

LE POINT SUR...

LA SITUATION DU PALUDISME DANS LE MONDE EN 1994

Du 5 au 19 septembre 1997, le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a publié, en 3 parties, un article sur la situation du paludisme dans le monde en 1994.

Ces données sont les plus récentes actuellement rassemblées sur le paludisme dans le monde.

Le *BEH* reproduit un extrait de la première partie, qui traite des données générales du paludisme dans le monde, de cet article qui est paru dans les numéros 36, 37 et 38 des 5, 12 et 19 septembre 1997.

Des tirés-à-part peuvent être obtenus sur demande adressée au Centre d'information de l'OMS/CTD à Genève, Suisse (courrier électronique denherder@who.ch).

Les conseils aux voyageurs sur la chimioprophylaxie et le traitement du paludisme selon les pays figurent dans l'édition 1997 de *Voyages internationaux et santé - Vaccinations exigées et conseils d'hygiène*.

Population exposée

En 1994, le risque de paludisme existait à des degrés divers dans 100 pays et territoires. Dans 92 pays et territoires il y avait transmission du paludisme à *Plasmodium falciparum* et dans 8 pays, uniquement transmission de *P. vivax*.

Les estimations de la population exposée au risque dans ces 100 pays et territoires d'endémie sont très variables du fait de la modification de l'environnement et d'une mobilité accrue de la population. En 1994, on estime que 2,3 milliards de personnes, c'est-à-dire 41 % de la population mondiale, vivaient dans des zones où existait un risque de paludisme.

Dans la plupart des pays exempts de paludisme, le risque d'introduction ou de réintroduction durable de la transmission est minime, soit parce qu'elle ne s'est jamais produite au cours de l'histoire, soit parce que le développement socio-économique est parvenu à un tel niveau de progrès que toute réintroduction peut être reconnue et jugulée en temps opportun. Cependant, lorsque la réintroduction du paludisme coïncide avec une détérioration massive de la situation socio-économique et l'effondrement des services de santé et des services sociaux, il peut y avoir réinstallation d'une situation d'endémicité faisant suite à une épidémie de grande envergure. Ces épidémies peuvent survenir dans le sillage des guerres civiles ou des déplacements massifs de populations. Récemment, certaines d'entre elles ont été attribuées à des changements climatiques et à l'ouverture de zones, jusqu'ici non endémiques, à l'agriculture, à l'exploitation minière, etc.

Estimation de la mortalité et de la morbidité dans le monde

L'incidence du paludisme dans le monde est estimée à 300-500 millions de cas cliniques par an. On estime en outre que 1,5 à 2,7 millions de personnes meurent chaque année du paludisme. Environ 1 million de décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribués au paludisme, seul ou associé à d'autres maladies. On considère que les pays d'Afrique tropicale contribuent à plus de 90 % à l'incidence totale du paludisme et comptent la grande majorité des décès qui lui sont imputables.

Mortalité due au paludisme

L'enregistrement de la mortalité due au paludisme est limité et irrégulier. Les estimations de cette mortalité à l'échelle mondiale peuvent varier d'un facteur 3 selon la méthode utilisée.

P. falciparum est la principale cause des manifestations graves du paludisme et de la mortalité qu'elles occasionnent; l'infection frappe les enfants en bas âge, les adultes non immuns et les femmes au cours de leurs premières grossesses. C'est l'espèce prédominante en Afrique tropicale, en Asie orientale, en Océanie et dans la région amazonienne. Elle est moins fréquente dans le reste du monde. Un diagnostic précoce et un traitement rapide et approprié de la maladie sont indispensables pour prévenir la mortalité. La grande majorité des décès dus au paludisme se produisent chez les enfants en bas âge de l'Afrique tropicale, notamment dans les régions rurales écartées, mal desservies par les services de santé. En dehors de l'Afrique tropicale, les cas mortels concernent principalement les sujets non immuns qui arrivent pour la première fois dans des zones d'endémie, comme les ouvriers agricoles, les travailleurs des mines d'or et de pierres précieuses, et les colons des nouvelles zones de peuplement. Durant les épidémies, tous les groupes d'âge sont touchés. C'est dans les régions en proie aux conflits armés, au commerce illicite et aux migrations massives de réfugiés que les problèmes sont parfois les plus graves.

Notification des cas de paludisme à l'OMS

(...) Seule une fraction de la totalité des cas de paludisme est notifiée. Dans de nombreuses régions, il est difficile d'obtenir des données précises sur l'incidence du paludisme en raison de l'insuffisance et de l'irrégularité de la noti-

fication surtout dans des secteurs qui sont souvent hors du rayon d'action des services de santé et où l'endémicité est notoirement forte. Conformément aux principes de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, celui-ci doit être défini compte tenu de ses manifestations cliniques. On procède actuellement à la réorientation des systèmes de surveillance pour qu'ils axent leurs activités sur la prise en charge de la maladie et son impact sur la santé. L'année 1994 est encore une année de transition en ce qui concerne la notification : certains pays notifient essentiellement des cas dont le diagnostic a été posé sur les bases de l'examen clinique, alors que d'autres déclarent les infections confirmées par examen microscopique ou utilisent les 2 méthodes.

Depuis 1962, le nombre de cas de paludisme notifiés chaque année s'établit à 13,5 millions en moyenne, se situant entre 3,3 millions en 1962 et 35,1 millions en 1989. Le tableau 1 indique le nombre de cas de paludisme signalés par Région OMS au cours des 10 dernières années. En 1994, 34,8 millions de cas ont été signalés, dont 27,6 millions par les pays de la région africaine de l'OMS, soit 79 % de l'ensemble des cas notifiés. Le paludisme est concentré dans certaines zones à l'intérieur du pays.

Pharmacorésistance du paludisme

Le problème de la résistance aux antipaludiques s'est encore aggravé en 1994. Parmi les pays où le paludisme à *P. falciparum* est endémique, seuls ceux d'Amérique centrale et l'Égypte (gouvernorat d'El Faiyûm) n'ont pas constaté de résistance de *P. falciparum* à la chloroquine. En Afrique, ce type de résistance est désormais courant dans la presque totalité des pays d'endémie, et plus particulièrement en Afrique orientale, mais la chloroquine reste utilisée en première intention dans pratiquement tous les pays. Dans l'ouest et le centre de l'Asie du Sud ainsi qu'en Indonésie et en Malaisie, aux Philippines et en Océanie, l'intensité de la résistance est variable. La résistance à la sulfadoxine/pyriméthamine est répandue en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud, mais localisée dans les autres régions du monde.

En Thaïlande, plus de 50 % des infections à *falciparum* observées dans les zones frontalières avec le Cambodge et le Myanmar sont désormais rebelles au traitement par la méfloquine. Des études in vitro effectuées en Afrique ont permis de déceler une réduction de la sensibilité de *P. falciparum* à la méfloquine, qui ne s'est toutefois que rarement manifestée in vivo.

Dans plusieurs pays de l'Asie du Sud-Est ainsi qu'au Brésil, l'association de quinine et de tétracycline constitue le traitement habituel du paludisme sans complications. Toutefois, comme la sensibilité à la quinine va en diminuant on commence à utiliser l'artémisinine et ses dérivés en première intention dans certains secteurs, quelquefois en association avec la méfloquine. En Afrique, la quinine reste très efficace pour le traitement des cas graves ou des complications.

La résistance à la chloroquine du paludisme à vivax a été attestée pour la première fois en 1989 dans des infections contractées en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Elle est confirmée en Indonésie, au Myanmar et à Vanuatu. Dans certains foyers localisés d'Indonésie et de Papouasie-Nouvelle-Guinée, on constate, chez 20 à 30 % des malades atteints de paludisme à vivax, une réapparition de la parasitémie 1 à 3 semaines après une cure de 25 mg de chloroquine-base par kilo de poids corporel.

L'aggravation de la pharmacorésistance rend de plus en plus difficile le choix d'une politique en matière d'utilisation d'antipaludiques. En 1994, l'OMS a organisé une consultation informelle sur le choix d'une politique en matière d'antipaludiques et les données nécessaires à cet effet. Les participants ont recommandé une méthodologie pour la surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments utilisés dans le traitement du paludisme sans complications.

Tableau 1. - Nombre de cas de paludisme signalés, par Région OMS (milliers), 1985-1994 (1)

Région OMS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 (2)
Afrique (3)	13 207	17 927	20 588	24 712	29 381	12 302	8 994	8 384	2 590	27 644
Amériques	911	951	1 018	1 120	1 114	1 058	1 231	1 188	984	1 115
Méditerranée orientale.....	391	613	608	434	528	586	541	309	292	321
Europe.....	57	47	28	25	21	14	16	22	50	91
Asie du Sud-Est.....	2 502	2 685	2 834	2 791	2 942	2 970	3 087	3 078	3 077	3 514
Pacifique occidental.....	1 177	1 307	1 145	1 002	1 071	1 032	968	733	674	2 121
Total (4)	18 245	23 529	26 222	30 084	35 057	17 963	14 837	13 713	7 667	34 806
Total (à l'exclusion de l'Afrique)	5 038	5 603	5 633	5 372	5 676	5 661	5 843	5 329	5 077	7 162

Nota. - Tous les chiffres sont sujets à modification; ils sont mis à jour chaque fois que des données plus récentes sont disponibles.

(1) Les informations communiquées ne recouvrent pas, dans certains cas, la totalité de la population exposée.

(2) Pour la première fois, les données de 1994 comprennent à la fois les cas de paludisme confirmés par examen microscopique des lames et les cas diagnostiqués lors d'examen cliniques pour toutes les Régions.

(3) Essentiellement des cas diagnostiqués lors d'examen cliniques.

(4) Les additions peuvent ne pas correspondre au total, car les chiffres ont été arrondis.