

Résumé

Le *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde* récapitule les informations communiquées par les 106 pays d'endémie palustre, ou émanant d'autres sources, et il met à jour les analyses qui figurent dans le rapport 2009. Il met en lumière les progrès ininterrompus accomplis vers la réalisation, en 2010 et 2015, des objectifs internationaux en matière de lutte antipaludique. Le rapport évoque également les changements intervenus dans la situation financière de la lutte antipaludique ; il montre comment les ressources croissantes dont elle dispose ont permis de diffuser plus largement les interventions recommandées par l'OMS et indique en quoi le recul notable de la charge de morbidité palustre est lié à ce passage rapide à l'échelle supérieure.

Les fonds d'origine internationale consacrés à la lutte antipaludique ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie. C'est en 2009 que les dépenses ont atteint le montant le plus élevé jamais observé avec un total de 1,5 milliard US\$, mais les nouveaux engagements en faveur de la lutte antipaludique ont visiblement stagné en 2010, avec un montant de 1,8 milliard US\$. Les pays dont la population exposée au risque est peu nombreuse continuent à recevoir davantage de fonds par personne exposée au risque que les pays plus fortement peuplés. Les sommes consacrées au paludisme, pour importantes qu'elles soient, restent insuffisantes au regard des ressources nécessaires pour combattre la maladie, lesquelles sont évaluées à plus de 6 milliards US\$ pour l'année 2010.

Ce financement accru a permis des progrès considérables dans l'accessibilité des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MI) au cours des trois dernières années. Fin 2010, environ 289 millions de MI ont été fournies à l'Afrique subsaharienne, un nombre suffisant pour couvrir 76 % des 765 millions de personnes exposées au risque de paludisme. On estime qu'au milieu de l'année 2010, 42 % des ménages africains étaient en possession d'une MI et que 35 % des enfants dormaient sous une telle moustiquaire. Le pourcentage d'enfants utilisant une MI est encore inférieur au chiffre de 80 % préconisé par l'Assemblée mondiale de la Santé, en partie du fait que, jusqu'à fin 2009, il y avait encore peu de possesseurs de MI dans certains des plus grands pays d'Afrique. Les faibles taux d'utilisation relevés par certaines enquêtes s'expliquent principalement par le nombre insuffisant de moustiquaires pour équiper tous les membres d'un ménage ; les résultats des enquêtes indiquent que la plupart (80 %) des MI disponibles sont utilisées.

Si la montée en flèche de la distribution de MI en Afrique représente un exploit considérable sur le plan de la santé publique, elle n'en constitue pas moins un formidable défi pour l'avenir, s'agissant du maintien d'un niveau élevé de couverture. On estime que la durée de vie d'une MI de longue durée (MILD) est actuellement de 3 ans. Les moustiquaires livrées en 2006 et 2007 doivent donc déjà être remplacées, et celles

qui ont été livrées en 2008 et 2009 devront l'être bientôt. Le non remplacement de ces moustiquaires pourrait entraîner la réapparition de cas et de décès imputables au paludisme.

Les programmes de pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent (PID) ont connu un développement très important en Afrique subsaharienne au cours des dernières années, le nombre de personnes protégées passant de 13 millions en 2005 à 75 millions en 2009, soit un taux de couverture d'environ 10 % de la population exposée au risque en 2009.

Les méthodes actuelles de lutte antivectorielle dépendent en très grande partie d'une seule classe d'insecticides, les pyréthrinoïdes, qui sont les composés les plus couramment utilisés pour les PID et les seuls qui servent à imprégner les moustiquaires. En généralisant l'usage d'une seule et unique classe d'insecticides, on accroît le risque de voir apparaître, chez les moustiques vecteurs, une résistance qui pourrait devenir rapidement un problème majeur de santé publique. Ce risque est particulièrement préoccupant en Afrique, où la lutte antivectorielle au moyen d'insecticides est actuellement menée avec des niveaux de couverture sans précédent et où la charge de morbidité palustre est la plus élevée.

L'OMS recommande désormais que tous les cas suspects de paludisme soient confirmés par un test de diagnostic préalable à tout traitement. Maintenant que l'incidence du paludisme recule dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, la nécessité de différencier une fièvre palustre d'un état fébrile ayant une autre origine se fait plus pressante. En Afrique, la proportion de cas notifiés comme cas confirmés par un test de diagnostic a sensiblement augmenté, passant de moins de 5 % au début de la décennie à environ 35 % en 2009, mais cette proportion reste faible dans la plupart des pays d'Afrique et dans un petit nombre de pays des autres Régions. Dans un petit nombre de pays, on a montré qu'il était possible d'accroître rapidement la disponibilité des tests de diagnostic rapide à l'échelon national, en veillant à assurer une préparation, une formation, un suivi, un encadrement et un contrôle de qualité adéquats. En lien avec ces expériences, il y a eu d'importantes économies dans l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) et une meilleure surveillance du paludisme.

D'après les renseignements communiqués par les producteurs, le nombre de CTA délivrées augmente chaque année depuis 2005. Fin 2009, 11 pays africains fournissaient suffisamment de cures pour traiter plus de 100 % des cas de paludisme vus dans le secteur public et 8 autres en ont délivré suffisamment pour traiter de 50 à 100 % des cas. Ces chiffres traduisent une augmentation notable depuis 2005, année où seulement 5 pays fournissaient suffisamment de cures pour

traiter plus de 50 % des malades pris en charge par le secteur public. Cela étant, les informations relatives à l'accessibilité du traitement sont généralement incomplètes, notamment en ce qui concerne la proportion importante de malades qui sont traités dans le secteur privé.

Le recours aux monothérapies à base d'artémisinine par voie orale constitue une menace pour la durée de validité thérapeutique des CTA, dans la mesure où il favorise la propagation d'une résistance aux artémisinines. En novembre 2010, la commercialisation de ces produits était encore autorisée dans 25 pays et 39 firmes pharmaceutiques en fabriquaient. La plupart des pays où la commercialisation des monothérapies est encore autorisée appartiennent à la Région de l'Afrique et presque tous les producteurs se trouvent en Inde.

La résistance aux antipaludéens s'est étendue au cours des dernières décennies et cela a conduit à surveiller plus intensément l'efficacité de ces produits afin de déceler dans les plus brefs délais l'apparition d'une telle résistance. Malgré les changements que l'on observe dans la sensibilité des plasmodies aux artémisinines, l'efficacité clinique et parasitologique des CTA n'est pas encore compromise, même dans la sous-région du Grand Mékong. Les deux constituants de cette association médicamenteuse n'en sont pas moins menacés et utiliser une CTA comportant un médicament associé inefficace peut accroître le risque de faire apparaître ou de propager la résistance aux artémisinines.

Il y a 11 pays au total et un territoire dans la Région OMS de l'Afrique où le nombre des cas confirmés de paludisme ou des hospitalisations et des décès pour cause de paludisme a reculé de plus de 50 % au cours de ces dernières années. Entre 2000 et 2009, on a enregistré un recul de plus de 50 % des cas confirmés de paludisme dans 31 des 56 pays d'endémie palustre situés hors d'Afrique, une tendance descendante de l'ordre de 25 à 50 % étant observée dans 7 autres pays. En 2010, le Directeur général de l'OMS a certifié que le Maroc et le Turkménistan avaient éliminé le paludisme. La même année et pour la première fois, aucun cas de paludisme à *falciparum* n'a été notifié dans la Région OMS de l'Europe.

On estime que le nombre de cas de paludisme est passé de 233 millions en 2000 à 244 millions en 2005, mais qu'il a reculé à 225 millions en 2009. Selon les estimations, le nombre de décès imputables au paludisme a reculé de 985 000, en 2000, à 781 000 en 2009. Une baisse de la charge de morbidité palustre a été observée dans toutes les Régions de l'OMS. Proportionnellement, la baisse a été la plus marquée dans la Région de l'Europe, suivie par la Région des Amériques. En valeur absolue, c'est en Afrique que le nombre de décès a le plus reculé.

Si la réduction de la charge de morbidité palustre a remarquablement progressé, on a les preuves d'une augmentation des cas dans 3 pays en 2009 (Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Zambie). Les raisons de cette résurgence ne sont pas connues avec certitude. Cette augmentation des cas de paludisme souligne la fragilité des acquis de la lutte antipaludique et la nécessité de maintenir les programmes de lutte même si le nombre de cas a

sensiblement reculé. Ce qui s'est passé au Rwanda et en Zambie montre également qu'un contrôle mensuel des données fournies par la surveillance de la morbidité, tant au niveau national qu'au niveau infranational, est essentiel. Beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne n'ayant pas suffisamment de données pour suivre les tendances de la morbidité, il est clair que de grands efforts sont encore à faire pour renforcer les systèmes de surveillance systématique. Des événements épidémiologiques majeurs pourraient se produire dans d'autres pays sans être décelés ni soumis à investigation.

Points essentiels

● Historique et contexte

Les pays d'endémie palustre et la communauté internationale interviennent efficacement et à grande échelle pour atteindre, d'ici 2010 et au-delà, les cibles fixées en matière de couverture et d'impact.

1. Lors de l'appel qu'il a lancé en 2008 à l'occasion de la Journée mondiale du paludisme, le Secrétaire général des Nations Unies a souhaité que des efforts soient déployés afin d'assurer d'ici 2010 une couverture universelle par les programmes de prévention et de traitement de cette maladie.
2. En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Partenariat "Faire reculer le paludisme" (RBM) se sont fixé pour but de réduire le nombre de cas et de décès imputables au paludisme d'au moins 50 % d'ici fin 2010 et d'au moins 75 % d'ici 2015 par rapport aux chiffres de 2000.
3. En septembre 2008, le Partenariat RBM a lancé un Plan mondial d'action contre le paludisme qui définit les mesures permettant d'atteindre plus rapidement les cibles fixées pour 2010 et 2015 en ce qui concerne l'endiguement et l'élimination du paludisme.

● Politiques et stratégies de lutte antipaludique

Pour atteindre les cibles fixées pour 2010 et 2015, les pays doivent faire en sorte que toutes les personnes exposées au risque de paludisme aient accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et aux pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent (PID), que tous les cas suspects de paludisme fassent l'objet d'un diagnostic en laboratoire, et que tous les cas confirmés soient traités efficacement.

Prévention

4. En 2009, 23 pays appartenant à la Région de l'Afrique et 42 pays situés dans d'autres Régions de l'OMS avaient adopté les recommandations de l'Organisation préconisant la fourniture de MII à toutes les personnes exposées au risque de paludisme et pas uniquement aux femmes et aux enfants; cela représente 13 pays de plus qu'en 2008. Il y a au total 83 pays – dont 39 dans la Région de l'Afrique –, qui distribuent gratuitement des MII à toutes les personnes exposées au risque de paludisme.
5. Les pulvérisations intradomiciliaires (PID) à l'aide d'insecticides à effet rémanent agréés par l'OMS (y compris le DDT)

constituent encore la principale mesure de lutte antivectorielle destinée à réduire ou interrompre la transmission du paludisme dans tous les contextes épidémiologiques. En 2009, 71 pays dont 27 situés dans la Région de l'Afrique, ont indiqué procéder à des pulvérisations intradomiciliaires, 17 de ces pays ayant recours au DDT pour ces opérations.

6. Un traitement préventif intermittent (TPI) est recommandé pour les groupes de population vivant dans des zones à forte transmission et qui sont particulièrement exposés à contracter le paludisme ou à souffrir de ses conséquences, notamment les femmes enceintes et les nourrissons. Sur 45 pays de l'Afrique subsaharienne, il y en a 35 qui, fin 2008, avaient adopté le TPI comme politique nationale. Dans la Région du Pacifique occidental, la Papouasie-Nouvelle Guinée a également adopté cette politique en 2009. Aucun pays n'a pour l'instant fait du TPI un élément de sa politique nationale dans le cas des nourrissons.

Diagnostic et traitement

7. Une prompt confirmation parasitologique par examen microscopique ou au moyen d'un test de diagnostic rapide (TDR) est recommandée avant tout traitement pour l'ensemble des cas suspects de paludisme. En 2008, 33 des 43 pays d'endémie palustre situés dans la Région de l'Afrique et 45 des 63 qui font partie d'autres Régions ont indiqué avoir pour politique de pratiquer des examens parasitologiques chez les cas suspects de paludisme appartenant à toutes les classes d'âge et 77 des 86 pays où *Plasmodium falciparum* est endémique ont déclaré que leur ligne de conduite était de traiter le paludisme à falciparum au moyen de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA).
8. Les cas confirmés de paludisme simple à falciparum doivent être traités au moyen d'une association thérapeutique à base d'artémisinine. Le paludisme à vivax doit être traité par la chloroquine là où cet antipaludéen reste efficace ou par une CTA dans les zones où *P. vivax* est résistant à la chloroquine. Le traitement du paludisme à vivax doit être complété par l'administration de primaquine pendant 14 jours afin d'éviter les rechutes.
9. L'OMS recommande de retirer du marché les monothérapies à base d'artémisinine et de les remplacer par des CTA. En novembre 2010, 25 pays autorisaient encore la commercialisation de ces produits (ils étaient 37 en 2009) et 39 firmes pharmaceutiques les fabriquaient. La plupart des pays où la commercialisation des monothérapies est encore autorisée appartiennent à la Région de l'Afrique, tandis que la plupart des fabricants de ces médicaments se trouvent en Inde.

● Financement de la lutte antipaludique

Les fonds qui sont affectés à la lutte antipaludique provenant de sources de financement internationales ont régulièrement augmenté entre 2004 et 2009, mais ils ont stagné en 2010 avec un montant de 1,8 milliard US\$ et restent sensiblement inférieurs aux ressources nécessaires pour atteindre les cibles fixées au niveau mondial, ressources que l'on évalue à plus de 6 milliards US\$ pour l'année 2010.

10. On estime que les fonds internationaux affectés à la lutte antipaludique sont passés de 200 millions US\$ en 2004 à 1,5 milliard US\$ en 2009. Il apparaît que les montants dépensés par les pouvoirs publics nationaux au titre de la lutte contre le paludisme ont augmenté dans toutes les Régions de l'OMS entre 2004 et 2009 ; il semble donc que la forte augmentation des fonds alloués par des donateurs n'ait pas eu pour effet de réduire globalement le financement par des fonds nationaux, encore que les pays qui avaient réduit leurs dépenses aient reçu davantage de fonds extérieurs que ceux qui avaient consacré davantage de fonds d'origine nationale à la lutte antipaludique.
11. Entre 2000 et 2008, sur les 106 pays ou territoires d'endémie palustre, 77 ont reçu une aide extérieure au titre de la lutte contre le paludisme. C'est dans les pays dont la population exposée au risque était la plus faible que l'on a encore observé les dépenses par habitant les plus élevées. On constate que le financement extérieur est axé sur les activités programmatiques, notamment la fourniture de MII et d'antipaludéens, ainsi que sur les PID. Les fonds alloués par les pouvoirs publics sont consacrés pour une plus grande part aux ressources humaines, mais des montants importants sont tout de même affectés aux antipaludéens et aux pulvérisations intradomiciliaires.
12. On observe que les pays qui se trouvent en phase de pré-élimination ou d'élimination dépensent davantage par personne exposée au risque que ceux qui sont en phase de lutte. L'accroissement des dépenses s'explique en partie par l'augmentation du financement extérieur, mais dans les pays qui sont en phase de pré-élimination ou d'élimination, le montant des fonds alloués par les pouvoirs publics dépasse celui du financement extérieur.

● Progrès dans la prévention du paludisme

La couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide s'accroît rapidement dans certains pays d'Afrique et 42 % des ménages en étaient propriétaires au milieu de l'année 2010.

13. Entre 2008 et 2010, c'est-à-dire en moins de 3 ans, 254 millions de MII ont été fournis au total à l'Afrique subsaharienne, une quantité suffisante pour protéger 66 % des 765 millions d'habitants exposés au risque. Il est prévu d'en fournir 35 millions de plus avant la fin de 2010, ce qui permettra d'étendre la protection à encore 10 % de cette population. Il faudra

néanmoins encore beaucoup d'efforts pour en doter tous les ménages qui en ont besoin et faire en sorte que tous ceux qui sont exposés au risque puissent dormir chaque nuit sous une moustiquaire imprégnée.

14. Selon une estimation par modélisation, 42 % des ménages africains étaient en possession d'au moins une MII et 35 % des enfants de moins de 5 ans dormaient en 2010 sous une moustiquaire imprégnée. On estime, selon ce modèle, que dans 19 pays d'Afrique, la proportion de ménages détenteurs de moustiquaires a atteint $\geq 50\%$ en 2010.
15. Les enquêtes effectuées auprès des ménages entre 2007 et 2009 révèlent que dans 11 pays (Ethiopie, Gabon, Guinée équatoriale, Mali, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie) la proportion des ménages possédant une MII avait atteint $\geq 50\%$. Dans ces pays, le pourcentage médian d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée était de 45 %. Les faibles taux d'utilisation relevés par certaines enquêtes s'expliquent principalement par le nombre insuffisant de moustiquaires pour protéger tous les membres du ménage; la proportion de moustiquaires disponibles effectivement utilisées est très élevée (80%).
16. C'est dans la tranche d'âge de 5 à 19 ans que la probabilité d'utiliser une MII est la plus faible comparativement aux groupes plus jeunes ou plus âgés. Chez les femmes, la probabilité de dormir sous une moustiquaire imprégnée est légèrement plus élevée (rapport femmes/hommes : 1,1); cela tient en partie au fait que les femmes enceintes ont plus de chances de dormir sous une MII que les autres femmes. Il n'y a aucune différence dans le taux d'utilisation entre les filles et les garçons de moins de 5 ans (rapport filles/garçons: 0,99).
17. Le nombre de personnes protégées par des PID a augmenté en Afrique subsaharienne, passant de 13 millions en 2005 à 75 millions en 2009, ce qui signifie qu'en 2009, 10 % de la population exposée au risque était protégée.
18. Dans les autres Régions de l'OMS, le nombre de MII livrées par les fabricants ou distribuées par les programmes nationaux de lutte antipaludique est plus faible qu'en Afrique (16,4 millions en 2009), mais il augmente à un rythme similaire. La mise en œuvre des PID se maintient d'une façon générale à son niveau historique avec 98 millions de personnes qui étaient protégées par cette mesure en 2009 (69 millions en Inde). A l'exception de l'Inde, le pourcentage de la population qui bénéficie de ce genre de protection tend à être plus faible que dans les pays d'Afrique où ces pulvérisations sont effectuées, peut-être en raison du caractère plus focal de la maladie en dehors de l'Afrique.
19. Les méthodes actuelles de lutte antivectorielle dépendent en très grande partie d'une seule classe d'insecticides, les pyréthrinoides, qui sont les composés les plus couramment utilisés pour les PID et les seuls qui servent à imprégner les moustiquaires. En généralisant l'usage d'une seule et unique classe d'insecticides, on accroît le risque de voir apparaître, chez les moustiques vecteurs, une résistance qui pourrait devenir rapidement un problème majeur de santé publique,

notamment en Afrique, où la lutte antivectorielle au moyen d'insecticides est actuellement menée avec des niveaux de couverture sans précédent et où la charge de morbidité palustre est la plus élevée.

● Progrès dans la prévention du paludisme au cours de la grossesse

En ce qui concerne la couverture des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent (TPI) on est encore loin d'avoir atteint les cibles fixées, même si quelques pays ont accompli des progrès notables.

20. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose du traitement préventif intermittent allait de 2,4 % en Angola à 62 % en Zambie selon des enquêtes auprès des ménages effectuées dans 8 pays pour lesquels on possédait des données relatives à la période 2007–2009. La moyenne pondérée, qui correspond à une population de 270 millions de personnes, est restée faible, avec une valeur de 12 %, qui s'explique principalement par le faible taux de couverture enregistré au Nigéria.
21. Selon les données communiquées par les programmes nationaux de lutte antipaludique de 22 pays africains à forte charge de morbidité palustre, le pourcentage de femmes fréquentant les services de soins prénatals et ayant reçu la seconde dose du TPI était de 55 % (fourchette interquartile : 47%–61 %).

● Progrès dans le diagnostic et le traitement du paludisme

Le nombre de TDR et de CTA fournis est en augmentation et le pourcentage de cas suspects notifiés qui sont soumis à un examen parasitologique est passé de 67 % en 2005 dans l'ensemble du monde à 73 % en 2009. De nombreux cas sont encore traités sans diagnostic parasitologique préalable.

22. La proportion de cas suspects notifiés soumis à un examen parasitologique a augmenté entre 2005 et 2009, notamment dans la Région de l'Afrique (de 26 à 35 %), dans la Région de la Méditerranée orientale (de 47 à 68 %) et dans la Région de l'Asie du Sud-Est, Inde non comprise (de 58 à 95 %). Cette proportion reste faible dans la plupart des pays d'Afrique: dans 21 des 42 pays qui ont communiqué des informations sur cet examen, elle était inférieure à 20 %. D'après les données fournies par un nombre limité de pays, il semblerait que l'examen microscopique comme les TDR soient moins pratiqués dans le secteur privé que dans le secteur public.
23. Dans un petit nombre de pays, comme la République démocratique populaire lao et le Sénégal, on a montré qu'il était possible d'accroître rapidement la disponibilité des tests de diagnostic rapide à l'échelon national, en veillant à assurer

une préparation, une formation, un suivi, un encadrement et un contrôle de qualité adéquats.

24. Le nombre de cures de CTA fournies a beaucoup augmenté, passant de 11,2 millions en 2005 à 76 millions en 2006, pour culminer à 158 millions en 2009. Fin 2009, 11 pays africains fournissaient un nombre suffisant de ces cures pour traiter plus de 100 % des cas de paludisme vus dans le secteur public et 8 autres pays de cette région en ont délivré suffisamment pour traiter 50 à 100 % des cas. Ces chiffres traduisent une augmentation notable depuis 2005, où il n'y avait que 5 pays qui fournissaient suffisamment de cures de CTA pour traiter plus de 50 % des malades soignés dans le secteur public. Toujours est-il que le nombre de CTA distribuées en 2009 par les programmes nationaux de lutte antipaludique dans la Région de l'Afrique a représenté plus de cinq fois celui des TDR fournis et 2,4 fois le nombre total de tests effectués (examen microscopique plus TDR), ce qui indique que de nombreux malades ont été traités par des CTA sans diagnostic de confirmation.
25. En regroupant les données issues des enquêtes auprès des ménages et celles des établissements de soins on peut estimer, qu'en moyenne, 65 % des besoins thérapeutiques sont satisfaits chez les malades qui fréquentent les établissements de soins du secteur public. Les estimations sont plus difficiles à établir s'agissant des malades traités dans le secteur privé, mais les enquêtes auprès des ménages révèlent que pour les sujets fébriles soignés dans ce secteur, la probabilité d'être traité par un antipaludéen est de 25 % inférieure à celle qu'ont les malades du secteur public de recevoir un tel produit ; quant aux malades qui restent chez eux leur probabilité de recevoir un antipaludéen est de 60 % inférieure.
26. L'utilisation de monothérapies à base d'artémisinine compromet la durée de validité thérapeutique des CTA en facilitant la propagation de la résistance à ces composés. En novembre 2010, 25 pays autorisaient encore la commercialisation de ces monothérapies et 39 firmes pharmaceutiques les fabriquaient. La plupart des pays qui autorisent encore la commercialisation des monothérapies se trouvent dans la Région de l'Afrique et la majorité des fabricants, en Inde.
27. Dans la plupart des régions du monde, la résistance des plasmodies a rendu les anciens antipaludéens inefficaces, mettant en péril la lutte antipaludique. Le même genre de risque menace les antipaludéens extrêmement efficaces que sont les dérivés de l'artémisinine et les médicaments qui leur sont associés. La résistance de *P. falciparum* aux artémisinines a été confirmée en 2009 à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, mais malgré l'évolution de la sensibilité des plasmodies à ces produits, l'efficacité clinique et parasitologique des CTA n'est pas encore compromise. Depuis 2008, on s'active à contenir la propagation des plasmodies résistantes aux artémisinines.

● Impact de la lutte antipaludique

Depuis 2000, les pays sont de plus en plus nombreux à enregistrer une diminution du nombre de cas confirmés de paludisme ou du nombre d'hospitalisations et de décès notifiés. Les efforts de lutte déployés au niveau mondial ont entraîné une diminution du nombre estimatif de décès, le chiffre passant de près de 1 million en 2000, à 781 000 en 2009.

28. Dans 11 pays et 1 territoire de la Région africaine, on a enregistré ces dernières années un recul de plus de 50 % des cas confirmés ou des hospitalisations et des décès imputables au paludisme (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap Vert, Érythrée, Madagascar, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Zambie et Zanzibar en République Unie de Tanzanie). Dans tous ces pays, ce recul est lié à d'énergiques interventions de lutte antipaludique.
29. En 2009, on a constaté une augmentation du nombre de cas de paludisme dans 3 pays qui avaient auparavant fait état d'un recul de ces cas (Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Zambie). Les raisons de cette résurgence ne sont pas connues avec certitude, mais elle souligne la fragilité des progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme et la nécessité de maintenir fermement les programmes de lutte antipaludique, même lorsque le nombre de cas a sensiblement diminué.
30. Dans les autres Régions OMS, le nombre notifié de cas confirmés a reculé de plus de 50 % entre 2000 et 2009 dans 32 des 56 pays d'endémie palustre, et une tendance descendante de l'ordre de 25 à 50 % a été observée dans 8 autres pays. En 2009 et pour la première fois, aucun cas de paludisme à falciparum n'a été signalé dans la Région de l'Europe. Le recul du nombre de cas a été le moins marqué dans les pays où les taux d'incidence étaient les plus élevés, ce qui montre qu'il faut être plus attentif aux pays qui recèlent la majeure partie de la charge de morbidité en dehors de l'Afrique.
31. En 2009, 8 pays se trouvaient en phase de pré-élimination et 10 mettaient en œuvre des programmes d'élimination à l'échelon national (8 étant entrés en phase d'élimination en 2008). Neuf autres pays (Arménie, Bahamas, Égypte, Fédération de Russie, Jamaïque, Maroc, Oman, République arabe syrienne et Turkménistan) ont interrompu la transmission et s'emploient à empêcher la réintroduction du paludisme. En 2010, le Directeur général de l'OMS a certifié que le Maroc et le Turkménistan étaient exempts de paludisme.
32. On estime que le nombre de cas de paludisme est passé de 233 millions en 2000 à 244 millions en 2005, mais qu'il est retombé à 225 millions en 2009. Selon les estimations, le nombre de décès des suites du paludisme est tombé de 985 000 en 2000 à 781 000 en 2009. Une diminution de la charge de morbidité a été observée dans toutes les Régions OMS, la baisse étant proportionnellement la plus marquée dans la Région de l'Europe, suivie par la Région des Amériques. En valeur absolue, c'est en Afrique que le recul le plus important du nombre de décès a été observé.