixième session

Point 14 de l'ordre du jour

2001-2010 : Décennie pour faire reculer

**le paludisme dans les pays en développement,
particulièrement en Afrique**

Consolider les acquis et intensifier l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, à l'horizon 2015

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé établi en application de la résolution 69/325 de l'Assemblée générale.



Rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la consolidation des acquis et l'intensification de l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, d'ici à 2015

Résumé

Le présent rapport fait suite à la résolution 69/325 de l'Assemblée générale. Il présente un examen de la mise en œuvre de la résolution et porte plus particulièrement sur l'application et la généralisation des interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé dans les pays impaludés. On y trouve également une évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux de la lutte contre le paludisme à l'horizon 2015, notamment les cibles associées à l'Objectif 6 du Millénaire pour le développement, les cibles établies par l'Union africaine et l'Assemblée mondiale de la santé et les objectifs définis dans le Plan d'action mondial contre le paludisme du « Partenariat Faire reculer le paludisme ». Y figurent également une description des obstacles empêchant une pleine réalisation de ces objectifs et plusieurs recommandations visant à accélérer la réalisation des objectifs de la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 dans les années à venir.

I. Introduction

1. Alors que le paludisme est une maladie que l'on peut parfaitement prévenir et traiter, il continue d'avoir des conséquences désastreuses pour la santé et les moyens de subsistance de millions d'êtres humains dans le monde. En 2015, près de 3,2 milliards de personnes étaient exposées à cette maladie dans 95 pays et territoires, et l'on estime à 214 millions le nombre de cas de paludisme avérés (fourchette comprise entre 149 et 303 millions). Le paludisme a tué quelque 438 000 personnes (fourchette comprise entre 236 000 et 635 000), dont la plupart étaient des enfants de moins de 5 ans vivant en Afrique subsaharienne. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise une stratégie en plusieurs volets pour réduire la charge de morbidité associée au paludisme, avec notamment des mesures de lutte antivectorielle, des traitements préventifs, des tests de diagnostic, des traitements de qualité et une surveillance épidémiologique renforcée.

2. Le présent rapport met en évidence les progrès accomplis et les difficultés rencontrées dans l'action engagée pour combattre et éradiquer le paludisme, conformément à la résolution 69/325 de l'Assemblée générale. Il est basé sur le *Rapport de 2015 sur le paludisme dans le monde*, publié par l'OMS en décembre 2015. L'analyse se fonde sur les dernières données complètes disponibles (2014) fournies par les pays impaludés et plusieurs organisations engagées dans la lutte mondiale contre le paludisme et présente les prévisions pour 2015 chaque fois que possible. Les données de l'année 2015 sont en cours de collecte et d'examen par l'OMS. Des projections pour l'année 2015 ont été publiées dans le *Rapport de 2015 sur les objectifs du Millénaire pour le développement*.

3. Entre 2005 et 2015, le paludisme a été reconnu comme un problème sanitaire mondial prioritaire. Réunis dans le cadre du Partenariat Faire reculer le paludisme, les pays impaludés, les organismes des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, les partenariats public-privé, les organisations scientifiques, les établissements universitaires, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé ont travaillé de concert afin de généraliser les interventions préconisées par l'OMS, d'harmoniser les activités et d'améliorer la planification stratégique, la gestion des programmes et la disponibilité des moyens de financement. La forte hausse des fonds versés par la communauté internationale a permis aux pays impaludés de développer leurs programmes de lutte contre le paludisme. Depuis 2010, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) a apporté plus de 4 milliards de dollars à la lutte contre le paludisme, tandis que les Gouvernements des États-Unis et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord arrivaient respectivement aux deuxième et troisième rangs des donateurs bilatéraux.

4. Le succès de l'action engagée pour combattre et éradiquer le paludisme est attesté par l'analyse de l'évolution de la charge de morbidité, l'intensification des interventions et l'examen des progrès réalisés au regard d'un ensemble de cibles et d'objectifs fixés dans le cadre de processus intergouvernementaux ou d'initiatives mondiales. Pour la période allant de 2000 à 2015, les quatre grands groupes de cibles et d'objectifs étaient : l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, les cibles définies par l'Union africaine, celles de l'Assemblée mondiale de la santé et les objectifs définis par le Plan d'action mondial contre le paludisme du Partenariat Faire reculer le paludisme. On trouvera davantage de précisions à la section IV ci-

après. Les cibles régionales et sous-régionales en matière de contrôle et d'éradication du paludisme ne sont pas abordées dans ce rapport.

II. Situation actuelle

5. Entre 2000 et 2015, la multiplication des interventions ciblées a permis de réduire le taux de mortalité due au paludisme de 60 % dans le monde, évitant ainsi près de 6,2 millions de décès et réduisant de 37 % l'incidence du paludisme dans le monde. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité du paludisme a diminué de 65 % à l'échelle mondiale et de 71 % en Afrique, où le paludisme n'est plus la première cause de mortalité chez les enfants.

6. Entre 2000 et 2015, on a constaté une tendance à la baisse du nombre de nouveaux cas de paludisme (incidence). La cible relative au paludisme des objectifs du Millénaire pour le développement (cible 6c), qui visait l'arrêt et l'inversion de la progression du paludisme en 2015 au plus tard, a été atteinte. Le paludisme reste concentré dans 15 pays, principalement en Afrique, qui comptent 80 % des décès dus au paludisme dans le monde. Deux pays, la République démocratique du Congo et le Nigéria, représentent environ 35 % de ces décès. En Asie du Sud-Est, deuxième région du monde la plus touchée, c'est l'Inde qui paie le plus lourd tribut. Dans l'ensemble, la réduction de la charge de morbidité a été plus rapide dans les pays qui présentaient des taux de transmission plus bas que les autres en 2000.

7. En septembre 2015, les dirigeants des États Membres de l'ONU ont adopté à l'unanimité un nouveau dispositif au service du développement mondial : les objectifs de développement durable. La cible 3.3 du Programme de développement durable à l'horizon 2030 appelle à mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées d'ici à 2030. Pour atteindre cette cible et réaliser la vision d'un monde exempt du paludisme qui est le but de la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030, il est essentiel de garantir l'accès de tous à une prévention, un diagnostic et un traitement de qualité du paludisme.

Mesures de lutte antivectorielle

8. La généralisation de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide¹ et de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent a été un facteur déterminant dans la réduction de la transmission de la maladie. Près de 178 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée ont été distribuées dans les pays d'Afrique subsaharienne en 2015. La même année, on estimait à 67 % la proportion de la population exposée au paludisme (dite « population à risque ») qui avait accès à une moustiquaire à son domicile, contre moins de 2 % en 2000, et à 55 % la proportion de cette population qui dormait effectivement sous une moustiquaire imprégnée (et était donc directement protégée).

9. Malgré les progrès accomplis, on constate encore de grandes disparités dans l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide aussi bien à l'intérieur des pays

¹ Bien que l'OMS recommande l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, étant donné que les moustiquaires imprégnées conventionnelles continuent d'être utilisées, notamment en dehors de l'Afrique, c'est l'expression plus générale « moustiquaire imprégnée d'insecticide » qui sera utilisée dans le présent document.

qu'entre les pays. La raison première en est le manque de ressources financières pour l'achat et la distribution d'un nombre de moustiquaires suffisant pour couvrir l'ensemble des zones touchées. Cependant, il est encourageant de constater que, dans tous les pays sur lesquels a porté l'enquête, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide est supérieure à la moyenne nationale chez les deux groupes les plus vulnérables – les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

10. Les programmes nationaux de lutte antipaludique prévoient également des pulvérisations intradomiciliaires périodiques d'insecticide visant à réduire la population de moustiques potentiellement porteurs de la maladie. En 2014, 116 millions de personnes ont été protégées grâce à cette mesure. La proportion des populations à risque protégées par des pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent a diminué dans le monde, passant d'un pic de 5,7 % en 2010 à 3,4 % en 2014. On constate une baisse dans toutes les régions sauf dans la région Méditerranée orientale de l'OMS. En 2014, cette proportion était de 6 % en Afrique subsaharienne et de 70 % dans les pays où les pulvérisations constituent la première méthode de lutte contre les vecteurs.

11. Les instruments actuels de lutte antivectorielle restent certes efficaces, mais il est urgent de remédier à la résistance croissante des moustiques aux insecticides dans tous les pays impaludés et de mettre au point de nouvelles formulations d'insecticides et de nouveaux outils. Depuis 2010, des études ont recensé des moustiques résistants dans 52 pays, y compris dans la plupart des pays impaludés d'Afrique. En 2012, l'OMS et le Partenariat Faire reculer le paludisme ont lancé un Plan mondial de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides, qui permet de donner des conseils sur mesure aux pays, aux partenaires et au secteur privé. La majorité des pays impaludés surveillent désormais la résistance des moustiques aux insecticides mais peu de pays ont établi des stratégies détaillées pour lutter contre ce phénomène.

Tests de diagnostic et traitements

12. Les polythérapies à base d'artémisinine sont actuellement les traitements les plus efficaces pour des cas de paludisme sans complication causés par un parasite du genre *Plasmodium* (le *P. falciparum* est la plus mortelle des espèces plasmodiales et est à l'origine de la très grande majorité des cas en Afrique). L'augmentation de la proportion des cas de paludisme traités par polythérapie à base d'artémisinine au cours de ces dernières années s'explique par le fait qu'un plus grand nombre de traitements de ce type sont fournis par les fabricants et distribués dans le cadre des programmes nationaux de lutte antipaludique. Le nombre des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine fournies par les fabricants est passé de 11 millions en 2005 à 337 millions en 2014. En avril 2015, l'OMS a publié une nouvelle édition de ses lignes directrices relatives au traitement du paludisme, qui inclut une version actualisée de ses directives relatives à l'adaptation de la posologie en fonction du poids du patient.

13. L'OMS recommande de procéder à des tests de diagnostic pour tous les patients constituant des cas suspects de paludisme qui consultent auprès de cliniques, de pharmacies ou d'agents de santé locaux. Des tests de diagnostic rapide sont désormais disponibles à grande échelle et le nombre des ventes a explosé, passant de moins de 50 millions en 2008 à 314 millions en 2014. En même temps,

les tests de diagnostic rapide ont progressivement gagné en qualité, comme en témoigne le programme d'évaluation des tests de diagnostic rapide, mené conjointement par l'OMS, le United States Centers for Disease Control and Prevention et la Foundation for Innovative New Diagnostics.

14. Les tests de diagnostic et les traitements antipaludiques ont certes connu un essor considérable ces dernières années, mais des millions d'êtres humains n'y ont toujours pas accès. En 2014, environ 80 % des enfants de moins de 5 ans touchés par le paludisme (soit environ 92 millions de cas) en Afrique subsaharienne n'ont pas eu accès à une polythérapie à base d'artémisinine. Des disparités similaires ont été relevées en ce qui concerne les traitements préventifs qui sont recommandés pour les catégories de personnes les plus vulnérables en Afrique subsaharienne, à savoir les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les nourrissons. Ces traitements présentent un excellent rapport coût-efficacité et pourraient sauver plusieurs dizaines de milliers de vies chaque année.

15. Les programmes sanitaires de proximité, qui permettent de réduire sensiblement le taux de mortalité infantile due au paludisme en milieu rural, gagnent aujourd'hui du terrain partout. Au cours des 10 dernières années, le Gouvernement indien a ainsi déployé plus de 900 000 agents sanitaires et sociaux dans le pays. Ils dispensent des soins curatifs de base à tous les groupes d'âge, orientent les patients en temps voulu et encouragent la vaccination et le recours à d'autres types de services de santé publique. L'OMS et l'UNICEF ont aidé les pays d'Afrique à multiplier les programmes de prise en charge intégrée au niveau local, qui ont vocation à former des agents sanitaires au diagnostic et au traitement du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. Grâce au Programme pour l'élargissement de l'accès rapide, financé par le Gouvernement canadien et soutenu par l'OMS et plusieurs organisations non gouvernementales, plus de 7 100 agents de proximité ont été formés et déployés dans cinq pays d'Afrique depuis 2013, traitant plus de 1,7 million de cas de paludisme, plus de 900 000 cas de pneumonie et près de 700 000 cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.

16. L'épidémie de maladie à virus Ebola qui a frappé la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone en 2014 et 2015 a gravement affecté les systèmes sanitaires de ces pays. Afin de maîtriser et réduire la charge de morbidité du paludisme, l'OMS a publié des directives sur la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie dans les zones touchées par le virus Ebola, en recommandant tout particulièrement l'administration massive de médicaments dans les zones les plus affectées par le virus Ebola afin d'y réduire le nombre de cas de paludisme. Grâce à l'appui de l'UNICEF, du Fonds mondial et d'autres partenaires, le Gouvernement sierra-léonais a effectué deux campagnes d'administration massive de médicaments auprès de plus de 2,6 millions de personnes en décembre 2014 et janvier 2015. À Monrovia, ce sont 300 000 personnes qui ont bénéficié d'une campagne similaire lancée par le Gouvernement libérien dans sa capitale. L'OMS et ses partenaires aident aujourd'hui les pays touchés à remettre en état leurs services sanitaires, à intensifier la lutte contre le paludisme, à remédier au manque de tests de diagnostic et de médicaments et à renforcer la surveillance du paludisme.

Aggravation de la pharmacorésistance

17. Au cours de l'année dernière, la résistance aux combinaisons thérapeutiques (y compris à base d'artémisinine) s'est considérablement aggravée dans le bassin du Mékong en Asie du Sud-Est. Si l'on ne réagit pas très rapidement, le paludisme pharmacorésistant risque de devenir une menace majeure pour la santé publique mondiale et d'affaiblir nos moyens actuels de lutte contre le paludisme. Après avoir lancé une action d'urgence visant à lutter contre la résistance à l'artémisinine dans le bassin du Mékong en 2013, l'OMS a mis en place un programme birégional à Phnom Penh pour mieux coordonner l'action des multiples parties prenantes. Dans ce cadre, elle travaille en étroite collaboration avec les Ministères de la santé du Cambodge, de la Chine, du Myanmar, de la République démocratique populaire lao, de la Thaïlande et du Viet Nam, ainsi qu'avec plusieurs partenaires de développement.

18. Pour lutter contre la pharmacorésistance, l'OMS a recommandé de généraliser de toute urgence les mesures de prévention du paludisme dans toute la sous-région et de passer d'une politique de contrôle de la pharmacorésistance à une politique d'élimination du paludisme dans la région à l'horizon 2030. Cette recommandation fait suite aux conclusions de la réunion du Comité consultatif de l'OMS pour les politiques relatives au paludisme tenue en septembre 2014, selon lesquelles l'élimination du *Plasmodium falciparum* est possible à l'horizon 2030 et les mesures à cette fin doivent être prises dès que possible. En mai 2015, l'OMS a lancé une Stratégie pour l'élimination du paludisme dans le bassin du Mékong (2015-2030) afin d'aider les pays impaludés à réorienter leurs programmes nationaux vers l'élimination du paludisme. C'est en étroite coordination avec les pays concernés et leurs partenaires de développement que l'OMS a mis cette stratégie au point, et le projet de document a été dûment examiné et approuvé par le Comité.

19. Le fait que les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale restent disponibles et soient encore utilisées fait courir un risque majeur à la lutte antipaludique et a contribué à l'apparition de la résistance à l'artémisinine. L'OMS recommande depuis longtemps que ces monothérapies soient retirées du marché et remplacées par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (recommandation adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2007). Cependant, selon les dernières données disponibles, les monothérapies incriminées sont toujours distribuées par au moins 25 entreprises à travers le monde. Au total, 49 pays ont retiré leur autorisation de mise sur le marché, mais la commercialisation reste légale dans sept autres pays.

Surveillance épidémiologique

20. Bien que le taux de dépistage des cas de paludisme augmente progressivement, seul un cas sur sept dans le monde est enregistré par les systèmes de surveillance épidémiologique. Dans 39 pays impaludés, il est impossible de réaliser des évaluations fiables parce que les informations sont incomplètes et ne sont pas communiquées régulièrement, ou à cause de changements dans la manière d'établir les diagnostics ou d'utiliser les services de santé. Il est indispensable de renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique pour que les ministères de la santé puissent recenser les secteurs qui ne sont pas couverts par les programmes et lutter de manière efficace contre les épidémies. Une surveillance rigoureuse permet également d'ajuster la planification et l'exécution des programmes de façon à ce

que les ressources aillent aux populations qui en ont le plus besoin, et peut aussi aider à mesurer les effets des interventions.

21. Le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique fait partie des trois piliers de la nouvelle Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030. Cette stratégie exhorte les pays à élargir considérablement la surveillance du paludisme et à faire de celle-ci une intervention de base, au même titre que la lutte antivectorielle, les tests de diagnostic et le traitement. En investissant plus dans la surveillance épidémiologique, on pourra accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs fixés pour 2030, dépendre moins systématiquement de méthodes d'estimation basées sur des modèles et mettre à la disposition des décideurs nationaux et de la communauté mondiale de la santé des informations sanitaires et des données plus fiables sur le paludisme.

22. Le renforcement de la surveillance du paludisme est également un pilier important de l'initiative *T-3 : Test. Treat. Track* (Tester, Traiter, Suivre) lancée en avril 2012 en Namibie par le Directeur général de l'OMS. Dans le cadre de cette initiative, l'OMS appelle les pays d'endémie et les partenaires mondiaux de la lutte antipaludique à élargir l'accès aux tests de diagnostic et aux traitements de qualité et à renforcer la surveillance épidémiologique pour accroître l'impact des mesures préventives et accélérer davantage les progrès. Cette initiative s'appuie sur les principaux documents d'orientation de l'OMS traitant du paludisme : *Accès universel aux tests diagnostiques du paludisme : Manuel pratique; Guidelines for the Treatment of Malaria* (en anglais uniquement); et les manuels opérationnels *Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique* et *Surveillance épidémiologique en vue de l'élimination du paludisme*.

Élimination et certification

23. On compte 29 pays d'endémie qui sont en voie d'éliminer le paludisme et dont les programmes de lutte contre le paludisme sont aujourd'hui arrivés au stade de la pré-élimination, de l'élimination ou de la prévention d'une éventuelle réintroduction. Le nombre des pays qui ont fait de l'élimination du paludisme une cause nationale est beaucoup plus élevé. Au cours des dernières années, l'action engagée en vue d'éliminer le paludisme s'est intensifiée dans de nombreuses régions d'Afrique, y compris dans les huit pays d'Afrique australe – Afrique du Sud, Angola, Botswana, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe – participant à l'initiative « Élimination 8 », en Amérique centrale et dans l'île de Saint-Domingue, ainsi qu'en Asie du Sud-Est. En 2015, pour la première fois de son histoire, aucun cas indigène de paludisme n'a été rapporté par la région Europe de l'OMS, ce qui remplit l'engagement pris dans la Déclaration de Tachkent d'éliminer le paludisme de l'ensemble de cette région en 2015 au plus tard. Depuis 2000, quatre pays ont été déclarés exempts de paludisme par l'OMS : les Émirats arabes unis (2007), le Maroc (2010), le Turkménistan (2010) et l'Arménie (2011). En outre, la procédure permettant de déclarer qu'un pays est exempt du paludisme est en cours pour le Kirghizistan et l'Argentine.

24. Dans de nombreux pays qui ont presque éliminé le paludisme, la transmission se fait principalement dans des zones dont les infrastructures de transport et de santé publique sont peu développées, souvent situées près de frontières internationales, et les migrants et les populations mobiles constituent une proportion importante des cas de paludisme. Pour éliminer complètement le paludisme dans ces pays, il faudra

améliorer le transport et la livraison des produits pharmaceutiques et médicaux et faciliter l'accès des groupes affectés aux services de santé. Pour que les progrès accomplis soient durables, il faudra également renforcer la collaboration régionale et transfrontalière et améliorer les outils de diagnostic.

Nouvelles directives mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé

25. La Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 a été adoptée par la 68^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, dans sa résolution WHA68.2, et vise à donner aux pays des directives techniques établies sur la base de données factuelles pour les 15 années à venir. Elle a été élaborée en étroite consultation avec les pays impaludés et les partenaires, sous l'égide du Comité consultatif de l'OMS pour les politiques relatives au paludisme et d'un comité directeur créé à cet effet.

26. Cette stratégie a pour objectif de réduire la charge de morbidité du paludisme d'au moins 40 % à l'horizon 2020 et d'au moins 90 % à l'horizon 2030 et d'éliminer cette maladie dans au moins 35 nouveaux pays d'ici à 2030. Elle s'appuie sur les trois piliers suivants : a) garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme; b) accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut de pays exempt de paludisme; et c) faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Ces piliers sont complétés par deux éléments d'appui : a) mettre à profit l'innovation et développer la recherche; et b) favoriser un environnement propice. Dans le document qui décrit cette stratégie, l'OMS souligne que la progression vers le statut exempt de paludisme ne constitue pas une série d'étapes indépendantes, mais un processus continu qui demande de structurer les programmes en fonction de la stratification infranationale du risque de paludisme. Elle affirme également que des systèmes de prestations sanitaires sont essentiels pour réduire la charge de morbidité et les possibilités de transmission des parasites et pour favoriser l'adoption et l'introduction de nouveaux outils et stratégies aussi rapidement que possible.

27. La stratégie servira de socle technique au plan « Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 – pour un monde sans paludisme » du Partenariat Faire reculer le paludisme, qui a été dévoilé en 2015. Ce document explique comment optimiser la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS grâce à des activités de plaidoyer au niveau mondial, à la mobilisation de ressources, à l'harmonisation de l'action des partenaires et à la participation du secteur public (transport, industrie, tourisme, éducation et autres) et du secteur privé. On notera que la réalisation de nombreux objectifs de développement durable dépendra du succès de l'action menée contre le paludisme.

28. Depuis le rapport précédent établi pour l'Assemblée générale en mai 2015 (A/68/854), l'OMS a publié des recommandations sur l'administration massive de médicaments; sur le dépistage intermittent et le traitement pendant la grossesse; sur l'utilisation de filets insecticides longue durée traités avec un pyréthroïde et du butoxyde de pipéronyle; ainsi que sur les risques que ferait courir une éventuelle réduction de la lutte antivectorielle. Les autres directives importantes relatives au paludisme sont un rapport technique sur le contrôle et l'élimination totale des infections dues au *Plasmodium vivax* ainsi qu'une note d'information sur les critères de sélection recommandés pour l'achat de tests de diagnostic rapide.

Collaboration régionale et engagement politique

29. Dans la région de l'Asie et du Pacifique, on a assisté ces dernières années à un renforcement de la mobilisation politique face au paludisme pharmacorésistant. Guidés par l'Australie et le Viet Nam, les pays de la région ont lancé une Alliance des dirigeants de l'Asie et du Pacifique pour la lutte contre le paludisme au Sommet de l'Asie orientale qui s'est tenu au Brunéi Darussalam en octobre 2013. Au Sommet suivant, en novembre 2014, 18 chefs d'État se sont engagés à éliminer le paludisme dans la région de l'Asie et du Pacifique à l'horizon 2030. L'OMS a salué cette initiative et apporté son soutien, sous la forme de conseils techniques, au secrétariat de l'Alliance qui est hébergé par la Banque asiatique de développement à Manille.

30. De leur côté, les chefs d'État et de gouvernement africains ont continué à consacrer chaque année deux réunions au paludisme en marge du Sommet de l'Union africaine pour réaffirmer leur volonté d'éliminer cette maladie d'ici à 2030. En 2016, 49 États Membres collaboraient ainsi au sein d'une Alliance des dirigeants africains contre le paludisme. À la plus récente de leurs réunions, en janvier 2016, les dirigeants africains ont réitéré leur attachement à l'élimination du paludisme sur le continent. Treize pays ont reçu un prix d'excellence décerné par l'Alliance pour récompenser l'engagement et l'esprit d'innovation dont ils ont fait preuve dans la lutte contre le paludisme. Au cours de cette réunion, le Président du Tchad a été désigné Président de l'Alliance.

III. Besoins urgents de financement

31. Bien que l'investissement mondial (en incluant les financements nationaux et internationaux) dans la lutte antipaludique soit passé de 960 millions de dollars environ en 2005 à 2,5 milliards de dollars en 2014, les fonds ainsi dégagés demeurent inférieurs aux 5,1 milliards de dollars qui seraient nécessaires chaque année d'après les estimations pour que les interventions de lutte contre la maladie couvrent intégralement tous les pays impaludés. Sur les 2,5 milliards de dollars investis en 2014, les donateurs internationaux ont versé 1,9 milliard et les gouvernements de pays impaludés 550 millions de dollars.

32. Pour que les buts et objectifs fixés dans la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS puissent être réalisés, l'investissement mondial, en incluant les contributions nationales et internationales, devra augmenter jusqu'à atteindre 6,4 milliards de dollars par an d'ici à 2020 si l'on veut réduire de 40 % l'incidence du paludisme et les taux de mortalité. Au-delà de 2020, l'investissement annuel devra passer à environ 7,7 milliards de dollars en 2025 si l'on veut réduire de 75 % la charge de morbidité du paludisme, et à 8,7 milliards de dollars en 2030 si l'on veut atteindre l'objectif d'une réduction de 90 % de cette charge.

IV. Progrès accomplis par rapport aux cibles et objectifs mondiaux

33. Le succès de l'action engagée par le passé pour combattre et éliminer le paludisme se mesure aux progrès accomplis vers un ensemble d'objectifs mondiaux à l'échéance de 2015 qui avaient été fixés dans le cadre d'un certain nombre de

processus intergouvernementaux et d'initiatives mondiales. Chaque année, le *Rapport sur le paludisme dans le monde* de l'OMS fait le point des progrès accomplis et donne un aperçu général des tendances dans le financement des programmes, le taux de couverture des interventions, l'incidence du paludisme et les décès qui lui sont imputables. Les données proviennent des programmes nationaux de lutte antipaludique dans les pays impaludés, sont transmises par les bureaux régionaux de l'OMS et sont complétées par les informations recueillies lors d'enquêtes réalisées auprès des ménages, notamment des enquêtes démographiques et sanitaires, des enquêtes en grappes à indicateurs multiples et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme.

34. Il est difficile, dans de nombreux pays d'Afrique à forte charge de morbidité, de mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs mondiaux parce que leurs dispositifs de surveillance épidémiologique ne détectent qu'une partie des cas de paludisme et des décès qui leur sont imputables. Dans 31 de ces pays, l'évaluation des tendances ne peut être faite qu'au moyen de méthodes d'estimation de la charge de morbidité qui reposent sur la modélisation des liens entre la prévalence du parasite et l'incidence de la maladie ou la mortalité qui y est associée.

Objectif du Millénaire pour le développement n° 6

35. La lutte contre le paludisme, comme celle contre le VIH/sida et d'autres maladies, relevait de l'objectif du Millénaire pour le développement n° 6, dont la cible relative au paludisme consistait à avoir « d'ici à 2015, [arrêté] et commencé à inverser la progression du paludisme ». Dans la mesure où cette maladie est responsable de 7 % des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde, la lutte antipaludique a apporté une contribution importante aux progrès accomplis vers la cible 4.A de l'objectif 4, qui est libellée comme suit : « Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ». La lutte antipaludique mondiale a aussi contribué aux progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 1, 2, 3, 5 et 8.

36. Les tendances mondiales observées en matière de paludisme entre 2000 et 2015 indiquent que la cible 6.C de l'objectif 6 a été atteinte. Entre 2000 et 2015, les taux d'incidence du paludisme – qui tiennent compte de l'accroissement démographique – ont en effet diminué de 37 % dans le monde et de 42 % en Afrique. Toujours au cours de cette période, le taux de mortalité due au paludisme a baissé de 60 % au niveau mondial et de 66 % en Afrique. Selon les données enregistrées, 57 pays ont réduit l'incidence du paludisme de 75 % au moins depuis 2000.

37. On estime qu'au total 1,2 milliard de cas de paludisme de moins ont été enregistrés et que cette maladie a causé 6,2 millions de décès de moins dans le monde entre 2001 et 2015 que si les taux d'incidence et de mortalité étaient restés les mêmes depuis 2000. Sur les 6,2 millions de décès évités, 5,9 millions sont ceux d'enfants de moins de 5 ans (soit 95 %). Conséquence de la diminution importante de la mortalité due au paludisme, ce dernier n'est plus la principale cause de décès des enfants en Afrique subsaharienne. D'après les estimations, 70 % des 943 millions de cas de paludisme évités en Afrique subsaharienne sont le résultat d'interventions de lutte antipaludique. Le reste s'explique probablement par l'urbanisation et par le développement économique général.

Objectifs d'Abuja

38. En adoptant la « Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique et le plan d'action qui y est associé » lors du Sommet extraordinaire des chefs d'État et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine qui s'est tenu à Abuja en avril 2000, les dirigeants des pays d'Afrique impaludés se sont engagés à réduire de moitié la mortalité due à cette maladie en 2010 au plus tard. L'échéance a ensuite été repoussée à 2015. Dans la Déclaration d'Abuja, ils se sont également engagés à réduire ou à supprimer les taxes et droits de douane frappant l'importation de médicaments antipaludiques, de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres produits essentiels de la lutte antipaludique. En 2006, la Déclaration a été complétée par l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique.

39. On estime que 12 pays de la région Afrique de l'OMS avaient réduit de plus de 50 % l'incidence du paludisme en 2015. Neuf d'entre eux – l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Botswana, Cabo Verde, l'Érythrée, la Namibie, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et le Swaziland – l'avaient réduite de plus de 75 %. L'Éthiopie, la Zambie et le Zimbabwe ont obtenu une réduction située entre 50 % et 75 %. Dans les autres pays d'Afrique, il n'a pas été possible d'évaluer ces tendances de manière fiable car les données disponibles y étaient incomplètes ou contradictoire.

Objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé

40. En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé avait fixé comme objectif une baisse de 50 % de la charge de morbidité du paludisme entre 2000 et 2010 et de 75 % en 2015 au plus tard. Selon le *Rapport sur le paludisme dans le monde 2015*, 57 des 106 pays et territoires où il y avait transmission en 2000 avaient réussi à réduire leur taux de mortalité de 75 % en 2015. On estime que le nombre des décès dus au paludisme dans le monde a diminué de 48 % entre 2000 et 2015. Pour progresser plus rapidement vers l'objectif visé, il faudra augmenter nettement les efforts déployés dans les 15 pays les plus touchés, qui représentent selon les estimations 78 % des décès dus au paludisme.

Objectifs du Plan d'action mondial contre le paludisme

41. Le Plan d'action mondial contre le paludisme du Partenariat Faire reculer le paludisme a été lancé en 2008 pour faciliter le contrôle et l'élimination du paludisme et rallier les partenaires autour d'un plan d'action commun. Les objectifs du Plan d'action, qui ont été révisés en 2011, sont de ramener le nombre de décès dus au paludisme dans le monde à un chiffre proche de zéro avant la fin de 2015 et d'éliminer le paludisme dans au moins 8 à 10 pays supplémentaires et dans la région Europe de l'OMS à la même échéance. Le Partenariat Faire reculer le paludisme a appelé à mobiliser environ 5,1 milliards de dollars chaque année pour assurer la couverture universelle des interventions antipaludiques. Cet objectif n'a pas été atteint, en partie à cause de la réduction du financement de l'action mondiale au service de la santé et du développement entraînée par la crise financière mondiale.

42. Comme les chiffres susmentionnés l'indiquent, des progrès réguliers ont été faits vers ces objectifs ambitieux. Pour se rapprocher des deux premiers objectifs du Plan d'action, il faudrait augmenter nettement et de toute urgence le financement de la lutte contre le paludisme, en particulier dans les pays les plus durement touchés.

Quant au troisième objectif, il a déjà été atteint : 11 nouveaux pays (dans la région Europe et ailleurs) ont ramené la transmission de la maladie à zéro depuis 2008 (Argentine, Azerbaïdjan, Costa Rica, Géorgie, Iraq, Kirghizistan, Ouzbékistan, Paraguay, Sri Lanka, Tadjikistan et Turquie). L'OMS a certifié que trois autres (Arménie, Maroc et Turkménistan) avaient éliminé le paludisme depuis 2008. Pour la première fois depuis que l'OMS a commencé à suivre l'évolution de cette maladie, sa région Europe n'a signalé aucun cas indigène de paludisme en 2015.

V. Recommandations

43. Une action concertée et coordonnée devra être menée à l'échelle mondiale pour réduire substantiellement les taux de transmission, de morbidité et de mortalité d'ici à 2030 et réaliser les objectifs fixés dans la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS. Les progrès dans cette direction pourront être accélérés si l'on met en place une réponse articulée autour de plusieurs axes : développer davantage les interventions actuellement disponibles et qui permettent de sauver des vies; faire du paludisme une plus grande priorité politique; appliquer le principe de responsabilité; renforcer la collaboration régionale et transfrontalière; et stimuler au maximum le développement et l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles approches.

44. L'élargissement des interventions de lutte antipaludique peut servir de point de départ pour renforcer les systèmes de santé, notamment les services de santé maternelle et infantile et les services de laboratoire, et pour construire des systèmes d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique plus solides. Le développement de systèmes intégrés de prise en charge des patients par les collectivités locales dans les pays les plus durement touchés et le renforcement de systèmes intégrés de mise en œuvre des outils de prévention du paludisme constitueraient un moyen économique de combler les lacunes d'un système de santé en attendant que des infrastructures sanitaires soient mises en place.

45. Il faut de toute urgence augmenter le financement de la lutte antipaludique au moyen d'instruments financiers tant classiques qu'innovants, afin de soulager les souffrances provoquées par le paludisme. Les pays ne pourront éviter des cas de réintroduction de cette maladie et se rapprocher des objectifs ambitieux fixés au niveau mondial pour 2030 que s'ils élargissent considérablement et durablement la couverture des interventions. Des fonds suffisants et prévisibles sont également nécessaires pour préserver les acquis récents. Si les pays devaient demeurer aux niveaux actuels de couverture des interventions de lutte antipaludique, une bonne partie de l'investissement déjà consenti risquerait d'être rapidement perdue et beaucoup des acquis pourraient être réduits à néant.

46. Les pays impaludés devraient augmenter les ressources internes qu'ils consacrent à la lutte contre le paludisme. Il leur est aussi recommandé de revoir et renforcer leurs stratégies nationales en les alignant sur les recommandations techniques de l'OMS, et de les ancrer solidement dans leurs plans nationaux en matière de santé et de développement. Pour obtenir un meilleur impact et des résultats durables, les pays devraient adopter une approche plus activement

multisectorielle de la lutte contre le paludisme et exploiter les synergies avec d'autres priorités de développement.

47. Les partenaires de développement à l'échelle mondiale et les pays impaludés devraient redoubler d'efforts pour faire face aux menaces biologiques qui mettent en péril la lutte antipaludique. La résistance parasitaire à l'artémisinine peut être prévenue en appliquant les recommandations formulées par l'OMS dans son Plan mondial de maîtrise de la résistance à l'artémisinine. Une forte volonté politique sera nécessaire pour lancer une nouvelle action coordonnée qui permettra de renoncer aux monothérapies à base d'artémisinine administrées par voie orale et de retirer du marché les médicaments antipaludiques non conformes aux normes de préqualification de l'OMS. La résistance aux insecticides pourra être surmontée si l'on adopte les recommandations figurant dans le Plan mondial de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides.

48. Il est indispensable de renforcer la surveillance épidémiologique du paludisme et la qualité des données dans toutes les régions impaludées afin que les ministères de la santé puissent orienter leurs moyens financiers vers les populations qui en ont le plus besoin et intervenir efficacement lorsque des foyers d'infection se déclarent. Étant donné la multiplicité des partenaires sur le terrain, les mécanismes de coordination de l'assistance technique dans les pays devraient être renforcés pour que tous ces partenaires harmonisent leurs modalités d'application des recommandations techniques de l'OMS. Des financements supplémentaires seront nécessaires pour appuyer l'analyse et l'échange des meilleures pratiques afin de répondre aux problèmes les plus urgents des programmes, d'améliorer le suivi et l'évaluation, et de procéder régulièrement à la planification financière et à l'analyse des besoins financiers.

49. Les contributions de la communauté scientifique et du secteur privé demeurent essentielles : de nouveaux produits tels que des instruments de diagnostic améliorés, des médicaments plus efficaces, des nouveaux insecticides et des moustiquaires imprégnées d'insecticide plus durables sont autant d'outils indispensables si l'on veut continuer d'avancer dans la lutte contre le paludisme. Les succès remarquables remportés contre cette maladie ne pourront être préservés que par une action concertée et cohérente des parties prenantes, soutenue par une volonté politique mondiale, des progrès scientifiques constants et des innovations énergiques.
