



## **Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011<sup>1</sup>**

**Vision d'avenir: Un monde sans paludisme.**

### **Objectifs, cibles et jalons**

**Objectif 1. Réduire la mortalité mondiale due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro<sup>2</sup> d'ici la fin de 2015**

**Cible 1.1 Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public**

D'ici la fin de 2013, 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

Jalon: aucun, étant donné que l'objectif doit être atteint d'ici 2013.

**Cible 1.2 Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur privé, ou l'orientation appropriée vers des services spécialisés**

D'ici la fin de 2015, 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

Jalon: d'ici la fin de 2013, dans les pays endémiques, 50 % des personnes réclamant un traitement pour des symptômes associés au paludisme dans le secteur privé déclarent avoir fait l'objet d'une analyse diagnostique, et 100 % des cas avérés déclarent avoir été traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

**Cible 1.3 Atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire (CCM)-des cas de paludisme**

D'ici la fin de 2015, dans les pays où la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, 100 % des cas de fièvre (suspicion de paludisme) doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et 100 % des cas avérés de paludisme sans complications doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces. Par ailleurs, 100 % des suspicions et cas avérés sévères doivent être traités de manière adéquate dans des structures spécialisées.

Jalon 1: d'ici la fin de 2012, tous les pays dans lesquels la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, doivent adopter des politiques encourageant la CCM (comprenant l'utilisation d'analyses diagnostiques et de traitements efficaces).

Jalon 2: d'ici la fin de 2013, dans tous les pays où la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, 80 % des cas de fièvre doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et 80 % des cas avérés de paludisme doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

---

<sup>1</sup> Le Conseil d'administration du Partenariat pour faire reculer le paludisme a approuvé ce document le 12 juin 2011, sur la base des recommandations de son Groupe d'action sur les priorités et cibles au-delà de 2011.

<sup>2</sup> Dans les régions où les établissements de santé publique sont à même de pratiquer un examen parasitologique chez tous les patients présentant une suspicion de paludisme, le résultat « proche de zéro » en ce qui concerne la mortalité due au paludisme est défini ainsi : un maximum de 1 décès dû au paludisme sur 100 000 personnes à risque.

## **Objectif 2. Réduire de 75 % (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici la fin de 2015**

### **Cible 2.1 Atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation<sup>3</sup>.**

D'ici la fin de 2013, dans les pays où l'accès et l'utilisation universels des mesures de prévention n'ont pas encore été mis en place, l'accès et l'utilisation doivent atteindre 100 % parmi toutes les populations à risque, au moyen d'interventions adaptées au contexte.

Jalon: aucun, étant donné que l'objectif doit être atteint d'ici 2013.

### **Cible 2.2 Maintenir l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation<sup>3</sup>.**

D'ici 2015 et au-delà, tous les pays doivent maintenir l'accès et l'utilisation universels en mettant en œuvre un ensemble adapté d'interventions préventives.

Jalon: entre 2013 et jusqu'à 2015, l'accès et l'utilisation universels des interventions préventives adaptées doivent être maintenus dans tous les pays.

### **Cible 2.3 Accélérer le développement des systèmes de surveillance.**

D'ici la fin de 2015, tous les districts doivent être en mesure de produire des données mensuelles en ce qui concerne les cas suspectés de paludisme, le nombre de cas faisant l'objet d'une analyse diagnostique et le nombre de cas avérés dans tous les établissements médicaux publics, ou bien dans un groupe d'établissements représentatifs.

Jalon: d'ici la fin de 2013, 50 % des pays endémiques doivent avoir atteint l'objectif fixé pour 2015.

## **Objectif 3. Éliminer le paludisme d'ici la fin de 2015 dans 10 pays supplémentaires (par rapport à 2008) et dans la Région européenne de l'OMS**

Jalon: d'ici la fin de 2013, le paludisme doit être éliminé dans trois pays supplémentaires.

### **Priorités**

**Priorité 1**: accélérer les progrès et leur impact dans les pays où la mortalité due au paludisme est la plus élevée.

**Priorité 2**: compléter la mise en œuvre du le Plan d'action mondial pour endiguer la résistance à l'artémisinine (GPARC).

**Priorité 3**: élaborer et mettre en œuvre un Plan mondial pour la gestion de la résistance aux insecticides.

**Priorité 4**: réviser le GMAP pour les années au-delà de 2015.

### **Hypothèses**

Le Conseil d'administration reconnaît que les objectifs, les cibles et les jalons pour 2012-2015 sont ambitieux; toutefois, il affirme que tout autre effort qui ne poursuive pas l'objectif de l'accès et de l'utilisation universels des mesures disponibles et efficaces de prévention, diagnostic et traitement signifie accepter une situation de souffrance persistante causée par le paludisme, ce qui ne peut pas être toléré.

---

<sup>3</sup> L'accès et l'utilisation universelles des mesures préventives sont définis ainsi : chaque personne à risque doit dormir sous une moustiquaire de qualité et imprégnée d' insecticide, ou dans un espace protégé par des pulvérisations intradomiciliaires, et chaque femme enceinte à risque doit recevoir au moins une dose de traitement préventif intermittent pendant les deuxième et troisième trimestres de sa grossesse (lorsque le traitement préventif intermittent pendant la grossesse est l'approche appropriée).

Des financements domestiques et internationaux suffisants sont disponibles au bon moment pour mettre en œuvre et appuyer dans le long terme l'accélération des interventions qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs, les cibles et les jalons.

L'accélération des mesures de prévention et un meilleur accès aux tests diagnostiques et aux traitements mis à disposition par les secteurs public et privé et grâce à la prise en charge des cas au niveau communautaire, ainsi que le recours aux centres spécialisés pour les cas compliqués si nécessaire, sont suffisants pour permettre le traitement efficace de tous les cas de paludisme confirmés.

L'engagement politique se poursuit pour appuyer dans le long terme les interventions de contrôle du paludisme et une surveillance épidémiologique de bonne qualité, y compris pour l'élimination du paludisme là où c'est faisable au niveau technique, opérationnel et financier, et cela même si les cas de paludisme et le nombre de morts déclinent de manière significative.

L'accès aux populations vulnérables et la sûreté et sécurité du personnel de la santé sont préservés pour garantir la surveillance épidémiologique, la réponse aux épidémies et la mise en œuvre des interventions de diagnostic, traitement et prévention en faveur des populations des pays fragilisés et touchés par les conflits.

# **Annexe 1: Compte rendu du travail effectué par le Groupe d'action du Partenariat RBM sur les priorités et cibles après 2011**

## **1. Introduction**

1.1 Lors de sa 19<sup>ème</sup> réunion, en décembre 2010, le Conseil du Partenariat RBM a décidé de créer un Groupe d'action, présidé par la Fondation Bill et Melinda Gates et par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce Groupe d'action avait pour objectif de produire des recommandations sur des cibles précises pour la deuxième phase de mise en œuvre du Plan mondial de lutte contre le paludisme (GMAP). Le Conseil a indiqué que le Groupe d'action serait dissous à la remise d'un compte rendu et que les activités encore en cours seraient prises en charge par des mécanismes existants.

1.2 Le Groupe d'action s'est réuni le 13 janvier 2011, puis il a organisé des téléconférences le 9 février et le 10 mars 2011. Le Groupe d'action a présenté au mois de mai 2011 ses recommandations au Conseil d'administration du Partenariat sur la mise à jour des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme. Suite à cela, le Groupe d'action a été mandaté pour revoir ces modifications de nouveau et de les présenter au Conseil d'administration en juin 2011, pour une adoption par vote électronique. Le 12 juin 2011, le texte a été adopté, sans aucune objection, par les membres du Conseil d'administration. Ce compte rendu décrit les thèmes abordés et le consensus obtenu par le Groupe d'action.

## **2. Examen de la version provisoire du cahier des charges ; clarification concernant l'étendue du travail confié au Groupe d'action**

2.1 Le Groupe d'action a analysé le cadre conceptuel existant pour les objectifs, cibles et priorités du GMAP. Il a alors décidé qu'il était nécessaire de clarifier et uniformiser la terminologie utilisée dans ce cadre conceptuel, afin qu'elle soit plus adaptée aux difficultés présentées par la deuxième phase de mise en œuvre du GMAP, de 2012 à 2015.

2.2 Le Groupe d'action a reconnu que sa principale mission consisterait à examiner ce cadre conceptuel et à formuler des recommandations afin de le perfectionner. Par ailleurs, ce travail pourrait servir de référence à l'axe de travail sur la performance, au sein du Comité des finances et de la performance, mais aussi au Comité de supervision des progrès et de l'impact, et à d'autres mécanismes du RBM. En effet, il serait utile pour l'élaboration des plans de travail du Partenariat pour 2012-2013 et 2014-2015, et pour l'élaboration des indicateurs clés de performance liés à ces questions.

## **3. Examen des cibles et priorités du GMAP**

3.1 Le Groupe d'action a recommandé que soit clarifiée la terminologie utilisée pour définir les divers éléments compris dans le cadre conceptuel du GMAP. Le Groupe d'action a conclu sa discussion en établissant une distinction claire entre la vision d'avenir du GMAP (qui souligne son objectif sur le long terme, à savoir un monde sans paludisme), les objectifs (impacts), les cibles (résultats), les jalons qui y sont liés (à savoir des cibles intermédiaires) et les priorités connexes (éléments nécessitant une attention particulière pour atteindre les jalons, cibles et objectifs).

3.2 Parallèlement à la réorganisation des anciennes cibles du GMAP selon une structure plus claire et logique, et à la définition d'un ensemble de jalons, le Groupe d'action a identifié quatre priorités générales et connexes afin de canaliser la réalisation des objectifs du GMAP.

3.3 Au cours de la discussion, des commentaires ont été émis sur les thèmes suivants.

3.3.1) Croissance démographique. Le Groupe d'action a indiqué que les objectifs, cibles et priorités devraient tenir compte de la croissance démographique dans les pays touchés par le paludisme. En effet, les changements démographiques peuvent avoir un impact significatif sur la lutte contre le paludisme et les efforts

d'élimination de la maladie. Par conséquent, les estimations en termes de fardeau de la maladie devraient être corrigées afin d'intégrer la croissance démographique.

3.3.2) Financement. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un objectif / d'une cible du GMAP, le Groupe d'action a reconnu que pour atteindre les objectifs du GMAP, il était impératif d'évaluer et combler le déficit financier à partir de différentes sources. Les difficultés et opportunités liées à la collecte de fonds doivent être abordées par le Sous-comité sur la mobilisation des ressources ; cette tâche sera un élément essentiel dans le plan de travail du Partenariat.

3.3.3) Retour sur investissement. Le Groupe d'action s'est demandé quelle serait la meilleure méthode de communication pour présenter le retour sur investissement dans le cadre de la lutte contre le paludisme : par exemple, en termes d'impact sur les systèmes de santé, sur le produit intérieur brut, sur l'éducation et sur la santé maternelle et infantile. Le Groupe d'action a considéré que l'impact positif de la lutte contre le paludisme sur le renforcement des systèmes de santé devrait être abordé par le Comité de supervision des progrès et impacts 2010 du GMAP dans le cadre du travail en cours de réalisation finalisé à une communication efficace au sujet des résultats et de la performance et afin de construire un plaidoyer convaincant. Ce dernier devrait, par exemple, expliquer que, dans les établissements médicaux et au sein des communautés, la capacité des professionnels de santé à fournir des produits comme des moustiquaires, des analyses diagnostiques et des traitements efficaces est renforcée par l'augmentation des financements et la mise en place de formation et la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme. Parallèlement, cette mobilisation a également un impact positif sur la capacité des équipes de gestion médicale des districts à surveiller le fardeau du paludisme et à planifier et coordonner les efforts. Ainsi, la lutte contre le paludisme devrait être présentée comme une occasion de renforcer les systèmes de santé.

3.3.4) Examen intermédiaire. Le Groupe d'action a décidé qu'il serait préférable de prévoir une évaluation intermédiaire concernant les progrès réalisés dans le cadre des objectifs pour 2015. Le Groupe d'action a conclu que 2013 serait un délai approprié pour ce travail, tandis qu'en 2014 pourraient commencer un examen et une mise à jour générale du GMAP. Cette dernière s'appuierait sur l'évaluation en 2013 des stratégies techniques recommandées pour le Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS, et tout en tenant compte des évaluations prévus en 2013 par le Fonds mondial, le Royaume-Uni (analyse intermédiaire de la mise en œuvre du Cadre conceptuel en vue d'obtenir des résultats dans la lutte contre le paludisme, qui devrait être complétée par une évaluation en 2015), et l'Initiative présidentielle contre le paludisme des Etats Unis. Ce travail aurait pour objectif de produire une révision du GMAP pour les années postérieures à 2015, afin d'atteindre une élimination progressive de la maladie dans des pays supplémentaires et, à terme, dans le monde entier.

3.4 Les membres du Groupe d'action ont également émis des commentaires concernant les divers objectifs:

**Objectif 1. Réduire la mortalité mondiale due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015.**

3.5 Le Groupe d'action a recommandé de préciser la formulation initiale de l'objectif établi par le GMAP : « Réduire la mortalité mondiale due au paludisme en 2000, pour atteindre des décès évitables proches de zéro en 2015 ». Néanmoins, le Groupe d'action a reconnu les complexités conceptuelles et méthodologiques associées à la définition de cet objectif.

3.5.1 Certains participants ont préconisé le maintien du terme « évitable » dans cet objectif, puisqu'à l'époque de son élaboration dans le cadre du GMAP, l'intention initiale était de réduire la mortalité à un chiffre proche de zéro décès dans les établissements de santé, et non parmi la population générale, car un tel objectif semblait impossible à réaliser d'ici 2015, étant donné l'accès restreint aux établissements de santé dans de nombreux pays. Selon la formulation initiale du GMAP, l'objectif des « décès évitables proches de zéro » est potentiellement conforme à celui formulé par l'Assemblée mondiale de la santé, qui vise une réduction de 75 % de la mortalité due au paludisme d'ici 2015, par rapport à l'an 2000. D'un autre côté, les membres du Groupe d'action ont rappelé que tous les décès dus au paludisme sont évitables. Ce terme a donc été supprimé.

3.5.2 Les membres ont également souligné que « zéro décès » était un objectif puissant pour un plaidoyer auprès du grand public. C'est pourquoi il avait été utilisé par le Secrétaire général de l'ONU et par son Envoyé spécial pour la lutte contre le paludisme. Cependant, le Groupe d'action a rappelé que cet objectif, à savoir le concept de mortalité "zéro/proche de zéro", est difficile à mesurer étant donné que les systèmes de compte rendu de la mortalité due au paludisme sont moins efficaces dans les régions les plus touchées. Par conséquent, toutes les sources de données disponibles devraient être examinées (établissements de santé, état civil et sites de surveillance démographique), et complétées par des estimations obtenues à partir de modèles. Les membres se sont également inquiétés du fait qu'une mortalité proche de zéro était impossible à atteindre en l'état actuel des activités, y compris si l'intensification continuait à augmenter rapidement. En effet, cet objectif nécessiterait une mobilisation considérable des ressources humaines et financières dans les pays endémiques, non seulement pour atteindre et maintenir une couverture universelle, mais aussi pour fournir un accès universel aux établissements de santé.

3.5.3 Les membres ont décidé que l'OMS organiserait un débat au sein d'un petit Groupe d'action afin d'identifier les paramètres de définition du concept de mortalité « zéro / proche de zéro ». Une discussion a donc été menée les 5 et 6 avril 2011 au sein du Groupe d'action sur les enquêtes auprès des ménages, qui fait partie du Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation. Étant donné la complexité de la mesure de cet objectif et les problèmes posés par de nombreux systèmes d'enregistrement des données démographiques et épidémiologiques, le Groupe d'action a conclu que la mortalité proche de zéro pouvait être définie ainsi : environ 1 décès avéré pour 100 000 personnes.

3.6 Le Groupe d'action a recommandé trois cibles qui expriment la nécessité de renforcer la responsabilisation des pays en ce qui concerne le diagnostic et le traitement, et qui soulignent les déficits à combler dans les secteurs public et privé et à l'échelle des communautés. À tous les niveaux, le Groupe d'action a insisté pour qu'une attention particulière soit accordée à la difficulté que représente la prise en charge, ou le cas échéant, le recours approprié à des structures spécialisées pour la gestion des cas sévères ou compliqués de paludisme.

3.6.1) Secteur public : la cible devrait être un accès universel aux analyses diagnostiques et au traitement des cas avérés de paludisme. Les membres ont précisé que cette cible était difficile à atteindre, étant donné qu'il n'y a que peu de pays africains qui aient réussi une intensification nationale des analyses diagnostiques universelles, suivie d'une prise en charge des cas avérés par une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine. Le Groupe d'action a également mentionné le rôle du renforcement des systèmes de santé dans l'obtention d'un accès universel au diagnostic et au traitement dans le secteur public, ainsi que le rôle de la lutte contre le paludisme dans le renforcement des systèmes de santé.

3.6.2) Secteur privé : le Groupe d'action a préconisé que les efforts se concentrent dans un premier temps sur le secteur privé formel. En effet, certains membres ont souligné la difficulté de définir le rôle (pertinent) du secteur privé informel, dans le cadre duquel il est compliqué d'évaluer la conformité et l'efficacité en ce qui concerne les objectifs du GMAP.

3.6.3) Communautés : une cible clé sera l'utilisation à grande échelle du diagnostic et du traitement communautaires, qui se sont avérés efficaces dans plusieurs pays, surtout en Afrique. Le Groupe d'action a insisté sur le fait qu'un traitement approprié avant orientation vers un médecin, ainsi que le recours à des structures spécialisées pour les cas sévères et compliqués, devraient être mis en avant en tant qu'éléments clés de la prise en charge communautaire des cas de paludisme.

**Objectif 2. Réduire de 75 % (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici la fin de 2015.**

3.7 Le Groupe d'action a convenu que l'intensification de la prévention serait essentielle dans la réalisation de cet objectif. Par conséquent, le Groupe d'action a identifié trois cibles à appliquer dans tous les pays touchés par le paludisme.

3.7.1) Obtenir une couverture universelle en ce qui concerne les mesures de prévention et leur utilisation parmi toutes les populations à risque pour lesquelles cette cible n'a pas encore été atteinte. Pour ce faire, la couverture serait étendue au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticide (ITN), de pulvérisations intradomiciliaires (IRS), de traitements préventifs intermittents (TPI : TPIp, TPLi, TPLc selon les besoins) et d'autres outils, comme des larvicides lorsque les résultats locaux permettent de préconiser leur utilisation.

3.7.2) Maintenir une couverture universelle en ce qui concerne les mesures préventives dans les régions où elle a déjà été atteinte (y compris le renouvellement opportun et continu des ITN usées).

3.7.3) Accélérer le développement des systèmes de surveillance afin de suivre les progrès réalisés et de permettre aux partenaires de résoudre les contraintes en temps opportun. En plus d'un meilleur suivi des cas suspects et des cas avérés de paludisme, le Groupe d'action a suggéré que le renforcement de la surveillance devrait comprendre un suivi des traitements afin de détecter les souches différentes, comme les parasites résistants, ainsi qu'une recherche socio-anthropologique afin d'améliorer les méthodes de prévention. Une fois encore, les membres ont souligné que l'amélioration des systèmes de santé est nécessaire pour assurer l'impact des programmes nationaux.

**Objectif 3. Éliminer le paludisme d'ici la fin de 2015 dans 10 pays supplémentaires (par rapport à 2008) et dans la Région européenne de l'OMS.**

3.8 Le Groupe d'action a décidé que cet objectif serait également une cible. Par ailleurs, il a recommandé que soit mentionnée l'élimination du paludisme dans la Région européenne de l'OMS, qui s'est fixé pour objectif de parvenir à ce résultat d'ici 2015, et qui est en train de faire des progrès continus à cette fin.

## **Annexe 2: Glossaire de la terminologie de planification utilisée par le Groupe d'action sur les priorités et cibles au delà de 2011**

**Activité** : tâche structurée entreprise pendant une période limitée et dotée d'une portée restreinte. L'activité mobilise des contributions comme les éléments matériels, l'assistance technique, la formation ou les transferts de ressources, afin de produire des résultats précis qui s'inscrivent dans un objectif<sup>4</sup>.

**But** : résultat large et général à atteindre avant la fin d'une période de planification.

**Cible** : résultat spécifique et planifié devant être atteint dans un délai précis<sup>4</sup>.

**Contribution** : il s'agit d'une ressource, comme l'assistance technique, les éléments matériels, la formation ou le personnel, qui est utilisée pour obtenir un résultat<sup>4</sup>.

**Impact** : l'impact désigne les effets, habituellement à moyen ou long terme, d'un projet / programme. L'impact peut être intentionnel ou involontaire, et positif ou négatif<sup>4</sup>.

**Indicateurs clés de performance (KPI)** : mesures quantifiables portant sur les caractéristiques / dimensions essentielles pour la réussite d'une organisation ou d'un projet. Les KPI servent à observer les progrès réalisés et à mesurer les résultats obtenus, en les comparant aux attentes initiales. Les indicateurs de performance permettent de savoir si des progrès sont réalisés, et si oui, comment. En revanche, ils n'expliquent pas le pourquoi de ces progrès ni des éventuels échecs<sup>4</sup>.

**Jalon / cible intermédiaire** : étape lors de laquelle les progrès réalisés dans le cadre d'une cible peuvent être « mesurés ».

**Mesure** : élément quantifiable, généralement exprimé sous la forme d'un nombre et/ou d'un pourcentage.

**Mission / résultat** : conséquence ou produit tangible, immédiat et intentionnel d'une activité réalisée en totale maîtrise par l'organisation<sup>4</sup>.

**Objectif** : résultat qu'une organisation, une équipe ou une personne peuvent se fixer matériellement, et qu'elles peuvent être tenues d'accomplir<sup>4</sup>.

**Priorité** : domaine nécessitant une attention particulière afin d'atteindre les jalons, cibles et objectifs.

**Ressource** : personnel, matériel, appareils, fournitures et services d'assistance alloués à chaque activité d'un projet. Les budgets de chaque projet s'appuient sur les ressources et sur le calendrier.

**Résultat** : résultat plus important, ou résultat final quant à l'objectif. Le résultat doit avoir un impact positif sur le problème de développement, et être porteur de changement<sup>4</sup>.

**SMART** : acronyme appliqués aux objectifs qui sont spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et limités dans le temps.

**Vision d'avenir** : aspiration stratégique d'une organisation pour l'avenir (objectifs à très long terme).

---

<sup>4</sup> Source : USAID : ADS Chapter 200, Introduction to Programming Policy (Chapitre 200 : Introduction aux politiques d'élaboration des programmes) ; révision : 04/02/2010, <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/200.pdf>