



RAPPORT SUR
LE PALUDISME
DANS LE MONDE
2016

RÉSUMÉ



Organisation
mondiale de la Santé

WHO/HTM/GMP/2017.4

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée: « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Rapport sur le paludisme dans le monde 2016 : résumé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/HTM/GMP/2017.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Le *Rapport sur le paludisme dans le monde 2016* résume les progrès accomplis sur la voie des objectifs pour 2020 définis par la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030*. Pour les 91 pays et territoires endémiques de cinq régions de l'OMS, il présente des données relatives à 26 indicateurs et analyse l'évolution de ces indicateurs au fil du temps.

Le rapport révèle un meilleur accès aux interventions antipaludiques, en particulier en Afrique subsaharienne, là où la maladie pèse le plus. Le pourcentage d'enfants soumis à un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme a augmenté de 77 % et celui des femmes enceintes bénéficiant du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) a été multiplié par cinq au cours des cinq dernières années. En outre, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a quasiment doublé au sein de la population à risque.

Malgré ces progrès remarquables, le nombre de cas de paludisme a été estimé à 212 millions et le nombre de décès associés à 429 000 en 2015. En Afrique, la population n'ayant pas accès aux outils permettant de prévenir et de traiter la maladie se compte encore par millions. Le manque de financements et la fragilité des systèmes de santé restreignent l'accès aux interventions essentielles et compromettent la réalisation des objectifs mondiaux. Selon le présent rapport, moins de la moitié des 91 pays et territoires touchés par le paludisme sont en bonne voie pour réduire de 40 % l'incidence du paludisme et la mortalité associée, deux objectifs intermédiaires pour 2020.

En 2015, le financement de la lutte contre le paludisme s'élevait à US\$ 2,9 milliards. Pour atteindre l'objectif de financement fixé par la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* à US\$ 6,4 milliards d'ici 2020, les contributions nationales et internationales doivent augmenter de façon substantielle.

La version complète du *Rapport sur le paludisme dans le monde 2016* est disponible en anglais à l'adresse :

<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>



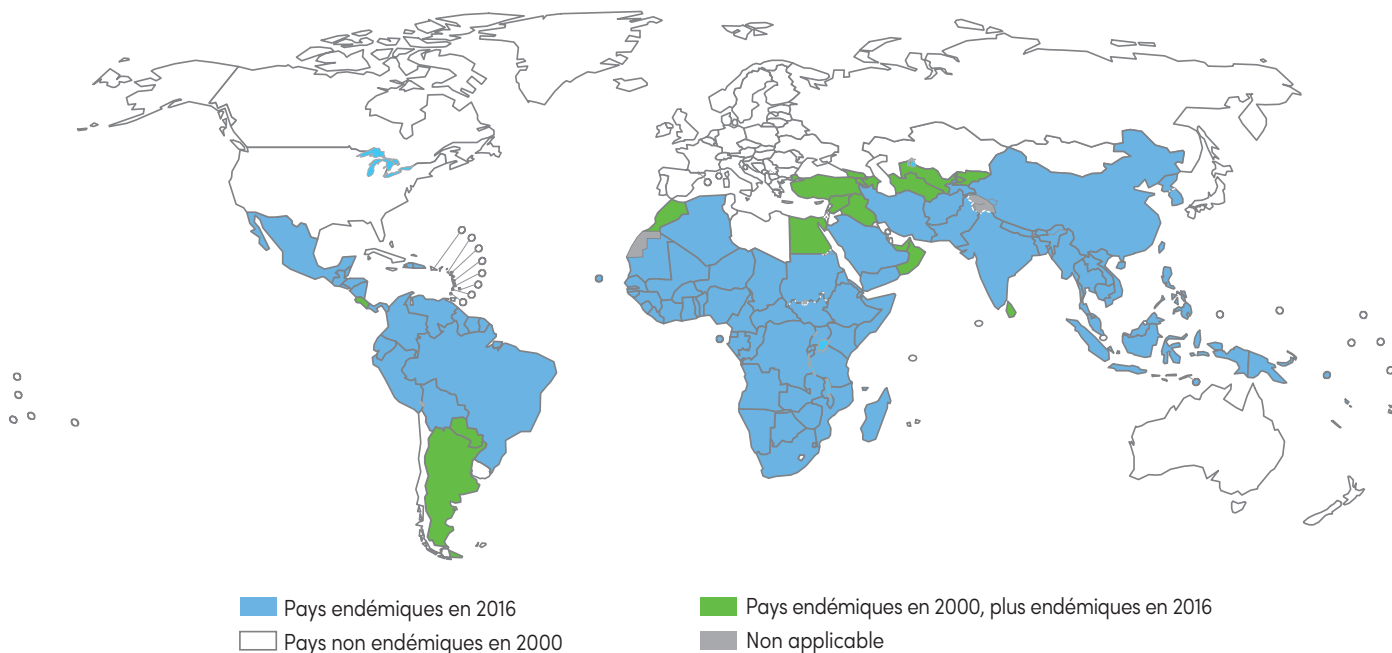
© Fonds mondial/John Rae

Répartition du paludisme

Au début de l'année 2016, près de la moitié de la population mondiale était exposée au risque de paludisme.

En 2016, le paludisme est considéré endémique dans 91 pays et territoires, contre 108 en 2000. Cette progression peut notamment s'expliquer par le déploiement à grande échelle des interventions antipaludiques.

Pays d'endémie paludique en 2000 et 2016



Source : Base de données de l'OMS.

Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030



Pour guider les orientations futures en matière de contrôle et d'élimination du paludisme, l'OMS a élaboré la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030*.

La *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030* fixe les objectifs les plus ambitieux depuis l'ère de l'éradication du paludisme en termes de réduction du nombre de cas de paludisme et de décès associés. Elle fournit également un cadre pour le développement de programmes adaptés au contexte local et ce, dans le but d'accélérer les progrès vers l'élimination du paludisme.

Buts, objectifs intermédiaires et cibles de la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030*

Vision	Un monde sans paludisme		
	Objectifs intermédiaires		Cibles
	2020	2025	2030
1. Réduire le taux de mortalité liée au paludisme au plan mondial par rapport à 2015	Au moins 40 %	Au moins 75 %	Au moins 90 %
2. Réduire l'incidence des cas de paludisme au plan mondial par rapport à 2015	Au moins 40 %	Au moins 75 %	Au moins 90 %
3. Éliminer le paludisme des pays où il y avait transmission en 2015	Au moins 10 pays	Au moins 20 pays	Au moins 35 pays
4. Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts	Réapparition évitée	Réapparition évitée	Réapparition évitée

La *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030* est disponible à l'adresse : http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/fr/



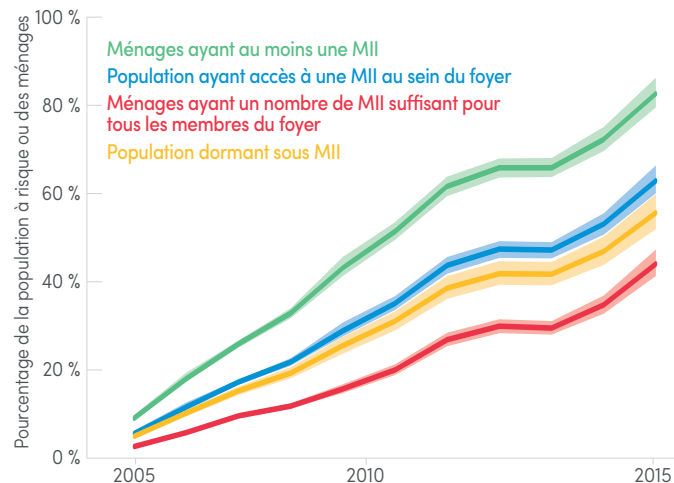
Lutte antivectorielle - Accès et utilisation des MII

L'accès aux MII et leur utilisation ont considérablement augmenté au cours des cinq dernières années, en particulier en Afrique subsaharienne.

En Afrique subsaharienne, la population à risque dormant sous MII a été estimée à 53 % en 2015, contre 5 % en 2005 et 30 % en 2010. Cette hausse s'explique par un meilleur accès de la population à une MII au sein du foyer (60 % en 2015).

Le pourcentage des ménages ayant au moins une MII a également augmenté pour atteindre 79 % en 2015. Quant à la part des ménages possédant un nombre de MII suffisant pour tous les membres du foyer, elle est en progression elle aussi (42 % en 2015), mais reste bien en deçà de l'objectif de couverture universelle (100 %).

Pourcentage de la population à risque ayant accès à une MII et dormant sous MII ; pourcentage des ménages ayant au moins une MII et ayant un nombre de MII suffisant pour tous les membres du foyer ; Afrique subsaharienne, 2005-2015



MII, moustiquaire imprégnée d'insecticide

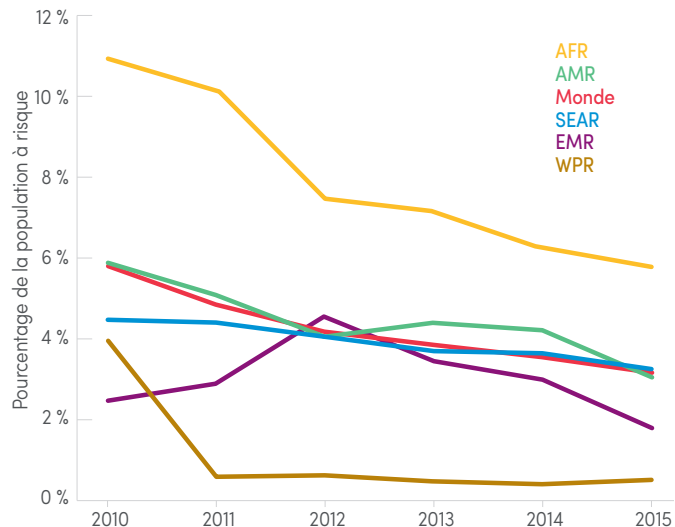
Source : Modèle de couverture en MII développé par le Projet d'atlas du paludisme.

Lutte antivectorielle – Couverture en PID



Au niveau mondial, le pourcentage de la population protégée par pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) a diminué.

Pourcentage de la population à risque protégée par PID, par région de l'OMS, 2010-2015



AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; PID : pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

Source : Rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme ne ciblent souvent que certaines populations pour la PID, d'où un pourcentage de la population protégée par PID généralement plus faible que le taux de couverture en MII. Au niveau mondial, le pourcentage de la population à risque protégée par PID a diminué, passant d'un pic de 5,7 % en 2010 à 3,1 % en 2015, avec un recul observé dans toutes les régions de l'OMS, notamment la région Afrique. La baisse de la couverture en PID peut s'expliquer par l'utilisation d'insecticides plus onéreux que les pyréthoïdes. Ce changement a pour objectif de ralentir le développement de la résistance aux insecticides, même si les pyréthoïdes restent largement utilisés, notamment en dehors de la région Afrique de l'OMS.

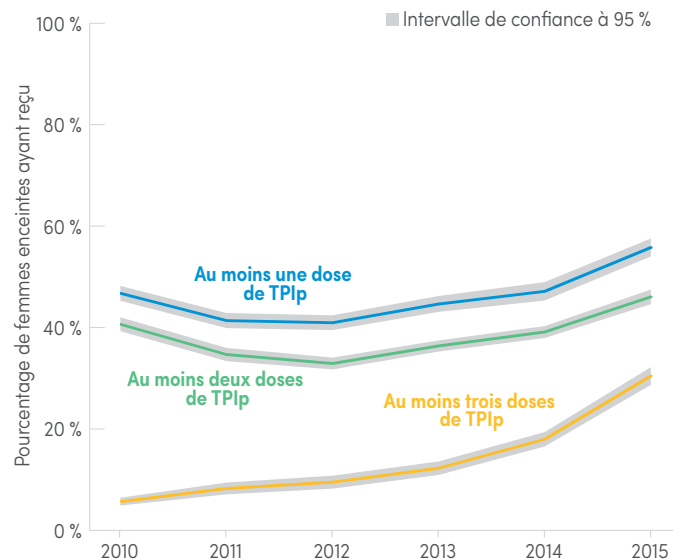


Chimioprévention chez les femmes enceintes

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPIp a augmenté au cours des cinq dernières années, notamment en Afrique subsaharienne.

En 2015, dans les 36 pays africains ayant adopté cette politique de traitement, 31 % des femmes éligibles avaient reçu au moins trois doses de TPIp. Il s'agit là d'une forte augmentation par rapport aux 18 % enregistrés en 2014 et aux 6 % en 2010. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPIp reste en deçà des objectifs de couverture universelle ; 20 % des femmes enceintes n'ont pas effectué pas de consultation prénatale et 30 % de celles qui ont consulté n'ont reçu aucune dose de TPIp.

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPIp, par nombre de doses, Afrique subsaharienne, 2010-2015



TPIp : traitement préventif intermittent pendant la grossesse

Source : Rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et estimations de population des Nations Unies.



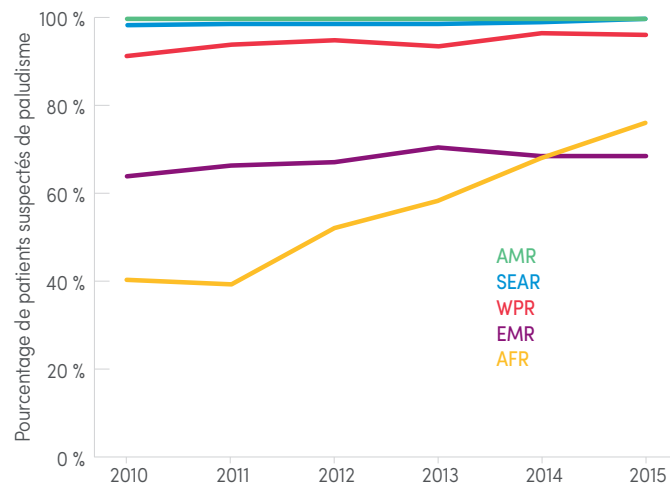


Tests de diagnostic du paludisme

Le pourcentage de patients suspectés de paludisme et soumis à un test de diagnostic est en augmentation constante depuis 2010.

Dans la plupart des régions de l'OMS, le pourcentage de patients suspectés de paludisme et soumis à un test de diagnostic (parmi ceux sollicitant un traitement dans le secteur public) a augmenté depuis 2010. La hausse la plus prononcée a été enregistrée dans la région Afrique de l'OMS, avec 76 % des patients suspectés de paludisme et soumis à un test de diagnostic en 2015 contre 40 % en 2010. Cette hausse s'explique surtout par une plus grande utilisation des TDR, lesquels représentent 74 % des moyens de dépistage du paludisme en 2015.

Pourcentage de patients suspectés de paludisme dans les établissements de santé publics ayant été soumis à un test de diagnostic, par région de l'OMS, 2010-2015



AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; PID : pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

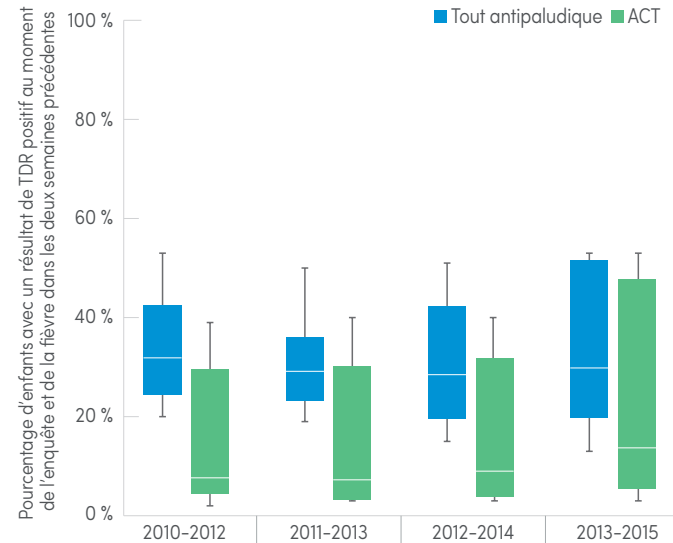
Source : *Rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.*



En Afrique subsaharienne, le pourcentage de patients atteints de paludisme et traités par combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) reste faible.

D'après 11 enquêtes menées en Afrique subsaharienne entre 2013 et 2015, le pourcentage médian des enfants de moins de 5 ans ayant récemment souffert, ou souffrant au moment même de l'enquête, d'infections palustres à *Plasmodium (P.) falciparum* avec des antécédents de fièvre et ayant reçu un traitement antipaludique s'est élevé à 30 %. Le pourcentage médian de ceux ayant reçu un ACT était de 14 %. Ces taux faibles peuvent être attribués à deux facteurs : une grande partie des enfants fiévreux ne sont pas pris en charge par des prestataires de soins qualifiés et, parmi ceux qui sont traités, beaucoup ne reçoivent pas d'ACT, mais un autre antipaludique.

Pourcentage d'enfants fiévreux avec un résultat de TDR positif au moment de l'enquête et traités par médicament antipaludique, Afrique subsaharienne, 2010-2015



ACT : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ; TDR : test de diagnostic rapide.

Source : Données représentatives au niveau national, issues d'enquêtes démographiques et de santé, et d'enquêtes sur les indicateurs du paludisme.

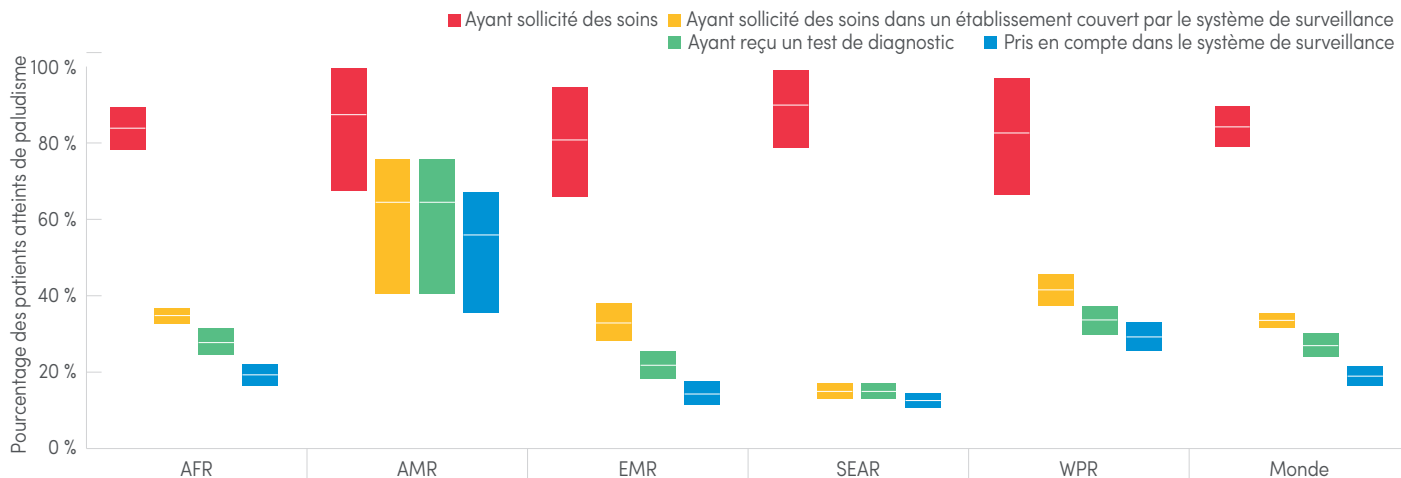


Systèmes de surveillance du paludisme

Selon les estimations, seuls 19 % des cas de paludisme au niveau mondial ont été rapportés par les systèmes de surveillance en 2015.

Les systèmes de surveillance ne détectent pas tous les cas de paludisme. En effet, tous les patients atteints de paludisme ne sollicitent pas des soins et, lorsqu'ils le font, tous ne se rendent pas dans des établissements de santé publics couverts par le système de surveillance national (par exemple, les établissements de santé du secteur privé). Deuxièmement, tous les patients sollicitant des soins ne reçoivent pas un test de diagnostic. Enfin, les données d'enregistrement et de déclaration des cas ne sont pas toujours complètes au sein des systèmes de surveillance. Les obstacles liés à la détection des cas varient d'une région de l'OMS à l'autre.

Obstacles liés à la détection des cas, par région de l'OMS, 2015



AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

Source : Données d'enquêtes nationales effectuées auprès des ménages et rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

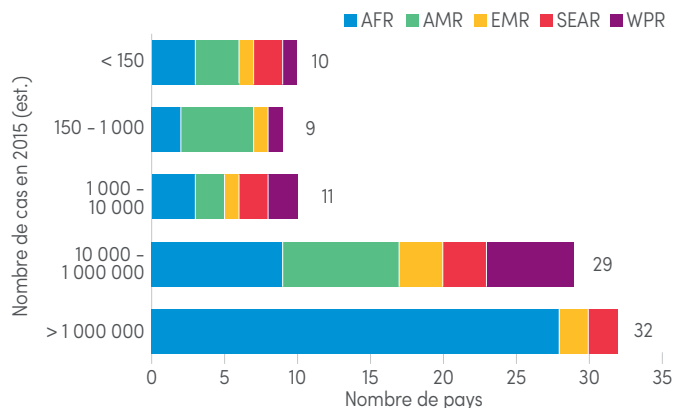
Progrès vers l'élimination du paludisme



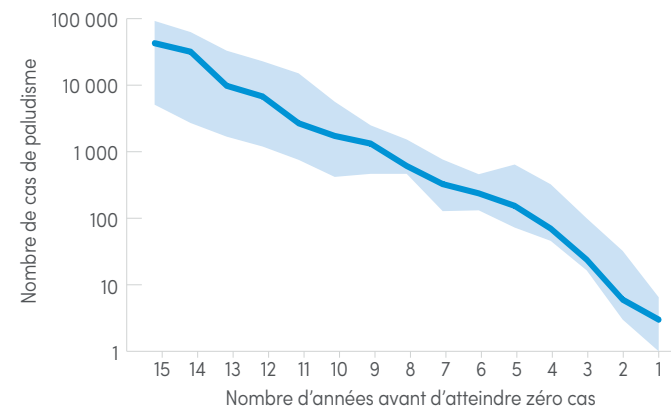
L'objectif d'élimination du paludisme dans au moins 10 pays d'ici 2020 semble réalisable.

En 2015, 10 pays et territoires ont rapporté moins de 150 cas indigènes, et 9 autres entre 150 et 1000. Tous ces pays semblent en bonne voie pour éliminer le paludisme dans un avenir proche. En effet, les 17 pays ayant éliminé le paludisme entre 2010 et 2015 avaient rapporté une médiane de 184 cas indigènes 5 ans avant, et 1 748 cas indigènes 10 ans auparavant.

Nombre de cas indigènes dans les pays d'endémie paludique en 2015, par région de l'OMS



Nombre de cas indigènes les années avant d'atteindre zéro cas indigène pour les 17 pays ayant éliminé le paludisme, 2000-2015



AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

Source : Estimations de l'OMS.

Le nombre médian de cas est représenté par une ligne bleue, et l'écart interquartile en bleu clair.

Source : Rapports nationaux.

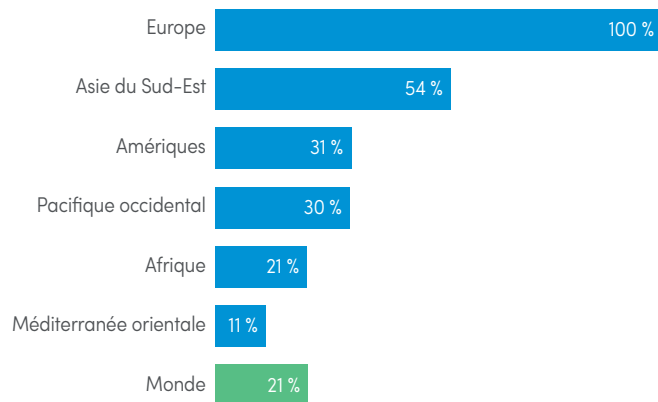


Baisse de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée ...

L'objectif de baisse de 40 % de l'incidence des cas de paludisme et de la mortalité associée d'ici à 2020 ne semble pas réalisable.

Selon les estimations, l'incidence des cas de paludisme a diminué de 21 % au niveau mondial entre 2010 et 2015. La baisse la plus prononcée a été enregistrée dans la région Europe de l'OMS (100 %), suivie par la région Asie du Sud-Est (54 %). En revanche, les progrès ont été plus lents dans la région Afrique, là où le paludisme pèse le plus.

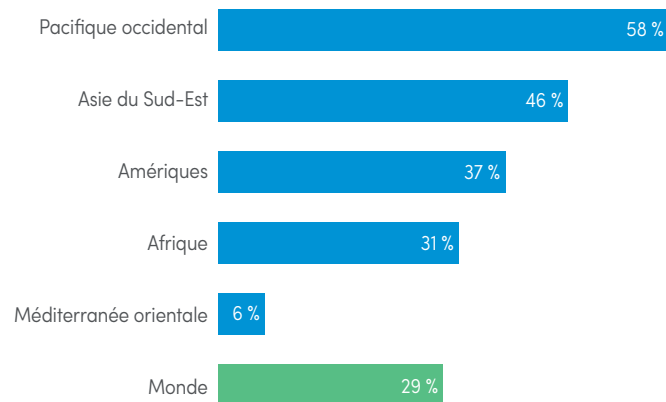
Baisse de l'incidence du paludisme, par région de l'OMS, 2010-2015



Source : Estimations de l'OMS.

La mortalité liée au paludisme aurait diminué de 29 % au niveau mondial entre 2010 et 2015. Cette baisse a été plus marquée dans la région Pacifique occidental de l'OMS (58 %), suivie de la région Asie du Sud-Est (46 %). Pour plus d'informations sur l'évolution de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée, veuillez consulter l'annexe aux pages 18-19.

Baisse de la mortalité liée au paludisme, par région de l'OMS, 2010-2015



Aucun décès lié à un cas de paludisme indigène n'a été enregistré dans la région Europe de l'OMS entre 2010 et 2015.

Source : Estimations de l'OMS.

..... Impact de la baisse de la mortalité liée au paludisme



La baisse de la mortalité liée au paludisme, notamment parmi les enfants de moins de 5 ans, a entraîné une augmentation significative de l'espérance de vie dans la région Afrique de l'OMS.

Dans la région Afrique de l'OMS, la baisse de la mortalité liée au paludisme, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans, a entraîné une augmentation de 1,2 an de l'espérance de vie à la naissance. Cette hausse représente 12 % de l'augmentation totale de l'espérance de vie (9,4 ans), passée de 50,6 ans en 2000 à 60 ans en 2015. Dans l'ensemble des pays endémiques, la contribution de la baisse de la mortalité liée au paludisme a atteint 0,26 an, soit 5 % de l'augmentation totale de l'espérance de vie (5 ans), passée de 66,4 ans en 2000 à 71,4 ans en 2015.

La valeur de la baisse de la mortalité liée au paludisme est estimée à US\$ 1 810 milliards en Afrique subsaharienne entre 2000 et 2015, et à US\$ 2 040 milliards dans le monde, soit près de la moitié (44 %) de la production économique en Afrique subsaharienne en 2015 et 3,6 % de la production économique des pays endémiques au niveau mondial.

Accroissement de l'espérance de vie dans les pays endémiques, 2000-2015

	Espérance de vie à la naissance		Gain d'espérance de vie lié à la baisse de la mortalité due		% de gain dû au contrôle du paludisme
	2000	2015	au paludisme	à d'autres causes	
AFR	50,6	60	1,159	8,2	12,3
AMR	73,7	76,9	0,003	3,2	0,1
EMR	65,4	68,8	0,045	3,4	1,3
EUR	72,3	76,8	0	4,5	0
SEAR	63,5	69	0,034	5,4	0,6
WPR	72,5	76,6	0,018	4	0,4
Monde	66,4	71,4	0,255	4,8	5

AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; EUR : région Europe ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

Source : Estimations de l'OMS.



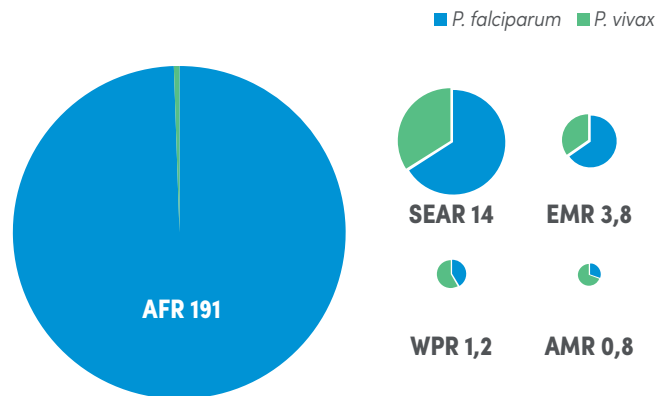
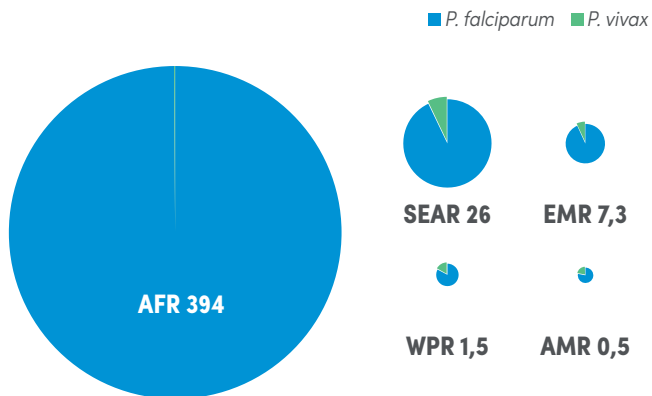
Les défis pour l'avenir restent nombreux

Malgré des progrès remarquables, l'impact du paludisme est toujours dévastateur.

En 2015, le nombre de cas de paludisme et de décès associés a été respectivement estimé à 212 millions et à 429 000 au niveau mondial. La région Afrique de l'OMS reste la plus touchée avec, à elle seule, quelque 90 % des cas de paludisme et 92 % des décès associés en 2015. La région Asie du Sud-Est regroupe 7 % des cas de paludisme dans le monde et 6 % des décès associés. Au niveau mondial, les trois quarts des cas de paludisme et des décès associés sont concentrés dans moins de 15 pays, et un tiers pour le Nigéria et la République démocratique du Congo.

Nombre de cas de paludisme, par région de l'OMS, 2015 (estimation en millions)

Nombre de décès dus au paludisme, par région de l'OMS, 2015 (estimation en milliers)



AFR : région Afrique ; AMR : région Amériques ; EMR : région Méditerranée orientale ; SEAR : région Asie du Sud-Est ; WPR : région Pacifique occidental.

Source : Estimations de l'OMS.

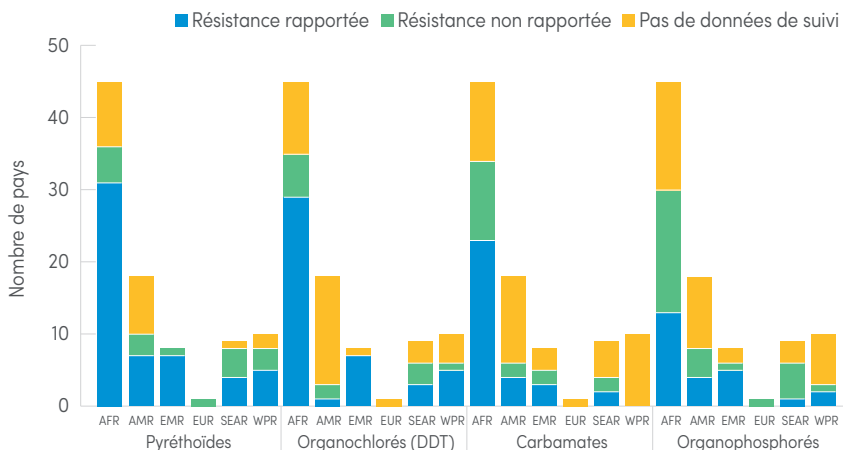
Émergence de la résistance aux insecticides et aux médicaments



Les progrès accomplis récemment dans la lutte contre le paludisme pourraient être menacés par la résistance aux insecticides et aux médicaments.

Sur les 73 pays endémiques ayant fourni des données de suivi à l'OMS à partir de 2010, 60 pays ont rapporté une résistance des moustiques à au moins une classe d'insecticides utilisées dans la PID et les MII ; 50 ont rapporté une résistance à au moins deux classes d'insecticides.

Résistance aux insecticides et données de suivi dans les pays endémiques (en 2015), par classe d'insecticides et région de l'OMS, 2010-2015

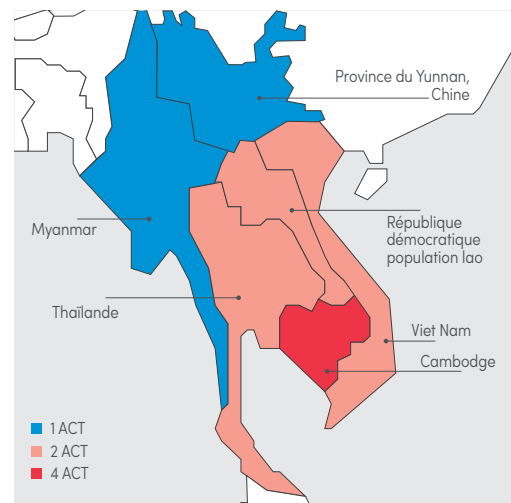


DDT : dichlorodiphényltrichloroéthane

Source : Rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, Réseau africain sur la résistance des vecteurs, Projet d'atlas du paludisme, Initiative du Président américain contre le paludisme (États-Unis) et publications scientifiques.

La résistance du parasite à l'artémisinine, composante essentielle des médicaments anti-paludiques les plus efficaces, a été détectée dans cinq pays de la sous-région du Grand Mékong.

Répartition de la résistance multiple aux antipaludiques, 2016



ACT, combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

Source : Base de données de l'OMS.

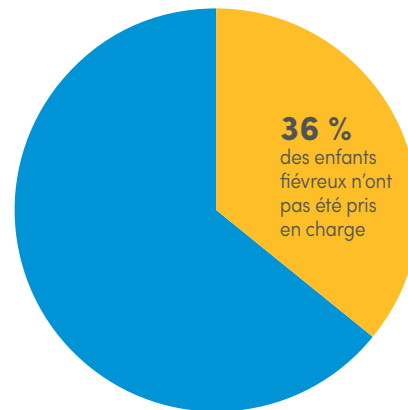
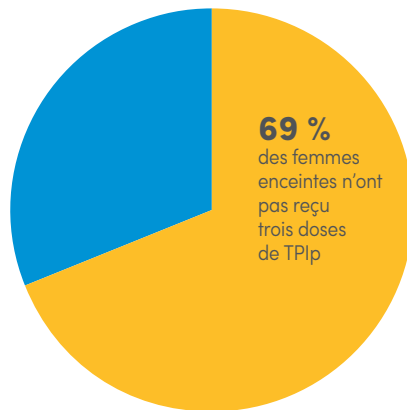
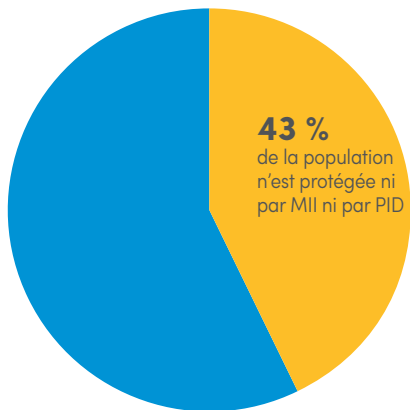


La couverture des interventions reste clairement insuffisante

En dépit d'un meilleur accès aux principales interventions antipaludiques, les taux de couverture restent insuffisants.

En 2015, 43 % de la population d'Afrique subsaharienne n'était protégée ni par MII ni par PID, 69 % des femmes enceintes n'avaient pas reçu trois doses de TPIp et 36 % des enfants fiévreux n'avaient pas été pris en charge. Dans de nombreux pays où le paludisme pèse lourdement, les systèmes de santé manquent de ressources humaines et/ou financières et sont difficilement accessibles aux populations les plus à risque.

Pourcentage de la population non couverte par MII ou PID, pourcentage de femmes enceintes n'ayant pas reçu trois doses de TPIp et pourcentage d'enfants fiévreux non pris en charge, Afrique subsaharienne, 2015



MIl : moustiquaire imprégnée d'insecticide ; TPIp : traitement préventif intermittent pendant la grossesse ; PID : pulvérisation intradomestique d'insecticides à effet rémanent.

Source : Données représentatives au niveau national, issues d'enquêtes démographiques et de santé, et d'enquêtes sur les indicateurs du paludisme.

..... Financement des programmes de lutte contre le paludisme

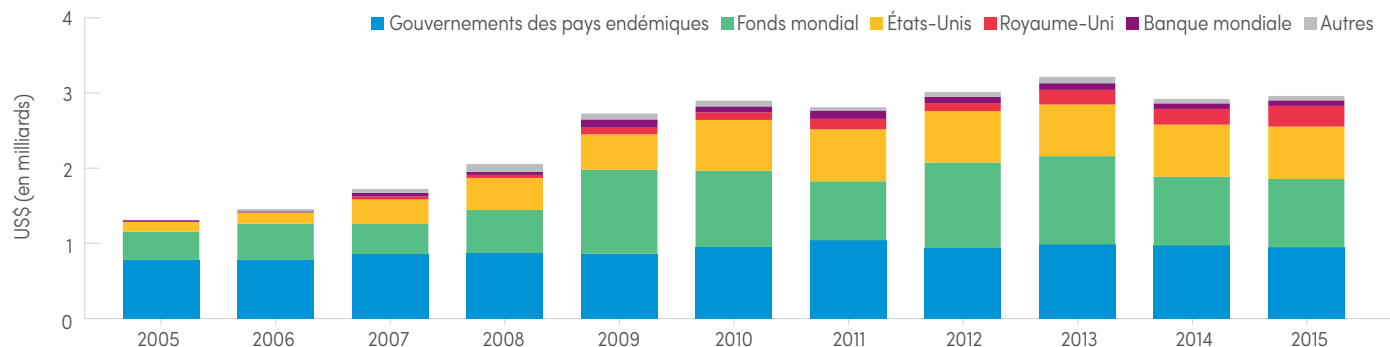


Pour espérer atteindre les objectifs mondiaux, le financement national et international de la lutte contre le paludisme doit augmenter de manière significative.

Les investissements mondiaux dans la lutte contre le paludisme ont augmenté entre 2000 et 2010, avant de stagner pour atteindre US\$ 2,9 milliards en 2015. Pour atteindre l'objectif de 2020 défini à US\$ 6,4 milliards, les financements nationaux et internationaux doivent augmenter de façon considérable.

Les gouvernements des pays endémiques ont contribué à hauteur de 32 % du financement mondial de la lutte contre le paludisme en 2015, suivis des fonds internationaux acheminés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Avec une contribution à hauteur de 35 % du financement mondial en 2015, les États-Unis sont le premier donateur individuel de fonds contre le paludisme, loin devant le Royaume-Uni (16 %).

Investissements dans les activités de lutte contre le paludisme par source de financement, 2005-2015



Les valeurs annuelles ont été converties en US\$ constants de 2015 en utilisant le déflateur implicite du PIB des États-Unis pour évaluer les tendances du financement en valeur réelle.

Source : ForeignAssistance.gov, Fonds mondial, rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, système de notification des créanciers de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), base de données de la Banque mondiale, estimations de l'OMS des cas de paludisme et du recours aux soins dans les établissements publics, et estimations de WHO-CHOICE pour les coûts unitaires des consultations externes et des hospitalisations.

Annexe : évolution de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée, par pays, 2010-2015 (estimation)

Région OMS Pays/territoire	Baisse		Baisse ou hausse inférieure à 20 %	Hausse > 20 %	Zéro décès dû au paludisme indigène en 2015
	> 40 %	20 % à 40 %			
Afrique					
Afrique du Sud		●		●	
Algérie	●				●
Angola			● ●		
Bénin		●	●		
Botswana	● ●				
Burkina Faso	●	●			
Burundi		●	●		
Cabo Verde	● ●		●		
Cameroun		●	●		
Comores	● ●				
Congo		●	●		
Côte d'Ivoire	●	●			
Érythrée		● ●			
Éthiopie	● ●				
Gabon			●	●	
Gambie			● ●		
Ghana		● ●			
Guinée		●	●		
Guinée-Bissau			● ●		
Guinée équatoriale			● ●		
Kenya			●	●	
Libéria		● ●			
Madagascar				● ●	
Malawi	●	●			
Mali			●	●	

Région OMS Pays/territoire	Baisse		Baisse ou hausse inférieure à 20 %	Hausse > 20 %	Zéro décès dû au paludisme indigène en 2015
	> 40 %	20 % à 40 %			
Mauritanie			● ●		
Mayotte	●				●
Mozambique		● ●			
Namibie				● ●	
Niger		● ●			
Nigéria		●	●		
République centrafricaine		● ●			
République démocratique du Congo	● ●				
République-Unie de Tanzanie		●	●		
Rwanda			●	●	
Sao-Tomé-et-Principe		●	●		
Sénégal		●	●		
Sierra Leone	●	●			
Soudan du Sud		●	●		
Swaziland	● ●				
Tchad			● ●		
Togo	●	●			
Ouganda	● ●				
Zambie			● ●		
Zimbabwe			● ●		
Amériques					
Belize	●				●
Bolivie (État plurinational de)	● ●				
Brésil	● ●				
Colombie	●	●			

Région OMS Pays/territoire	Baisse		Baisse ou hausse inférieure à 20 %	Hausse > 20 %	Zéro décès dû au paludisme indigène en 2015
	> 40 %	20 % à 40 %			
El Salvador	●				●
Équateur	●				●
Guatemala			● ●		
Guyana	● ●				
Guyane française	● ●				
Haïti	● ●				
Honduras	● ●				
Mexique	● ●				
Nicaragua				● ●	
Panama				●	●
Pérou				● ●	
République dominicaine	● ●				
Suriname	● ●				
Venezuela (République bolivarienne du)				● ●	
Asie du Sud-Est					
Bangladesh	● ●				
Bhoutan	● ●				
Inde	●	●			
Indonésie	● ●				
Myanmar	● ●				
Népal	●	●			
République populaire démocratique de Corée	●				●
Thaïlande	● ●				
Timor-Leste	● ●				

Région OMS Pays/territoire	Baisse		Baisse ou hausse inférieure à 20 %	Hausse > 20 %	Zéro décès dû au paludisme indigène en 2015
	> 40 %	20 % à 40 %			
Europe					
Tadjikistan	●				●
Méditerranée orientale					
Afghanistan			● ●		
Arabie saoudite				●	●
Djibouti				● ●	
Iran (République islamique d')	● ●				
Pakistan	●	●			
Somalie				● ●	
Soudan			● ●		
Yémen	● ●				
Pacifique occidental					
Cambodge	●	●			
Chine	●				●
Îles Salomon	● ●				
Malaisie	● ●				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	●	●			
Philippines	● ●				
République de Corée			●		●
République démocratique populaire lao	●		●		
Vanuatu	● ●				
Viet Nam	● ●				

● Incidence du paludisme (estimation de tendance)

● Mortalité associée (estimation de tendance)

Remerciements

Les contributeurs à l'élaboration du *Rapport sur le paludisme dans le monde 2016* ont été nombreux et nous ont apporté une aide précieuse. Nous sommes plus particulièrement reconnaissants aux personnels des programmes nationaux de lutte contre le paludisme de nous avoir communiqué leurs données et d'avoir répondu à nos questions, avec l'assistance des bureaux nationaux et régionaux de l'OMS. Les organisations suivantes ont également fait part d'informations et de commentaires très utiles : l'Alliance des leaders africains contre le paludisme ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; l'Imperial College ; l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins ; la Fondation de la famille Kaiser ; la London School of Economics ; Milliner Global Associates ; l'Université de Tulane ; le Groupe pour la santé mondiale (CHG) de l'Université de Californie, San Francisco (UCSF) ; le Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ; les Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis ; l'Initiative du Président américain contre le paludisme ; l'Université d'Oxford ; le département Statistiques sanitaires et systèmes d'information de l'OMS, et le département de Gouvernance et financement des systèmes de santé de l'OMS.

Pour leur aide financière, nous remercions la Fondation Bill & Melinda Gates, le ministère luxembourgeois des Affaires étrangères et de l'aide humanitaire, l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement, l'Agence suisse pour le développement et la coopération par le biais de leur subvention à l'Institut tropical et de santé publique suisse, et l'Agence américaine pour le développement international (USAID).



© Fonds mondial/John Rae

« Les défis auxquels nous sommes confrontés ne sont ni négligeables ni insurmontables. [...] avec des financements solides, des programmes efficaces et un fort leadership national, les progrès en matière de lutte contre le paludisme peuvent au moins être maintenus, sinon accélérés. »

Dr Margaret Chan,
Directeur Général,
Organisation mondiale de la Santé



map 
malaria atlas project



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC

Swiss TPH



The mark "CDC" is owned by the US Dept. of Health and Human Services and is used with permission. Use of this logo is not an endorsement by HHS or CDC of any particular product, service, or enterprise.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :
Programme mondial de lutte antipaludique
Organisation mondiale de la Santé

20, avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Internet : www.who.int/malaria
Courriel : infogmp@who.int