

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-sixième session

Addis Abeba, République fédérale démocratique d'Éthiopie, 19-23 août 2016

Point 15 de l'ordre du jour

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2016-2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La Région africaine a réalisé des progrès dans la lutte contre le paludisme, avec une réduction de 42 % de l'incidence de la maladie et une baisse de 66 % du taux de mortalité palustre entre 2000 et 2015. Ce recul peut être attribué à l'utilisation accrue des services offrant un bon rapport coût-efficacité pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme. Le paludisme reste toutefois une priorité régionale et mondiale, comme en témoignent les objectifs de développement durable et la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme (2016-2030) adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015. La vision de la Stratégie technique mondiale est celle d'« un monde sans paludisme ». La stratégie poursuit quatre buts et comprend des objectifs connexes qui doivent être atteints à l'horizon 2030. Les interventions de la Stratégie technique mondiale s'articulent autour de trois piliers et de deux éléments d'appui. Les piliers sont : a) garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; b) accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut exempt de paludisme ; et c) faire de la surveillance du paludisme une intervention de base. Les éléments d'appui sont : a) mettre à profit l'innovation et développer la recherche ; et b) favoriser un environnement propice.

2. Plusieurs problèmes continuent d'entraver les efforts déployés pour lutter contre le paludisme et assurer son élimination dans la Région. On peut citer la faiblesse des systèmes de santé, les lacunes dans l'adoption des interventions disponibles, le faible investissement par habitant dans la lutte antipaludique et la menace de résistance aux médicaments antipaludéens et aux insecticides.

3. Le présent cadre a été élaboré pour soutenir la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale dans la Région africaine. Sa vision est de parvenir à une « une Région africaine sans paludisme ». Il vise les objectifs suivants : a) réduire les taux de mortalité liée au paludisme d'au moins 90 % d'ici à 2030 par rapport à 2015 ; b) réduire l'incidence du paludisme d'au moins 90 % d'ici à 2030 par rapport à 2015 ; c) éliminer le paludisme dans au moins 20 pays d'endémie ; et d) empêcher la réapparition du paludisme dans tous les États Membres exempts de cette maladie. L'objectif du cadre est donc de donner aux États Membres et aux partenaires des orientations sur les mesures prioritaires spécifiques à la Région qui doivent être prises pour atteindre les buts, objectifs et cibles intermédiaires de la Stratégie technique mondiale.

4. Le cadre propose des interventions et des mesures prioritaires spécifiques qui doivent être prises par les États Membres. Quatre phases existent pour classer les pays et les districts, en fonction de la prévalence des parasites ou de l'indice parasitaire annuel. La phase 1 se caractérise par les programmes axés sur le contrôle de la maladie, avec une prévalence des parasites supérieure à 5 % ou un indice parasitaire annuel de cinq ou plus pour 1000 habitants. La phase 2 est constituée de programmes de préélimination et se caractérise par une prévalence des parasites inférieure à 5 % pour tous les âges ou par un indice parasitaire annuel de 2-4 parasites pour 1000 habitants, conjugué à une transmission focalisée et saisonnière. En phase 3, les programmes d'élimination se caractérisent par un indice parasitaire annuel de 1 ou moins pour 1000 habitants. Les programmes de la phase 4 visent à empêcher la réapparition de la transmission locale du paludisme. Ces programmes sont caractérisés par trois années consécutives sans enregistrer le moindre cas de paludisme, ou sont centrés sur les pays ayant déjà été déclarés exempts de paludisme par l'OMS, qui sont classés comme exempts de paludisme dans la classification de référence 2015, ou qui sont naturellement exempts de paludisme.

5. Le Comité régional a examiné et adopté les interventions et les mesures prioritaires proposées dans le présent cadre.

SOMMAIRE

| | Paragraphes |
|---------------------------------------|--------------------|
| INTRODUCTION..... | 1-3 |
| SITUATION ACTUELLE..... | 4-7 |
| ENJEUX ET DÉFIS..... | 8-16 |
| CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE | 17-23 |
| MESURES PROPOSÉES | 24 |

ANNEXES

| | Page |
|---|-------------|
| 1. Aperçu de la Stratégie technique mondiale pour la lutte contre le paludisme (source : Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme de l'OMS 2016-2030)..... | 9 |
| 2. Indicateurs de performance, cibles intermédiaires et cibles des programmes de lutte contre le paludisme dans la Région africaine, par phase | 11 |
| 3. Cadre de mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme dans la Région : actions prioritaires par objectifs, piliers et phases du programme | 12 |

ABRÉVIATIONS

| | |
|--------|---|
| AFR | Région africaine |
| AMM | Administration massive de médicaments |
| CCC | Communication pour un changement de comportement |
| CER | Communauté économique régionale |
| CPS | Chimio-prévention du paludisme saisonnier |
| CTA | Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine |
| IEC | Information, éducation, communication |
| MII | Moustiquaire imprégnée d'insecticide |
| ODD | Objectifs de développement durable |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| PID | Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent |
| RC | Comité régional |
| Sida | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| TPIg | Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse |
| TPIn | Traitement préventif intermittent du paludisme chez les nourrissons |
| TPR | Taux de positivité du test |
| US \$ | Dollars des États-Unis d'Amérique |
| WHOPES | Système OMS d'évaluation des pesticides |

INTRODUCTION

1. Des progrès remarquables ont été réalisés en matière de lutte contre le paludisme dans la Région africaine de l'OMS. L'incidence du paludisme et les taux de mortalité liée à cette maladie ont reculé de 42 % et 66 %, respectivement, entre 2000 et 2015¹. Cette régression peut être attribuée à un recours accru à des services offrant un bon rapport coût-efficacité pour la prévention et la prise en charge des cas. En dépit de ces améliorations, le paludisme reste un problème majeur de santé publique et de développement en Afrique. La Région compte encore plus de 800 millions de personnes à risque, et 82 % de sa population reste très exposée au paludisme². On estime qu'environ 190 millions de cas de paludisme (soit 89 % du total mondial) et 400 000 décès (soit 91 % du total mondial) sont survenus dans la Région africaine en 2015².

2. Le paludisme est une priorité mondiale et régionale identifiée dans la cible 3.3 des objectifs de développement durable (ODD) qui vise à « mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme » d'ici à 2030³. En mai 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. La Stratégie technique mondiale est fondée sur la vision d'un monde sans paludisme et s'articule autour de quatre buts et objectifs connexes qui doivent être atteints d'ici à 2020, d'ici à 2025 et à l'horizon 2030.

3. Le présent cadre a été conçu pour guider les pays dans la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale dans la Région africaine. Il décrit les interventions et les mesures prioritaires que devront prendre les États Membres. Ces mesures ont été structurées en fonction des tendances épidémiologiques du programme, en vue d'un ciblage des interventions reposant sur des données probantes.

SITUATION ACTUELLE

4. La Région africaine de l'OMS a enregistré une baisse de 52 % de la prévalence de l'infection palustre chez les enfants âgés de 2 à 10 ans, laquelle prévalence est passée de 33 % en 2000 pour s'établir à 16 % en 2015. Ce recul était plus prononcé dans les localités connaissant une transmission stable⁴ du paludisme. Six pays⁵ de la Région africaine ont le potentiel d'éliminer la transmission locale d'ici à 2020. Treize des 15 pays représentant 80 % du nombre estimatif de cas de paludisme dans le monde en 2015 sont des pays africains². De même, 14 des 15 pays concentrant 78 % du nombre estimatif de décès imputables au paludisme dans le monde sont des États Membres la Région africaine², et ces décès concernent principalement les enfants de moins de cinq ans. En outre, la République démocratique du Congo et le Nigéria enregistrent à eux seuls plus de 35 % des décès estimatifs imputables au paludisme dans le monde¹. Le paludisme occasionne par ailleurs une baisse annuelle moyenne de 1,3 point de croissance économique dans les pays africains à forte endémicité⁶.

5. Environ 67 % de la population générale avaient accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) dans la Région en 2015. La proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée est passée de 2 % en 2000 à 68 % en 2015. Outre la pulvérisation intradomiciliaire (PID), les interventions de lutte antivectorielle sont employées pour protéger environ 75 % des enfants de moins de cinq ans. De plus, la proportion des cas

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2015*. Genève, 2015.

² Organisation mondiale de la Santé. *Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015*. Genève, 2015.

³ Assemblée générale de l'ONU. 69^e session, points 13a et 115 de l'ordre du jour. Septembre 2015.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2014*. Genève, 2014.

⁵ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cabo Verde, Comores, Swaziland

⁶ Sachs J., Malaney P. *The economic and social burden of malaria*. Nature, 415, (6872), 680-5; 2002.

suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test de diagnostic avant le traitement est passée de 41 % en 2010 à 65 % en 2014¹.

6. Le financement des programmes est en augmentation. Le financement international de la lutte antipaludique est passé de moins de US \$100 millions à US \$1 640 millions en 2013^{1,7}. La Région africaine a reçu 72 % du financement mondial total du paludisme en 2013, contre 50 % en 2005. Les investissements dans la lutte contre le paludisme ont grimpé à un rythme annuel moyen de 22 % entre 2005 et 2013 dans la Région, alors que la progression était de 15 % dans toutes les autres Régions de l'OMS. Les investissements intérieurs ont également progressé à un rythme annuel de 4 % dans la Région, contre 2 % dans les autres Régions de l'OMS.

7. Le renforcement de la gestion des programmes nationaux, un engagement politique plus poussé, un partenariat et une coordination plus solides à l'échelle mondiale ont joué un rôle prépondérant dans les progrès accomplis. On peut évoquer à titre d'illustration le nombre de déclarations, de résolutions et d'appels de haut niveau formulés aux niveaux régional et mondial pour lutter contre le paludisme et assurer son élimination. On peut également citer, entre autres : la Déclaration d'Abuja (2000) sur l'initiative « Faire reculer le paludisme en Afrique » et le plan d'action connexe ; la Déclaration et le Cadre d'action d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ; et l'appel lancé en 2006 en faveur d'« une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme d'ici à 2010 ». Les engagements suivants ont aussi contribué à l'avancement de la lutte contre le paludisme : a) le Sommet extraordinaire des chefs d'État africains sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (2003) ; b) la résolution AFR/RC50/R6 du Comité régional visant à faire reculer le paludisme et le cadre de mise en œuvre ; c) la résolution AFR/RC59/R3 du Comité régional portant sur l'accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine ; d) l'appel lancé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011 pour l'intensification des efforts visant à contrôler la résistance émergente aux médicaments antipaludiques et aux insecticides ; et d) l'adoption des objectifs de développement durable par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015.

ENJEUX ET DÉFIS

8. La mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale dans la Région devra surmonter des obstacles majeurs, tels que : la faiblesse des systèmes de santé, qui ne favorise pas la lutte contre le paludisme et l'élimination de ce fléau ; les lacunes dans l'adoption des interventions disponibles ; le faible investissement par habitant dans les interventions de lutte contre le paludisme ; le risque de résistance aux médicaments et aux insecticides utilisés ; et les effets néfastes de la variabilité et du changement climatiques.

9. **La faiblesse des systèmes de santé, qui ne favorise pas la lutte contre le paludisme et l'élimination de ce fléau.** La faiblesse des systèmes de santé représente un risque majeur pour la lutte contre le paludisme et son élimination en Afrique. Les lacunes décelées portent sur l'approvisionnement en produits de base, la surveillance de la maladie, et les ressources humaines pour la santé. Ces faiblesses sont aggravées pendant les périodes marquées par l'instabilité politique, les changements climatiques extrêmes, les situations d'urgence sanitaire, tout comme les déplacements et la migration des populations. Ces situations submergent facilement les systèmes de santé déjà affaiblis et perturbent la prestation des services. Cette réalité a éclaté pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015,

⁷ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2014*. Genève, 2013.

une période au cours de laquelle les acquis de la lutte antipaludique ont été perdus dans les pays gravement touchés tels que le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée.

10. Les lacunes dans l'adoption des interventions disponibles. Il subsiste un écart important dans la couverture des interventions et des services. En 2014, un tiers des ménages en Afrique ne possédaient pas de moustiquaires imprégnées d'insecticide, tandis que seulement 29 % des ménages disposaient de suffisamment de moustiquaires pour protéger tous les membres de la famille. La communication pour un changement de comportement en faveur de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide doit être renforcée. En 2015, environ 41 millions d'enfants de moins de cinq ans sur les 163 millions dénombrés en Afrique subsaharienne (soit 25 % du total) n'avaient accès ni à une MII ni à la pulvérisation intradomiciliaire, et n'étaient donc pas protégés contre le paludisme. En outre, près de 38 % des cas suspects de paludisme n'ont pas subi un test de diagnostic¹. Par ailleurs, seules 17 % des femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) en 2014⁷.

11. Le faible investissement par habitant dans les interventions de lutte contre le paludisme. On peut attribuer l'accès limité aux interventions disponibles à un investissement par habitant fortuit et faible dans les interventions de lutte contre le paludisme. Même si le financement de la lutte contre paludisme en Afrique a bondi de 410 % entre 2005 et 2013, l'investissement annuel par personne à risque se limitait à US \$2 en 2013⁶. Ce montant représente moins de la moitié du financement moyen par habitant requis pour une application réussie de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme en Afrique. La situation financière est encore plus précaire à cause de l'insuffisance du financement national. Sur la base des estimations de coût effectuées dans la Stratégie technique mondiale et avec une population fixe à risque de paludisme s'établissant autour de 830 millions d'individus en 2013, le coût total de l'élimination du paludisme en Afrique à l'horizon 2030 se chiffre à US \$66 milliards. Autrement dit, l'investissement annuel par habitant qui est requis devrait augmenter de US \$3 en 2016 pour se situer à US \$7 en 2030 (ce qui correspond à une moyenne de US \$5 par an entre 2016 et 2030). Sur la période allant de 2005 à 2013, l'apport des gouvernements africains au financement total de la lutte antipaludique a stagné sous la barre de 10 %. On peut attribuer cette situation financière intenable au fait que la plupart des États Membres restent excessivement tributaires du financement extérieur.

12. L'augmentation de la résistance aux médicaments et aux insecticides, et l'absence de nouvelles technologies. La résistance aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) a été confirmée dans la vallée du Mékong en Asie du Sud-Est⁷. Le risque d'émergence de cette résistance en Afrique est aussi réel que l'apparition de la résistance à la chloroquine, qui se propage dans toute la Région après avoir été observée en Asie du Sud-Est. La circulation accrue de produits de qualité non garantie et celle de médicaments de qualité inférieure et contrefaits augmentent le risque de résistance dans les pays. Une hausse de la résistance aux insecticides disponibles a par ailleurs été enregistrée en Afrique et menace les programmes de lutte antivectorielle dans la Région.

13. La circulation accrue de produits de qualité douteuse et de médicaments de qualité inférieure et contrefaits dans les pays reste un obstacle majeur au contrôle et à l'élimination du paludisme. Au demeurant, cette situation favorise l'accroissement du risque de résistances.

14. Un manque de variété dans les interventions. Il existe malheureusement une gamme limitée de médicaments et d'insecticides efficaces sur le marché. En outre, les efforts d'élimination sont entravés par le manque de nouveaux outils tels que des tests de diagnostic de terrain capables de détecter de faibles niveaux d'infection. De même, il n'existe pas de nouveaux médicaments ni de vaccins capables de cibler efficacement les réservoirs de parasites chez les

personnes infectées asymptomatiques, les hypnozoïtes de *Plasmodium vivax*, les gamétocytes, ainsi que les différentes étapes du cycle de vie du moustique. Toutes ces insuffisances entravent les progrès vers l'élimination du paludisme en Afrique.

15. Le manque d'un vaccin contre le paludisme. En dépit de l'investissement dans la mise au point de vaccins contre le paludisme, les progrès réalisés restent insuffisants. Le vaccin le plus avancé contre le paludisme reste le RTS,S/AS01, qui a été développé pour combattre le *Plasmodium falciparum*. L'essai de phase 3 du RTS,S/AS01 cible des nourrissons et de jeunes enfants dans sept pays d'Afrique subsaharienne représentant une gamme de différents paramètres de transmission du paludisme. Chez les enfants qui ont reçu quatre doses, l'efficacité du vaccin dans la population âgée de 5 à 17 mois était de 39 % pour toutes les formes de paludisme et de 31,5 % pour le paludisme grave. Chez les enfants âgés de 6 à 12 semaines, le vaccin s'est avéré efficace à 27 % pour toutes les formes de paludisme, mais sans efficacité notable contre le paludisme grave⁷. L'Agence européenne des médicaments a émis à ce sujet un « avis scientifique européen » positif d'un point de vue réglementaire⁸. C'est dire que l'Agence européenne des médicaments peut faciliter l'accès au nouveau vaccin pour les personnes vivant en dehors de l'Union européenne. Cependant, le vaccin n'a pas été homologué, et les problèmes liés à sa mise en circulation comprennent sa faible efficacité, la faisabilité du schéma posologique, sa valeur en fonction du contexte et d'autres mesures de lutte contre le paludisme. Il reste par conséquent nécessaire de fournir des médicaments de haute qualité, sûrs et efficaces pour traiter le paludisme malgré le déploiement d'un vaccin antipaludique de première génération. Sur la base des données relatives à l'efficacité de l'essai de phase 3, l'OMS ne recommande pas d'administrer le vaccin RTS,S aux tout jeunes enfants (6-12 semaines), car le vaccin ne s'est pas avéré très efficace pour cette catégorie d'âge. L'OMS recommande de conduire des projets pilotes de mise en œuvre utilisant le schéma d'administration de quatre doses du vaccin RTS,S/AS01 dans trois à cinq contextes épidémiologiques différents en Afrique subsaharienne, au niveau infranational, dans les zones où la transmission va de modérée à élevée⁹.

16. Le changement climatique pose des menaces immédiates et à long terme pour la santé et la survie humaines dans le monde entier¹⁰. Les effets les plus néfastes du changement climatique se feront sentir en Afrique, où les conditions sociales, politiques, environnementales et économiques sont déjà fragiles, avec pour corollaire d'importantes vulnérabilités sanitaires pour de nombreuses communautés du continent. Le paludisme est une maladie sensible au climat, dont l'incidence mondiale et régionale et la saisonnalité sont liées étroitement à la température, à la pluviosité, à l'humidité et au développement socioéconomique¹¹. Le changement climatique devrait entraîner une hausse globale nette du risque de maladie.

CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE

Vision, objectifs, cibles et cibles intermédiaires

17. Le cadre régional vise à parvenir à une Région africaine exempte de paludisme. Les objectifs et les cibles intermédiaires du cadre sont résumés par objectif dans le tableau 1.

⁸ Agence européenne des médicaments. Rapport d'évaluation : Mosquirix™, 2015 (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2015/10/WC500194576.pdf). Consulté en mai 2016.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. « Note de synthèse : position de l'OMS à propos du vaccin antipaludique – janvier 2016 ». *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, Genève, 2016.

¹⁰ The Lancet. *A Commission on climate change*. Lancet (Londres, Angleterre) 373, 1659 (2009).

¹¹ Githeko, A.K., Lindsay, S. W., Confalonieri, U. E. & Patz, J. A. Climate change and vector-borne diseases: a regional analysis. *Bull. World Health Organization* 78, 1136–1147 (2000).

Tableau 1. Objectifs, cibles intermédiaires et cibles du cadre dans la Région africaine

| Objectifs | Cibles intermédiaires | | Cibles |
|---|--|--|--|
| | 2020 | 2025 | 2030 |
| Réduire les taux de mortalité liée au paludisme par rapport à 2015 | Au moins 40 % | Au moins 75 % | Au moins 90 % |
| Réduire l'incidence du paludisme par rapport à 2015 | Au moins 40 % | Au moins 75 % | Au moins 90 % |
| Éliminer le paludisme des pays où il y avait transmission en 2015 | Au moins 8 pays | Au moins 13 pays | Au moins 20 pays |
| Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts en Afrique | Réapparition évitée dans les pays exempts de paludisme | Réapparition évitée dans les pays exempts de paludisme | Réapparition évitée dans les pays exempts de paludisme |

Principes directeurs

18. Les principes ci-après guideront la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale dans la Région :

- a) **L'appropriation et la conduite par les pays avec l'implication et la participation des communautés, dans le cadre d'une approche multisectorielle.** Il s'agit de mobiliser d'autres secteurs et de coopérer avec eux dans la lutte contre le paludisme et en vue de son élimination.
- b) **L'équité dans l'accès aux services de santé.** Ce principe consiste à identifier les groupes de sous-populations et les communautés les plus susceptibles d'être touchés par le paludisme et à cibler ces groupes par des interventions et des services appropriés de lutte antipaludique. La planification, l'allocation des ressources et la mise en œuvre doivent s'adosser sur des mécanismes innovants pour pouvoir toucher les populations pauvres, hautement vulnérables, difficiles à atteindre, déplacées ou migrantes.
- c) **Un partenariat inclusif et coordonné.** Le ministère de la Santé doit jouer le rôle de chef de file pour assurer une meilleure harmonisation et un meilleur alignement des parties prenantes.
- d) **La collaboration avec les communautés économiques régionales.** Il s'agit d'intégrer l'élimination du paludisme dans le programme de développement de l'Afrique en prenant appui sur les plateformes politiques et économiques régionales.

Interventions et mesures prioritaires

19. Les actions prioritaires de la Stratégie technique mondiale sont définies autour de trois piliers et de deux éléments d'appui (qui sont décrits par le menu dans les annexes 1, 2 et 3).

- a) **Pilier 1. Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme.** Les composantes stratégiques sont les suivantes (détaillées dans l'annexe 3) :

- i) *La lutte antivectorielle de qualité garantie.* Cette composante suppose l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, le maintien d'une surveillance entomologique et d'un suivi adaptés, et la gestion de la résistance aux insecticides, tout comme la lutte contre la transmission résiduelle. En outre, il s'avère nécessaire de renforcer les capacités de lutte antivectorielle en se fondant sur des bases factuelles et de mener cette lutte dans le contexte de la gestion intégrée des vecteurs. En vue de maximaliser l'impact de la lutte contre les vecteurs du paludisme, il est évident que les pays doivent appliquer les principes de la lutte antivectorielle intégrée. La gestion intégrée des vecteurs est un processus rationnel de prise de décision afin d'assurer une utilisation optimale des ressources destinées à la lutte antivectorielle, le but étant d'éviter la transmission des maladies à transmission vectorielle. En outre, les pays devraient commander des études régulières sur la durabilité des moustiquaires imprégnées d'insecticide, en utilisant le protocole WHOPES.
 - ii) *La chimioprévention.* Elle consiste à développer le traitement préventif au sein des groupes de populations les plus vulnérables. Ce volet comprend le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), le traitement préventif intermittent chez les nourrissons (TPIIn) et la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS).
 - iii) *Les tests de diagnostic et le traitement.* Il s'agit de garantir un accès universel aux tests de diagnostic à tous les cas suspects de paludisme et de prodiguer un traitement de qualité à tous les patients. Il s'avère également nécessaire de généraliser les tests de diagnostic et les traitements dans la communauté et de surveiller l'innocuité et l'efficacité des médicaments antipaludiques tout en gérant la résistance à ces médicaments.
- b) **Pilier 2. Accélérer les efforts vers l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme.** Ce pilier porte sur la détection de chaque infection, la prise de mesures ciblées contre les parasites et les vecteurs en vue d'interrompre la transmission locale, l'élimination de tous les parasites chez l'homme, et la gestion du risque de réapparition imputable à l'importation. Il faut adopter des lois adaptées, renouveler l'engagement politique, approfondir la collaboration régionale et intensifier la coordination entre les organismes et les services publics, privés et communautaires.

Une gestion efficace de tous les cas de paludisme passe par la mise en place d'un système de notification centralisé pour la surveillance épidémiologique du paludisme, les données de lutte antivectorielle, les flambées épidémiques, la préparation et l'intervention. D'autres interventions peuvent inclure l'utilisation de médicaments bloquant la transmission dans des contextes de forte transmission et l'administration massive de médicaments dans des situations spécifiques recommandées par l'OMS. La prévention de la réapparition de la transmission locale du paludisme englobera l'application de mesures ciblées de lutte antivectorielle, la mise en œuvre d'une chimiothérapie bloquant la transmission dans les zones de faible transmission, la détection de toutes les infections, l'utilisation de médicaments pour réduire le réservoir de parasites, l'élaboration de stratégies spécifiques pour *Plasmodium vivax*, et l'utilisation de la surveillance comme intervention dans les programmes d'élimination.

- c) **Pilier 3. Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base dans les zones de forte et de faible transmission et dans les zones où l'on vise l'élimination du paludisme.** Des investissements importants dans les systèmes de collecte systématique d'informations permettront d'assurer la collecte des données nécessaires pour mieux appréhender les tendances de la maladie et les performances globales du programme. Il faut également élaborer des plans nationaux tenant compte de l'épidémiologie et de l'hétérogénéité du paludisme dans le pays.

- d) **Élément d'appui 1. Mettre à profit l'innovation et développer la recherche.** Cet élément d'appui comprend les nouveaux outils et approches de lutte antivectorielle, les nouveaux outils de tests diagnostiques permettant de détecter plus facilement la parasitémie faible, les nouveaux schémas thérapeutiques, les vaccins antipaludiques, tout comme les méthodes de surveillance.
- e) **Élément d'appui 2. Favoriser un environnement propice.** Les activités relatives à cet élément d'appui consistent à augmenter le financement international et national, à faire en sorte que le secteur de la santé puisse réagir avec force, et à renforcer les personnels de santé et le vivier d'experts du paludisme. Il s'agit également d'entreprendre un plaidoyer de haut niveau auprès des chefs d'État en faveur d'un engagement politique accru susceptible de donner lieu à un financement national suffisant de la lutte contre le paludisme et à l'élimination de ce fléau. Le financement innovant qui doit accroître le volume des ressources financières disponibles concerne, mais pas exclusivement, l'implication du secteur privé, le recours aux taxes nationales sur des produits tels que le tabac, l'alcool et les billets d'avion, sans oublier les « obligations paludisme » dans les pays. Les États Membres doivent aussi assurer la pérennité des interventions de lutte contre le paludisme et améliorer la gestion par les pouvoirs publics. Ils doivent en outre favoriser la collaboration transfrontalière des programmes de lutte antipaludique et renforcer la collaboration multisectorielle. Il importe d'encourager la participation du secteur privé, de même qu'une collaboration accrue avec les organisations non gouvernementales.

20. Phases du programme de lutte contre le paludisme. Afin d'adapter les interventions à l'épidémiologie actuelle du paludisme, quatre phases de programme spécifiques à la Région ont été adoptées :

- a) *Phase 1* : des programmes de lutte contre le paludisme caractérisés par une transmission intensive du paludisme, par un taux de prévalence élevé des parasites du paludisme (plus de 5 %) ou par un indice parasitaire annuel de cinq ou plus pour 1000 habitants¹² ;
- b) *Phase 2* : des programmes de préélimination caractérisés par une prévalence des parasites du paludisme de moins de 5 % à tous les âges ou par un indice parasitaire annuel de 2-4 pour 1000 habitants, et par une transmission focalisée et saisonnière ;
- c) *Phase 3* : des programmes d'élimination caractérisés par un nombre limité de cas ou par un indice parasitaire annuel de 1 ou moins pour 1000 habitants, et par une transmission hautement focalisée ; et
- d) *Phase 4* : des programmes visant à empêcher la réapparition de la transmission locale du paludisme, caractérisés par trois années consécutives sans enregistrer le moindre cas de paludisme et comprenant les pays qui ont déjà été déclarés exempts de paludisme par l'OMS, qui sont classés comme exempts de paludisme dans la classification de référence 2015, ou qui sont naturellement exempts de paludisme.

21. Interventions et mesures prioritaires des programmes de la phase de lutte contre le paludisme. Ces interventions et mesures consistent à :

- a) garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ;

¹² À condition que le taux annuel d'examen sanguins (ABER) soit supérieur à 10.

- b) faire de la surveillance du paludisme une intervention de base, moyennant une surveillance efficace du paludisme, le suivi et l'évaluation, tout comme le renforcement des systèmes et des capacités de prévision, de détection, de préparation et de riposte en cas d'épidémies ;
- c) mettre à profit l'innovation et développer la recherche par un soutien accru de la recherche et de l'innovation dans la lutte contre le paludisme, la mise au point et l'adoption de nouvelles technologies et de nouveaux outils, tout comme le développement et l'adoption de lignes directrices de l'OMS et d'outils adaptés.

22. Interventions et mesures prioritaires des programmes des phases de préélimination et d'élimination. Ces interventions et mesures consistent à :

- a) accélérer les efforts d'élimination du paludisme par l'adoption et la mise en œuvre de structures et de systèmes organisationnels adaptés. Des examens réguliers des programmes sont nécessaires à cet effet. Il convient aussi de mettre en place des comités d'élimination du paludisme, de décentraliser les systèmes de surveillance et d'intervention au niveau des districts, et de proposer des interventions de prise en charge de qualité dans les secteurs public et privé. Les programmes de lutte antivectorielle doivent par ailleurs être renforcés ;
- b) faire de la surveillance du paludisme une intervention de base, moyennant une surveillance efficace du paludisme, le suivi et l'évaluation, et le renforcement des systèmes et des capacités de prévision, de détection, de préparation et de riposte en cas d'épidémies ;
- c) créer un environnement favorable, moyennant le renforcement des systèmes pour une gestion efficace des programmes de lutte contre le paludisme et la collaboration transfrontalière avec les pays voisins.

23. Interventions et mesures prioritaires pour tous les programmes de lutte contre le paludisme. Ces interventions sont les suivantes :

- a) renforcer les plateformes de coordination et de planification existantes dans les pays ;
- b) renforcer les capacités humaines et financières du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine en mettant en place et en gérant une plateforme de responsabilisation sur les questions de lutte antipaludique. Cette plateforme comprendrait le groupe de travail pour la lutte contre le paludisme en Afrique (*Africa Malaria Taskforce*), un organe technique chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du cadre ;
- c) organiser chaque année l'*Africa Malaria Forum*, une plateforme de responsabilisation technique et financière mutuelle sur les engagements et les investissements vers un avenir sans paludisme maintenue par les États Membres et les partenaires ;
- d) charger le Comité d'élimination du paludisme de soutenir les pays concernés dans la préparation de l'élimination du paludisme. Il s'agit de préparer les documents nécessaires pour la certification de l'élimination, et d'informer l'*Africa Malaria Taskforce* de l'état de préparation à la certification de l'élimination du paludisme.

MESURES PROPOSÉES

24. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les interventions prioritaires et les mesures proposées dans le présent cadre.

ANNEXE 1. APERÇU DE LA STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME (SOURCE : STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DE L'OMS, 2016-2030)

| VISION – Un monde sans paludisme | | | |
|--|------------------------------|---------------------|---------------------|
| BUTS | CIBLES INTERMÉDIAIRES | | CIBLES |
| | 2020 | 2025 | 2030 |
| 1. Réduire les taux de mortalité liée au paludisme par rapport à 2015 | Au moins 40 % | Au moins 75 % | Au moins 90 % |
| 2. Réduire l'incidence du 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 |
| PRINCIPES | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays peuvent accélérer leurs efforts vers l'élimination au moyen de combinaisons d'interventions adaptées au contexte local • L'appropriation et la conduite par les pays, avec l'engagement et la participation des communautés, sont essentielles pour accélérer les progrès moyennant une approche multisectorielle • Une amélioration de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de la stratification en fonction de la charge de morbidité liée au paludisme est nécessaire pour optimiser la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique • L'équité d'accès aux services de santé, en particulier pour les populations les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre, est indispensable • L'innovation dans les outils et les approches de mise en œuvre permettra aux pays de maximiser leur progression sur la voie menant à l'élimination | | | |
| CADRE STRATÉGIQUE | | | |
| Il se compose de trois grands piliers, reposant eux-mêmes sur deux éléments d'appui : 1) l'innovation et la recherche, et 2) un environnement favorable solide | | | |
| Maximiser l'impact des outils qui sauvent des vies aujourd'hui | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pilier 1. Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme • Pilier 2. Accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut exempt de paludisme • Pilier 3. Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base | | | |
| Élément d'appui 1. Mettre à profit l'innovation et développer la recherche | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se servir de la recherche fondamentale pour stimuler l'innovation, et la mise au point d'outils nouveaux et améliorés • S'appuyer sur la recherche sur la mise en œuvre pour optimiser l'impact et le rapport coût-efficacité des outils et stratégies existants • Agir pour faciliter l'adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies | | | |

Élément d'appui 2. Favoriser un environnement propice

- Mobiliser des engagements politiques et financiers solides
- S'appuyer sur des approches multisectorielles et des collaborations transfrontalières et régionales
- Assurer la gestion de l'ensemble du système de santé, y compris le secteur privé, avec un appui solide en matière de recommandation ;
- Renforcer les capacités pour améliorer l'efficacité de la gestion des programmes et de la recherche.

ANNEXE 2. INDICATEURS DE PERFORMANCE, CIBLES INTERMÉDIAIRES ET CIBLES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME PAR PHASE DANS LA RÉGION AFRICAINE

| Catégories | Indicateurs | Phases du programme | | | | Suivi des progrès | | | |
|-----------------|---|---------------------|-----|---------------|-----|--|------|------|-------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) | Référence/cibles intermédiaires/cibles | | | |
| | | | | | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 |
| Impact | | | | | | | | | |
| Morbidité | Incidence parasitaire annuelle | X | X | X | - | 235 ² | <140 | <60 | <24 |
| Mortalité | Taux de mortalité liée au paludisme | X | X | X | - | 49 ² | <30 | <10 | <5 |
| Résultat | | | | | | | | | |
| | Proportion de la population qui a dormi sous des moustiquaires à imprégnation durable. | X | X | X (foyers) | - | 68 % | 80 % | 85 % | 100 % |
| | Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pendant la grossesse. | X | - | - | - | 7 % (2013) | 80 % | 85 % | 100 % |
| | Proportion des cas suspects ayant bénéficié d'un test de diagnostic. | X | X | X | X | 62 % (2013) | 90 % | 95 % | 100 % |
| | Proportion de pays dotés d'une base de données (référentiel) contenant des informations à jour couvrant tous les domaines ¹³ . | X | XX | XX | XX | | 60 % | 80 % | 100 % |
| | Pourcentage de rapports d'établissements de santé attendus qui ont été reçus en complet (avec les indicateurs de base) ¹⁴ . | X | X | X | X | | 80 % | 90 % | 100 % |
| | Proportion de foyers étudiés. | - | X | X | X | | 90 % | 95 % | 100 % |
| | Proportion de cas ayant fait l'objet d'investigation et classés. | | X | X | X | | 90 % | 95 % | 100 % |

Légende : X = applicable ; XX = plus applicable

¹³ Surveillance entomologique, interventions, résultats de l'enquête, assurance qualité, financement, ressources humaines, liste générale des établissements de santé, population, météorologie, etc.

¹⁴ Avec le nombre de cas de paludisme ambulatoire, de patients hospitalisés, et de décès signalés au niveau national.

ANNEXE 3. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DANS LA REGION : INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR OBJECTIFS, PILIERS ET PHASES DU PROGRAMME

| INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR OBJECTIFS, PILIERS ET PHASES DU PROGRAMME | PHASES DU PROGRAMME | | | |
|--|---------------------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | Lutte | Préélimination | Élimination | Prévention de la réapparition |
| Objectif 1 : réduire d'au moins 90 % les taux de mortalité liée au paludisme d'ici 2030. | | | | |
| Objectif 2 : réduire d'au moins 90 % l'incidence du paludisme en Afrique. | | | | |
| <i>Pilier 1. Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme</i> | | | | |
| - Renforcer les systèmes pour une prestation efficace des services de lutte antivectorielle : a) accès et couverture universelle des moustiquaires à imprégnation durable de haute qualité pour toutes les personnes à risque ; b) couverture universelle avec une pulvérisation intradomiciliaire de haute qualité dans toutes les zones ciblées et pour toutes les personnes à risque ; c) gestion des gîtes larvaires, y compris les traitements larvicides, la gestion et la manipulation environnementales en complément des moustiquaires à imprégnation durable et de la pulvérisation intradomiciliaire ; et d) surveillance entomologique et suivi et gestion de la résistance aux insecticides. | X | X | | |
| - Renforcer les systèmes pour une prestation efficace des services de diagnostic et de traitement du paludisme en élargissant l'accès aux points de prestation des services : a) des agents de santé formés convenablement équipés pour fournir des services de diagnostic et de traitement du paludisme, y compris le déploiement des agents de santé communautaires ou des agents de vulgarisation sanitaire ; b) l'accès à des outils de diagnostic et aux médicaments de qualité pour effectuer des tests de diagnostic appropriés pour tous les cas suspects de paludisme et traiter tous les cas positifs avec des médicaments antipaludéens appropriés et efficaces ; c) la surveillance et l'endiguement de la résistance à l'artémisinine ; et d) le suivi et l'amélioration de la qualité des services de traitement du paludisme. | X | X | | |
| - Renforcer les systèmes pour une chimioprévention efficace pour tous les groupes de population ciblés : a) une couverture universelle avec le TPIg ; b) une couverture universelle avec le TPIIn ; c) une couverture universelle avec la CPS ; et d) une couverture universelle avec d'autres innovations de chimioprévention, y compris les vaccins antipaludiques s'ils sont disponibles. | X | X | | |
| - Renforcer les systèmes pour une prestation efficace de services de communication pour le changement de comportement : a) des études socioculturelles et comportementales pour éclairer la conception de stratégies adaptées au niveau local ; b) une couverture universelle avec des stratégies et des outils d'IEC (information, éducation, communication) et de CCC (communication pour un changement de comportements) de qualité spécifiques à la culture et factuels ; et c) le suivi de l'impact des activités d'IEC et de CCC en mettant l'accent sur l'adoption des services de lutte antivectorielle, de chimioprévention, de diagnostic et de traitement comme mesure indirecte de l'impact des services d'IEC et de CCC. | X | X | | |
| - Renforcer les mécanismes pour un soutien accru de la recherche opérationnelle relative à la planification et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme et l'innovation : a) la formation et l'opérationnalisation de la plateforme (ou d'un groupe de travail technique) pour la collaboration entre les institutions de recherche et les programmes de lutte contre le paludisme ; b) l'établissement d'un programme de recherche opérationnelle, le financement et le renforcement des capacités ; et c) la recherche sur les forums stratégiques visant à partager des données probantes pour orienter les politiques et les stratégies des programmes nationaux de lutte contre le paludisme. | X | X | | |
| - Cibler et intensifier l'accès et la couverture des interventions de lutte contre le paludisme grâce à la participation communautaire afin de permettre aux communautés et aux groupes de population de prendre en charge les activités de lutte contre le paludisme en tant qu'initiative de développement communautaire : a) le plaidoyer auprès des communautés ciblées et des groupes de | | X | X | X |

| INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR OBJECTIFS, PILIERS ET PHASES DU PROGRAMME | PHASES DU PROGRAMME | | | |
|--|---------------------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | Lutte | Préélimination | Élimination | Prévention de la réapparition |
| population ; et b) le renforcement des capacités pour une participation communautaire accrue dans les communautés et les groupes de population ciblés. | | | | |
| - Renforcer ou institutionnaliser la stratification de la charge du paludisme pour mieux cibler les interventions en vue d'une meilleure incidence dans les districts ou les localités à charge palustre relativement élevée à l'aide de paramètres épidémiologiques normalisés (incidence, surveillance entomologique, facteurs socioéconomiques, etc.) : a) le renforcement des capacités au niveau du pays et des districts pour garantir l'impact ; et b) le suivi de l'impact et son adaptation du ciblage des interventions en fonction des résultats du suivi. | | X | X | X |
| <i>Pilier 3. Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base</i> | | | | |
| - Renforcer les systèmes pour une surveillance, un suivi et une évaluation efficaces du paludisme : a) le suivi des résultats des services de diagnostic et de traitement du paludisme au moyen de documents appropriés et communication des résultats des tests sur le paludisme et l'aboutissement des cas ; b) le renforcement des capacités dans l'utilisation des données de surveillance du paludisme de qualité pour identifier les zones sensibles et plus précisément pour les cibler avec des interventions (qui permettront d'en savoir plus sur la situation du paludisme pour prendre des décisions visant à réduire davantage la charge du paludisme) ; c) le suivi de la qualité et la surveillance de l'impact des interventions de lutte antivectorielle ; et d) le suivi et l'évaluation de la performance du programme. | X | XX | X | X |
| - Renforcer ou développer des systèmes et des capacités pour la prévision, la détection, la préparation et la riposte en cas d'épidémie, par : a) la planification de la préparation et de la riposte aux épidémies de paludisme ; b) la surveillance de la distribution spatiale et temporelle des cas, y compris la mise au point et le déploiement d'outils de suivi de l'épidémie ; c) l'étude épidémiologique et entomologique de tous les cas afin de prendre des mesures adaptées ; d) le prépositionnement et le financement des stocks de médicaments d'urgence pour la riposte contre le paludisme ; e) la définition de mécanismes de coordination des parties prenantes ; et f) la mise en œuvre d'interventions appropriées, y compris des PID et des AMM ciblées. | X | X | XX | X |
| <i>Élément d'appui 1. Mettre à profit l'innovation et développer la recherche</i> | | | | |
| - Renforcer les mécanismes pour un meilleur soutien de la recherche et de l'innovation dans les programmes de lutte contre le paludisme, par : a) la définition des mécanismes de collaboration pour mettre à profit l'innovation et étendre la capacité de recherche pour les programmes nationaux de lutte contre le paludisme ; b) la recherche et le développement de nouvelles technologies et de nouveaux outils (lutte antivectorielle, tests de diagnostic et traitement, vaccins antipaludiques). | X | X | X | X |
| - Renforcer les systèmes pour le développement et l'adoption de nouvelles technologies et de nouveaux outils, par : a) le renforcement des capacités des autorités nationales de réglementation et la sensibilisation pour accélérer l'enregistrement et l'homologation des nouvelles technologies, y compris la promotion des politiques et la formation à l'adoption de nouvelles technologies ; b) le suivi et l'évaluation de l'adoption et de l'impact des nouvelles technologies ; et c) le partenariat public-privé pour un transfert de technologies Nord-Sud et la fabrication de nouvelles technologies et de nouveaux outils sur le plan local. | X | X | | |
| - Développer des lignes directrices et des outils appropriés et les mettre à profit, par : a) l'actualisation des lignes directrices et des outils techniques existants ; et b) le développement de nouvelles lignes directrices et de nouveaux outils selon les besoins. | | | X | |
| <i>Élément d'appui 2. Favoriser un environnement propice</i> | | | | |
| - Renforcer les systèmes pour une gestion efficace du programme de lutte contre le paludisme, par : a) le renforcement des capacités des ressources humaines et des infrastructures à tous les niveaux ; b) la gestion des achats et de l'approvisionnement ; c) la participation multisectorielle et communautaire ; d) le financement du programme de lutte contre le paludisme à l'échelle nationale et internationale ; et e) l'examen, la planification et la coordination des programmes, et la responsabilisation. | XX | X | X | XXX |
| - Renforcer les systèmes pour une collaboration transfrontalière avec les pays voisins, par : a) la mise en place d'un environnement | X | X | XX | XXXX |

| INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR OBJECTIFS, PILIERS ET PHASES DU PROGRAMME | PHASES DU PROGRAMME | | | |
|---|---------------------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | Lutte | Préélimination | Élimination | Prévention de la réapparition |
| politique, de gestion et logistique convenable et de politiques harmonisées ; b) la définition des mécanismes de coordination entre les districts frontaliers ; c) le déploiement des services de santé dans les districts frontaliers et suivre le flux de patients ; et d) l'établissement des profils du paludisme dans tous les districts frontaliers ; e) la surveillance du paludisme et la définition de stratégies de lutte et d'élimination pour les ports d'entrée. | | | | |
| Objectif 3. Éliminer le paludisme dans au moins 20 pays d'Afrique où il y avait transmission en 2015 | | | | |
| Pilier 2. Accélérer les efforts visant l'élimination du paludisme | | | | |
| - Adopter et mettre en œuvre des structures et des systèmes appropriés pour les programmes d'élimination, par : a) la décentralisation et le déploiement des équipes opérationnelles de terrain au niveau des districts (équipes de district pour l'élimination du paludisme, équipe de surveillance et de riposte complète dans chaque district) ; b) l'actualisation des politiques et des lignes directrices ; c) l'adoption de lois sur l'élimination du paludisme ; et d) le renforcement des capacités des ressources humaines et le financement de l'élimination du paludisme à tous les niveaux. | | | XX | X |
| - Renforcer les systèmes pour des examens réguliers du programme, et mettre en place un comité d'experts de l'élimination du paludisme en Afrique ¹⁵ , moyennant : a) des études de faisabilité sur l'élimination du paludisme en utilisant des cadres et des outils convenus ; b) des vérifications annuelles de la qualité des données sur l'élimination ; c) des réunions annuelles d'examen et de planification et des réorientations de programmes fondées sur des données probantes ; et d) le développement de bases de données par la collecte et la conservation des informations relatives à l'élimination du paludisme. | | | X | X |
| - Interrompre la transmission locale en décentralisant et en opérationnalisant les systèmes de surveillance et de riposte, en utilisant des moyens tels que : a) la notification complète de tous les cas (locaux et importés) dans les établissements de santé publics et privés ; b) l'investigation sur le terrain de tous les cas notifiés, y compris le dépistage de toutes les personnes autour de chaque cas indicateur et la détection et la cartographie de tous les sites de reproduction des vecteurs dans le rayon défini ; c) la détermination des facteurs de risque ou des vecteurs de transmission associés à chaque cas indicateur ; d) la mise en œuvre des activités de riposte, y compris le traitement de toutes les personnes positives pour le parasite, et la mise en œuvre d'interventions de lutte antivectorielle appropriées, notamment la gestion des sites de reproduction et la mise en place d'interventions de protection individuelle et d'activités d'IEC et de CCC ; et e) la reconnaissance de chacun des foyers de transmission après la riposte. | | | X | XX |
| - Renforcer les systèmes pour la prestation d'interventions de prise en charge optimale des cas dans les secteurs public et privé dans les milieux où l'on vise l'élimination du paludisme, par : a) le test de tous les cas de fièvre au moyen d'outils de diagnostic de qualité ; b) le traitement de tous les cas et mettre en œuvre des traitements gamétocytocides pour <i>Plasmodium falciparum</i> et assurer une guérison radicale du <i>Plasmodium vivax</i> ; c) le suivi de l'efficacité thérapeutique ; d) la mise en œuvre d'une chimioprophylaxie pour les populations ciblées ; et e) l'optimisation du dépistage et du traitement. | | X | XX | XXX |
| - Renforcer le programme de lutte antivectorielle pour réduire le contact humain-vecteur et la capacité vectorielle des vecteurs locaux dans les milieux où l'on vise l'élimination du paludisme, moyennant : a) la reconnaissance géographique dans tous les foyers actifs ; b) le renforcement des capacités pour la mise en œuvre ciblée des interventions de lutte antivectorielle ; c) la couverture efficace avec les moustiquaires à imprégnation durable ou la pulvérisation intradomiciliaire dans les foyers de | | | XX | XXX |

¹⁵ Les attributions du comité d'experts dans l'élimination du paludisme en Afrique sont : surveiller régulièrement les progrès de la mise en œuvre et adapter les cibles et les cibles intermédiaires à nos capacités qui, nous l'espérons, se renforceront au fil du temps ; procéder à des vérifications et à des suivis annuels indépendants des systèmes d'élimination des pays ; appuyer les pays dans la préparation des documents relatifs à la certification de l'élimination ; conseiller l'*Africa Malaria Taskforce* et les pays concernés sur la préparation à la certification de l'élimination du paludisme.

| INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR OBJECTIFS, PILIERS ET PHASES DU PROGRAMME | PHASES DU PROGRAMME | | | |
|---|---------------------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | Lutte | Préélimination | Élimination | Prévention de la réapparition |
| transmission ; d) la gestion des gîtes larvaires, y compris des initiatives de gestion de l'environnement, le cas échéant ; e) la protection individuelle pour compléter la pulvérisation intradomiciliaire, les moustiquaires à imprégnation durable et la gestion des gîtes larvaires ; et e) le suivi et la gestion de la résistance aux insecticides. | | | | |
| - Atténuer la vulnérabilité et la réceptivité dans les zones à risque de paludisme : a) l'évaluation et la cartographie régulières de la réceptivité et de la vulnérabilité ; et b) l'atténuation et la gestion de la réceptivité et de la vulnérabilité. | | | X | XXX |
| Objectif 4. Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts | | | | |
| - Maintenir le statut de pays exempt de paludisme, moyennant : a) le maintien des capacités appropriées pour détecter et faire face aux réintroductions ; et b) la conduite d'un audit externe, indépendant et semestriel des systèmes d'élimination et le renforcement des systèmes d'élimination aux fins de certification de l'élimination du paludisme par l'OMS. | | | | XXX |
| - Mettre en place des capacités appropriées pour maintenir le statut de pays exempt de paludisme : a) par l'investigation sur tous les cas et la collaboration transfrontalière ; et b) par des interventions appropriées telles que des PID et des AMM ciblées. | | | | XXX |

Légende : X = applicable ; XX = plus applicable ; XXX = très applicable.