



Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020

Introduction

1. La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 a été mise au point suite à une consultation exhaustive incluant tous les pays. Elle a été adoptée par les États Membres lors de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 (WHA68.2). En vue d'appliquer la Stratégie technique mondiale dans la Région de la Méditerranée orientale sur la période 2016-2020, le Bureau régional a élaboré un plan d'action régional sur le paludisme, en consultation avec les États Membres. Ce plan d'action a été approuvé lors de la soixante-deuxième session du Comité régional, dans la résolution EM/RC62/R.1 (2015), dans laquelle le Comité priait le Directeur régional de lui soumettre tous les deux ans un rapport de situation sur la mise en œuvre du plan d'action.

2. Les cibles et l'approche du plan d'action régional, en particulier son troisième objectif qui vise à mettre fin à l'épidémie de paludisme d'ici 2030, sont en accord avec le Programme de développement durable des Nations Unies. L'élimination du paludisme apparaît clairement comme l'une des priorités majeures de la Région dans le plan d'action. En 2008, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté, lors de sa cinquante-cinquième session, la résolution EM/RC55/R.9, dans laquelle il invitait instamment les États Membres ayant obtenu l'élimination du paludisme ou qui étaient proches de cet objectif à maintenir les systèmes de vigilance et de surveillance étroite pour prévenir la réintroduction de la transmission et à établir/renforcer des mécanismes de collaboration fonctionnels pour soutenir les efforts d'élimination dans les pays où la charge du paludisme reste élevée, y compris la fourniture de ressources financières et humaines.

3. Le plan d'action définit des objectifs spécifiques pour les trois groupes de pays de la Région : ceux où le paludisme est endémique, ceux où la transmission autochtone est limitée, et ceux exempts de transmission autochtone. Les principales approches à appliquer pour assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions contre le paludisme y sont identifiées, chacune avec des objectifs assortis de délais et des indicateurs spécifiques. Un plan détaillé pour la mise en œuvre de la stratégie sur la période 2016-2020 y figure également.

4. Le présent rapport récapitule la situation actuelle et les progrès accomplis par les pays dans la mise en œuvre du plan d'action régional, ainsi que les défis encore à relever et la voie à suivre pour atteindre les objectifs régionaux.

Situation et progrès

5. Dans la Région, plus de 290 millions d'individus sont susceptibles d'être exposés au paludisme. Le paludisme est endémique dans huit pays et a la charge de morbidité rapportée la plus lourde parmi les maladies à transmission vectorielle qui sévissent dans la Région.

6. En 2015, un total de 5,4 millions de cas de paludisme, dont 18,5 % ont été confirmés par analyse parasitologique, ont été notifiés dans les pays de la Région. La même année, on dénombrait 1010 décès liés au paludisme notifiés, plus de 86 % étant survenus au Soudan. Pour l'année 2015, l'OMS estime à 3,8 millions (fourchette : 2,4-7,5 millions) les cas de paludisme dans la Région et à 7300 (fourchette : 900-14 600) le nombre de décès dus à cette maladie. Des progrès considérables ont été accomplis sur la période 2000-2015, avec une baisse de près de 70 % de l'incidence estimée du paludisme, malgré un taux de réduction plus faible depuis 2010. D'après les

dernières estimations de l’OMS, l’incidence du paludisme a chuté de 11 % entre 2010 et 2015 dans la Région, un résultat qui reste en deçà de la moyenne mondiale (21 %).

7. Six pays (l’Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) cumulent plus de 98 % des cas confirmés dans la Région, la majorité des cas survenant au Soudan (59 %) et au Pakistan (21 %). Sur la période 2014-2017, les retards dans certains de ces pays ont conduit à une augmentation des cas dans certaines zones, sous forme de flambées épidémiques.

8. L’Arabie saoudite et la République islamique d’Iran sont au stade de l’élimination du paludisme et font partie des 21 pays du monde qui visent son élimination d’ici 2020. En 2016, seuls 91 cas de paludisme autochtones ont été signalés en République islamique d’Iran, parmi lesquels 10 seulement étaient des cas autochtones de paludisme à *falciparum*. Le programme de lutte contre le paludisme en Arabie saoudite a réalisé d’importants progrès depuis le déploiement de la stratégie d’élimination, avec seulement 34 cas autochtones en 2013. Toutefois, le nombre de cas autochtones est passé de 83 en 2015 à 272 en 2016, principalement en raison de l’augmentation des mouvements de population et des difficultés à accéder aux régions frontalières du Yémen.

9. Quatorze pays de la Région ont totalement éliminé la transmission locale du paludisme et en sont désormais au stade de la prévention de sa réapparition. La plupart des cas importés dans la région proviennent de pays d’Afrique subsaharienne ou du sous-continent indien.

10. Les pays d’endémie palustre ont accès à des médicaments de qualité et le recours aux tests de diagnostic rapide a fortement augmenté ces dernières années. Toutefois, les objectifs de couverture universelle pour la confirmation par l’analyse parasitologique (pour tous les cas suspects) et de traitement par des médicaments de qualité (pour tous les cas) n’ont pas encore été atteints. Au Pakistan, seuls 5 % des cas signalés en 2015 ont été confirmés. Ce chiffre atteignait 53 % et 72 % en Somalie et au Yémen, respectivement. En Afghanistan, il est passé de 28 % en 2015 à 50 % en 2016. Le pourcentage de cas de paludisme pour lesquels un traitement antipaludique de première intention a été mis en route, conformément à la politique nationale, s’élève à 80 % en Afghanistan, 58 % au Pakistan, 50 % au Soudan et 71 % en Somalie. La couverture des interventions de lutte antivectorielle a augmenté mais reste inégale entre les pays. Le Soudan a déclaré la couverture par moustiquaires imprégnées d’insecticide à effet rémanent totale et opérationnelle dans la plupart des États début 2017.

11. Les pays d’endémie éligibles au Fonds mondial ont élaboré des notes conceptuelles qui ont été soumises pour le nouveau cycle de financement (2018-2020). Les fonds alloués pour ce nouveau cycle aux pays d’endémie palustre dans la Région dépassent les 200 millions de dollars US. Cependant, compte tenu des efforts supplémentaires qui s’imposent face à la situation actuelle, en particulier en Afghanistan, en Somalie et au Yémen, d’autres mesures doivent être prises pour mobiliser des ressources, aussi bien de sources intérieures qu’extérieures.

12. Suite à l’adoption du plan d’action régional par le Comité régional en 2015, un cadre stratégique régional pour la gestion intégrée des vecteurs sur la période 2016-2020 a été mis au point selon une approche transversale et a été approuvé lors de la soixante-troisième session du Comité régional en octobre 2016. L’OMS a fourni un appui technique et logistique aux pays pour renforcer la gestion intégrée des vecteurs, d’une part dans le cadre de la riposte régionale à l’éventuelle importation du virus Zika, d’autre part en lien avec la surveillance entomologique et le suivi de la résistance aux insecticides. Le cadre d’action régional pour une gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique a été mis à jour.

13. Les pays de la Région ont été épaulés dans la mise à jour de leur stratégie nationale en accord avec la Stratégie technique mondiale et la première étape de la cartographie régionale des risques de paludisme à l’échelle des districts a été achevée. Le Bureau régional a maintenu son soutien aux réseaux régionaux de surveillance et de riposte à la résistance aux antipaludiques, ainsi qu’à la mise à jour des politiques nationales de traitement, dans les cas où cela était nécessaire. En vue de renforcer l’assurance-qualité des diagnostics parasitologiques, une première évaluation externe de la

microscopie du paludisme au niveau régional a été menée pour les responsables des services d'examen microscopique dans les pays.

14. En vue de renforcer les capacités en matière de ressources humaines, le Bureau régional a mené plusieurs activités de formation pour mettre à niveau les connaissances et les compétences du personnel national. Le manque de personnel qualifié est flagrant et s'observe à tous les niveaux, en particulier dans les pays où le système de santé est décentralisé.

15. Les rapports nationaux de surveillance du paludisme issus des pays de la Région ont été recueillis à travers une plateforme en ligne nouvellement mise au point, utilisant le système DHIS2. Les données collectées ont servi à l'élaboration du Rapport mondial sur le paludisme. Les bases de données régionales sur le paludisme et sur la résistance aux insecticides ont été mises à jour. Avec le soutien technique et financier du Bureau régional, l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan ont mis en place une surveillance de l'efficacité des médicaments.

Défis

16. Les pays d'endémie palustre n'ont toujours pas atteint l'objectif d'une couverture universelle des interventions essentielles, ce qui a freiné les progrès et même conduit, dans certaines situations, à des échecs et à une augmentation du nombre de cas. Les principaux défis à relever sont énumérés ci-après.

17. Les pays où le paludisme est endémique dépendent en grande partie des ressources externes. Dans certains pays, les ressources nationales allouées ont diminué.

18. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans les pays à forte charge souffrent du manque de personnel technique qualifié causé par la pénurie de moyens, la migration des personnels, les réformes structurelles et les changements fréquents dans la direction du programme.

19. La surveillance du paludisme et les capacités de diagnostic par analyse parasitologique sont insuffisants dans la plupart des pays d'endémie palustre. Les systèmes d'information sanitaire dans les pays à forte charge ne sont actuellement pas en mesure de fournir des informations adéquates pour permettre une évaluation précise des besoins sanitaires et pour surveiller la mise en oeuvre.

20. Le manque de réglementation dans le secteur privé pose un problème majeur dans certains pays, créant de graves lacunes dans la qualité et la couverture de la prise en charge des cas de paludisme.

21. En raison de l'insécurité, les interventions de lutte contre le paludisme, en particulier la lutte antivectorielle et les activités de surveillance, ont été retardées ou annulées dans l'ensemble des régions ciblées en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen. Davantage de travail doit être réalisé pour mettre à jour la stratégie afin d'assurer la poursuite des interventions de lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes. Les mouvements de population rendent difficile l'accès aux soins de santé pour les populations touchées et détournent des ressources vitales pour le développement d'un système de santé viable.

22. Les pays exempts de paludisme sont exposés à une réémergence de la maladie due aux migrations, notamment en provenance des pays d'Afrique subsaharienne et du sous-continent indien.

23. La présence de l'OMS dans les pays les plus fortement touchés n'est pas suffisante pour combler les besoins en soutien technique.

Orientations futures

24. Un engagement politique ferme et l'allocation de fonds suffisants dans tous les pays, en particulier ceux où le paludisme est endémique, est crucial pour atteindre les objectifs des stratégies régionale et mondiale. Le plaidoyer en faveur d'une mobilisation des ressources, principalement auprès des bailleurs de fonds régionaux, est une priorité pour mener à bien les programmes de lutte contre

toutes les maladies transmissibles, y compris le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle.

25. Les pays, en particulier ceux d'endémie palustre, doivent s'engager sur la voie de la lutte contre les maladies à transmission vectorielle en suivant l'approche de la gestion intégrée des vecteurs conformément au cadre stratégique régional pour la gestion intégrée des vecteurs sur la période 2016-2020.

26. Les États Membres doivent mettre à jour et déployer leur stratégie nationale d'élimination du paludisme en recourant à une approche par district. Les programmes devront tenir compte du stade auquel se situe chaque district par rapport à l'élimination en s'appuyant sur les exercices de cartographie des risques en cours mis en place par le Bureau régional. Quatre États du Nord du Soudan, le nord-est et le nord-ouest de la Somalie, Djibouti, le nord de l'Afghanistan (paludisme à falciparum) et la province pakistanaise du Pendjab sont ciblés pour l'application de la stratégie d'élimination au moyen d'une approche par district.

27. La réussite de l'élimination du paludisme nécessite l'entière adhésion à tous les niveaux, en particulier au niveau infranational, et de solides capacités en matière de ressources humaines. Des approches innovantes sont nécessaires pour renforcer les capacités dans les principaux domaines d'intervention afin de combler les lacunes actuelles dans les six pays prioritaires.

28. L'intégration de la stratégie dans les systèmes de santé, une forte participation des communautés et des partenariats interactifs entre les secteurs public et privé sont indispensables pour s'engager de façon sûre vers l'élimination du paludisme.

29. La surveillance du paludisme (y compris la surveillance de la résistance aux antipaludiques, la surveillance entomologique et le suivi de la résistance aux insecticides) doit être considérée comme l'un des piliers de la Stratégie mondiale, avec un renforcement et un soutien financier en conséquence. L'OMS soutiendra l'intégration de la surveillance du paludisme dans les systèmes nationaux de surveillance utilisant les nouvelles technologies disponibles, notamment le DHIS2, en vue de passer à une surveillance fondée sur les cas dans les Régions ciblées par la mise en œuvre de la stratégie d'élimination.

30. Le renforcement de la coordination transfrontalière entre les pays d'endémie pour protéger les populations vivant dans les régions frontalières ainsi qu'entre les pays d'endémie et les pays exempts de paludisme pour prévenir la résurgence de la transmission sera crucial. Le Bureau régional continuera à soutenir la coordination transfrontalière en utilisant des mécanismes et des réseaux existants, tels que le RSTACA (Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique) et le réseau PIAM-net (Pakistan, République islamique d'Iran et Afghanistan).

31. Toutes les parties prenantes, y compris l'OMS et les États Membres, doivent continuer à soutenir la recherche dans tous les aspects de la lutte et de l'élimination du paludisme, en mettant la priorité sur la recherche opérationnelle, afin d'adapter les stratégies recommandées en fonction des conditions programmatiques et épidémiologiques locales.

32. Compte tenu du nombre croissant de mouvements migratoires dans la Région, les pays exempts de paludisme devront accroître leur vigilance et mettre au point puis appliquer une stratégie pour prévenir la réémergence de la transmission locale du paludisme.

33. L'OMS appuiera les pays exempts dans le processus de certification de l'état d'absence du paludisme. Les pays mettant en œuvre la stratégie d'élimination seront épaulés lors de la validation de l'élimination du paludisme au niveau infranational, pour se préparer en vue de la certification de l'état d'absence du paludisme.

34. Le personnel de l'OMS sur le terrain est indispensable pour fournir l'appui technique nécessaire à l'échelle nationale et infranationale dans les pays prioritaires.