



Assemblée générale

Distr. générale
20 avril 2017
Français
Original : anglais

Soixante et onzième session

Point 12 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 2030

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 [70/300](#) de l'Assemblée.



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 2030

Résumé

Le présent rapport, établi en application de la résolution [70/300](#) de l'Assemblée générale, 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 (OMS) dans les pays impaludés. On y trouvera également une évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable et l'application de la résolution [70/300](#), ainsi qu'une description des obstacles entravant la pleine réalisation de ces objectifs et plusieurs recommandations visant à accélérer la réalisation des cibles énoncées dans la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 pour les années à venir.

I. Introduction

1. Quoique parfaitement évitable et traitable, le paludisme continue d'avoir des effets désastreux sur la santé et les moyens de subsistance de millions de personnes à travers le monde. En 2015, on estimait à 212 millions le nombre de cas de paludisme et à 429 000 le nombre de décès dus au paludisme à l'échelle mondiale; 70 % de ces décès concernaient des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. Pour réduire la charge de morbidité associée au paludisme, l'OMS préconise une stratégie à plusieurs volets comportant notamment des mesures de lutte antivectorielle, des services préventifs, des tests de diagnostic, des traitements de qualité et une surveillance épidémiologique renforcée.

2. Conformément à la résolution 70/300 de l'Assemblée générale, et sur le fondement du *Rapport sur le paludisme dans le monde* publié par l'OMS en décembre 2016, le présent rapport met en évidence les progrès réalisés et les difficultés rencontrées dans le cadre de l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer. L'analyse se fonde sur les dernières données complètes disponibles, qui datent de 2015 et proviennent des pays impaludés et des organisations engagées dans la lutte mondiale contre le paludisme. Les données de 2016 sont en cours de collecte et d'examen par l'OMS.

3. Entre 2000 et 2015, la communauté internationale a reconnu que le paludisme était un problème sanitaire mondial qui exigeait une attention prioritaire. Réunis dans le cadre du Partenariat Faire reculer le paludisme (Partenariat RBM), 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 œuvré de concert pour généraliser les interventions préconisées par l'OMS, harmoniser les activités et améliorer la planification stratégique, la gestion des programmes et la disponibilité des moyens de financement. Avec le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies tropicales négligées, le paludisme fait partie des maladies visées par la cible 3.3 des objectifs de développement durable tendant à « mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées » d'ici à 2030. Cette cible est parfaitement en phase avec les objectifs de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS, qui vise à réduire la charge de morbidité du paludisme d'au moins 40 % d'ici à 2020 et d'au moins 90 % d'ici à 2030, et à éliminer cette maladie dans 35 nouveaux pays au moins à l'horizon 2030.

4. L'efficacité de l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer est évaluée en examinant l'évolution de la charge de morbidité, l'intensification des interventions et les progrès réalisés au regard des cibles et objectifs mondiaux énoncés dans la Stratégie, qui ont été adoptés à l'issue d'un large processus de consultations.

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 62 % à l'échelle mondiale et d'éviter ainsi près de 6,8 millions de décès. Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité a diminué de 69 % dans le monde et de 38 % en Afrique.

6. Selon le *Rapport sur le paludisme dans le monde* de 2016, la baisse des taux de morbidité et de mortalité devra s'intensifier dans les pays où ils sont le plus élevés pour que l'objectif d'étape de la Stratégie technique mondiale tendant à réduire ces taux de 40 % à l'échelle mondiale d'ici à 2020 puisse être atteint. Toutefois, le montant des ressources engagées par les pays les plus touchés est actuellement le plus éloigné de l'objectif d'étape énoncé dans la Stratégie en matière de dépenses par habitant d'ici à 2020.

7. Selon les estimations pour 2015, 75 % des décès dus au paludisme se sont produits dans 13 pays. Le fardeau de la mortalité pèse principalement sur les pays d'Afrique subsaharienne, parmi lesquels la République démocratique du Congo et le Nigéria, qui concentrent à eux seuls plus de 36 % du total des décès estimé à l'échelle mondiale. La quasi-totalité de ces décès (99 %) est attribuable au paludisme à *falciparum*. *Plasmodium vivax* serait quant à lui responsable de 3 100 décès, dont 81 % se sont produits dans quatre pays (Éthiopie, Inde, Indonésie et Pakistan).

Mesures de lutte antivectorielle

8. La distribution généralisée de moustiquaires imprégnées d'insecticide¹ et l'intensification de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent ont largement contribué à réduire l'incidence du paludisme depuis 2000. 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 79 % la part de la population exposée au paludisme (dite « population à risque ») qui avait accès à une ou plusieurs moustiquaires à domicile. Cela signifie toutefois qu'un cinquième des ménages n'avait accès à aucune moustiquaire. En outre, la part des ménages possédant suffisamment de moustiquaires pour protéger tous les membres du foyer n'était que de 42 %, un pourcentage très éloigné de l'accès universel (100 %).

9. Outre les campagnes auprès du grand public, l'OMS recommande de poursuivre la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à toutes les femmes enceintes recevant des soins prénatals et à toutes les mères de nourrissons se présentant dans des centres de vaccination. Entre 2013 et 2015, 86 % des moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées en Afrique subsaharienne l'ont été dans le cadre de campagnes auprès du grand public, tandis que 10 % ont été distribuées dans des cliniques prénatales et 4 % dans des centres de vaccination. Ces circuits de distribution sont manifestement sous-exploités, puisque 39 % seulement des femmes enceintes ayant fait l'objet de soins prénatals et 20 % des nourrissons pris en charge dans des centres de vaccination ont reçu une moustiquaire imprégnée d'insecticide entre 2013 et 2015. L'explication tient en partie au fait que les pays concernés n'ont pas encore adopté de politique visant à mettre à profit ces circuits pour distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

10. Les programmes nationaux de lutte antipaludique prévoient des pulvérisations intradomiciliaires périodiques d'insecticide afin de réduire la population de moustiques potentiellement porteurs du parasite. En 2015, cette mesure a permis de

¹ Si l'OMS recommande d'utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, les moustiquaires imprégnées d'insecticide conventionnel continuent d'être utilisées, notamment en dehors de l'Afrique, de sorte que c'est l'expression plus générale « moustiquaire imprégnée d'insecticide » qui sera utilisée dans le présent document.

protéger 106 millions de personnes. Toutefois, la part de la population à risque protégée par des pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent a diminué dans toutes les régions, passant d'un pic mondial de 6 % en 2010 à 3 % en 2015. En Afrique subsaharienne, ce taux a diminué de 10,5 % pour s'établir à moins de 6 % entre 2010 et 2015. Ce moindre recours aux pulvérisations intradomiciliaires peut être attribué au remplacement progressif des pyréthroïdes par des insecticides plus onéreux tels que les carbamates et les composés organophosphorés, même si les pyréthroïdes restent largement utilisés, en particulier en dehors de la Région africaine de l'OMS. La rotation d'insecticides, les combinaisons d'interventions et les pulvérisations en mosaïques de produits présentant différents modes d'action font partie des méthodes utilisées dans le cadre des stratégies globales de gestion de la résistance aux insecticides décrites dans le Plan mondial de l'OMS pour la gestion de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme.

11. Dans de nombreux pays, les progrès sont menacés par le développement et la propagation rapides de la résistance des moustiques aux insecticides actuellement utilisés pour imprégner les moustiquaires et pratiquer des pulvérisations intradomiciliaires. Au total, 60 des 73 pays impaludés ayant fourni des données de surveillance à partir de 2010 ont fait état d'une résistance à un insecticide au moins, et 50 ont signalé une résistance à deux catégories d'insecticides ou plus. En 2016, l'OMS a publié la deuxième édition de ses procédures de surveillance de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme, qui fait le point sur deux nouvelles méthodes permettant de mesurer la résistance : le dosage biologique utilisant des concentrations d'insecticide élevées et le dosage biologique utilisant des synergistes. La même année, une évaluation de cinq pays coordonnée par l'OMS dans des zones où les moustiques étaient résistants aux pyréthroïdes (la seule catégorie d'insecticides utilisée pour imprégner les moustiquaires) a permis d'établir que le taux d'infection paludéenne chez les personnes qui dormaient sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée était beaucoup plus faible que chez celles qui n'utilisaient pas de moustiquaire. Les auteurs de cette étude souscrivent à la recommandation de l'OMS tendant à ce que toutes les populations exposées au paludisme bénéficient d'un accès universel à des moustiquaires imprégnées de pyréthroïde, tout en soulignant la nécessité urgente d'investir davantage dans de nouveaux outils plus performants.

12. Un projet de stratégie mondiale de lutte antivectorielle a été élaboré pour la période 2017-2030 en vue d'appuyer la mise en œuvre d'une approche globale qui permettrait d'établir des objectifs nationaux et mondiaux en matière de paludisme et de contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable. Ce projet a été approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS à sa cent quarantième session, en janvier 2017, et le secrétariat a été prié de préparer un projet de résolution pour examen à la 70^e Assemblée mondiale de la Santé, qui se réunira en mai 2017. Cette stratégie a pour objectif d'aider les pays à mettre en œuvre une action cohérente et coordonnée afin de réduire la prévalence de toutes les maladies à vecteur, notamment le paludisme, et de faire face à la menace croissante qu'elles représentent. Elle contient des orientations stratégiques visant à aider les pays et les partenaires de développement à intensifier rapidement la lutte antivectorielle, outil indispensable à la prévention des maladies et à la lutte contre les épidémies.

Tests de diagnostic et traitements

13. L'OMS recommande l'utilisation de polythérapies à base d'artémisinine pour le traitement des cas de paludisme sans complication causés par *P. falciparum*, le parasite responsable de la plupart des décès et de la grande majorité des infections qui se produisent en Afrique. Selon les données disponibles, la part des polythérapies à base d'artémisinine dans l'ensemble des traitements administrés aux enfants est passée de 29 % en 2010-2012 à 80 % en 2013-2015. Toutefois, d'importantes variations sont observées entre les pays, et des données supplémentaires seront nécessaires à une meilleure compréhension des difficultés d'accès aux traitements antipaludiques dans les établissements sanitaires et les collectivités.

14. Depuis 2010, l'OMS recommande aux dispensaires, aux pharmacies et aux agents sanitaires des collectivités de soumettre tous les patients présentant des symptômes de paludisme à des tests de diagnostic. Le nombre de patients soumis à des tests à l'occasion d'une visite médicale a augmenté dans la plupart des régions de l'OMS depuis 2010. La hausse la plus importante a été enregistrée dans la Région africaine, où la part des patients symptomatiques ayant fait l'objet d'un dépistage est passée de 40 % en 2010 à 76 % en 2015. Elle s'explique principalement par la généralisation des tests de diagnostic rapide, qui représentaient 74 % de tous les tests de diagnostic du paludisme réalisés en 2015. Toutefois, l'apparition dans plusieurs foyers géographiques d'un parasite *P. falciparum* présentant une délétion du gène codant pour la protéine 2/3 riche en histidine, laquelle n'est pas détectée par les tests de diagnostic rapide les plus utilisés, pourrait nuire à l'efficacité des mesures de surveillance et de prise en charge des cas de paludisme. En mai 2016, l'OMS a publié des orientations² dans lesquelles elle décrit la façon d'appréhender les résultats soupçonnés d'être de faux négatifs, notamment pour cause de délétion du gène codant pour la protéine 2/3 riche en histidine, et présente d'autres options de test de diagnostic rapide. L'Organisation aide les États membres à analyser les résultats potentiellement faux négatifs compatibles avec des mutations du gène codant pour la protéine 2/3 riche en histidine et à adapter la prise en charge en conséquence.

15. Comme le souligne l'OMS dans sa Stratégie technique mondiale, les programmes sanitaires de proximité, qui permettent de réduire sensiblement le taux de mortalité infantile liée au paludisme en milieu rural et d'accélérer la réalisation de la cible des objectifs de développement durable visant à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, gagnent aujourd'hui du terrain partout dans le monde. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance 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 appuyé par l'OMS et plusieurs ONG, 7 500 agents sanitaires des collectivités 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 des enfants de moins de 5 ans. En Inde, le déploiement par le Gouvernement de plus de 900 000 volontaires formés

² Disponibles à l'adresse www.who.int/malaria/publications/atoz/information-note-hrp2-based-rdt/en/ (en anglais).

et accrédités dans tout le pays au cours des 10 dernières années a permis de dispenser un ensemble de soins préventifs et curatifs de base à tous les groupes d'âge. En Éthiopie, un projet similaire connu sous le nom de « Programme de vulgarisation sanitaire » a permis d'accomplir des progrès importants dans plusieurs domaines depuis le déploiement d'agents de vulgarisation sanitaire dans tout le pays en 2005.

La menace de la pharmacorésistance

16. Un parasite *P. falciparum* résistant à l'artémisinine a été détecté dans cinq pays du bassin du Mékong (Cambodge, Myanmar, République démocratique populaire lao, Thaïlande et Viet Nam). Pour lutter contre cette nouvelle polypharmacorésistance, l'OMS recommande de généraliser de toute urgence les mesures de lutte antivectorielle dans l'ensemble de 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. Depuis le lancement, en mai 2015, de la Stratégie de l'OMS pour l'élimination du paludisme dans le bassin du Mékong (2015-2030), les cinq pays susmentionnés ont intégré l'élimination du paludisme dans leurs programmes nationaux. Entre 2012 et 2015, le taux de morbidité paludéenne a diminué d'environ 54 % dans la sous-région, et le taux de mortalité de 84 %. Ces efforts sont appuyés par le centre birégional de l'OMS à Phnom Penh, qui assure la coordination de l'action multipartite et travaille en étroite collaboration avec les Ministères de la santé du Cambodge, du Myanmar, de la République démocratique populaire lao, de la Thaïlande et du Viet Nam, ainsi qu'avec plusieurs partenaires de développement. L'Organisation recommande que tous les pays impaludés étudient l'efficacité des traitements tous les deux ans au moins afin d'adapter les politiques nationales en conséquence.

17. Le fait que les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale demeurent disponibles et continuent d'être utilisées constitue un risque majeur pour la lutte antipaludique et contribue au développement d'une résistance à l'artémisinine. L'OMS recommande depuis longtemps que les médicaments incriminés soient retirés du marché et remplacés par des associations médicamenteuses (recommandation adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2007). Cependant, selon les dernières données disponibles, ces monothérapies sont encore distribuées par au moins 21 entreprises à travers le monde. Au total, 49 pays ont retiré leur autorisation de mise sur le marché, mais la commercialisation reste légale dans 7 autres pays.

Surveillance épidémiologique

18. Le taux de dépistage des cas de paludisme augmente progressivement. Toutefois, on estime que 19 % des cas seulement ont été détectés par les systèmes de surveillance épidémiologique à l'échelle mondiale en 2015. Il est donc indispensable de renforcer ces systèmes pour permettre aux ministères de la santé de recenser les secteurs qui ne sont pas couverts par les programmes afin de lutter plus efficacement 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 de mesurer les effets des interventions.

19. Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme, redoubler d'efforts pour éliminer la maladie et renforcer les systèmes de surveillance constituent les trois piliers de la Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030. Dans ce document, l'OMS exhorte les pays à élargir considérablement la surveillance du paludisme et à en faire une intervention de base, au même titre que la lutte antivectorielle, les tests de diagnostic et le traitement. Des investissements plus importants dans la surveillance épidémiologique permettraient d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs fixés pour 2030, de dépendre moins systématiquement de méthodes d'estimation basées sur des modèles et de mettre à la disposition des décideurs nationaux et de la communauté mondiale de la santé des données sur le paludisme et des informations sanitaires plus fiables.

20. Les systèmes de surveillance épidémiologique disposent des outils, des procédures, du personnel et des structures leur permettant de produire des informations sur les cas de paludisme et les décès liés à la maladie. Ces informations sont ensuite utilisées dans le cadre de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte antipaludique. Pour être efficaces, les systèmes de surveillance épidémiologique doivent permettre aux directeurs de programme de recenser les zones et les groupes de population les plus exposés, de mobiliser des ressources à l'appui de la mise en œuvre des interventions nécessaires, de détecter les courbes de morbidité et de mortalité qui justifient des interventions supplémentaires, notamment les foyers résiduels de transmission et d'épidémie, d'évaluer régulièrement les résultats des mesures de lutte antipaludique et les progrès accomplis en matière de réduction de la charge de morbidité, d'aider les pays à répertorier les domaines dans lesquels des ajustements ou des associations d'interventions sont nécessaires, de fournir des informations pertinentes à l'appui du processus de certification de l'élimination du paludisme, de s'assurer de l'absence de reprise de la transmission et, le cas échéant, d'orienter les mesures de lutte contre la réintroduction du parasite. Les orientations actuelles de l'OMS en matière de surveillance, de suivi et d'évaluation sont en cours d'actualisation et devraient être publiées en 2017.

Élimination et certification

21. Dans sa Stratégie technique mondiale, l'OMS appelle à l'élimination du paludisme dans 10 pays au moins d'ici à 2020. D'après une analyse réalisée par l'Organisation en prévision de l'édition 2016 de la Journée mondiale du paludisme, 21 pays sont actuellement en mesure d'atteindre cet objectif (Afrique du Sud, Algérie, Arabie saoudite, Belize, Bhoutan, Botswana, Cabo Verde, Chine, Comores, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Iran (République islamique d'), Malaisie, Mexique, Népal, Paraguay, République de Corée, Suriname, Swaziland et Timor-Leste). Au cours de ces dernières années, l'action menée pour éliminer le paludisme s'est intensifiée dans de nombreuses régions d'Afrique, notamment dans les huit pays d'Afrique australe participant à l'initiative « Elimination 8 » – Afrique du Sud, Angola, Botswana, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe –, en Amérique centrale, dans l'île de Saint-Domingue et en Asie du Sud-Est. En 2015, pour la première fois de son histoire, la Région européenne de l'OMS n'a enregistré aucun cas de paludisme autochtone, ce qui est conforme à l'objectif de la Déclaration de Tachkent visant à éliminer le paludisme de la région en 2015 au plus tard. Depuis 2000, six pays ont été certifiés exempts de paludisme par l'OMS : les

Émirats arabes unis (2007), le Maroc (2010), le Turkménistan (2010), l'Arménie (2011), le Kirghizistan (2016) et Sri Lanka (2016). Deux pays, l'Algérie et le Paraguay, devraient demander à l'OMS la certification officielle de l'élimination du paludisme dans les mois à venir.

22. En mars 2017, l'OMS a publié une révision de son manuel de terrain de 2007 sur l'élimination du paludisme pour les régions faiblement à modérément endémiques, sous la forme d'un cadre pour l'élimination du paludisme qui comporte les grandes nouveautés suivantes : les niveaux de transmission du paludisme sont fournis pour toutes les régions, plutôt que pour les régions faiblement à modérément endémiques uniquement; les mesures mises en œuvre au titre des programmes sont examinées aux différentes étapes du cycle de transmission, du niveau le plus élevé au niveau le plus bas; l'accent est mis sur l'importance critique des systèmes d'information et des mesures de surveillance épidémiologique; le recours aux tests de diagnostic rapide et à la microscopie lumineuse est recommandé aux fins du diagnostic du paludisme; le nombre de catégories de foyers de transmission est ramené à trois au lieu de sept pour plus de simplicité; le processus de certification proposé est simplifié; le seuil de reprise de la transmission est précisé.

23. Le Groupe consultatif stratégique de l'OMS sur l'éradication du paludisme a été créé en août 2016 afin de prodiguer des conseils à l'Organisation sur la faisabilité, les stratégies potentielles et le coût de l'éradication du paludisme au cours des décennies à venir, en s'appuyant sur les cibles et objectifs définis dans la Stratégie technique mondiale et le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Au cours des deux prochaines années, les membres du Groupe analyseront l'évolution du paludisme en tenant compte d'un large ensemble de facteurs sous-jacents, notamment biologiques, techniques, financiers, socioéconomiques, politiques et environnementaux. Ils examineront également les tendances en matière de pauvreté, d'accroissement démographique, de mobilité, d'agriculture, d'urbanisation et de communications, et analyseront notamment le rôle des changements climatiques et les perspectives de progrès dans les domaines de la recherche et de l'innovation.

Directives mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé

24. La résolution WHA68.2 instituant la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 a été adoptée lors de la 68^e Assemblée mondiale de la Santé, réunie en mai 2015, en vue de fournir aux pays des directives techniques fondées sur des données factuelles pour les 15 années suivantes. Cette stratégie a été élaborée en étroite consultation avec les pays impaludés et les partenaires, sous l'égide du Comité consultatif pour les politiques relatives au paludisme et d'un comité directeur créé à cet effet.

25. Le document repose 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; 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; b) favoriser un environnement propice. Dans sa stratégie, l'OMS souligne que la progression vers l'obtention du statut de pays exempt de paludisme ne doit pas être considérée comme une série d'étapes indépendantes, mais comme un processus continu exigeant une stratification infranationale du risque de paludisme. Elle affirme également que des systèmes de santé solides sont

nécessaires si l'on veut réduire la charge de morbidité et le risque de transmission ultérieure des parasites, et adopter et introduire de nouveaux outils et stratégies dans les plus brefs délais.

26. La Stratégie servira de socle technique au plan du Partenariat RBM intitulé « Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 – Pour un monde sans paludisme », publié en 2015, dans lequel l'OMS explique comment optimiser l'exécution de la Stratégie grâce à la mise en œuvre d'activités de plaidoyer au niveau mondial, à la mobilisation de ressources, à l'harmonisation de l'action des partenaires et à la participation des secteurs public (transport, industrie, tourisme, éducation et autres) et privé. L'Organisation y réaffirme également que la lutte antipaludique est inextricablement liée au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et que les progrès accomplis dans la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable sont tributaires des succès de la lutte contre le paludisme et inversement.

27. Depuis le précédent rapport présenté à l'Assemblée générale en mai 2016 (A/70/833), l'OMS a publié des recommandations sur l'analyse du déficit en glucose-6 phosphate déshydrogénase (G6PD) pour une utilisation sans risque de la primaquine dans le traitement radical du paludisme à *P. vivax* et à *P. ovale*, et sur l'adoption de procédés de surveillance de la résistance aux insecticides chez les moustiques vecteurs. Parmi les autres recommandations importantes figurent une note d'orientation et un rapport d'étape sur la résistance à l'artémisinine et la polythérapie à base d'artémisinine, ainsi qu'une note d'information sur les résultats faussement négatifs des tests de diagnostic rapide et l'incidence de l'apparition d'un parasite *P. falciparum* présentant une délétion du gène codant pour la protéine 2/3 riche en histidine. En décembre 2016, l'OMS a également publié une note d'orientation passant en revue toutes les politiques et interventions actuellement recommandées en matière de lutte antipaludique afin d'aider les pays à élaborer des propositions de financement à l'intention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que d'autres donateurs.

Collaboration mondiale et engagement politique

28. Le Partenariat RBM a été restructuré en 2016 afin d'accroître sa contribution à la lutte antipaludique. La même année, sa structure a été renforcée en vue de mobiliser les ressources nécessaires à la riposte mondiale et de promouvoir un engagement politique soutenu et une action coordonnée. Un nouveau conseil a été constitué, une nouvelle direction a été recrutée, un nouveau règlement intérieur a été adopté pour mettre à jour les principes directeurs qui régiront le Partenariat à l'avenir, et une structure de gestion mieux définie, plus souple et plus efficace a été mise en place pour mieux canaliser et coordonner les ressources. Kesetebirhan Admasu, Ministre éthiopien de la santé de 2012 à 2016, a pris ses fonctions à la tête du Partenariat en février 2017.

29. Depuis quelques années, on assiste à un renforcement de la mobilisation politique face au paludisme pharmacorésistant dans la région de l'Asie et du Pacifique. À l'initiative de l'Australie et du Viet Nam, les pays de la région ont formé une Alliance des dirigeants de l'Asie et du Pacifique pour la lutte contre le paludisme lors du Sommet de l'Asie orientale, qui s'est tenu au Brunéi Darussalam en octobre 2013. La mission de l'Alliance est d'appuyer et de faciliter l'élimination du paludisme dans la région en 2030 au plus tard. En 2016, 19 dirigeants avaient

adhéré à cette alliance et souscrit à l'objectif tendant à éliminer le paludisme à l'horizon 2030 et au plan d'étapes s'y rapportant. Ce plan met en lumière les grandes priorités en matière d'élimination du paludisme dans l'ensemble de la région, notamment l'unification des efforts nationaux et de l'action régionale et la fourniture de services, tests, médicaments, moustiquaires et insecticides de qualité à l'appui de la lutte antipaludique. L'OMS fournit des 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 de consacrer chaque année deux réunions au paludisme en marge du Sommet de l'Union africaine pour réaffirmer leur volonté d'éliminer la maladie d'ici à 2030. En 2016, 49 États membres collaboraient ainsi dans le cadre d'une Alliance des dirigeants africains contre le paludisme. À leur plus récente rencontre, en janvier 2017, les dirigeants ont réaffirmé leur attachement à l'élimination du paludisme sur le continent et salué l'importante contribution apportée par sept pays à la lutte antipaludique et à l'élimination de la maladie au cours des cinq années précédentes. Au cours de cette réunion, le Roi Mswati III du Swaziland a été nommé Président de l'Alliance.

III. Besoins urgents de financement

31. Si les investissements mondiaux (fonds nationaux et internationaux) à l'appui de la lutte antipaludique sont passés de 960 millions de dollars environ en 2005 à 2,9 milliards en 2015, ils sont restés relativement stables depuis 2010. En 2015, 32 % des fonds destinés à des programmes destinés à combattre et éliminer le paludisme provenaient des gouvernements de pays impaludés, et 68 % d'investisseurs internationaux. Les États-Unis d'Amérique étaient le premier financeur international (35 %), suivis du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (16 %). La moitié environ des investissements internationaux (45 %) a été canalisée par le Fonds mondial. Toujours en 2015, les gouvernements nationaux ont contribué au financement de la lutte antipaludique à hauteur de 32 %, ce qui représente une augmentation substantielle par rapport à l'année précédente. Les contributions nationales les plus élevées ont été enregistrées dans la Région africaine de l'OMS (528 millions de dollars), suivie de la Région des Amériques (202 millions) et de la Région Asie du Sud-Est (92 millions).

32. Pour atteindre les cibles et objectifs énoncés dans la Stratégie technique mondiale, notamment la réduction de 40 % des taux de morbidité et de mortalité, il faudra que les contributions nationales et internationales atteignent 6,4 milliards de dollars par an environ d'ici à 2020. Au-delà, l'investissement annuel devra atteindre 7,7 milliards environ en 2025 si l'on veut réduire de 75 % la charge de morbidité du paludisme, et 8,7 milliards à l'horizon 2030 si l'on veut la réduire de 90 %. De nouveaux mécanismes financiers sont à l'étude pour compléter les contributions nationales et combler le déficit de financement.

IV. Progrès accomplis dans la réalisation des cibles et objectifs mondiaux

33. Chaque année, le *Rapport sur le paludisme dans le monde* publié par l'OMS fait le point des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable et donne un aperçu général des tendances en matière de financement des programmes, de portée des interventions, d'incidence du paludisme et de décès liés à la maladie. Issues des programmes nationaux de lutte antipaludique dans les pays impaludés, ces données sont transmises par les bureaux régionaux de l'OMS et 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.

Objectifs de développement durable

34. Avec le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies tropicales négligées, le paludisme fait partie des maladies visées par la cible 3.3 des objectifs de développement durable tendant à « mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées » d'ici à 2030. Cette cible est parfaitement en phase avec les objectifs de la Stratégie technique mondiale de l'OMS, dont la réalisation contribuera également à celle des autres cibles de l'objectif de développement durable n° 3 visant à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. En outre, les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la Stratégie et celle d'autres objectifs de développement durable se renforceront mutuellement, notamment dans le cas de l'objectif n° 1 sur l'élimination de la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde, de l'objectif n° 3 tendant à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, de l'objectif 4 d'assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et de promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie, de l'objectif n° 5 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et les filles, de l'objectif n° 8 sur la promotion d'une croissance économique soutenue, partagée et durable, du plein emploi productif et d'un travail décent pour tous et de l'objectif n° 10 sur la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

35. L'évaluation des courbes du paludisme dans le monde entre 2010 et 2015 montre que les conditions ne sont pas réunies pour atteindre l'objectif d'étape de la Stratégie technique mondiale visant à réduire les taux de mortalité et de morbidité du paludisme de 40 % à l'échelle mondiale d'ici à 2020. À la fin de 2015, en dépit de la tendance à la baisse du taux de nouvelles infections depuis 2000, seuls 40 des 91 pays touchés semblaient être en mesure d'atteindre l'objectif mondial visant à réduire de 40 % l'incidence des infections entre 2015 et 2020. Cet objectif ne pourra être réalisé que si la diminution des cas d'infection s'accélère dans les pays où l'incidence est la plus élevée. En ce qui concerne la mortalité liée au paludisme, les progrès devront s'accélérer dans les pays qui enregistrent le plus grand nombre de décès pour que l'objectif mondial visant à réduire de 40 % le taux de mortalité soit atteint d'ici à 2020. Selon les estimations datant de la fin de 2015, sur 91 pays et territoires touchés par le paludisme, 39 avaient enregistré une baisse du taux de mortalité de 40 % ou plus entre 2010 et 2015, 14 avaient enregistré une baisse de

20 % à 40 %, et 8 avaient vu le taux de mortalité augmenter de 20 %. Dix autres pays n'avaient signalé aucun décès entre 2010 et 2015.

36. En revanche, les conditions semblent réunies pour atteindre l'objectif de la Stratégie technique mondiale tendant à éliminer le paludisme dans au moins 10 pays d'ici à 2020. Entre 2000 et 2015, 17 pays (Argentine, Arménie, Azerbaïdjan, Costa Rica, Égypte, Émirats arabes unis, Géorgie, Iraq, Kirghizstan, Maroc, Oman, Ouzbékistan, Paraguay, République arabe syrienne, Sri Lanka, Turquie et Turkménistan) n'ont enregistré aucun cas de paludisme autochtone pendant trois années consécutives ou plus. Selon le *Rapport sur le paludisme dans le monde* de 2016, 10 pays ont signalé moins de 150 cas de paludisme autochtone en 2015, et 9 ont fait état de 150 à 1 000 cas.

37. On estime qu'au total, le paludisme a provoqué 6,8 millions de décès de moins dans le monde entre 2001 et 2015 que si les taux de morbidité et de mortalité étaient restés inchangés depuis 2000. Sur les 6,8 millions de décès évités, 6,6 millions (soit 97 %) correspondent à des enfants de moins de 5 ans. C'est dans la Région africaine de l'OMS que le plus grand nombre de décès ont été évités (94 % du total). On estime que la réduction du taux de mortalité paludéenne, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans, a entraîné une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 1,2 année dans la région. Tous les décès évités ne sont pas attribuables à la lutte antipaludique, et certains progrès sont probablement liés à l'urbanisation et au développement économique général, qui a entraîné une amélioration de la nutrition et des logements.

V. Recommandations

38. **Une action concertée et coordonnée à l'échelle mondiale sera nécessaire si l'on veut réduire substantiellement les taux de transmission, de morbidité et de mortalité d'ici à 2030 et atteindre les objectifs énoncés dans la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS. La mise en place d'une riposte articulée autour de plusieurs axes permettrait d'accélérer les progrès en développant davantage les interventions qui permettent de sauver des vies, en faisant du paludisme une plus grande priorité politique, en renforçant l'application du principe de responsabilité, en intensifiant la collaboration régionale et transfrontalière et en stimulant au maximum l'élaboration et l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles approches. L'une des grandes priorités de l'OMS est d'élargir l'accès aux outils qui ont fait leurs preuves dans la lutte antipaludique. À l'occasion de l'édition 2017 de la Journée mondiale du paludisme, l'Organisation a rappelé que des lacunes critiques restaient à combler dans le domaine de la prévention, en particulier en Afrique subsaharienne. En 2018, elle publiera une analyse plus complète des carences recensées dans les domaines de la prévention, du dépistage et du traitement à l'échelle mondiale.**

39. **L'expansion des interventions de lutte antipaludique peut servir de point de départ au renforcement des systèmes de prestations sanitaires, notamment les services de santé maternelle et infantile et les services de laboratoire, ainsi qu'à l'élaboration de systèmes d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique plus solides. Le renforcement de ces systèmes permettra d'améliorer encore la prise en charge des patients paludéens. Le développement**

constant de systèmes intégrés de prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme, de pneumonie et de diarrhée par les collectivités locales dans les pays les plus touchés et le renforcement de systèmes intégrés de fourniture d'outils de prévention du paludisme constitueraient un moyen économique de combler les lacunes systémiques en attendant que les infrastructures sanitaires puissent être consolidées.

40. Il faut de toute urgence optimiser le financement de la santé en général et de la lutte antipaludique en particulier, et mettre à profit la surveillance épidémiologique pour améliorer les résultats et l'efficacité des programmes. Toutefois, le montant total des contributions devra augmenter sensiblement pour que l'objectif d'étape de la Stratégie technique mondiale visant à mobiliser 6,4 milliards de dollars à l'horizon 2020 puisse être atteint. Des fonds suffisants et prévisibles seront également nécessaires si l'on veut préserver les acquis récents. Si le taux de couverture des interventions de lutte antipaludique à l'échelon national demeurerait au niveau actuel, une bonne partie de l'investissement déjà consenti risquerait d'être perdue, et beaucoup des résultats obtenus pourraient être réduits à néant.

41. Il faut absolument que les pays impaludés consacrent davantage de ressources à la lutte antipaludique au niveau national. Il leur est également recommandé de revoir et de renforcer leurs stratégies nationales en les alignant sur les recommandations techniques de l'OMS, lesquelles devraient être transposées dans les plans nationaux en matière de santé et de développement. Pour pouvoir améliorer et pérenniser leurs résultats, les pays devront adopter une démarche multisectorielle et exploiter les synergies existantes entre la lutte contre le paludisme et l'action menée pour concrétiser d'autres priorités de développement, notamment la couverture sanitaire universelle et la collaboration avec les partenaires de développement et le secteur privé pour la mise en œuvre de mesures efficaces en matière de lutte contre les vecteurs.

42. Les partenaires de développement internationaux et les pays impaludés doivent redoubler d'efforts pour faire face aux nouvelles menaces biologiques qui mettent en péril la lutte antipaludique. La résistance parasitaire à l'artémisinine peut être prévenue en suivant les recommandations formulées par l'OMS dans son Plan mondial de maîtrise de la résistance à l'artémisinine. L'abandon des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale et le retrait du marché des médicaments antipaludiques non conformes aux normes de présélection de l'OMS exigeront une volonté politique forte ainsi que des efforts renouvelés et coordonnés. La résistance aux insecticides pourra être vaincue si l'on adopte les recommandations figurant dans le Plan mondial de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides.

43. Il est essentiel de renforcer la surveillance épidémiologique du paludisme et d'améliorer la qualité des données dans toutes les régions impaludées pour permettre aux ministères de la santé de consacrer les ressources financières aux populations qui en ont le plus besoin et de lutter efficacement contre les poussées épidémiques. Compte tenu de la multiplicité des partenaires sur le terrain, les mécanismes de coordination de l'assistance technique au niveau national devraient être renforcés afin d'harmoniser les modalités d'application des recommandations techniques de l'OMS. Des fonds supplémentaires seront nécessaires à l'appui de l'analyse et de l'échange des meilleures pratiques

permettant de remédier aux problèmes les plus urgents en matière de programmes, d'améliorer le suivi et l'évaluation, et de conduire périodiquement une planification financière et une analyse des lacunes.

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