

Comprendre l'ensemble des déterminants de la transmission est essentiel pour préparer la réponse. L'article de Hanf et al en montre un exemple en présentant les travaux menés sur la relation entre l'oscillation australe El Niño et l'incidence du paludisme en Guyane.

La transmission dans une région comme la Guyane est très influencée par la situation épidémiologique des pays voisins et à ce titre, l'article de nos collègues brésiliens, Cenci et al, rapporte la situation dans les Etats brésiliens de l'Amapa et de l'Oyapock. Quant à la situation au Surinam, elle nous est présentée dans le premier article de Fischer et la politique de contrôle qui y est menée mérite d'être saluée.

Quelle est la situation aux Antilles françaises ? Les trois derniers articles (Bateau et al, Cassadou et al, Boutin-Albrand et al) nous présentent ce que l'on peut en connaître grâce à la surveillance tant épidémiologique qu'entomologique. Zones d'endémie palustre, il y a encore peu, le risque de résurgence n'y est pas nul car des cas sont régulièrement importés et le vecteur encore présent dans certaines zones. Des efforts sont donc aussi à déployer aux Antilles pour contenir le risque.

Lors du dernier Comité de Pilotage de la Veille Sanitaire des Antilles-Guyane, les représentants des trois Agences Régionales de

Santé et de l'Institut de Veille Sanitaire ont fait le constat que le paludisme était une préoccupation partagée aux Antilles et en Guyane et se sont donnés comme objectif commun des prochaines années d'élaborer pour chacun de leurs territoires un programme de surveillance, d'alerte et de gestion de l'endémie palustre (Psagen) qui réponde aux grandes orientations du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) du partenariat Roll Back Malaria (Faire reculer le Paludisme). Nous y reviendrons dans ces colonnes pour rapporter le résultat de ces travaux.

Enfin, la première annonce des troisièmes Journées Interrégionales de Veille Sanitaire figure en dernière page de ce numéro. Elles auront lieu en Guadeloupe, les 26 et 27 octobre 2012. Dès à présent, réservez ces dates dans votre agenda et pensez à répondre au prochain appel à contribution qui sera émis par le Comité Scientifique de ces Journées.\_\_\_\_

1. Organisation Mondiale de la Santé - Global Malaria Programme Rapport 2011 sur le paludisme dans le monde. Résumé et points essentiels. 2011. Disponible à : [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/fr/index.html](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/fr/index.html).

## | Paludisme : contrôle, élimination et éradication - Quelques repères historiques |

Jean-Marc Fischer  
Agence Régionale de la Santé de Guyane



Bien avant la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le problème du paludisme avait fait l'objet d'une attention croissante de la part de plusieurs organismes internationaux :

- Le Bureau sanitaire Pan américain (Pan American Sanitary Bureau PASB) fondé en 1902, recommanda aux gouvernements membres, lors de sa troisième Conférence sanitaire internationale de 1907, de diffuser largement des informations sur le paludisme, de distribuer gratuitement de la quinine aux pauvres, d'inclure le paludisme dans les notifications des autorités sanitaires des ports et d'exonérer de droits tous les produits utilisés pour la prévention. La dixième Conférence sanitaire panaméricaine créa en 1938 la **Commission panaméricaine du Paludisme**, chargée d'étudier l'épidémiologie de la maladie, sa chimiothérapie, la lutte antivectorielle, la législation et la terminologie spécifique se rapportant au paludisme [1].

- l'Organisation d'hygiène de la Société des nations créa en 1923 [1], la commission du paludisme qui s'assura la collaboration des plus éminents spécialistes de cette maladie. Une grande attention fut portée sur la place du contrôle du paludisme dans les programmes de santé ruraux et sur l'importance de ces derniers dans le développement des campagnes, comme le montre l'agenda de la conférence internationale sur l'hygiène rurale organisée par la Société des nations en 1937 [2].

L'idée que l'éradication du paludisme soit envisageable est apparue il y a maintenant près d'un siècle. Avant que d'en faire une très succincte histoire, il est bon de rappeler que les termes d'élimination et d'éradication ont des sens qui ne sont pas entièrement superposables en santé publique. L'élimination (du latin *eliminare* « mettre dehors, à la porte »), contient la notion de « limites » de l'intérieur desquelles ce qui doit être « éliminé » est expulsé et disparaît. L'éradication (du latin *eradicare*, « arracher les racines ») est plus « radical », il s'agit de la suppression des causes. En matière de paludisme, l'élimination appelle la précision d'une zone géographique et l'éradication ne peut se référer qu'à l'ensemble de la planète.

Après la deuxième guerre mondiale, l'efficacité remarquable de la chloroquine et du DDT<sup>1</sup>, le succès de quelques expériences d'élimination du paludisme dans des zones limitées, le tout associé à des arguments économiques et politiques [3], ont progressivement convaincu l'OMS que l'éradication du paludisme devenait possible. L'apparition, en 1951, des premiers signes de résistances au DDT fit naître la crainte que les beaux jours de cet insecticide étaient comptés et rendit plus urgente encore l'adoption de mesures rapides et radicales.

Pendant toutes ces années se dessinèrent deux grandes écoles : la première défendant l'idée que l'efficacité de la lutte contre le paludisme était étroitement liée au développement des campagnes et de ses infrastructures de santé ; la seconde plaidant pour un programme vertical, autonome et centré sur la lutte contre les anophèles [2]. Ce fut cette seconde manière de voir qui l'emporta, grâce entre autres, à ce personnage hors du commun que fut le médecin Frederick Lowe Soper et aux succès qu'il avait obtenus, en particulier au Brésil [4] et en Sardaigne [5].

En mai 1955, la Huitième Assemblée mondiale de la Santé, réunie à Mexico, a décidé de lancer une campagne d'éradication mondiale du paludisme. Celle-ci, commencée en 1956, a pris la forme d'une opération limitée dans le temps, strictement règlementée et centralisée, avec un financement insuffisant et des motivations politiques questionnables largement liées au contexte de la guerre froide [2, 6]. La plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Ethiopie, de l'Afrique du Sud et de la Rhodésie du Sud (Zimbabwe) était tenue à l'écart de cette entreprise internationale d'éradication du paludisme. L'apparition et le développement de résistances à la chloroquine et la diminution rapide de l'efficacité du DDT se sont ajoutés aux problèmes précédents. La prise de conscience de ces contraintes a conduit la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en 1969, à réexaminer la stratégie et à conclure que si l'éradication complète était le but ultime, elle n'était pas encore possible dans certaines régions où il fallait privilégier le contrôle de la maladie par les moyens disponibles. Cela a mis pratiquement fin au programme d'éradication mondiale [6]. Ceci dit, cette initiative apporta de nombreux bénéfices : le paludisme était éliminé, dès 1967, des zones d'endémie des pays développés, et le risque d'infection avait fortement diminué dans de larges zones subtropicales d'Asie et d'Amérique latine.

Les années 80 ont vu le retour à un optimisme prudent. Le développement des soins de santé primaires tels que définis à la Conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, laissait espérer, entre autres, la mise en place de l'infrastructure nécessaire à la lutte antipaludique. Cette espérance était en partie erronée et la situation du paludisme s'est détériorée au point qu'au début des années 90 on estimait que 300 à 500 millions de personnes présentaient chaque année les symptômes cliniques du paludisme et que la maladie tuait entre 1,5 et 2,7 millions de personnes, principalement en Afrique sub-saharienne, où l'on comptait 90% du nombre total des cas [6].

Pour affronter ce problème, une conférence mondiale sur le paludisme organisée aux Pays-Bas à la demande de l'OMS, s'est réunie en 1992. Cette conférence a adopté une Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique et une Stratégie mondiale de lutte antipaludique qui ont été confirmées par l'Assemblée mondiale de la Santé de 1993, puis par la quarante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies et la trente-troisième session ordinaire de l'Assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'Organisation de l'Unité africaine, respectivement en 1994 et en 1997 [6].

En décembre 1998, l'OMS organisa la première réunion pour établir un « partenariat global pour faire reculer le paludisme [7] », Roll Back Malaria (RBM). Ses participants étaient les représentants des gouvernements, des agences de l'ONU (UNICEF, PNUD), des banques de développement, des ONG et des représentants du secteur privé.

Le début de l'année 2000 a vu l'introduction universelle des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT), ce qui a commencé de transformer le traitement du paludisme dans le monde.

En avril de l'an 2000 se réunit à Abuja le sommet africain pour faire reculer le paludisme. Il en surgit un réel accord sur les synergies institutionnelles, les aspects techniques, politiques et financiers, nécessaires à une lutte efficace contre le paludisme. Cet accord se traduisit par une déclaration commune et l'adoption d'un plan d'action visant, entre autres, à la diminution de moitié de la mortalité due au paludisme à l'horizon 2010.

En septembre de l'an 2000, la 55<sup>ème</sup> session de l'assemblée générale de l'ONU adopta les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le sixième objectif « *Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies* » demande que d'ici à 2015, le paludisme soit maîtrisé et que la tendance actuelle soit inversée.

En 2001, l'assemblée générale de l'ONU adoptait sa déclaration 55/284 [8], qui proclamait que la période 2001-2010 serait la décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.

Souhaité par le sommet africain d'Abuja d'avril 2001, confirmé par la session spéciale sur le SIDA de l'Assemblée générale de l'ONU de juin de cette même année, appuyé par la réunion du G8 du mois suivant, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme commença ses premières opérations en janvier 2002.

En novembre 2005 à Yaoundé, lors du 5<sup>ème</sup> Forum mondial du Partenariat "Faire Reculer le Paludisme", est lancé le Plan stratégique mondial 2005-2015 [9]. Les objectifs fixés par ce plan à l'horizon 2015 sont les suivants :

- La **mortalité et la morbidité** dues au paludisme **doivent être réduites de 75%** par rapport à ce qu'elles étaient en 2005. Ce chiffre n'est pas seulement applicable à la population totale mais aussi aux groupes les plus pauvres de tous les pays touchés ;
- Les objectifs de développement du Millénaire relatifs au paludisme doivent être atteints, non seulement dans la population totale mais aussi parmi les groupes les plus pauvres de tous les pays touchés ;
- Une **couverture universelle et égalitaire** faite d'interventions efficaces visant à favoriser un accès universel au diagnostic, au traitement et à la prévention du paludisme, doit devenir la règle.

**Le plan d'action mondial contre le paludisme** [10], développé par RBM, présenté et soutenu par le sommet des Objectifs de développement du Millénaire de septembre 2008, est le premier document qui résume en un texte unique les différents aspects et stratégies du contrôle global du paludisme puis de son élimination. Il fut élaboré dans le cadre d'un processus consultatif intensif et rassemble les contributions de 30 pays et régions endémiques, 65 institutions internationales et 250 experts travaillant dans un large éventail de domaines.

Ses objectifs sont les suivants :

- **Atteindre la couverture universelle** à l'horizon 2010 pour l'ensemble des populations à risque, avec des interventions de prévention et de prise en charge des cas adaptées au contexte local et *maintenir* la couverture universelle jusqu'à ce que les recherches menées localement sur le terrain laissent suggérer qu'elle puisse être progressivement limitée aux zones et saisons à risque élevé, sans risque de réapparition généralisée ;

- **Réduire** le nombre de **cas** de paludisme à l'échelle mondiale de 75 % en 2015 par rapport à l'année 2000 ;
- **Réduire** le nombre de **décès** dus au paludisme à l'échelle mondiale de 50 % en 2010 par rapport à l'année 2000 et arriver à une mortalité proche de zéro pour les décès évitables en 2015 ;
- **Éliminer** le paludisme dans 8 à 10 pays d'ici 2015 puis dans l'ensemble des pays actuellement en phase de pré-élimination ; et
- À long terme, **éradiquer** le paludisme à l'échelle planétaire en réduisant l'incidence mondiale à zéro grâce à une élimination nationale progressive.

Les raisons d'être optimiste sont multiples. En effet, en 2011, parmi les 192 États membres de l'OMS, 89 pays ne sont pas touchés par le paludisme (30 d'entre eux ont été certifiés exempts au terme d'efforts intenses), et beaucoup ont déjà mis en œuvre des activités d'élimination (10 pays), de pré-élimination (9 pays) ou de prévention de la réintroduction (7 pays). Sur les 79 pays en phase de contrôle

de la maladie, nombreux sont ceux qui ont rapidement et considérablement réduit l'intensité de la transmission, de sorte que quelques-unes de leurs régions sont déjà exemptes de paludisme. Aujourd'hui, le nombre de pays concernés par cette situation augmente et les succès s'accumulent [11].

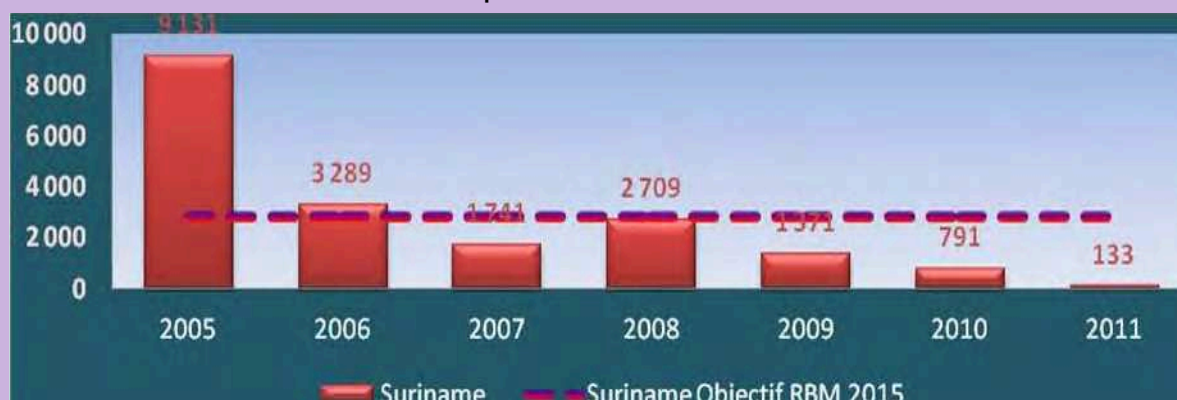
### Perspectives pour la Guyane

Lors de la réunion des pays du plateau des Guyanes sur le paludisme qui s'est tenue à Paramaribo (Suriname) du 21 au 23 février 2011 sous l'égide de l'OMS/OPS, la Guyane française s'est engagée à mettre en place une politique résolue de contrôle puis d'élimination de cette maladie.

### Cas particulier du Suriname

Depuis 2003, le Suriname a été dans le peloton de tête de la région pour sa politique de contrôle du paludisme. Il a réalisé les objectifs de Roll Back Malaria pour 2015 en 2007. Grâce, entre autres, à la généralisation des distributions gratuites de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action et à son plan spécial de couverture des sites illégaux d'orpaillage commencé le 1<sup>er</sup> avril 2008, ce pays a obtenu des résultats remarquables et l'OPS lui décerna le prix de « champion 2010 des Amériques pour sa lutte contre le paludisme » en novembre de cette année.

Suriname : Nombre de cas autochtones de paludisme



Sources : WHO World Malaria Report 2011, Ministère de la santé du Surinam (données 2011)

### Références

1. Najera J.A. Le paludisme et l'action de l'OMS Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 1989,67(3):229-243.
2. Socrates Litsios (1997): Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance, Medical Anthropology, 17:3, 255-278
3. Packard, Randall. "Malaria Dreams: Postwar Visions of Health and Development in the Third World," Medical Anthropology 17 (1997): 279-296.
4. Fred L. Soper and Bruce D. Wilson. *Anopheles Gambiae in Brazil, 1930-40*. New York: The Rockefeller Foundation, 1943
5. Eugenia Tognotti. Program to eradicate malaria in Sardinia, 1946-1950. Emerging Infectious Diseases, September 2009; Vol. 15, No. 9, 1460-1466
6. Trigg P.I., & A.V. Kondrachine A.V., Malaria control in the 1990s. Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76 (1): 11-16
7. A Global Partnership to Roll Back Malaria (RBM). <http://www.rbm.who.int/>
8. [http://www.un.org/fr/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/57/294](http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/57/294)
9. Roll Back Malaria. Plan stratégique mondial 2005-2015 : Faire reculer le paludisme. [http://www.rbm.who.int/forumV/docs/gsp\\_fr.pdf](http://www.rbm.who.int/forumV/docs/gsp_fr.pdf)
10. Roll Back Malaria. Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme. <http://www.rbm.who.int/gmap/gmap-fr.pdf>
11. Roll Back Malaria partenaires. Éliminer le paludisme : Leçons du passé et perspectives d'avenir, Collection Progrès et Impact. No. 8, octobre 2011 <http://www.rbm.who.int/ProgressImpactSeries/docs/report9-fr.pdf>