

Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le Paludisme

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table des matières

Résumé d'orientation	III	2
Introduction	III	4
Buts et objectifs	III	6
Stratégies et indicateurs de performance	III	7
Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance	III	8
Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance	III	13
Annexe 1: Directives techniques	III	16
Annex 2: Liste de contrôle de la situation du paludisme	III	27

Liste des acronymes

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
DOTS	Traitement sous surveillance directe
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GMP	Programme mondial de lutte antipaludique
IEC	Information, éducation et communication
IM	Intramusculaire
IRS	Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires d'insecticide
IV	intraveineuse
LBW	Poids insuffisant à la naissance
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILD	Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée
MS	Ministères de la Santé
MSRP	Projet de renouvellement de la gestion des systèmes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
<i>P. falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
PDI	Personnes déplacées internes
PE	Partenaire d'exécution
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Partenaire d'exécution
RAP	Rapports annuels de protection
RBM	Faire reculer le paludisme
S&I	Normes et indicateurs
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sur la santé
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPR	Taux de positivité des lames
TDR	Test de diagnostic rapide
TFC	Centre d'alimentation thérapeutique
TPIg	Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le paludisme constitue toujours une cause importante de maladie et de mortalité parmi de nombreuses populations de réfugiés. Les stratégies de lutte contre la maladie parmi ces populations et d'autres personnes déplacées n'ont pas suivi le rythme des changements qui se sont produits récemment dans le monde.

Le contexte dans lequel la lutte contre le paludisme se déroule s'est transformé ces dix dernières années. On constate désormais une résistance quasi mondiale aux médicaments antipaludiques et l'épidémie de Sida continue de s'étendre. Mais dans le même temps, de nouveaux moyens efficaces de traitement et de prévention ont été mis au point : les tests de diagnostic rapide, les médicaments antipaludiques à effet rapide, les moustiquaires insecticides de longue durée et le traitement préventif intermittent administré pendant la grossesse. Par ailleurs, un mouvement mondial en faveur de l'amélioration de la lutte contre le paludisme se fait sentir.

Le présent document donne un aperçu des objectifs stratégiques que l'UNHCR, conscient de ses obligations fondamentales de protection des droits humains des réfugiés et des personnes déplacées en termes de morbidité et de mortalité, a mis au point en vue d'aligner ses programmes destinés à ces populations sur les normes mondiales en la matière. Le Plan stratégique vise à orienter les opérations menées dans les camps et les environnements urbains ou autres en dehors des camps, ainsi que dans les situations d'intégration locale et de rapatriement tout au long de la période 2008-2012 (voir les principes d'orientation 2008-2012). Le plan s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre du précédent Plan stratégique pour la lutte contre le paludisme (2005-2007).

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL:

Soutenir et promouvoir les politiques et les programmes de lutte antipaludique afin de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'UNCHR EN MATIÈRE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE :

- 1. Protection:** Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique
- 2. Coordination et intégration:** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et des programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention:** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre aient accès à un diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
- 4. Des solutions durables:** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes en vue d'instaurer des solutions durables.
- 5. Création de capacités:** Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.

INTRODUCTION

Le paludisme reste une cause primordiale de maladie et de décès parmi les réfugiés et les populations déplacées. La majorité des réfugiés vivent aujourd'hui dans des régions où le paludisme est endémique. Cette situation ne s'est pas atténuée au cours des dernières années, bien au contraire, et de nouveaux facteurs aggravants tels que les changements climatiques, les catastrophes naturelles et le déplacement de populations entières ont modifié le comportement des moustiques et le profil épidémiologique de certains pays. Les personnes relevant de la compétence du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) sont encore près de 33 millions, dont près des deux tiers (63%) vivent dans des régions d'endémie palustre.

De nombreux facteurs peuvent aggraver la vulnérabilité des réfugiés face à la morbidité et à la mortalité dues au paludisme. Les femmes enceintes et les jeunes enfants courent des risques particuliers de tomber gravement malade ou de mourir, or les femmes en âge de procréer et les enfants sont majoritaires dans une grande partie des populations de réfugiés. Les camps de réfugiés sont souvent implantés sur des terres marginales où prolifèrent les sites de reproduction des vecteurs du paludisme. Les réfugiés souffrent fréquemment de malnutrition, en particulier dans la période suivant immédiatement leur voyage. Au cours de leur périple, ils ont peut-être traversé des régions ou abouti dans des endroits où l'endémicité palustre est plus élevée que dans leur lieu d'origine et où les programmes de lutte antipaludique peuvent avoir cessé d'exister du fait même du conflit les ayant obligés à fuir ou encore n'avoir jamais été mise en œuvre.

Un changement stratégique significatif de la lutte antipaludique s'est produit au cours des dix dernières années, particulièrement en Afrique. Les crédits mis à disposition se sont accrus dans une mesure que l'on n'avait plus connue depuis la campagne d'éradication d'il y a 50 ans. Ces nouvelles ressources sont principalement utilisées pour soutenir les stocks nécessaires à la thérapie combinée à base d'artémisinine appelée à remplacer les traitements à la chloroquine et à la sulphadoxine-pyriméthamine devenus inefficaces pour le traitement de première ligne, ainsi qu'à la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.

Le Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) a démontré sa grande efficacité à combattre les complications potentielles relatives au paludisme dans les environnements à transmission modérée à forte, et particulièrement dans les camps où les réfugiés bénéficient d'un accès satisfaisant aux services de santé. Il y a une interaction entre l'épidémie de VIH et le paludisme et l'infection par le VIH augmente la vulnérabilité au paludisme en raison de son effet adverse sur la grossesse tandis que le paludisme peut accroître la charge virale des infections par le VIH.

Les « meilleures pratiques » mondialement reconnues en matière de lutte antipaludique sont un mélange des normes communes d'intervention du Projet SPHERE¹ et d'interventions spécifiques de lutte antipaludique entérinées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS);² celles-ci se retrouvent dans les huit principaux objectifs stratégiques et sont décrites en détail dans le Tableau 1.

Le Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le paludisme atteste de la vision, des objectifs stratégiques et des principales stratégies grâce auxquels l'UNHCR se propose d'intégrer des interventions efficaces de lutte antipaludique dans son mandat général de protection des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de sa compétence. Le Plan fournit également des indicateurs essentiels en vue de mesurer les progrès au regard des objectifs stratégiques, permettant ainsi à l'UNHCR d'atteindre ses propres normes et de s'aligner sur les normes internationales.

1 Le Projet Sphère, Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes. Le Projet Sphère, Genève, 2004.

2 Organisation mondiale de la Santé. Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes : manuel interorganisations à l'intention du personnel de terrain (sous presse). Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Les bases du Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le paludisme 2008 – 2012 sont jetées dans les ouvrages suivant :

- Plan stratégique du HCR pour la lutte contre le paludisme (2005-2007)
- Global Malaria Programme (2007). Insecticide treated malaria nets: a position statement. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2006). Directives pour le traitement du paludisme. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes : Manuel interorganisations à l'intention du personnel de terrain (sous presse). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Roll Back Malaria (2005). Strategic orientation paper on prevention and control of malaria. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Le paludisme est également explicitement mentionné dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009 (voir Encadré 1)³

Encadré 1. Le paludisme dans les objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

3.1. La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le Sida, et l'insuffisance de services de santé reproductive ;

Objectif de performance :

3.1.4. Pourcentage de personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre ayant accès à la thérapie combinée basée sur l'artémisinine (ACT) où les ruptures de stock ayant duré plus d'une semaine ont augmenté au cours des 12 derniers mois

3.1.5. Pourcentage de camps de réfugiés situés dans des zones d'endémie palustre où l'accès à des mesures de prévention (moustiquaires imprégnées/pulvérisations d'insecticides) ainsi qu'à des matériels d'IEC culturellement appropriés a augmenté

Objectif stratégique global 4 - Riposter efficacement et en temps utile aux urgences, en donnant la priorité à :

4.2. La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables en cas de situation d'urgence

Objectif de performance :

4.2.2. La mise en œuvre d'interventions de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois de la situation d'urgence en accordant une importance croissante à des critères relatifs à l'âge, au sexe et à la diversité des personnes touchées et en incluant des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables

3 UNHCR, « Budget-programme biennal pour 2008-2009 du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. » A/AC.96/1040, 12 septembre 2007, Cinquante-huitième session.

La mise en œuvre des activités qui permettront de réaliser les objectifs stratégiques reposera sur la participation de différents acteurs. L'UNHCR se chargera principalement de suivre les progrès au regard des objectifs et de la mise au point de plans programmatiques qui décriront en détail les rôles et les responsabilités des partenaires, si nécessaire en coordination avec les Ministres de la Santé des pays concernés (souvent avec l'appui de l'OMS). Le soutien technique proviendra de sources diverses, notamment des Centers for Disease Control and Prevention et d'autres organisations internationales, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres institutions des Nations Unies, ainsi que des institutions académiques.

Une évaluation provisoire de tous les indicateurs et objectifs de ce plan sera entreprise après la fin de 2009.

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL:

Soutenir et promouvoir les politiques et les programmes de lutte antipaludique afin de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE :

- 1. Protection:** Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique
- 2. Coordination et intégration:** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et des programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention:** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre aient accès à un diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
- 4. Des solutions durables:** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes en vue d'instaurer des solutions durables.
- 5. Création de capacités:** Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.
- 6. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, recherche opérationnelle:** Evaluer régulièrement le statut du paludisme au sein des populations relevant de la compétence de l'UNHCR et en faire rapport afin de fournir en temps utile des informations à la planification et à la mise en œuvre des programmes ; évaluer la performance et les réalisations programmatiques en se fondant sur une approche gestionnaire fondée sur les résultats : et élaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles sur les nouvelles stratégies et technologies utilisées dans la lutte antipaludique.

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard de ces objectifs en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional et national. Les données obtenues seront rassemblées et feront l'objet de rapports périodiques au niveau global. Les **38 indicateurs essentiels** présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Chacun de ces indicateurs en suggère de nombreux autres qui pourraient être mis en œuvre, par exemple des indicateurs de suivi de la performance des programmes, qui ne figurent pas nécessairement dans le présent document, mais dont un grand nombre sont régulièrement recueillis et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations.

Le **tableau 1** donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le **tableau 2** donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques, les données sur lesquelles se fondent les mesures, et les liens avec les indicateurs globaux.

Les données sur le paludisme diffusées par l'UNHCR proviendront principalement des sources suivantes :

1. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS)
2. UNHCR, Normes et Indicateurs (S&Is)
3. UNHCR, Rapports annuels de protection (RAP)
4. UNHCR, objectifs stratégiques globaux
5. UNHCR, Missions conjointes d'évaluation menées de concert avec d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales
6. Enquêtes démographiques
7. UNHCR, Systèmes financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 1: PROTECTION</p>	<p>Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(1.1) Fournir aux personnes relevant de la compétence du HCR en cas de situation d'urgence un minimum de services de lutte antipaludique agréés sur le plan international</p>	<p>(1.1.1) Mortalité brute chez les moins de cinq ans, toutes causes (par sexe) (1.1.2) Mortalité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans) (1.1.3) Morbidité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans) (1.1.4) Incidence du paludisme (suspecté et confirmé) (brute, moins de 5 ans)</p>
<p>(1.2) Fournir une protection appropriée contre le paludisme aux populations vulnérables et à risque en mettant en œuvre des mesures préventives agréées mondialement</p>	<p>(1.2.1) % de femmes enceintes recevant des MILD/MII au cours de la phase d'urgence (1.2.2) % de ménages disposant d'au moins une MILD/MII en phase stable</p>
<p>Les Indicateurs 1.5.1 et 1.5.2 du Plan stratégique sur le VIH et le Sida s'appliquent également.</p>	

4 Etant donné que 2008/2009 est une période de transition en ce qui concerne le type de moustiquaires qui seront distribuées, l'indicateur MILD/MII devrait correspondre au type de moustiquaires distribuées. Dans certains cas, des indicateurs distincts seront nécessaires pour les MILD et les MII. On s'attend à ce qu'après 2009, toutes les opérations distribueront exclusivement des MILD.

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 2: COORDINATION ET INTEGRATION	Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(2.1) S'assurer que les politiques et programmes de lutte antipaludique en faveur des PDI sont coordonnées et intégrées au sein du processus de réforme humanitaire	(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la santé organisées par les pays inclus dans le module ⁵
(2.2) Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés et des PDI dans les Plans nationaux de lutte antipaludique	(2.2.1) % de pays hébergeant >10,000 réfugiés qui ont explicitement inclus les réfugiés dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012. (2.2.2) % de pays hébergeant >10,000 PDI qui ont explicitement inclus les PDI dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012.
(2.3) Renforcer la capacité de coordination de la santé et la supervision du HCR par rapport aux parties prenantes concernées (par exemple les autorités pays hôte, les PE et les PO, ainsi que les représentants des réfugiés)	(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé du HCR (2.3.2) Nombre de réunions de coordination sur la santé tenues chaque année, y compris les réunions spéciales du groupe de travail sur le paludisme organisées en cas d'épidémie.
(2.4) Participer en tant que membre au réseau contre le paludisme en cas d'épidémie, coordonné par l'OMS	(2.4.1) % de conférences téléphoniques du réseau ou de réunions auxquelles le siège du HCR (ou un représentant nommé par lui) a participé au cours de l'année précédente
(2.5) Veiller à ce que des ressources suffisantes soient affectées au soutien des activités antipaludiques du HCR	(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à la lutte antipaludique (USD/personne/année)
(2.6) Plaider en faveur de l'inclusion des personnes relevant de la compétence du HCR dans les propositions des donateurs	Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (> 10,000 personnes) bénéficiant de crédits supplémentaires de la part des sources de financement suivantes : (2.6.1) Initiative du Président des Etats-Unis contre le Paludisme et (2.6.2) Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme Voir aussi 2.5.1 .
(2.7) Faire en sorte que les personnes relevant de la compétence du HCR figurent dans les évaluations participatives et les analyses portant sur l'âge, le sexe et la diversité réalisées au titre du cycle de gestion des opérations du HCR	(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives au titre du cycle de gestion des opérations

⁵ Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 3: ACCES AU DIAGNOSTIC PRECOCE, A UN TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE, ET A LA PREVENTION	S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre ont accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(3.1) Fournir un diagnostic gratuit ou fortement subventionné, le traitement et la prévention en tenant compte des conditions environnementales	(3.1.1) % de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique ⁶ Voir aussi 1.1.1-1.1.4.
(3.2) appuyer les programmes visant à répondre aux normes de diagnostic en laboratoire fixées par les politiques nationales	(3.2.1) % de camps ou programmes répondant aux normes nationales de diagnostic en laboratoire
(3.3) Assurer la fourniture d'ACT appropriée dans les zones où le paludisme à <i>P. falciparum</i> prédomine ; dans les zones où d'autres espèces prédominent, utiliser les directives agréées sur le plan international	(3.3.1) % de camps ou programmes utilisant l'ACT en tant que traitement de première ligne pour les cas de paludisme simple, par pays (3.3.2) % de services de santé ne signalant pas de rupture de stock d'ACT ⁷ (3.3.3) Rupture de stock ayant duré ≥1 semaine au cours du mois précédent pendant la phase d'urgence ⁸ (3.3.4) Rupture de stock ayant duré ≥1 semaine au cours des trois mois précédents pendant la phase stable
(3.4) Fournir les MILD en priorité aux populations les plus vulnérables pendant la phase d'urgence et en étendant la distribution à tout le monde ne phase stable	(3.4.1) % de ménages possédant toujours > 1 MILD/MII six mois après la distribution de moustiquaires (3.4.2) % d'établissements hospitaliers où tous les lits sont équipés d'une MILD/MII Voir aussi 1.3.1 and 1.3.2.
(3.5) Utiliser les IRS lorsque nécessaire	(3.5.1) % d'habitations salubres après que les pulvérisations rémanentes intradomociliaires (IRS) d'insecticide ont été utilisées pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention
(3.6) Fournir le TPIg à toutes les femmes enceintes se présentant aux soins prénatals	(3.6.1) % de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de TPIg lorsque nécessaire
(3.7) Elaborer des plans de préparation aux épidémies incluant des activités de lutte antipaludique si approprié	(3.7.1) % de camps ou programmes mettant en œuvre en temps utile des plans de préparation aux épidémies, y compris aux épidémies de paludisme si approprié
<p>L'Indicateur 3.2.1 du Plan stratégique pour la lutte contre le VIH et le Sida s'applique également. L'Indicateur 3.4.6 du Plan stratégique pour la santé reproductive s'applique également. Les Indicateurs 3.2.4 et 3.2.5 du Plan stratégique pour la nutrition et la sécurité alimentaire s'applique également. L'Indicateur 3.5.2 du Plan stratégique pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement s'applique également.</p>	

6 Formulation de l'OMS/GMP :
- Décès attribués au paludisme sur 100,000 personnes par an
- Cas de paludisme notifiés sur 1000 personnes par an
- Cas de paludisme grave sur 100,000 personnes par an
- % de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique

7 La rupture de stock est définie comme une interruption d'approvisionnement des ACT pendant une période > 1 semaine pendant le dernier mois de la phase d'urgence

8 La rupture de stock est définie comme une interruption d'approvisionnement des ACT pendant une période > 1 semaine pendant la dernière année de la phase post urgence, de stabilisation

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 4: DES SOLUTIONS DURABLES</p>	<p>Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(4.1) Promouvoir et mettre place des politiques et programmes d'intégration et de rapatriement incluant des interventions appropriées de prévention et de traitement du paludisme</p>	<p>(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent en temps utiles et si nécessaire des kits de rapatriés définis ici comme ≥ 1 MILD/MII par ménage avec mode d'emploi (4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de lutte antipaludique ont été conçus et intégrés, si nécessaire, aux plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement) (4.1.3) % de programmes offrant des services antipaludiques aux points de rapatriement si nécessaire</p>
<p>(4.2) Coordonner et échanger les informations disponibles sur la lutte antipaludique avec les gouvernements, les institutions des Nations Unies et d'autres organisations humanitaires pendant les opérations de rapatriement</p>	<p>(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement, qui recueillent sur ces sites des informations sur la lutte antipaludique parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et les communiquent au gouvernement et aux organisations chargées de la conception des politiques et programmes de lutte antipaludique</p>
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 5 : CREATION DE CAPACITES</p>	<p>Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(5.1) Former le personnel de santé du HCR et de ses partenaires aux protocoles, à la prévention et au traitement appliqués par la lutte antipaludique</p>	<p>(5.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires du domaine de la santé qui reçoivent une formation sur les nouveaux protocoles de traitement et de dépistage des cas de paludisme simple, de prévention efficace du paludisme et du traitement clinique des cas de paludisme grave Voir aussi 2.3.2, 2.7.1, 3.7.1.</p>
<p>(5.2) Fournir des programmes d'éducation communautaire axés sur la lutte antipaludique aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR.</p>	<p>(5.2.1) % de pays signalant une formation sur la lutte antipaludique dispensée aux personnes relevant de la compétence du HCR Voir aussi 2.7.1, 4.1.1.</p>

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6: ESTIMATIONS, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>Evaluer régulièrement le statut du paludisme au sein des populations relevant de la compétence de l'UNHCR et en faire rapport afin de fournir en temps utile des informations à la planification programmatique et à la mise en œuvre des programmes ; Evaluer la performance et les réalisations des programmes suivant une approche gestionnaire fondée sur les résultats ; et Elaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles sur les nouvelles stratégies et technologies utilisées dans la lutte antipaludique.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Réaliser des estimations relatives à la situation du paludisme en utilisant une liste de pointage normalisée⁹</p>	<p>(6.1.1) % d'estimations relatives au paludisme réalisées dans les zones d'endémie pendant la période d'urgence initiale</p>
<p>(6.2) Recueillir et analyser les données essentielles relatives à la lutte antipaludique en utilisant les définitions de cas normalisées et appliquer ces données</p>	<p>(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR</p>
<p>(6.3) Evaluer régulièrement les programmes de lutte antipaludique</p>	<p>(6.3.1) % de camps ou programmes ayant évalué leur couverture antipaludique ainsi que leurs services de lutte contre le paludisme tous les deux ans dans les environnements stables</p>
<p>(6.4) Mener des recherches opérationnelles comme indiqué afin d'orienter la mise en œuvre programmatique (par exemple : efficacité des médicaments antipaludiques, nouveaux matériels imprégnés d'insecticide, adhérence à l'ACT et acceptabilité de l'ACT) ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>	<p>(6.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue de fournir des informations à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>

9 Voir en page 15 des Directives techniques pour la lutte antipaludique (http://www.who.int/malaria/docs/brochure_RBM.pdf) une liste de pointage normalisée à utiliser dans ces évaluations

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(1.1.1) Mortalité brute chez les moins de 5 ans, toutes causes (par sexe)	< 1 décès/1000/mois < 2 décès/1000/mois	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.1.2) Mortalité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.1.3) Morbidité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp Non-camp
(1.1.4) Incidence du paludisme (suspecté et confirmé) (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.2.1) % de femmes enceintes recevant des MILD/MII au cours de la phase d'urgence	>75%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.2.2) % de ménages disposant d'au moins une MILD/MII en phase stable	>75%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur le paludisme	Camp
(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la santé organisées par les pays inclus dans le module ¹³	>75%	Annuelle	2	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(2.2.1) % de pays hébergeant >10,000 réfugiés qui ont explicitement inclus les réfugiés dans le Plan national de lutte antipaludique parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012	>80%	Semestrielle	2	Plans nationaux de lutte antipaludique	Camp Non-camp
(2.2.2) % de pays hébergeant >10,000 PDI qui ont explicitement inclus les PDI dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012.	>80%	Semestrielle	2	Plans nationaux de lutte antipaludique	Camp Non-camp
(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé publique du HCR travaillant aux niveaux national et régional	Variable	Annuelle	2	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.3.2) Nombre de réunions de coordination sur la santé tenues chaque année, y compris les réunions spéciales du groupe de travail sur le paludisme organisées en cas d'épidémie	12	Annuelle	2,5	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.4.1) % de conférences téléphoniques du réseau ou de réunions auxquelles le siège du HCR (ou un représentant nommé par le siège) a participé	>75%	Annuelle	2	Notes des conférences téléphoniques du réseau	Camp Non-camp

10 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2010. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

11 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré **pour la première fois**. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones de camps ou de non-camps, mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

12 Etant donné que 2008/2009 est une période de transition en ce qui concerne le type de moustiquaires qui seront distribuées, l'indicateur MILD/MII devrait correspondre au type de moustiquaires distribuées. Dans certains cas, des indicateurs distincts seront nécessaires pour les MILD et les MII. On s'attend à ce qu'après 2009, toutes les opérations distribueront exclusivement des MILD.

13 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement.

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à la lutte antipaludique (USD/personne/année) .	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP	Camp Non-camp
(2.6.1) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000) bénéficiant de crédits supplémentaires provenant de l'Initiative du Président des Etats-Unis contre le paludisme	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP Siège	Camp Non-camp
(2.6.2) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000) bénéficiant de crédits supplémentaires provenant du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP Siège	Camp Non-camp
(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations	>75%	Annuelle	2,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.1.1) Proportion de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique	VARIABLE	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(3.2.1) % de camps ou programmes répondant aux normes nationales de diagnostic en laboratoire	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.3.1) % de camps ou programmes utilisant l'ACT en tant que traitement de première ligne pour les cas de paludisme simple, par pays	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.2) % de services de santé ne signalant pas de rupture de stock d'ACT	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.3) Rupture de stock ayant duré ≥ 1 semaine au cours du mois précédent pendant la phase d'urgence	0%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.4) Rupture de stock ayant duré ≥ 1 semaine au cours des 3 mois précédents pendant la phase stable	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp
(3.4.1) % de ménages possédant toujours > 1 MILD/MII six mois après la distribution de moustiquaires	>50%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.4.2) % d'établissement hospitaliers où tous les lits sont équipés d'une MILD/MII	100%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.5.1) % d'habitations salubres après que les pulvérisations rémanentes intradomiciliaires (IRS) d'insecticide ont été utilisées pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention.	>60%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.6.1) % de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de TPIg lorsque nécessaire	>80%	Mensuelle, Annuelle	3	SIS	Camp
(3.7.1) % de camps ou programmes mettant en œuvre en temps utile des plans de préparation aux épidémies, y compris aux épidémies de paludisme.	>80%	Mensuelle, Annuelle	3,5	Bureaux nationaux	Camp

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent en temps utiles et si nécessaire des kits de rapatriés définis ici comme ≥1 MILD/MII par ménage avec mode d'emploi	100%	Annuelle	3,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de lutte antipaludique ont été conçus et intégrés, si nécessaire, aux plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement)	100%	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.1.3) % de programmes offrant des services antipaludiques aux points de rapatriement si nécessaire	100%	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement, qui recueillent sur ces sites des informations sur la lutte antipaludique parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et les communiquent au gouvernement et aux organisations chargées de la conception des politiques et programmes de lutte antipaludique	Variable	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires du domaine de la santé qui reçoivent une formation sur les nouveaux protocoles de traitement et de dépistage des cas de paludisme simple, de prévention efficace du paludisme et du traitement clinique des cas de paludisme grave	>75%	Annuelle	2,3,5	Bureaux nationaux	Camp
(5.2.1) % de pays indiquant qu'une formation en matière de lutte antipaludique est dispensée aux personnes relevant de la compétence du HCR	>80%	Annuelle	2,4,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.1.1) % d'estimations relatives au paludisme réalisées dans les zones d'endémie pendant la période d'urgence initiale	100%	Annuelle	6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Mensuelle, Annuelle	6	SIS	Primarily camp with emphasis to include non camp
(6.3.1) % de camps ou programmes ayant évalué leur couverture antipaludique ainsi que leurs services de lutte contre le paludisme tous les deux ans dans les environnements stables	100%	Semestrielle	6	Bureaux nationaux HQ	Camp
(6.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue de fournir des informations à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes	Variable	Annuelle	6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Offices HQ	Camp Non-camp

ANNEXE 1: DIRECTIVES TECHNIQUES

PLAN STRATÉGIQUE DE L'UNHCR POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

L'objectif des présentes directives est de fournir des informations complémentaires sur les activités la lutte antipaludique mises en œuvre durant les opérations de l'UNHCR. Ce document n'est pas destiné à se substituer aux publications, plus complètes, sur le paludisme, mais à fournir une information sur les raisons, le contexte et tout ce qui touche aux objectifs et indicateurs mentionnés spécifiquement dans le Plan stratégique. Les présentes directives contiennent les recommandations et les prises de position les plus récentes et les plus pertinentes de diverses autorités scientifiques. Cette information peut être utilisée par des experts et du personnel de nombreux niveaux, y compris par les dirigeants des bureaux sur le terrain, les personnes chargées de formuler les programmes et le personnel de santé. Les directives abordent en priorité des questions telles que le diagnostic et le traitement, la prévention, la participation, ainsi que le suivi et l'évaluation, en prenant soigneusement en compte les réalités de populations particulières auxquelles l'UNHCR dispense son aide et pour lesquelles elle plaide. Toutes les informations et références devraient être considérées à la lumière du dynamisme des informations scientifiques et de la constante émergence de nouvelles données que l'on observe dans le monde de la lutte antipaludique.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

"Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies" est l'objectif 6 des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement¹ dont l'achèvement est prévu à l'horizon 2015. Afin d'atteindre l'objectif 6, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) prévoient de mettre en œuvre trois interventions prioritaires devant lutter efficacement contre le paludisme :

- Le diagnostic et le traitement des cas de paludisme au moyen de médicaments efficaces ;
- La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), et plus spécifiquement de moustiquaires insecticides de longue durée (MILD), afin d'atteindre la couverture totale des populations à risque paludique ;
et
- Les pulvérisations rémanentes intradomiciliaires (IRS) d'insecticide afin de prévenir ou d'endiguer les flambées épidémiques et de permettre aux MILD de faire diminuer la transmission de la maladie.

TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR)

Le diagnostic et le traitement devraient être gratuits pour le patient et le traitement se fonder sur la confirmation de laboratoire (lequel délivre les résultats en une heure), sauf dans les cas suivants :

1. Durant les épidémies confirmées de paludisme où le nombre important de patients ne permet pas de tester individuellement chaque patient ayant de la fièvre, OU
2. Parmi les enfants de moins de 5 ans dans les lieux de forte transmission (taux de positivité des lames de >50%), car c'est le modèle de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (utilisant un traitement fondé sur le diagnostic clinique) qui est suivi dans ce cas.¹¹

Dans les situations d'urgence on a souvent recours au test de diagnostic rapide (TDR). Généralement on utilise des TDR qui ne détectent que *P. falciparum* (par exemple le Paracheck[®]), car il est moins coûteux, plus facile à utiliser et plus robuste que ceux qui sont capables de détecter également d'autres espèces. Il est en outre important d'exclure l'infection à *P. falciparum*, potentiellement plus souvent mortel que d'autres espèces. Toutefois, les TDR ne devraient pas être utilisés pour faire des recherches concernant des échecs suspectés du traitement, ou pour évaluer l'efficacité d'un médicament car leur positivité demeure active jusque qu'à deux semaines après le succès du traitement. Dans les environnements où l'on sait que d'autres espèces de paludisme (telles que *P. vivax*) sont prévalentes, il convient

d'envisager l'utilisation d'autres tests TDR, mais, encore une fois, ces derniers sont plus coûteux, moins efficaces et moins fiables dans les conditions sur le terrain.

La formation, la supervision, le matériel et les produits servant à la microscopie appliquée au paludisme devraient dans le long terme remplacer les tests TDR pour la confirmation du diagnostic dans les environnements stables. Dans toutes les circonstances, il faut pouvoir disposer d'au moins un laboratoire de référence utilisant une microscopie de qualité pour la prise en charge des patients, en particulier pour la mise en évidence des échecs de traitement et le suivi, le paludisme grave et le dépistage hebdomadaire des patients souffrant de malnutrition sévère. Il est également essentiel de contrôler la qualité des tests TDR qui sont stockés et utilisés sur le terrain.

Thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT)

Que l'on ait affaire à des situations d'urgence ou non urgentes, le principe essentiel de la riposte est un accès rapide au traitement. Le traitement de première ligne devrait être l'ACT, administrée après confirmation du cas par le test TDR ou la microscopie. L'artemether-lumefantrine (Coartem[®]) que l'on trouve dans le nouveau kit sanitaire d'urgence interinstitutions est recommandé spécifiquement en tant que traitement de première ligne car il demeure efficace à >95% dans la plupart des environnements en Afrique. Il se peut cependant que d'autres traitements de première ligne puissent être recommandés en raison des différentes directives nationales de traitement antipaludique.

Femmes enceintes et enfants

L'artemether-lumefantrine sera administré aux femmes enceintes souffrant de paludisme simple au cours des 2^e et 3^e trimestres de la grossesse, et la quinine et la clindamycine pendant le 1^{er} trimestre : en outre, il n'est pas nécessaire de l'interrompre dans les cas graves ou lorsqu'on ne dispose pas d'une autre alternative, mais il n'est pas recommandé chez les enfants pesant moins de cinq kilos.ⁱⁱⁱ

Paludisme grave

Les cas individuels de paludisme grave sont caractérisés par une hypoglycémie, une anémie sévère, un état de choc, le coma, la défaillance rénale et l'œdème pulmonaire. Ces complications doivent être prises en charge et traitées d'urgence en plus de la thérapie antipaludique appropriée. Les directives recommandent l'utilisation d'artesunate (en intraveineuse [IV] ou intramusculaire [IM]), d'artemeter (IM), ou de dérivés de l'artémisinine administrés par voie rectale, qui sont généralement administrés aux patients adressés par un service où les IV et les IM ne sont pas pratiqués ou le sont de façon inappropriée. L'IV de quinine est une alternative de dernier recours, mais l'objectif devrait être dans le long terme de passer à une thérapie orale ACT complète lorsque approprié sur le plan clinique. Au début des situations d'urgence, lorsque les diagnostics ne sont pas encore disponibles, les traitements empiriques du paludisme sévère diagnostiqués cliniquement ne doivent pas être interrompus. Les groupes courants à risque de développer un paludisme sévère sont les femmes enceintes, les jeunes enfants, les personnes récemment déplacées, et les personnes immunodépressives ou souffrant de malnutrition grave.ⁱⁱⁱ

Une fois la phase d'urgence passée, l'approche du traitement et du diagnostic doit chaque fois que possible s'harmoniser avec le Programme national de lutte antipaludique du pays hôte. Les protocoles de traitement doivent toujours se fonder sur l'utilisation de médicaments antipaludiques efficaces. Ce sera l'ACT, dans le cas de la plupart des zones à transmission de *P. falciparum*. Les protocoles de traitements médicamenteux doivent se fonder sur des données d'efficacité datant de moins de deux ans. Lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, l'UNHCR et ses partenaires peuvent devoir lancer des études d'efficacité en collaboration avec les Ministères de la Santé (MS) des pays touchés et d'autres partenaires, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans les cas où les protocoles thérapeutiques des pays sont basés sur un traitement médicamenteux ayant perdu son efficacité, il faudra obtenir une permission spéciale des pouvoirs locaux à l'effet de se démarquer du protocole national. Dans ce type de situations,

la meilleure stratégie serait de faire appel au médicament le plus efficace pour traiter toute personne se trouvant dans la zone où vivent les réfugiés, mais cette tactique n'est en réalité que rarement appliquée.

Personnes déplacées internes (PDI) et réfugiés de retour dans leurs foyers

Avec les mouvements massifs de populations, de très nombreuses personnes risquent de se rendre dans des régions d'intense activité palustre. On pense qu'une immunité partielle à l'égard du paludisme peut diminuer progressivement si les personnes concernées séjournent six mois ou plus dans des zones non endémiques. Des espèces ou des souches différentes peuvent également être transférées dans de nouvelles régions où la sensibilité aux médicaments varie, ce qui crée des risques potentiels tant pour les nouveaux arrivants que pour les populations qui y résident.

Au cas où l'on ait prévu de larges mouvements de populations, la mesure la plus efficace du point de vue des coûts est d'agir au plus près du moment du départ en testant l'ensemble de la population et en traitant les cas positifs par l'ACT. Des efforts intenses d'information, d'éducation et de communication (IEH) sont nécessaires afin de s'assurer que les populations nouvellement arrivées recherchent rapidement des soins en cas de maladies fébriles et bénéficient d'interventions de prévention telles que la distribution de MILD.

LA PRÉVENTION

Des mesures sont généralement mises en œuvre à mesure que la phase urgente évolue vers une situation plus stable, où le flux de population a diminué. Mettre en œuvre une prévention efficace suppose que l'on dispose de personnel formé (en particulier des agents de santé et d'assainissement communautaires), de financements suffisants, d'interventions appropriées et acceptables sur le plan culturel et que l'on se concentre sur une programmation à base communautaire. Certains facteurs, comme l'accès limité ou la difficulté de l'approvisionnement consécutive aux conflits, des problèmes de sécurité, des divergences dans les efforts de prévention et de traitement, la pénurie d'expertise et un roulement rapide des personnels peuvent exercer des contraintes sur la mise en œuvre des mesures de prévention. De plus, ces situations instables compliquent les efforts de planification et d'évaluation à long terme de la prévention.

Pendant la phase aiguë, plusieurs facteurs, tels que le risque d'infection, les caractéristiques de la population, la nature des abris ainsi que celle de moustiques vecteurs locaux peuvent aider à déterminer quelles mesures seront les mieux appropriées. Alors que la situation devient peu à peu chronique, il importe de procéder à des réévaluations, car les abris comme les mouvements de populations peuvent se modifier.

En dehors des phases d'urgence, des campagnes d'IEC culturellement appropriées doivent accompagner la mise en œuvre des mesures préventives. Les agents de santé communautaires doivent collaborer étroitement avec les personnels chargés de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement de manière à appliquer les stratégies intégrées de gestion de la lutte antivectorielle, notamment les activités visant à réduire les sources de vecteurs (drainage des gîtes de reproduction, entretien des fontaines publiques, etc.)

Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg)

Le risque d'infection paludéenne, en particulier d'infection à *P.falciparum*, et de gravité clinique de la maladie est particulièrement élevé chez les femmes enceintes. Ce risque dépend aussi souvent du statut VIH et du statut immunitaire existant avant l'exposition au paludisme ainsi que des grossesses (une parité plus élevée a un effet protecteur). La complication la plus courante du paludisme chez les femmes enceintes est une anémie sévère, alors que pour le nourrisson elle prend la forme d'un poids insuffisant à la naissance (LBW), ou d'un pronostic de décès néonatal.

De nombreuses études ont démontré que dans les zones de transmission modérée, où les mères ont au minimum une immunité partielle, les thérapies préventives sont bénéfiques pour les femmes enceintes et leur enfant. Pour ces dernières, les interventions au moment de l'urgence devraient inclure une gestion efficace des cas, une recherche active des cas fébriles, le dépistage du paludisme, la distribution prioritaire de MILD, ainsi que la fourniture du TPIg en association avec les soins prénatals.

En dépit des hauts niveaux de résistance à ce traitement, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) reste le médicament de base de choix pour le TPIg, lequel doit être mis en œuvre, même en l'absence d'une politique nationale de TPIg, dans les circonstances suivantes :

- Intensité de transmission de modérée à forte
- Existence de services de soins prénatals
- L'efficacité de la SP demeure au moins modérée (résistance de <50%)

La SP est administrée une fois au cours du 2^e trimestre de la grossesse et une fois au cours du 3^e trimestre. Pour les mères VIH-positives, ou dans les cas où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépasse 10 %, et elle s'administre tous les mois dès le début du 2^e trimestre de la grossesse. Toutefois, la SP ne devrait pas être donnée aux femmes VIH-positives recevant quotidiennement la prophylaxie cotrimoxazole. Dans les environnements et les épidémies à faible transmission et où la SP est insuffisante (résistance à > de 50%), la lutte antipaludique pour les femmes enceintes devrait se concentrer sur le diagnostic et le traitement rapides ainsi que sur d'autres interventions préventives. Idéalement, le TPIg devrait suivre le principe de la thérapie sous surveillance directe (DOT) et toutes les doses administrées devraient être consignées dans un registre réservé à cet effet. Il convient de mettre au point un système consistant à charger les agents de santé communautaires de retrouver les femmes qui ne se sont pas présentées pour recevoir leurs doses de TPIg.

Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires d'insecticide (IRS)

Les IRS peuvent être efficaces dans les zones d'urgence mais leur succès est tributaire de plusieurs conditions : le vecteur doit être endophile (vivre à l'intérieur des maisons), l'insecticide utilisé doit être efficace, le personnel doit être bien formé, et les parois des habitations doivent se prêter aux pulvérisations. Il faut en outre tester tout le matériel qui sera utilisé, et le réparer si nécessaire, avant d'entreprendre une campagne de pulvérisations.

Les expériences provenant de nombreux programmes de l'UNHCR ou autres montrent que les pulvérisations commencent après le début de saison des pluies, trop tard pour avoir un impact sur la transmission du paludisme. C'est là un gaspillage considérable de ressources et vraisemblablement un risque de conséquences négatives sur l'environnement et la santé humaine. Même si toutes les conditions opérationnelles requises sont en place, les IRS n'atteignent pas toujours leur objectif de façon satisfaisante. Les insecticides doivent être sélectionnés sur la base de données connues d'efficacité et de sensibilité ; en outre, en raison de l'acceptation toute relative par le public depuis des années, les stratégies IRS ont de la peine à mettre en œuvre des campagnes efficaces d'IEC les campagnes de pulvérisations et de porter au maximum la participation et l'adhésion du public. Le moment choisi pour effectuer ces campagnes doit aussi prendre en compte la pratique culturelle d'enduire les murs de boue lors des vacances ou d'autres pratiques traditionnelles.^{IV}

Pour que la communauté soit efficacement protégée, il faut qu'au moins 85% des habitations soient concernées.^V Les pulvérisations ne devraient être entreprises, tant en cas d'urgence que dans les situations stables, que si les éléments suivants existent sur place :

- Des équipements et une logistique adéquats et disponibles
- Des experts et du personnel formé
- Un plan de mise en œuvre bien conçu comprenant des niveaux de supervision et de suivi adéquats
- La possibilité d'effectuer les pulvérisations avant la saison des pluies

Les indicateurs suggérés sont notamment les suivants :^v

- Couverture = nombre d'habitations soumises à pulvérisation/ nombre d'habitations dans la zone cible (%)
- Insecticide utilisé par habitations = quantité d'insecticide/nombre d'habitations pulvérisées (une mesure de l'efficacité et de l'utilisation correcte de l'insecticide)
- Acceptabilité par les utilisateurs avant la pulvérisation = % de ménages acceptant la pulvérisation
- Acceptabilité par les utilisateurs après la pulvérisation = % d'habitation replâtrées ou lavées, ou % de ménages se plaignant de la pulvérisation (évaluation un mois après l'intervention)

Moustiquaires insecticides de longue durée (MILD) et Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

L'OMS recommande actuellement de couvrir l'ensemble de la population courant un risque de paludisme, en précisant que les programmes de lutte antipaludique devraient acheter uniquement des MILD afin d'assurer une couverture à 100% des personnes exposées à la maladie. On sait toutefois que les moustiquaires sont en mesure de fournir une protection à l'ensemble d'une communauté, même lorsqu'elles ne sont utilisées que par 60% des personnes.^{vi,vii} Lorsque la couverture est inférieure à ce taux, elles n'ont en revanche d'effet que sur les individus qui en font usage la nuit.

Pendant la phase d'urgence initiale, les moustiquaires ne devraient être distribuées qu'aux personnes les plus exposées, telles que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Mais dès que cela devient possible, elles devraient être remises gratuitement à l'ensemble de la population à risque. Dans les zones d'endémie, tous les nourrissons recevant leurs premières vaccinations au dispensaire et toutes les femmes enceintes se présentant aux soins prénatals devraient recevoir une MILD.^{viii} Tous les programmes de l'UNHCR devraient équiper tous les lits hospitaliers d'une MILD (dans les dispensaires, les hôpitaux et les centres d'alimentation thérapeutique). D'autres campagnes de distribution de moustiquaires peuvent être lancées afin d'équiper les établissements de santé primaires, les programmes de lutte contre le VIH et le Sida, les centres d'alimentation et d'en fournir aux agents de santé communautaires. Ces mesures permettront de veiller à ce que toutes les populations exposées bénéficient de ces campagnes.

La distribution doit s'accompagner de stratégies efficaces d'éducation communautaire, de surveillance et de suivi. L'utilisation erronée ou la revente de moustiquaires est un problème dans les communautés où l'engagement communautaire et l'éducation ne sont pas menés de façon adéquate, et où existent des conflits de priorités de survie. Ainsi, certains programmes ont constaté que les gens vendent leurs moustiquaires lorsque les rations alimentaires sont supprimées ou que la distribution de produits non alimentaires est limitée.

De nombreux autres produits imprégnés d'insecticide ont été utilisés pour tenter de freiner la propagation du paludisme, comme par exemple des couvertures, des vêtements ou des toiles plastiques de protection ont été traités de cette manière. Mais si certains montrent des résultats prometteurs, aucun n'est actuellement approuvé et/ou recommandé par l'OMS ou le Plan d'évaluation des pesticides de l'OMS. Des hamacs imprégnés d'insecticide peuvent constituer un atout valable pour les personnes déplacées qui peuvent les utiliser pour se protéger du paludisme en milieu sylvatique.

Les moustiquaires insecticides de longue durée sont en principe actives pendant trois ans dans des conditions de terrain si elles sont utilisées selon les recommandations. Etant donné les conditions très difficiles dans lesquelles les personnes sont souvent contraintes de vivre, on peut avoir à placer la barre plus bas en ce qui concerne la durée de validité des MILD dans ce type d'environnements. Les programmes devraient mettre en place un système permettant d'enregistrer la date à laquelle les MILD ont été acquises et distribuées et inscrire au budget leur remplacement à des intervalles réguliers selon les besoins.

Un suivi de la conservation et de l'utilisation des moustiquaires devrait être effectué régulièrement, notamment au moment de la distribution, un mois et six mois après la distribution, puis chaque année. Il est essentiel de pouvoir faire la distinction entre la conservation des moustiquaires et leur usage approprié. Ci-dessous, des exemples d'indicateurs :^v

- Couverture = nombre de MILD/MII distribuées/taille de la population cible (%)
- Taux d'utilisation = nombre d'enfants de moins de 5 ans/femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédente/ nombre d'enfants de moins de 5 ans/femmes enceintes ayant reçu des MILD/MII (%)
- Taux de conservation des moustiquaires = nombre de personnes qui conservent leurs MILD/MII / Nombre de personnes ayant reçu des MILD/MII à l'origine (%)
- Taux de détérioration = nombre moyen de trous par MILD/MII

La distribution de MILD est une intervention relativement nouvelle, aussi, de nombreux programmes utilisent encore les MII. Dans ce cas, il faut mettre en œuvre régulièrement un programme de ré-imprégnation au sein des communautés ainsi que de toutes les moustiquaires utilisées dans les services hospitaliers.

Information, éducation, communication (IEC) et Participation communautaire

Plus que pour d'autres opérations de prévention et de traitement, il importe que celles qui concernent le paludisme puissent s'appuyer sur des communautés qui participent et s'investissent. Les interventions de prévention, telles que l'utilisation des MILD doivent pouvoir compter sur des individus qui, non seulement acceptent les moustiquaires et les conservent, mais également qui savent les utiliser correctement. De même, les effets positifs de l'IRS peuvent être annulés si la population cible nourrit des craintes à l'endroit de l'insecticide ou ne comprend pas pourquoi il n'est pas possible de replâtrer ou de laver les murs après une pulvérisation. Les retards dans la recherche d'un traitement auprès des services de santé peuvent diminuer si des messages d'IEC culturellement à l'écoute et appropriés sont mis au point au moyen de méthodes reposant sur la participation de représentants de la communauté.

Lors de la mise au point de messages et de priorités, plusieurs questions primordiales doivent être incluses: le lien qui existe entre le moustique et la maladie, l'identification des personnes les plus exposées, la nécessité de rechercher rapidement un traitement en cas de maladie fébrile, la distinction entre paludisme simple et paludisme grave, ainsi que les méthodes de prévention et la meilleure façon d'avoir accès aux services de santé. Chaque fois que possible, les activités d'IEC devraient s'inscrire dans des manifestations culturelles et sociales et être reliées à d'autres campagnes. Les messages d'éducation pour la santé doivent être largement diffusés et affichés visiblement dans tous les services de santé, ainsi que dans les camps ou installations, dans les lieux de rencontre, tels que les salles communautaires, les églises ou d'autres lieux.

On ne répétera jamais assez que l'IEC doit être appropriée du point de vue linguistique, social et culturel. Pour concevoir des messages efficaces d'éducation, il est impératif de suivre différentes étapes :^v

- Définir les objectifs de l'éducation pour la santé
- Identifier le public cible
- Définir les comportements que l'on souhaite voir adopter et mettre au point des messages clairs
- Fournir des informations sur ce que les gens peuvent faire par eux-mêmes
- Utiliser des méthodes culturellement acceptables
- Délivrer les messages par l'intermédiaire de personnes respectées et inspirant la confiance
- Fournir des formations et des matériels

Pour faciliter ces objectifs, il est utile de réunir des groupes de travail auxquels participent des représentants des partenaires d'exécution et des institutions de coordinations (par exemple des personnes représentant la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et les programmes d'enrichissement culturel), ainsi que les leaders communautaires des populations de réfugiés et des populations hôtes. On peut renforcer la participation en organisant régulièrement des réunions au cours desquelles on peut informer et écouter les doléances de tous les points de vue. Un avantage supplémentaire de ces groupes de travail est que ceux qui les fréquentent recevront régulièrement des nouvelles fraîches et une formation officielle concernant des domaines relatifs à la lutte antipaludique et se familiariseront avec différents moyens d'améliorer la collaboration avec d'autres secteurs.

Préparation et riposte aux épidémies

Il est parfois assez difficile de déclarer qu'une épidémie s'est déclenchée car les taux de base de morbidité et de mortalité palustre ainsi que les taux d'endémicité ne sont pas toujours connus, en particulier dans les situations d'urgence et parmi les populations mobiles. En outre, les flambées de paludisme peuvent être subaiguës et reposer sur des causes multifactorielles. Toutefois, lorsque des données de base ou saisonnières font défaut (dans les situations stables, on a souvent besoin de données sur cinq ans pour établir des comparaisons), le taux d'incidence hebdomadaire, le taux de létalité, le taux de positivité des lames (SPR) et la mortalité proportionnelle palustre peuvent être utiles. Dans ces cas, on recommande que le seuil d'alerte d'une flambée suspectée soit fixé à une augmentation des cas de 1,5 fois au-dessus du nombre de base, ce nombre étant celui du taux moyen calculé sur les trois semaines précédentes.

Les suspicions de flambée épidémique de paludisme devraient faire immédiatement l'objet d'investigations en vue d'atteindre deux objectifs :

1. Confirmer la cause de l'épidémie au moyen d'enquêtes rapides de prévalence (SPR élevé ou taux de positivité par TDR parmi un nombre moins élevé de cas)
2. Décrire les caractéristiques de l'épidémie (groupes d'âge, répartition temporelle et géographique, courbe épidémique)^v

Les mesures appropriées de préparation comprennent plusieurs éléments :

- a. Constituer des stocks suffisants de médicaments et d'approvisionnement
- b. Mettre au point de plans de riposte à l'épidémie comprenant la mobilisation de ressources
- c. Identifier les personnels qui serviront de points de contact pendant l'épidémie
- d. Prévoir suffisamment de personnel et de moyens de transport au cas où des équipes mobiles seraient nécessaires
- e. Former tous les personnels aux mesures à prendre en cas de situation d'urgence

Étant donné la brièveté de la demi-vie des nouvelles ACT, il faut prêter attention à la durée de conservation du médicament au moment de déterminer pendant combien de temps les antipaludiques pourront être stockés avant d'arriver à leur date de péremption. Les TDR sont également sensibles à la chaleur et il faudra les stocker dans un endroit frais chaque fois que possible.

Une fois que l'on a déterminé que l'épidémie est en cours, la priorité la plus urgente est de fournir un diagnostic et un traitement rapide et efficace selon les directives mentionnées ci-dessus. On pourra envisager de mettre en place des stratégies de lutte antivectrielle, bien que celles-ci soient avant tout des mesures préventives, mais elles ne devraient pas avoir recours aux ressources prévues pour les efforts en matière de diagnostic et de traitement. Dans le meilleur des cas, les stratégies de lutte antivectrielle devraient être mises en œuvre avant que l'épidémie n'atteigne sa période de pointe.

En ce qui concerne le traitement, il importe de mettre à disposition un nombre suffisant de points d'accès et de cibler les populations vulnérables. Une fois que les tests ont confirmé qu'une épidémie de paludisme est en cours, on peut également, comme ces lieux s'y prêtent, recourir à un traitement empirique fondé sur les définitions cliniques de cas. Le TDR ou la microscopie peuvent se poursuivre pour un petit pourcentage de patients afin de fournir un marqueur de remplacement de l'activité palustre.

Un suivi des efforts de prévention réalisés pour assurer la couverture pendant l'épidémie peut être effectué en utilisant les indicateurs de morbidité et de mortalité palustres mentionnés plus haut ainsi que les taux de létalité. Des évaluations transversales et démographiques systématiques contribuent également à mieux caractériser les activités de lutte antipaludiques et démographiques liées à l'épidémie.^v

Système d'information sanitaire (SIS), Suivi et évaluation

Le recours à un système d'information sanitaire est essentiel pour s'assurer que des données normalisées sont à la disposition du suivi et de l'évaluation programmatiques. Le SIS utilise une série de variables essentielles et d'indicateurs normalisés mutuellement agréés auxquels sont associés des outils de recueil de données et d'analyse. Toutes les institutions menant des activités de lutte antipaludique devraient utiliser les mêmes outils ainsi que le SIS. Lorsqu'il peut être appliqué, le SIS de l'UNHCR devrait être utilisé. Il est impératif de connaître les SIS des pays hôtes, s'ils sont disponibles, afin d'être à même d'aider les personnels nationaux à faire la transition entre le SIS de leur pays et celui de l'UNHCR, car il peut exister de légères différences de terminologie et de définition des cas.

Le SIS de l'UNHCR utilise les définitions de cas suivante pour le paludisme :^{ix}

Cas suspecté :

PALUDISME SIMPLE

Toute personne faisant de la fièvre ou ayant fait de la fièvre pendant les deux jours précédant la consultation, (avec ou sans d'autres symptômes tels que la nausée, le vomissement et la diarrhée, les maux de tête, les courbatures, le froid, la myalgie) et sur laquelle toute autre cause réelle de fièvre a été exclue.

PALUDISME SÉVÈRE

Toute personne développant des symptômes relatifs à un paludisme simple, ainsi qu'une somnolence avec une extrême fatigue et des signes et symptômes associés à la défaillance d'un organe tel que la désorientation, la perte de conscience, les convulsions, l'anémie sévère, la jaunisse, l'hémoglobinurie, le saignement spontané, les œdèmes pulmonaires et le choc.

Cas confirmé :

PALUDISME CONFIRMÉ (SIMPLE OU SÉVÈRE)

Toute personne atteinte de paludisme simple ou sévère diagnostiqué à l'aide d'une confirmation par analyse du frottis sanguin dans un laboratoire ou par un autre test de diagnostic des parasites du paludisme.

CONFIRMATION DE CAS

Démonstration de la présence de parasites du paludisme dans le frottis sanguin par l'examen d'une goutte épaisse ou fine ou par un diagnostic rapide à l'aide d'une trousse de dépistage du *Plasmodium falciparum*.

Il est essentiel de vérifier, au strict minimum et dans tous les environnements, le taux brut de mortalité et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. L'idéal serait que soient intégrés dès que possible les indicateurs supplémentaires suivants :

- Mortalité proportionnelle due au paludisme
- Morbidité proportionnelle du au paludisme
- Incidence du paludisme
- Taux de létalité
- Taux de positivité du frottis sanguin
- Taux de positivité du test de diagnostic rapide (TDR)

Références

- I Projet des Nations Unies pour le millénaire (2005). *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Overview*. Communications Development, Inc., Washington, D.C. (Investir dans le développement: un plan pratique en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement)
- II OMS (2005). *The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/FCH/CAH/00.12). (Manuel de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – PCIME)
- III OMS (2006). *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1108). (Directives pour le traitement du paludisme)
- IV OMS (2006). *Indoor Residual Spraying*, Genève, Programme mondial pour la Lutte antipaludique/Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1112). (Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires)
- V OMS (2005). *Malaria Control in Complex Emergencies, An Inter-Agency Field Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2005.1107). (Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes, un manuel de terrain interinstitutions)
- VI Killeen GF et al. (2007). Preventing childhood malaria in Africa by protecting adults from mosquitoes with insecticide-treated nets. *PLoS Medicine* 4: e229. (Prévenir le paludisme chez l'enfant en Afrique en protégeant les adultes grâce à des moustiquaires imprégnées d'insecticide)
- VII Hawley WA et al. (2003). Community-wide effects of permethrin-treated bed nets on child mortality and malaria morbidity in western Kenya. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 68 (Suppl 4): 121-127. (Effets communautaires des moustiquaires imprégnées de perméthrine sur la mortalité infantile et la morbidité due au paludisme au Kenya occidental)
- VIII OMS (2007). *Insecticide-treated mosquito nets: a WHO position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (Les moustiquaires imprégnées d'insecticide: document de synthèse de l'OMS)
- IX UNHCR (2007). Boîte à outils du Système d'Information Sanitaire, Définitions de cas, (HISNBI0307). (www.unhcr.org/protect/PROTECTION/4614aa682.pdf).

AUTRES MATÉRIELS D'INFORMATION ET DE RÉFÉRENCE

Documents clés

- Bloland, P.B., Williams, H.A. (2003). Malaria Control during Mass Populations Movements and Natural Disasters. National Research Council and Program on Forced Migration and Health and the Joseph L Mailman School of Public Health of Columbia University, National Academies Press, Washington D.C.
- Le Projet Sphère (2004). Charte humanitaire et normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophe. Genève, Le Projet Sphère. (www.thesphereproject.org)
- Warrell, D.A., Gilles, H.M. (2002). Essential Malariology. New York City, Oxford University Press Inc.
- OMS (2004). Roll Back Malaria consultation on best practices and lessons learnt: implementing malaria control in complex emergencies in Africa 2000-2004. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/epidemicsandemergencies).
- OMS (2005). Malaria Control in Complex Emergencies, An Inter-Agency Field Handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/HTM/MAL/2005.1107). (www.who.int/malaria/epidemicsandemergencies).

Références par thèmes

DÉFINITIONS DE CAS

- Connolly M (ed). (2005). Communicable disease control in emergencies: A field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/infectiousdiseaseneeds/IDdocs/whocds200527/whocds200527chapters/index.htm).
- UNHCR (2007). Boîte à outils du Système d'information Sanitaire, Définitions de cas (HISNBI0307). (www.unhcr.org/protect/PROTECTION/4614aa682.pdf).

COMMUNICATION ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- Malaria Consortium (1999). Partnerships for change and communication: guidelines for malaria control. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine and WHO. (sara.aed.org/sara_pubs_list_usaid_1.htm).

DIAGNOSTIC

- Identification en laboratoire: www.dpd.cdc.gov/dpdx. (CD-ROM disponible à la demande: dpx@cdc.gov).
- Diagnostic rapide: www.wpro.who.int/rdt.
- OMS (1991). Basic Malaria Microscopy (part I and II). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

SÉLECTION ET FOURNITURE DE MÉDICAMENTS

- Information sur les médicaments préqualifiés OMS/UNICEF : mednet3.who.int/prequal.
- Protocole normalisé d'étude de l'efficacité: www.who.int/malaria/resistance.html.
- Kit sanitaire d'urgence interinstitutions 2006: <http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?a=d&d=Js13486e>.

EPIDÉMIES

- Nájera, J.A., Kouznetsov, R.L., Delacollette, C. (1998). Les épidémies de paludisme : comment les déceler, les combattre, les prévoir et les prévenir. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.rbm.who.int/docs/najera_epidemics/naj_toc.htm).
- OMS (2002). Prevention and control of malaria epidemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf).
- OMS (2004). Field guide for epidemic assessment and reporting. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf).

VIH

- WHO (2004). Paludisme et VIH : interactions et répercussions sur les politiques de santé publique : rapport d'une consultation technique Genève, Suisse 23-25 juin 2004 (sous presse). Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/hiv/pub/prev_care/malaria/en/index.html).

IRS

- Choix de l'insecticide: www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/012/604/IRSInsecticides.html.
- Specifications of public health insecticides: www.who.int/ctd/whopes.
- OMS (2006). Indoor Residual Spraying. Genève, Programme mondial de lutte antipaludique/Organisation mondiale de la Santé. (WHO/HTM/MAL/2006.1112).

MILD/MII

- OMS (2002). Instructions for treatment and use of insecticide treated nets. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_RBM_2002.41.pdf).
- OMS (2007). *Insecticide-treated mosquito nets: a WHO position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/docs/itn/ITNspospaperfinal.pdf).

SUIVI ET ÉVALUATION

- Fonds Mondial (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Genève, Fonds mondial. (www.theglobalfund.org/pdf/guidelines/pp_me_toolkit_en.pdf).

TRAITEMENT

- OMS (2000). Management of severe malaria – a practical handbook, 2e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/docs/hbsm_toc.htm).
- OMS (2001). The use of antimalarial drugs. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/014/923/am_toc.htm).
- OMS (2006). Guidelines for the Treatment of Malaria. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1108).

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- forum.actmalaria.net/YaBB.pl
- www.malariaconsortium.org
- www.wellcome.ac.uk/node5816.html
- www.who.int/malaria
- www.who.int/whopes

ANNEXE 2: LISTE DE CONTRÔLE DE LA SITUATION DU PALUDISME

Sources d'information

- Données et rapports UNHCR/ONG/MS/OMS
- Entretiens avec le personnel de santé et d'autres informateurs clés
- Groupe de discussion avec les bénéficiaires
- Services de santé sous surveillance directe (examen des dossiers, pharmacie, pratiques thérapeutiques)
- Enquêtes, si nécessaire (par exemple parasites ou prévalence fébrile au sein des foyers, comportements en matière de recherche de soins, utilisation des MII; enquêtes sur le retrait des services de santé; données entomologiques)

Cadre politique

- Programme national de lutte antipaludique – protocole de traitement, données d'efficacité, système de distribution des médicaments, activités de prévention, système de surveillance
- Populations vulnérables prises en charge par le Programme national de lutte antipaludique

Mécanismes de coordination

- Dépenses annuelles de santé per capita, ainsi que pour la lutte antipaludique en faveur des populations vulnérables
- Capacité de l'UNHCR et de ses partenaires en matière de planification, ainsi que de suivi et d'évaluation du programme de lutte antipaludique
- Groupe spécial sur la lutte antipaludique ou autre mécanisme interinstitutions de coordination
- Planification, mise en œuvre et suivi et évaluation de la lutte antipaludique intégrés au cycle programmatique annuel
- Normalisation de la récolte, de l'analyse et de la diffusion des données

Situation épidémiologique

- Population et profil démographique cibles (notamment % de femmes, % d'enfants de <5 ans)
- Conditions épidémiologiques du lieu d'origine, du lieu de transit (arrivée récente) et asile
 - Résistance vectorielle et résistance aux insecticides
 - Espèces parasitaires et résistance pharmacologique
 - Facteurs saisonniers et stabilité de la transmission
 - Climat
- Données sanitaires
 - Incidence palustre et morbidité proportionnelle due au paludisme (Par âge, à long terme)
 - Taux de mortalité spécifique par paludisme et morbidité proportionnelle due au paludisme (par âge, à long terme)
 - Proportion des admissions hospitalières en raison du paludisme, taux de létalité (par âge)
 - Principales maladies importantes en santé publique.
 - Prévalence du VIH

Infrastructure et personnel

- Service de santé primaire
 - Situation, y compris eau, latrines
 - Distance, heures d'ouverture, population desservie
 - Matériels nécessaires aux précautions universelles
 - Fournitures, médicaments et équipements
 - Protocole de traitement de première ligne (par exemple suppositoires d'artesunate, artemether par voie intramusculaire)
- Etablissement de recours
 - Situation, y compris eau, latrines, moustiquaires
 - Fournitures, médicaments, équipements
 - Capacités de transfusions sanguine; de césariennes
 - Transport, communication, éloignement (en temps)
 - Distance, heures d'ouverture, population desservie
- Personnel
 - Nombre et type
 - Formation
 - Mécanisme de supervision

Fourniture de services antipaludiques

- Partenaires / fournisseurs de services
- Traitement
 - Protocoles dispensés dans les centres de santé
 - Système de gestion des stocks de médicaments en place
 - Système de supervision
- Activités de prévention (décrire)
 - Date de la dernière activité
 - Estimation de la couverture
 - Système de supervision
- Activités d'éducation pour la santé et de mobilisation communautaire (décrire)
 - Fréquence
 - Couverture
 - Système de supervision

Obstacles à la mise en œuvre efficace des activités de lutte antipaludique provenant de facteurs comportementaux, socioculturels et relatifs aux systèmes

- Utilisation des services de santé officiels
- Accessibilité des soins de santé officiels à tous les groupes de population
- Préférence pour les pratiques traditionnelles
- Existence de pratiques traditionnelles nocives
- Attitudes envers la fièvre, les convulsions, l'anémie
- Attitudes envers les soins de santé officiels

Surveillance, suivi et évaluation

- Données cliniques et hospitalières – tendance temporelle de la morbidité et de la mortalité (par âge)
- Données relatives à la couverture communautaire – prévention, promotion
- Fournisseurs de services de santé – utilisation de protocoles thérapeutiques normalisés
- Enquêtes communautaires – attitudes et utilisation des services de prévention et de traitement
- Evaluations périodiques



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés