

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ  
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC58/INF.DOC.4  
Juin 2011

**Cinquante-huitième session**

Original : arabe

**Point 2 e) de l'ordre du jour**

## **Rapport de situation**

### **Lutte contre le paludisme et élimination de la maladie**

## Sommaire

1.	Introduction .....	1
2.	Progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme et l'élimination de la maladie dans la Région .....	1
2.1	Situation épidémiologique de la Région .....	1
2.2	Couverture par les principales interventions de lutte contre le paludisme .....	2
2.3	Diminution de la charge palustre .....	4
2.4	Élimination du paludisme .....	5
3.	Difficultés .....	8
4.	Prochaines étapes .....	10

## 1. Introduction

D'après les cibles associées à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement intitulé « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies », tous les pays du monde devront, d'ici à 2015, avoir maîtrisé l'incidence du paludisme et d'autres maladies graves, et commencé à inverser la tendance actuelle. Il sera également nécessaire d'accomplir des progrès dans la lutte contre le paludisme pour réaliser l'objectif 1 (Réduire l'extrême-pauvreté et la faim), l'objectif 4 (Réduire la mortalité infantile) et l'objectif 5 (Améliorer la santé maternelle). En 2005, dans la résolution WHA58.2 sur la lutte antipaludique, l'Assemblée mondiale de la Santé invitait instamment les États Membres à assurer l'accès d'au moins 80 % des personnes à risque à des interventions préventives ou curatives d'ici à 2010. En 2008, lors de la première célébration de la Journée mondiale du paludisme, le Secrétaire général des Nations Unies s'est prononcé en faveur d'une couverture universelle par des interventions de lutte contre le paludisme.

La même année, au cours de sa cinquante-cinquième session, le Comité régional de la Méditerranée orientale adoptait la résolution EM/RC55/R.9 intitulée « L'élimination du paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale : vision, besoins et grandes lignes stratégiques ». Dans ce document, le Comité invitait instamment les États Membres où le paludisme est endémique à élaborer un plan stratégique pluriannuel pour éliminer cette maladie dans les zones où c'est possible, et à accroître les efforts pour intensifier la lutte dans les zones de transmission forte et stable. Par ailleurs, il invitait instamment les États Membres ayant obtenu l'élimination du paludisme ou sont proches de cet objectif à maintenir des systèmes de vigilance et de surveillance étroite pour prévenir toute réintroduction de la maladie, et à établir des mécanismes de collaboration fonctionnels pour soutenir les efforts d'élimination du paludisme dans les pays où la charge reste élevée, y compris la fourniture des ressources financières et humaines. Enfin, le Comité priait le Directeur régional de faire rapport régulièrement au Comité régional sur les progrès réalisés en matière de lutte contre le paludisme et d'élimination de la maladie.

## 2. Progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme et l'élimination de la maladie dans la Région

### 2.1 Situation épidémiologique de la Région

En 2009, dans la Région de la Méditerranée orientale, 340 millions de personnes (soit 53 % de la population) vivaient dans des zones à risque de paludisme, selon les estimations. Parmi elles, 132 millions de personnes (soit 21 % de la population) habitaient dans des lieux où l'incidence de la maladie était supérieure à 1 cas pour 1000 individus. Le paludisme est endémique dans neuf pays de la Région (cf. figure 1). Dans six d'entre eux (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie,

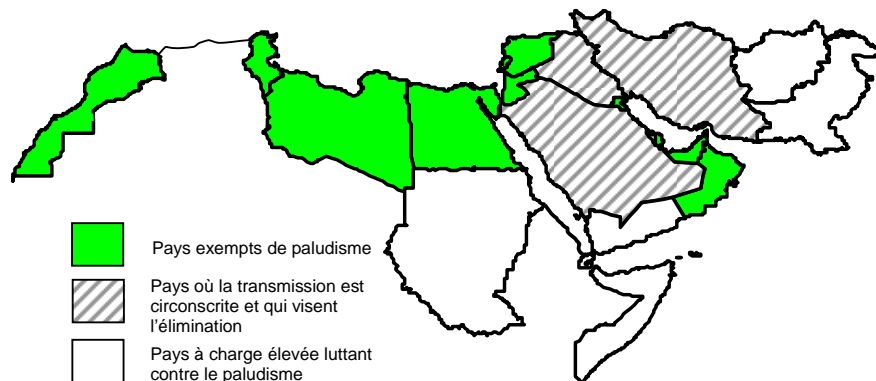


Figure 1. Situation épidémiologique du paludisme dans la Région en 2011

Soudan et Yémen), la charge de la maladie est élevée, et la lutte contre le paludisme est au cœur des préoccupations. Dans les trois autres pays (Arabie saoudite, République islamique d'Iran et Iraq), la transmission est circonscrite à des foyers précis, et l'élimination de la maladie est devenue une cible. Quant aux autres pays de la Région, ils ont éliminé le paludisme.

## 2.2 Couverture par les principales interventions de lutte contre le paludisme

Dans les six pays à forte charge de morbidité, la population couverte par des interventions de lutte contre le paludisme a augmenté grâce à une hausse de l'investissement dans ces actions. Des enquêtes effectuées en 2009 sur le paludisme dans l'ensemble du Soudan ont montré que 40,3 % de la population possédait des moustiquaires à imprégnation durable dans les États du nord du pays, et 50,6 % dans ceux du sud. En Afghanistan, à Djibouti, au Pakistan et au Yémen, le pourcentage de ménages équipés d'au moins une moustiquaire de ce type était respectivement de 10 %, 30 %, 15 % et 4,3 %. Globalement, la possession de ces moustiquaires est encore loin de la cible de 80 %. L'utilisation de cet équipement pour protéger les enfants de moins de cinq ans est légèrement plus élevé, mais demeure faible (cf. tableau 1).

La distribution dans la Région de moustiquaires à imprégnation durable a augmenté au cours des dernières années. En 2009, le nombre de moustiquaires distribuées a atteint 8,8 millions, ce qui représente une hausse importante par rapport à 2007, où ce nombre s'élevait à 2,7 millions (cf. tableau 2). Il devrait continuer à croître au cours des prochaines années, grâce à l'augmentation des ressources disponibles pour la lutte contre le paludisme. Tenant compte du fait qu'une moustiquaire peut être utilisée pendant trois ans par deux personnes, environ 33 millions d'individus étaient protégés en 2009, ce qui représente une hausse par rapport aux années précédentes (cf. figure 2). Mais la protection par ces moustiquaires ne cible pas toutes les populations à risque. Certaines zones bénéficient plutôt de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, totale ou concentrée sur certains foyers.

**Tableau 1. Couverture des ménages et utilisation des moustiquaires à imprégnation durable dans les pays à forte charge de morbidité (groupe des pays luttant contre le paludisme)**

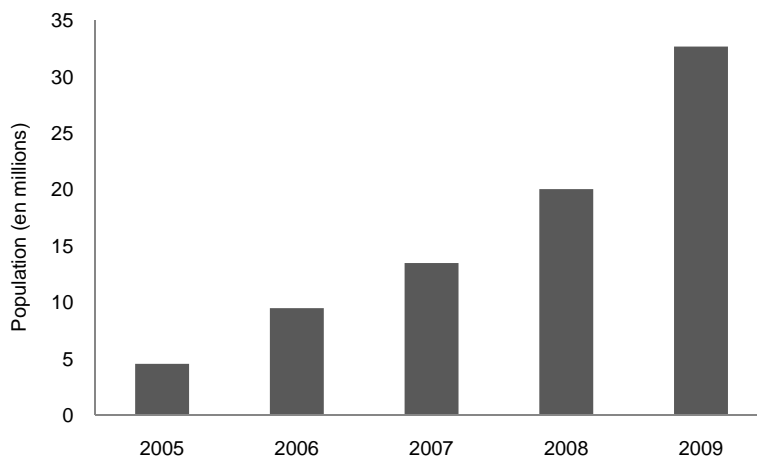
Pays	% de ménages possédant au moins une moustiquaire à imprégnation durable	% de personnes dormant sous une moustiquaire à imprégnation durable	% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire à imprégnation durable	Source
Afghanistan	9,9	1,9	2,0	Enquête sur les indicateurs du paludisme (2009)
Djibouti	30,2	13	19,9	Enquête sur les indicateurs du paludisme (2009)
Pakistan	4,3			Malariometric survey 2009 [Enquête paludométrique 2009, 19 districts]
Soudan (nord)	40,3	10,8	15,5	Enquête sur les indicateurs du paludisme (2009)
Soudan (sud)	50,6	24,4	25	Enquête sur les indicateurs du paludisme (2009)
Somalie		15,3		Enquête de la <i>Food Security and Nutrition Analysis Unit</i> (2009)
Yémen	15,0	4,2	7,8	Enquête sur les indicateurs du paludisme (2008–2009)

**Tableau 2. Nombre de moustiquaires à imprégnation durable ayant été distribuées dans les pays d'endémie palustre de la Région**

Pays	2005	2007	2009
Afghanistan	201 306	345 245	317 631
Djibouti	4 400	1 200	53 000
Iran (République islamique d')	20 000	40 000	80 000
Iraq			200 000
Pakistan	130 000	90 000	396 341
Arabie saoudite			250 000
Somalie	104 300	456 000	473 081
Soudan (nord)	712 600	830 000	3 470 931
Soudan (sud)	253 000	704 000	3 479 013
Yémen	150 000	244 560	66 545
Total	1 575 606	2 711 005	8 786 542

La qualité des données transmises par les pays au sujet de ces opérations de pulvérisation est toutefois médiocre, et dans de nombreux pays, les données sont incomplètes. Au Yémen, les statistiques montrent que la population protégée par ces opérations a beaucoup augmenté, passant de moins de 120 000 à plus de 1,4 million de personnes. Au Soudan, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent est principalement utilisée dans les systèmes agricoles de l'État d'Al Jazirah. Les données révèlent qu'en 2008-2009, le nombre de personnes protégées a baissé, ce qui proviendrait d'un passage à une catégorie d'insecticides plus onéreux, en raison de la résistance aux produits utilisés jusqu'alors.

L'accès à des services de diagnostic du paludisme est encore insuffisant. En 2009, une enquête sur les établissements de santé au Soudan a révélé que 43 % d'entre eux possédaient un appareillage de microscopie fonctionnel et que seuls 15,8 % d'entre eux pouvaient effectuer des tests diagnostiques rapides. La même année, une étude réalisée au Pakistan montrait que 34 % des établissements de santé offraient des services de diagnostic du paludisme, par microscopie ou au moyen de tests diagnostiques rapides.

**Figure 2. Population couverte par les moustiquaires à imprégnation durable (deux personnes par moustiquaire)**

Les pays de la Région ont indiqué avoir utilisé plus de 3,2 millions de tests diagnostiques rapides en 2009, contre un peu plus de 210 000 en 2007, ce qui traduit une hausse considérable. Dans les rapports de surveillance établis en 2009 par les pays à forte charge de morbidité, la plupart des cas ont reçu un traitement clinique. La proportion des cas de paludisme ayant été confirmés sur le plan parasitologique est comprise entre 4 % au Pakistan et 40 % au Yémen.

L'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine, recommandée pour soigner le paludisme à *falciparum*, a été adoptée comme traitement de première intention dans tous les pays où ce type de paludisme est endémique. D'après des études effectuées en 2009 au Soudan, 53 % des cas de fièvre traités par antipaludiques chez les moins de cinq ans dans les États du nord se sont vus administrer cette association médicamenteuse. Dans les États du sud, cette proportion s'établissait à 18,1 %.

L'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine demeure peu accessible dans les pays d'endémie, où de nombreux patients sont encore traités au moyen de la chloroquine ou de l'artémisinine en monothérapie, en particulier dans le secteur privé. La situation est aggravée par la médiocrité de l'accès aux tests diagnostiques ; en effet, des patients ne présentant pas de paludisme reçoivent inutilement un traitement fondé sur cette association médicamenteuse.

L'accès au diagnostic du paludisme et à l'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine au niveau communautaire est capital, notamment dans les zones rurales isolées. S'appuyant sur un projet pilote dans le sud du Kordofan, le Soudan a élaboré une stratégie nationale de prise en charge communautaire du paludisme et d'autres fièvres, qui fait appel à des volontaires ayant reçu une formation. Fin 2010, l'Afghanistan a mis au point une stratégie nationale de lutte communautaire contre le paludisme. En Somalie et au Yémen, dans des zones mettant en œuvre des initiatives communautaires, des projets pilotes ont reçu un soutien en collaboration avec le *Kuwait Patients Helping Fund Society* [Société koweïtienne du Fonds d'aide aux patients] ; les résultats sont encourageants. Mais la mise en œuvre de la stratégie pour la prise en charge communautaire du paludisme est encore très limitée dans de nombreuses régions ayant pourtant besoin de ces services.

### 2.3 Diminution de la charge palustre

En 2009, la charge palustre avait baissé de 44 % par rapport à 2000, d'après des données estimées à l'aide des systèmes d'information sanitaire courants. Selon les estimations contenues dans le Rapport 2009 sur le paludisme dans le monde, deux pays supportent la majorité de la charge de morbidité due à cette maladie : il s'agit du Soudan (62 %) et du Pakistan (18 %) ; ils sont suivis par la Somalie (9 %), l'Afghanistan (8 %) et le Yémen (3 %).

Le tableau 3 présente l'incidence des cas signalés de paludisme (qu'ils soient cliniques ou confirmés) en 2005, 2007 et 2009. En 2009, environ 7,5 millions de cas ont été notifiés dans la Région, mais seuls 1,03 million (soit 13,5 % d'entre eux) se sont révélés être des cas confirmés de paludisme. Dans les pays à forte charge de morbidité, les principales difficultés proviennent du fait que la diffusion des informations est incomplète et que des cas de fièvre sont déclarés comme des cas de paludisme. Elles sont dues à la faiblesse des systèmes de surveillance et de diagnostic.

D'après les données provenant des pays luttant contre le paludisme, la prévalence de cette maladie diminue progressivement. Une étude récente sur la prévalence de la maladie réalisée dans quinze États du nord du Soudan effectuant des tests diagnostiques rapides a montré une faible prévalence de la parasitémie (1,8 %), tous âges confondus. Dans tous les États, sauf deux, la prévalence était inférieure à 3 %. Chez les personnes fébriles, la prévalence du paludisme s'élevait à 4 %. Les États du Nil bleu et du Darfour occidental ont signalé des taux relativement hauts (12,5 % et 7,1 % respectivement) quel que soit l'âge ; parmi les malades fébriles, les taux

s'établissaient à 20,3 % et 9,2 % respectivement. Dans les huit États du nord, les enquêtes effectuées en 2005 et 2009 ont révélé une baisse de 38 % de la prévalence du parasite entre 2005 et 2009 : celle-ci est passée de 3,7 % à 2,3 %.

En 2009, une étude sur les indicateurs du paludisme réalisée dans les États du Sud-Soudan a indiqué que la prévalence de la maladie atteignait 14,2 % chez les enfants de moins de cinq ans testés par des examens microscopiques ; la région de l'Equatoria présentait le taux le plus élevé (29,3 %), et celle du Nil supérieur, le taux le plus faible (2,9 %). Mais en utilisant des tests diagnostiques rapides, la même étude concluait à une prévalence du parasite plus élevée : 24,5 % chez les enfants de moins de cinq ans, avec un taux maximum de 47,7 % et un taux minimum de 7,8 %.

D'après les résultats d'une étude sur le paludisme effectuée en 2009 dans les 18 districts pakistanais de forte endémie, l'indice plasmodique moyen s'élevait à 5,5 %. Ce dernier variait cependant considérablement d'une province à une autre. Les indices les plus élevés ont été décelés dans les zones tribales sous administration fédérale, au Balouchistan, au Khyber Pakhtunkhwa et dans le Sindh. Ces chiffres doivent toutefois être maniés avec précaution, car l'étude n'était pas représentative au plan national et a été réalisée dans les districts présentant la charge palustre la plus forte.

L'étude sur les indicateurs du paludisme menée en 2008-2009 à Djibouti, qui était représentative au plan national pour la première fois, avait pour objectif de mesurer la couverture en interventions contre le paludisme et la prévalence de la parasitémie. Sur 6707 personnes ayant subi un test diagnostique rapide pour dépister une infection par le parasite du paludisme, seules 42 d'entre elles se sont avérées positives au parasite *falciparum*.

Au Yémen, la prévalence du paludisme était évaluée à 1,5 %, d'après une enquête nationale auprès des ménages effectuée en 2009. La région de la Tihama, qui supporte environ 60 % de la charge palustre, présente également la plus forte prévalence du paludisme (4,5 %). Ces données indiquent pourtant une réduction marquée si on les compare à celles provenant des enquêtes en milieu scolaire réalisées en 2001 et 2008 dans cette même région (21,9 % et 7,6 % respectivement).

**Tableau 3. Nombre total de cas notifiés et nombre de cas notifiés et confirmés de paludisme dans les pays à forte charge de morbidité (groupe des pays luttant contre le paludisme)**

Pays	2005		2007		2009	
	Cas totaux	Cas confirmés	Cas totaux	Cas confirmés	Cas totaux	Cas confirmés
Afghanistan	326 694	116 444	456 490	92 202	386 929	64 880
Djibouti	2 469	413	4 694	210	7 120	2 686
Pakistan	4 022 823	127 825	4 553 732	128 570	4 242 032	167 579
Somalie	28 404	12 516	50 444	16 675	56 153	10 002
Soudan (nord)	2 515 693	628 417	3 040 181	686 908	2 361 188	711 462
Soudan (sud)	337 582	ND	101 008	ND	325 634	ND
Yémen	200 560	44 150	223 299	67 607	138 579	55 446
Total	7 434 225	929 765	8 429 848	992 172	7 517 635	1 012 055

ND : données non disponibles

## 2.4 Élimination du paludisme

### 2.3.1 Groupe des pays exempts de paludisme

L'initiative visant l'élimination du paludisme dans les pays de la Région fait la preuve d'une réussite réelle et constante. Deux pays ont en effet obtenu la certification attestant que cette maladie a été éliminée : les Émirats arabes unis en 2007 et le Maroc en 2010. L'examen du programme de lutte contre le paludisme en République arabe syrienne, où le dernier cas remonte à 2004, n'a mis en évidence aucune trace de transmission locale ; pourtant, une action plus énergique est encore nécessaire pour renforcer la surveillance de la maladie et obtenir la certification de son élimination. En collaboration avec l'Unité 3 de recherche médicale de la marine des États-Unis (NAMRU-3), la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* [École d'hygiène et de médecine tropicales de Londres] et le ministère de la Santé, une enquête de séroprévalence par ELISA a été effectuée en 2009 dans les derniers foyers d'endémie palustre dans le gouvernorat du Fayoum (Égypte), auprès des enfants nés après 2005 dans les villages à haut risque. Aucun anticorps antipaludique n'a été détecté, ce qui montre que ces villages ne sont pas exposés au paludisme. Néanmoins, il ne s'agit que d'un outil indicatif qui ne fournit pas d'information concluante et ne permet pas de confirmer que la transmission de la maladie est interrompue.

Les autres pays ayant éliminé le paludisme sont toujours exempts de la maladie, mais le risque d'importation de l'infection ne peut être exclu. Outre les cas importés, la Jordanie a signalé deux cas introduits en 2010. Oman a notifié une flambée locale de plusieurs cas en 2007, dans la région de Dakhliya, et environ vingt cas locaux en 2010 dans plusieurs zones au nord de la région de Sharqiya. Ces événements soulignent l'urgente nécessité de renforcer le programme, en accordant davantage d'attention au suivi des mouvements de populations, au dépistage précoce de cas importés et à la surveillance entomologique et épidémiologique.

### 2.3.2 Groupe des pays visant l'élimination du paludisme

Des progrès significatifs sont constatés dans les trois pays mettant actuellement en œuvre des programmes d'élimination du paludisme ; il s'agit de l'Arabie saoudite, la République islamique d'Iran et l'Iraq (cf. tableau 4).

En Arabie saoudite, le nombre de cas transmis localement a diminué de 87 % par rapport à 2007 et s'élevait à 58 en 2009. Une nouvelle baisse a été signalée en 2010, portant le nombre de cas à seulement 29. L'Arabie saoudite est donc très proche de l'élimination. Surmonter les dernières difficultés entravant l'élimination de la maladie nécessitera un système de surveillance très robuste et une coordination frontalière avec le Yémen.

**Tableau 4. Nombre de cas signalés dans les pays où la transmission est limitée à certains foyers (groupe visant l'élimination du paludisme)**

Pays	Nb de cas de paludisme	2000	2005	2007	2009
Iran (République islamique d')	Nombre total	19 716	18 966	15 712	6 122
	Cas locaux	12 294	12 792	13 278	4 609
	Total falciparum+divers	2 546	2 219	1 390	637
	Total vivax	ND	16 747	14 322	5 485
Iraq	Nombre total	1 860	47	3	1
	Cas locaux	Gén. ND	44	2	0
Arabie saoudite	Nombre total	6 608	1 059	2 864	2 333
	Cas locaux	4 736	204	467	58

ND : données non disponibles



La République islamique d'Iran a notifié 4609 cas locaux de paludisme en 2009, soit une baisse de 65 % par rapport à 2007. Seuls 347 cas locaux à *Plasmodium falciparum* ont été signalés la même année, ce qui représente une baisse importante. Si les activités d'élimination sont intensifiées, le paludisme à *falciparum* devrait être éliminé dans un avenir très proche.

L'Iraq a adopté en 2005 l'objectif d'élimination du paludisme. Le nombre de cas est ensuite passé de 47 cas locaux en 2005 à zéro en 2009 et 2010. Dans le cadre de l'examen du programme d'élimination de la maladie, le Bureau régional a formé une équipe de douze employés nationaux du programme et des universités en juin 2010, au moyen de directives standard élaborées pour évaluer ce type de programme. Les données ont été recueillies et leur analyse est en cours. Les résultats seront utilisés pour actualiser la stratégie d'élimination du paludisme et de prévention de sa réintroduction ; elle devrait être achevée et officialisée pendant la Journée mondiale du paludisme 2011. L'expérience iraquienne fournit un exemple d'élimination réussie du paludisme à *P. vivax* dans une situation d'urgence complexe.

### 2.3.3 Groupe des pays luttant contre le paludisme

En 2009, le Yémen a élaboré une stratégie visant l'élimination du paludisme à Socotra. Depuis 2006, aucun cas n'a été notifié par le secteur public. L'OMS a mis au point une proposition intitulée Hadramout sans paludisme 2010-2015, qui concerne les gouvernorats d'Hadramout, de Shabwah et d'Al-Muhrah. À cet effet, une somme de 3,5 millions de dollars US a été sollicitée auprès d'*Al Awn Foundation* [Fondation Al Awn]. Une évaluation de la faisabilité et de la planification initiales devrait être réalisée dans un futur proche. La mise en œuvre de l'initiative Pour une péninsule arabique libérée du paludisme a commencé en 2010. Les pays du Conseil de coopération du Golfe ont accordé un total de 47,2 millions de dollars US pour cette initiative, sur une période de dix ans. Le Conseil a d'ailleurs créé un Fonds pour le paludisme, spécifique à ce projet. Les ressources approuvées pour le plan d'action 2010-2011 s'élèvent à 16,8 millions de dollars US au total.

L'OMS et ses partenaires collaborent afin de soutenir les pays d'endémie dans la mise en route de projets de préélimination ou d'élimination du paludisme au niveau infranational, lorsque c'est possible. En collaboration avec la *United States Agency for International Development* (USAID), l'OMS a fourni un appui à un projet d'élimination du paludisme à *falciparum* dans trois provinces afghanes frontalières du Tadjikistan ; l'objectif de ce projet était de renforcer la confirmation des cas de paludisme.

Le plan stratégique 2011-2015 de la Somalie comprend un projet pilote visant un niveau de transmission du paludisme proche de zéro dans les zones du nord-est et du nord-ouest du pays. Dans le cadre du financement des propositions de la série 10, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a attribué des ressources pour sa mise en œuvre. Lors de la série 9, Djibouti a également reçu un soutien à la préélimination du paludisme. Le programme connaîtra un examen approfondi en 2011, dans le but d'élaborer un plan stratégique à l'horizon 2015. Enfin, le soutien financier du Fonds mondial (série 10) a permis d'inclure dans le plan 2011-2015 du Soudan une zone exempte de paludisme plus vaste, comprenant davantage d'États près de Khartoum.

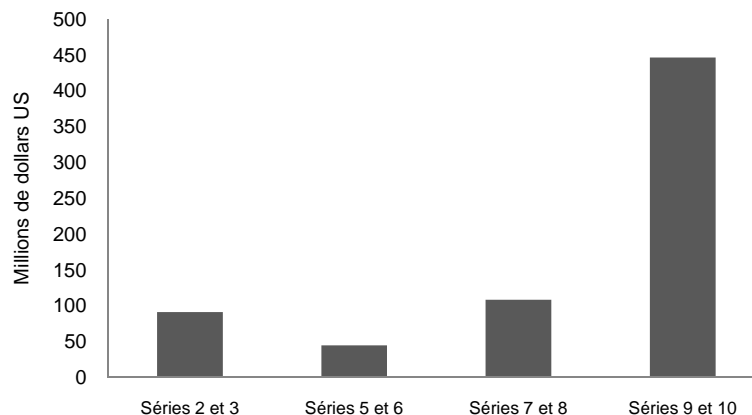
En 2009-2010, un certain nombre d'activités et d'initiatives ont reçu un soutien au titre de la coordination de l'action transfrontalière concernant le paludisme ; les réunions qui suivent étaient particulièrement concernées : pays du Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique ; réseau PIAMnet de lutte contre le paludisme regroupant l'Afghanistan, la République islamique d'Iran et le Pakistan ; initiative G5 (Groupe des Cinq), qui comprend l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, l'Iraq, le Pakistan et l'OMS ; pays du Conseil de coopération du Golfe dans le cadre de l'initiative Pour une péninsule arabique libérée du

paludisme ; et réunion sur la lutte contre le paludisme regroupant l’Afghanistan, le Tadjikistan et le Turkménistan. Entamée en 2004, la collaboration transfrontalière étroite entre l’Arabie saoudite et le Yémen a connu des perturbations en 2010 en raison du conflit des deux côtés de la frontière et des déplacements consécutifs de populations, qui ont laissé de vastes zones sans surveillance.

Le montant des ressources provenant du Fonds mondial, et approuvées en vue de la lutte contre le paludisme et de l’élimination de cette maladie dans les pays excédait 689 millions de dollars US en 2009-2010. Les subventions sont passées de 90 millions de dollars US lors des séries 2 et 3 à plus de 446 millions de dollars US lors des séries 9 et 10 en 2009-2010 (cf. figure 3).

### 3. Difficultés

- Un soutien substantiel demeure nécessaire pour étendre les principales interventions de lutte contre le paludisme. De récentes enquêtes sur les indicateurs de cette maladie ont certes montré une hausse de la couverture par l’association médicamenteuse comportant de l’artémisinine et les moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action. Mais un immense écart subsiste encore entre le niveau actuel et la cible de 80 %. Il est dû à l’insuffisance des ressources accordées par les bailleurs de fonds, au financement inapproprié provenant du budget national (qui ne prévoit que de maigres allocations au secteur de la santé dans son ensemble) et à la faiblesse des capacités de planification et de mise en œuvre au niveau national.
- La couverture par le diagnostic fondé sur le parasite, qui est essentiel pour distinguer le paludisme des autres causes de fièvre, est très faible. Pour atteindre l’objectif d’accès universel à ce type de diagnostic, une extension très large des examens microscopiques et des tests diagnostiques rapides est nécessaire, de même que de robustes systèmes d’assurance de la qualité. L’utilisation des tests diagnostiques rapides peut à présent être entreprise au niveau communautaire. La prestation de services de diagnostic et de traitement de qualité doit être amplifiée dans le secteur privé, sous étroite supervision.



**Figure 3. Subventions du Fonds mondial approuvées en vue de la lutte contre le paludisme dans les pays de la Région**

- La pénurie de personnel qualifié en lutte antivectorielle, notamment les entomologistes, limite l'extension et la pérennité des actions de prévention du paludisme. Des pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent doivent être réalisées en temps opportun, et en privilégiant leur qualité. Une résistance aux pyréthrinoides a été signalée dans certaines zones, principalement dans l'État de Gezira au Soudan, ce qui fait obstacle à son utilisation dans le cadre des pulvérisations et impose l'introduction du bendiocarbe, plus onéreux. Il est donc nécessaire d'élaborer un vaste plan de suivi, de prévention et de gestion de la résistance aux insecticides.
- La surveillance du paludisme est faible dans le groupe des pays qui luttent contre le paludisme. Elle ne pourra être améliorée sans investissement majeur à tous les niveaux, en particulier pour augmenter l'accès aux tests diagnostiques. Avec la baisse de la transmission de la maladie dans la plupart des zones des pays d'endémie, la surveillance opportune des cas confirmés de paludisme devient cruciale pour orienter l'intensification des actions de lutte.
- Les vastes mouvements légaux et illégaux de population, qui sont en hausse, et les troubles politiques et sociaux dans certaines zones de la Région accroissent le risque de réintroduction du paludisme dans des pays qui l'avaient éliminé. Il faut consolider d'urgence les systèmes de surveillance dans les secteurs public et privé et mettre sur pied des systèmes de riposte rapide aux flambées et à la résurgence de la maladie.
- Le changement climatique et les catastrophes naturelles posent une difficulté supplémentaire dans la lutte contre le paludisme. La situation du paludisme au Pakistan s'est aggravée depuis les fortes inondations de 2010. L'expérience a démontré que les retards constatés dans la riposte à ce type de situations d'urgence, notamment dans l'achat des produits et équipements nécessaires comme les moustiquaires, les insecticides et les médicaments, sont surtout dues à la longueur des voies d'approvisionnement. Cette observation plaide pour l'établissement de plateformes régionales permettant l'acheminement rapide des stocks de fournitures et d'équipements nécessaires, afin de riposter à temps à l'émergence du paludisme.
- Il est indispensable de s'attaquer aux principaux problèmes rencontrés par les systèmes de santé si l'on veut réaliser la couverture universelle. Ce sont les suivants : insuffisantes capacités humaines aux niveaux des districts et du pays tout entier ; systèmes de laboratoires défectueux pour la confirmation du paludisme ; manque de systèmes de surveillance viables et fonctionnant dans les délais ; inefficacité des systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement ; absence ou faiblesse des programmes communautaires et secteur privé non régulé.
- L'élimination du paludisme nécessitera une détermination politique plus forte et plus soutenue, ainsi qu'un soutien financier complet. Si l'on veut conserver les acquis et éviter les déconvenues, une action doit être menée pour empêcher une pénurie des ressources accordées par les bailleurs de fonds aux programmes de lutte contre le paludisme et d'élimination de la maladie au cours des dix prochaines années. La résurgence et la réintroduction du paludisme dans des populations non ou peu immunes peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la santé et le développement et entraver la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

#### **4. Prochaines étapes**

L'OMS continuera à soutenir les pays pour qu'ils réalisent une couverture universelle par des interventions efficaces et de qualité dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement du paludisme, incluant notamment le secteur privé et les populations. Les actions de renforcement des capacités seront poursuivies : elles concerneront la lutte contre le paludisme et l'élimination de cette maladie, notamment la planification et la gestion des programmes spécialisés dans ce domaine, la surveillance et l'évaluation de la maladie, ainsi que la confirmation des cas au moyen du diagnostic microscopique et des tests diagnostiques rapides. Les pays ciblés recevront un soutien pour effectuer un examen complet des résultats des programmes portant sur la lutte contre le paludisme et actualiser leurs stratégies nationales. Dans les pays à forte charge de morbidité, le Bureau régional continuera à évaluer la faisabilité de l'élimination du paludisme au niveau infranational, et fournira un appui à la mobilisation des ressources ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre de ces initiatives.