



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

Cinquante-neuvième session

Kigali, Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.7 de l'ordre du jour provisoire

**ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME
EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Directeur régional

SOMMAIRE

Paragraphes

CONTEXTE	1 – 8
ENJEUX ET DÉFIS	9 – 19
MESURES PROPOSÉES	20 – 29

RÉSOLUTION

AFR/RC59/R3 : Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination
dans la Région africaine

CONTEXTE

1. L'Afrique est le continent le plus touché par le paludisme, avec 86 % du nombre estimatif d'épisodes de paludisme, soit 247 millions, et 91 % des décès dus à cette maladie à l'échelle mondiale en 2006. Le paludisme est aussi la cause de 25 % à 45 % de toutes les consultations externes et de 20 % à 45 % de toutes les hospitalisations. On estime en outre qu'il est à l'origine de 17 % de la mortalité chez les moins de cinq ans dans la Région africaine de l'OMS.¹
2. Dans les pays fortement endémiques de la Région, on estime que le paludisme entraîne une réduction annuelle moyenne de la croissance économique de 1,3 %, essentiellement du fait de l'absentéisme au travail ou à l'école.² Les personnes les plus pauvres sont les plus exposées au paludisme et à ses complications, à cause des mauvaises conditions de logement et de vie, et de l'accès limité aux soins de santé.
3. Depuis 1991, plusieurs initiatives, résolutions et réunions ont replacé le paludisme au premier rang des préoccupations de santé publique.³ L'initiative Faire Reculer le Paludisme a été lancée en 1998 pour promouvoir et coordonner les efforts de lutte antipaludique, afin de réduire de moitié le fardeau de cette maladie d'ici 2010. Cette initiative a entraîné progressivement un accroissement de l'engagement en faveur de la prévention et de la lutte antipaludiques, qui a abouti à l'appel lancé par les Chefs d'Etat de l'Union africaine en 2006 à Abuja pour un accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme d'ici 2010, et pour l'élimination du paludisme. Ces appels ont été suivis par celui du Secrétaire général des Nations Unies en faveur d'un taux de couverture de 100 % des interventions de lutte contre le paludisme d'ici 2010.
4. La lutte contre le paludisme est le résultat d'un effort délibéré pour réduire la charge de cette maladie afin qu'elle ne constitue plus un problème de santé publique. L'élimination du paludisme, pour sa part, consiste à interrompre sa transmission locale par les moustiques dans une zone géographique donnée.⁴ Le passage de la lutte contre le paludisme à son élimination doit être considéré comme un processus continu dont l'objectif ultime est d'interrompre la transmission de cette maladie.
5. Les principales interventions de lutte contre le paludisme sont la lutte antivectorielle à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID), le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la

¹ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2008*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008; OMS, *Rapport africain sur le paludisme 2006*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006; FRP/OMS/UNICEF, *Rapport mondial sur le paludisme 2005*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005; OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

² Gallup JL, Sachs J, The economic burden of malaria, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64(1-2 Suppl): 58/2005).85-96, 2001

³ OMS, *Faire reculer le paludisme en Afrique : cadre de mise en oeuvre*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2000 (AFR/RC50/12); Résolution AFR/RC53/R6 : Intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine. Extrait de : *Cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Johannesburg, Afrique du Sud, 1-5 septembre 2003, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2003 (AFR/RC53/18), pp. 19-22 ; Résolution WHA58.2 : Lutte antipaludique, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHA 58/2005).

⁴ WHO, *Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries*, Geneva, World Health Organization, 2007.

grossesse (TPIg) et le traitement efficace. Les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) constituent actuellement le traitement de choix dans 41 des 43 pays d'endémie palustre, et 20 pays appliquent cette stratégie à l'échelle nationale. À la fin de 2007, tous les 35 pays où le TPIg avait été recommandé avaient adopté cette stratégie, et 20 d'entre eux l'appliquent à l'échelle nationale.⁵

6. La distribution des MII a augmenté de trois à dix fois dans la plupart des pays entre 2000 et 2006. La disponibilité de MII subventionnées ou gratuites a permis d'améliorer le taux de couverture. La distribution des MII est souvent associée aux soins prénatals et aux services et campagnes de vaccination. À la fin de 2007, la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations constituait l'une des principales mesures de lutte antipaludique dans 17 des 43 pays de la Région africaine où le paludisme sévit de façon endémique, et six autres pays testaient cette stratégie dans quelques districts pilotes.

7. Le fardeau du paludisme peut être réduit rapidement en mettant simultanément en œuvre dans la même zone géographique un ensemble complet de mesures de prévention et de lutte antipaludiques, comme on a pu le constater en Afrique du Sud, au Botswana, en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe et au Swaziland.⁶

8. L'objet du présent document est de donner aux pays des orientations sur la façon d'accélérer les mesures de prévention et de lutte contre le paludisme pour progresser vers l'élimination de la maladie.

ENJEUX ET DÉFIS

9. Certains pays ne disposent pas de politiques et stratégies complètes pour guider l'intensification de la lutte antipaludique. Le secteur privé n'est généralement pas sollicité ou associé lors de l'adoption des politiques portant sur l'accès aux services de prévention et de traitement du paludisme. Le long délai écoulé entre l'adoption d'une politique et sa mise en œuvre retarde les efforts de lutte contre la maladie dans de nombreux pays. Tel a été le cas entre l'adoption de la politique d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine et sa mise en œuvre effective à l'échelle nationale.

10. Alors que l'accès à tout antipaludique varie de 10 % à 63 % pour les enfants de moins de cinq ans ayant la fièvre, l'accès aux ACT pour le même groupe d'âge reste limité à 3 % seulement dans les 13 pays ayant fourni des données pour l'année 2006.⁷ Le recours continu à la monothérapie à base d'artésiminine, surtout dans le secteur privé, constitue une sérieuse entrave qui risque de favoriser l'apparition de la pharmacorésistance et de raccourcir la durée de vie thérapeutique des ACT.

11. Malgré les progrès réalisés dans l'intensification du recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et aux pulvérisations d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID), bon nombre de pays n'ont pas encore atteint les cibles convenues au niveau international, faute de capacités suffisantes pour mener des campagnes de pulvérisation de grande envergure. En conséquence, cinq pays africains seulement ont signalé en 2006 un taux de couverture suffisant en matière de PID pour protéger au moins 70 % des personnes exposées au

⁵ OMS, *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006-2007*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2008.

⁶ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2008*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

⁷ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme, 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008

paludisme. À la fin de 2007, 34 % des ménages de 18 pays de la Région africaine possédaient au moins une MII. Cependant, il y a une différence entre posséder et utiliser effectivement une moustiquaire, qui mérite d'être élucidée par la recherche opérationnelle. Si la proportion de femmes enceintes qui prennent la première dose du traitement préventif intermittent contre le paludisme pendant la grossesse varie de 23 % à 93 %, celle des femmes enceintes qui prennent la deuxième dose reste faible, puisqu'elle varie de 5 % à 68 %.⁸ Le défi à relever consiste donc à faire en sorte que toutes les femmes enceintes prennent les doses recommandées de TPIg et que tous les ménages qui possèdent des MII les utilisent effectivement.

12. La prise en charge du paludisme est caractérisée par de gros excès en matière de diagnostic et de traitement. Des études laissent apparaître que 32 % à 96 % des cas de fièvre sont traités à l'aide d'un antipaludique, sans diagnostic parasitologique. Dans certains cas, on a constaté que le diagnostic du paludisme n'avait été confirmé que pour 30 % des malades ayant la fièvre qui avaient reçu des ACT.⁹ Ces mauvaises pratiques de diagnostic ne favorisent pas une prise en charge correcte des fièvres dues au paludisme et à d'autres causes.

13. Bien que de nombreux pays d'endémie aient mis en place des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, les capacités humaines nécessaires pour une utilisation efficace des ressources disponibles en vue d'intensifier les diverses interventions restent insuffisantes à tous les niveaux. La faiblesse des systèmes d'information sanitaire entrave également l'établissement de rapports sur la performance et l'impact des programmes.

14. Malgré l'accroissement des flux de ressources extérieures, l'insuffisance des financements destinés à la lutte antipaludique demeure un défi. À la fin de 2008, aucun des pays où le paludisme est endémique n'avait encore tenu l'engagement pris à Abuja de consacrer 15 % des dépenses publiques au secteur de la santé. Les ressources fournies par les États africains ne représentent que 18 % des US \$622 millions décaissés en 2007.¹⁰ De nombreux pays ont également du mal à obtenir des financements internationaux ou à bien les gérer, lorsqu'ils sont disponibles.

15. Le contexte socioéconomique qui prévaut en Afrique subsaharienne complique encore la situation du paludisme. Les ménages démunis vivant dans les pays d'endémie consacrent une part substantielle de leurs revenus au traitement du paludisme, ce qui accentue davantage leur pauvreté. Le changement climatique en cours, qui est lié au réchauffement de la planète, risque d'élargir les zones de transmission du paludisme et d'exposer davantage de personnes à cette maladie.¹¹

⁸ OMS, *Faire reculer le paludisme : plan d'action mondial contre le paludisme*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

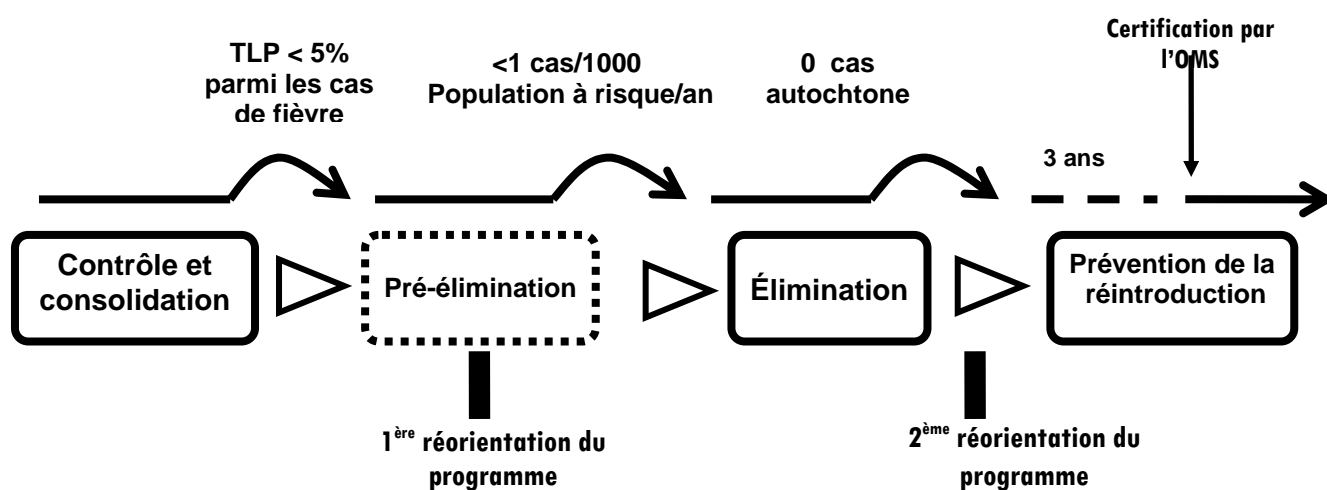
⁹ Hamer DH et al, Improved diagnostic testing and malaria treatment practices in Zambia, *Journal of the American Medical Association* 297: 2227–2231, 2007; Amexo M et al, Malaria misdiagnosis: effects on the poor and vulnerable, *Lancet* 364: 1896–1898, 2004; Reyburn H et al, Overdiagnosis of malaria in patients with severe febrile illness in Tanzania, *British Medical Journal* 329:1212, 2004; Zurovac D et al, Microscopy and outpatient case management among older children and adults in Kenya, *Tropical Medicine & International Health* 11: 1185–1194, 2006; OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2008*, Organisation mondiale de la Santé, 2008

¹⁰ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2008*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008

¹¹ Thomson MC et al, Malaria early warnings based on seasonal climate forecasts from multi-model ensembles, *Nature* 439: 576–579, 2006; Teklehaimanot HD et al, Weather-based prediction of *Plasmodium falciparum* malaria in malaria epidemic prone regions of Ethiopia, I. Patterns of lagged weather effects reflect biological mechanism, *Malaria Journal* 3: 41, 2004.

16. L'engagement politique manifesté à l'échelle mondiale et régionale a entraîné un accroissement de l'intérêt accordé à l'élimination du paludisme dans la Région africaine. La figure 1 montre les phases du programme de lutte antipaludique et la démarche à suivre pour passer du contrôle à l'élimination. Les pays situés dans les zones où la transmission est stable devraient achever la phase de consolidation des acquis avant de réorienter progressivement le programme de lutte vers la pré-élimination, puis vers l'élimination et la prévention d'une réintroduction de la transmission, conformément aux étapes indiquées dans la figure ci-dessous.

Figure 1 : Phases du programme de lutte contre le paludisme et étapes à franchir pour passer de la lutte à l'élimination dans un pays ou une zone d'endémie faible ou modérée.



TLP – Taux de lames ou de tests de diagnostic rapide positifs .
Ces étapes sont purement indicatives. Dans la pratique, l'évolution dépendra de la charge du paludisme que le programme peut effectivement maîtriser, y compris la notification et l'investigation des cas, etc.

Source: adapté de WHO, *Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries*, Geneva, World Health Organization, 2007.

17. Tous les pays de la Région africaine où le paludisme est endémique se trouvent à la phase de la lutte, mais ne disposent pas de données fiables leur permettant de réorienter leur programme. Les systèmes de santé, qui restent faibles dans la plupart des zones à transmission modérée à faible, doivent être renforcés pour répondre aux exigences d'un programme d'élimination. Un défi majeur à relever à cet égard concerne l'immense réservoir asymptomatique et les fortes capacités des vecteurs dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. La lutte contre le paludisme repose actuellement sur un petit nombre d'insecticides et de médicaments utilisés pour la prévention et le traitement.¹² On signale déjà une résistance à certains insecticides et à certains médicaments. L'élimination du paludisme exigera donc probablement la recherche et la mise au point de nouveaux outils biomédicaux, la recherche opérationnelle, un changement de comportement et l'adaptation des interventions actuellement disponibles pour répondre aux besoins spécifiques des pays.

¹² WHO, *Global malaria control and elimination: report of a technical review*, Geneva, World Health Organization, 2008.

18. Dans de nombreux pays, de plus en plus de partenaires investissent dans la lutte antipaludique, mais la coordination de leurs interventions demeure un défi majeur. Très souvent, la mise en œuvre fragmentaire des activités résulte d'approches basées sur des projets.

19. Des progrès significatifs ont été accomplis grâce aux possibilités offertes par l'engagement politique des hauts dirigeants et par l'accroissement des ressources fournies par divers partenaires tels que le Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, le Programme «Booster» de la Banque mondiale, l'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme, et la Fondation Bill and Melinda Gates. Mais il subsiste d'importants enjeux et défis aux niveaux national et international. Un certain nombre de mesures doivent donc être prises pour surmonter ces problèmes et permettre aux pays d'intensifier davantage les efforts en vue d'éliminer le paludisme dans la Région africaine.

MESURES PROPOSÉES

20. **Actualiser les politiques et les plans stratégiques relatifs au paludisme.** La politique nationale de santé doit être actualisée, si nécessaire, et correctement mise en œuvre. Il est important de mener une revue complète des programmes nationaux pour déterminer les écarts entre les cibles fixées et la situation réelle sur le terrain; il est également nécessaire d'évaluer les déficits entre les besoins identifiés et les ressources disponibles pour les interventions, afin de réduire au minimum le délai entre la planification et la mise en œuvre. Il convient en outre d'identifier et d'éliminer les goulots d'étranglement dans les systèmes de santé pour accélérer et intensifier la mise en œuvre des programmes.

21. **Renforcer les programmes nationaux de lutte contre le paludisme.** Les structures des programmes nationaux de lutte contre le paludisme doivent être basées sur le plan stratégique national de la santé, le plan stratégique relatif aux ressources humaines, ainsi que sur la situation épidémiologique locale. Il est important de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de ressources financières pour garantir des fonctions essentielles telles que la gestion des programmes, la planification, les partenariats, la mobilisation des ressources, la prise en charge des cas, le suivi et l'évaluation, la gestion des achats et des approvisionnements, et les interventions à base communautaire. Les pays doivent décentraliser leurs programmes pour garantir un flux approprié de ressources et œuvrer en faveur d'une intégration efficace au niveau opérationnel.

22. **Assurer l'approvisionnement en produits antipaludiques de qualité.** Les pays doivent garantir la disponibilité régulière de médicaments et produits antipaludiques de qualité et d'un coût abordable, tout en évitant des ruptures de stocks par la mise en place de systèmes d'achat, d'approvisionnement et de gestion appropriés. Ils doivent, à cet effet, renforcer la quantification, les prévisions, les achats, la gestion des stocks et de la logistique, la distribution, l'assurance de la qualité, l'usage approprié des produits, la gestion des systèmes d'information et la pharmacovigilance, en faisant appel à la fois aux secteurs public et privé, dans le cadre des systèmes nationaux d'achat et de gestion des médicaments et technologies sanitaires essentiels.

23. **Accélérer la mise en œuvre des interventions essentielles pour la couverture universelle et l'impact.** Les pays doivent veiller à ce qu'un ensemble complet d'interventions soit progressivement mis en œuvre à l'échelle nationale pour produire un impact. Les interventions destinées à la prévention comprennent les moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MIILD), les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID) et le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg). Les interventions concernant la prise en charge des cas sont le diagnostic parasitologique et le traitement efficace. Un système de contrôle et d'assurance de la qualité des examens

microscopiques et des tests de diagnostic rapide (TDR) doit également être mis en place. Les interventions doivent être fournies gratuitement ou à un coût abordable dans les établissements de santé et les structures communautaires. La participation communautaire est indispensable pour accélérer la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves. Les interventions à base communautaire, y compris l'utilisation appropriée des lignes directrices pour la prise en charge des cas, peuvent sensiblement contribuer à l'intensification des activités, si elles sont correctement menées.

24. Consolider les acquis de la lutte antipaludique dans les pays de forte endémicité. Les zones où la transmission était forte et stable, et qui ont enregistré une nette réduction de l'incidence du paludisme, devraient assurer la phase de consolidation avant d'entamer la phase de pré-élimination, si le taux de lames positives est inférieur à 5 %. Les communautés économiques régionales et les partenaires devraient encourager et soutenir la collaboration transfrontalière afin de maximiser l'impact.

25. Passer du contrôle à la pré-élimination et à l'élimination lorsque les conditions s'y prêtent. Dans certains pays, les conditions naturelles ou les efforts de lutte ont réduit les risques de transmission du paludisme à un faible niveau et circonscrit la transmission instable dans des zones bien définies. Les pays concernés devraient entreprendre une évaluation complète de leur programme et le réorienter vers la pré-élimination. Au cours de la phase de pré-élimination, le système de surveillance doit être adapté pour détecter et maîtriser toute flambée de paludisme grâce au dépistage actif des cas, au diagnostic parasitologique, au traitement efficace et à la lutte antivectorielle ciblée.

26. Renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation. Il est nécessaire de renforcer la surveillance du paludisme dans les activités de routine des systèmes d'information sanitaire et de surveillance intégrée de la maladie et de riposte, y compris la notification des cas de paludisme confirmés. Les données utilisées par les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation doivent provenir avant tout du système d'information sanitaire et être complétées par des enquêtes. Des tests devraient être effectués chaque année pour déterminer l'efficacité des médicaments et la sensibilité aux insecticides, afin de déceler à temps toute résistance et de prendre les décisions et les mesures qui s'imposent.

27. Renforcer la coordination et l'harmonisation de l'action des partenaires, ainsi que la mobilisation des ressources. Il faudrait renforcer la coordination et l'harmonisation de l'action des partenaires aux niveaux national, régional et mondial en recourant aux mécanismes existants, afin d'éviter le double emploi et d'accroître l'efficacité. Il faudrait également poursuivre un important plaidoyer à tous les niveaux pour garantir l'augmentation et la régularité des financements, ainsi qu'une utilisation efficiente et efficace des ressources disponibles, afin de combler les déficits existants et de produire un impact durable sur le paludisme. La lutte contre le paludisme devrait être associée aux programmes de réduction de la pauvreté afin de maximiser les ressources et de s'attaquer aux déterminants socioéconomiques de la santé.

28. Renforcer la recherche sur le paludisme. Les pays qui se trouvent au stade du contrôle devraient axer la recherche opérationnelle sur les meilleurs moyens et outils permettant d'accélérer et de pérenniser la mise en œuvre des principales interventions au niveau des communautés et des établissements de santé. Les pays qui ont réalisé un impact durable devraient axer la recherche opérationnelle sur les moyens techniques et financiers facilitant le passage de la pré-élimination à l'élimination. Les pays et les partenaires devraient plaider pour la recherche opérationnelle en vue d'élargir la base des connaissances, ainsi que pour la recherche et la mise au point de nouveaux outils.

29. Le Comité régional est invité à examiner et à approuver les mesures proposées dans le présent document, et à adopter le projet de résolution joint.

RÉSOLUTION

ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE

(document AFR/RC59/PSC/9)

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine» ;

Rappelant la résolution du Comité régional AFR/RC50/R6 ; Faire reculer le paludisme : Cadre de mise en œuvre; les engagements des sommets de l'OUA et de l'UA tenus à Abuja en 2000 et 2006 sur le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ; la résolution AFR/RC53/R6 sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine ; les résolutions WHA58.2 et WHA60.18 sur la lutte antipaludique et la commémoration de la Journée mondiale du Paludisme ; et l'Initiative du Secrétaire général des Nations Unies sur le paludisme, qui a été lancée en 2008 pour promouvoir l'accès universel aux interventions essentielles de prévention et de lutte contre le paludisme ;

Conscient de la persistance du lourd fardeau du paludisme dans la Région africaine et de ses conséquences dévastatrices sur la santé et le développement socio-économique ;

Reconnaissant que le manque de politiques reposant sur des bases factuelles et de stratégies globales, les retards dans la mise en œuvre, la faiblesse des systèmes de santé et l'insuffisance des capacités en termes de ressources humaines sont préjudiciables à la performance du programme ;

Ayant présent à l'esprit le fait que l'harmonisation des activités des partenaires en matière de mobilisation et d'utilisation efficace des ressources est cruciale pour la performance dans la lutte contre le paludisme aux niveaux national et régional ;

Conscient que l'intensification des interventions d'un bon rapport coût/efficacité [(moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MiiLD), pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (PID), traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), et associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT)], en vue d'une couverture universelle a pour effet de réduire considérablement le fardeau du paludisme et que la lutte antipaludique recourt actuellement à un nombre réduit d'outils ;

Reconnaissant l'appui inestimable reçu des partenaires de la coopération multilatérale et bilatérale, des fondations, des champions de la lutte antipaludique et des organisations à base communautaire ;

Analysant les nouvelles possibilités offertes au niveau international en matière de lutte et d'élimination du paludisme [Nations Unies, UA, Forum économique mondial, GFATM, Dispositif pour des médicaments accessibles – paludisme (DMap), programme Booster de la Banque mondiale, Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI), Fondation Bill et Melinda Gates] ;

1. APPROUVE le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine» ;

2. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) d'intégrer la lutte antipaludique dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et dans les plans nationaux de santé et de développement, conformément aux engagements de l'ONU, de l'UA et des Communautés économiques régionales (CER), et de mobiliser les ressources locales pour une mise en œuvre durable et l'évaluation des effets de l'accélération de la lutte contre le paludisme ;
- b) d'appuyer le renforcement des systèmes de santé, y compris le renforcement des capacités en termes de ressources humaines, par le biais de la formation initiale et en cours d'emploi, afin d'intensifier les interventions essentielles de prévention et de lutte ;
- c) d'appuyer les initiatives de recherche-développement en cours pour de nouveaux médicaments, insecticides, outils de diagnostic et autres technologies de lutte et d'élimination du paludisme, et d'investir dans la recherche opérationnelle pour guider l'élaboration de politiques et la prise de décisions, afin d'intensifier la mise en œuvre du programme et d'en accroître l'efficacité en matière d'impact ;
- d) de renforcer les capacités institutionnelles des programmes nationaux de lutte contre le paludisme aux niveaux central et décentralisé pour une meilleure coordination de toutes les parties prenantes et de tous les partenaires, afin de garantir la performance, la transparence et la responsabilité du programme, conformément aux «Trois principes» ;
- e) de diriger les revues conjointes du programme, d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels globaux axés sur les besoins et pleinement budgétisés, assortis de composantes solides de surveillance, de suivi et d'évaluation ;
- f) de renforcer les systèmes d'information sanitaire et la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, et de mener des enquêtes pertinentes pour générer des données fiables, faciliter la traduction des connaissances en mise en œuvre réussie, et éclairer les transitions programmatiques ;
- g) d'investir dans la promotion de la santé, l'éducation et la participation communautaires, l'assainissement, et de renforcer les capacités en termes de ressources humaines, en mettant l'accent sur les agents de santé du niveau

intermédiaire et communautaire pour une couverture universelle des interventions essentielles à l'aide d'approches intégrées ;

- h) d'assurer une quantification et une prévision rigoureuses en matière d'achat, d'approvisionnement et d'utilisation rationnelle de médicaments et de produits abordables, sûrs et de qualité pour le diagnostic et le traitement opportuns et fiables du paludisme aux niveaux des établissements de santé et de la communauté ;
3. DEMANDE aux partenaires qui appuient les efforts de lutte contre le paludisme dans la Région d'augmenter le financement de la lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles de l'ONU concernant la couverture universelle et la réduction à un niveau minimal des décès imputables au paludisme, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et auxquels contribue la lutte antipaludique.
4. PRIE le Directeur régional :
- a) de faciliter le plaidoyer de haut niveau, la coordination de l'action des partenaires, en collaboration avec l'ONU, l'initiative Faire reculer le paludisme et d'autres institutions partenaires, l'UA et les Communautés économiques régionales, pour une mobilisation adéquate des ressources et une coopération technique efficace ;
 - b) d'appuyer la mise au point de nouveaux outils, médicaments, technologies appliquées et produits, et d'aider à revitaliser les réseaux de surveillance de l'efficacité des médicaments et des insecticides ;
 - c) de faire rapport au Comité régional à sa soixante et unième session, et par la suite tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'accélération de la lutte antipaludique dans la Région africaine.