ROLL BACK MALARIA
PARTENARIAT

COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT

Rapports Pays

Numéro 3 · janvier 2012

Focus sur la Tanzanie continentale

Ministère de la Santé
et des Affaires sociales

Programme national de
lutte contre le paludisme

ROLL BACK MALARIA
PARTENARIAT

COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT

Rapports Pays

Numéro 3 • janvier 2012

Focus sur la Tanzanie continentale

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS :

Focus sur la Tanzanie continentale.

(Collection progrès et impact, 3)

1.Paludisme - prévention et contrôle. 2.Paludisme - thérapeutique. 3.Paludisme - économie. 4.Financement, Santé. 5.République-Unie de Tanzanie. I.Partenariat Faire reculer le paludisme. II.Série.

ISBN 978 92 4 250299 2 (NLM classification: WC 765)

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photographies | Couverture : © Robert Ainslie/COMMIT | pp. 4, 10, 20, 31, 39 et 49 : © Godfrey Kalagho/Programme national de lutte contre le paludisme, Tanzanie/Ministère de la Santé et des Affaires sociales | pp. 6 et 64 : © Programme national de lutte contre le paludisme, Tanzanie/Ministère de la Santé et des Affaires sociales | pp. 8, 14, 45, 47 et 60 : © Ayesha Mawji/COMMIT | p. 18 : © Raqey Mohammed/i-view photography | pp. 19 et 29 : © Martin Enos/THT | pp. 25, 27, 37, 53 et 57 : © Maggie Hallahan | p. 38 : © Fabrizio Molteni/RTI International | p. 63 (bande dessinée sur le paludisme) : © Nathan Mpangala.

Contact | Secrétariat du Partenariat RBM | siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé | Avenue Appia 20 | 1211 Genève 27 | Suisse | Tél. : +41 22 791 5869 | Fax : +41 22 791 1587 | E-mail : inforbm@who.int

Création : messaggio | Imprimé en France

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations 5

Remerciements 7

Avant-propos 9

Résumé 11

Encadré 1 - L'ampleur du paludisme en Tanzanie continentale 12

I. Les premières années du programme national de lutte contre le paludisme 15

Encadré 2 - Entretien avec Son Excellence le Dr Jakaya Mrisho Kikwete, Président de la République-Unie de Tanzanie 17

II. Déploiement des interventions antipaludiques et recul du paludisme, 2000-2010 21

a. Gestion et planification 21

Encadré 3 - Recherche opérationnelle en Tanzanie 25

b. Obtention de financements adéquats 26

Encadré 4 - Stratégies de communication du PNLP pour un changement des comportements : la Tanzania House of Talent et la campagne Zinduka! Malaria Haikubaliki 29

c. Mise en œuvre des interventions essentielles 31

Encadré 5 - Programme tanzanien de distribution de bons d'échange (TNVS) 37

Encadré 6 - Succès de la PID dans la région de Kagera 38

d. Soutien des interventions par le biais d'activités de communication 45

Encadré 7 - Stratégie de communication du PNLP pour un changement des comportements : la COMMIT 46

e. Vies sauvées et évaluation de l'impact 48

III. Préparer l'avenir 61

IV. Conclusion 65

Annexe A - Liste des partenaires du programme national de lutte contre le paludisme 66

Annexe B - Étude de cas : zone du SSD d'Ifakara, vallée de Kilombero 68

Annexe C - Informations relatives aux principaux taux de couverture des programmes de santé de l'enfant susceptibles d'avoir contribué à la réduction de la mortalité de l'enfant 71

Table des figures

1. Prévalence du paludisme à Plasmodium falciparum *chez les enfants de 6 à 59 mois, Tanzanie, novembre 2007-février 2008* . . . 13
2. Objectifs et cibles du plan stratégique à moyen terme 2008-2013, tels que définis par le programme national de lutte contre le paludisme . . . 24
3. Financement externe de la lutte contre le paludisme en Tanzanie, 2000-2010 . . . 27
4. Répartition, par intervention, du budget total (financements internes et externes confondus) consenti pour lutter contre le paludisme entre 2000 et 2010. . . . 28
5. Augmentation du nombre de produits antipaludiques distribués en Tanzanie, 2005-2010. . . . 32
6. Augmentation de la couverture des interventions en Tanzanie, 1999-2010 . . . 33
7. Utilisation des MII chez les moins de 5 ans, les femmes enceintes et parmi l'ensemble de la population . . . 35
8. Évolution de l'utilisation des MII et de l'indice d'équité entre 2004 et 2010 . . . 36
9. Baisse du nombre d'infections palustres dans le district de Muleba, Tanzanie, 2006-2010. . . . 39
10. Nombre d'admissions dues au paludisme, pour 1 000 habitants, dans tous les établissements de soins secondaires et tertiaires du district de Muleba, par secteur (n = 32) entre 2006 et 2011 . . . 41
11. TPIp chez les femmes en âge de procréer ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, 2004-2010. . . . 42
12. Sollicitation de traitement médical chez les moins de 5 ans ayant eu de la fièvre . . . 44
13. Évolution de l'anémie sévère par lieu de résidence et par âge entre 2004-2005, 2007-2008 et 2010. . . . 50
14. Évolution de l'anémie sévère dans les zones à risque (élevé, modéré et faible) de transmission du paludisme entre 2004-2005, 2007-2008 et 2010. . . . 51
15. Évolution de la mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans . . . 52
16. Évolution de la mortalité de l'enfant, par tranche d'âge, entre 1999, 2004-2005 et 2010 . . . 53
17. Mortalité des moins de 5 ans des zones urbaines et rurales, Tanzanie, 1999 et 2010 . . . 54
18. Évolution de la mortalité des moins de 5 ans dans les zones à risque (élevé, modéré et faible) de transmission du paludisme, 1999 et 2010. . . . 54
19. Intensification de la lutte contre le paludisme, anémie sévère et mortalité, Tanzanie, 1999-2010 . . . 56
20. Vies d'enfants de moins de 5 ans sauvées grâce à la prévention du paludisme, Tanzanie, 1999-2010 . . . 58
21. Estimation de l'impact des différents scénarios d'activité du programme national de lutte contre le paludisme entre 2011 et 2015. . . . 59
B1. Taux d'utilisation d'une MII par rapport au taux d'utilisation de n'importe quel type de moustiquaire (toutes tranches d'âge confondues) . . . 69
B2. Parasitémie palustre (toutes tranches d'âge confondues) et positivité des lames (parmi les enfants de 0 à 4 ans admis dans un établissement de soins) . . . 70
B3. Taux de mortalité infantile ($_1q_0$) et infanto-juvénile ($_5q_0$). . . . 70

ABRÉVIATIONS

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
ALMA	Alliance des leaders africains contre le paludisme
CCC	Communication incitant au changement des comportements
CDC	Centres de prévention et de contrôle des maladies (États-Unis)
COMMIT	Initiative de communication sur le paludisme en Tanzanie (*Communication and Malaria Initiative in Tanzania*)
DDT	Dichlorodiphényltrichloroéthane
DFID	Département du développement international du Royaume-Uni
DMAp	Dispositif pour des médicaments accessibles - paludisme
EDS	Enquête démographique et de santé
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
IHI	Institut de santé d'Ifakara (*Ifakara Health Institute*)
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
LiST	Outil de Vies Sauvées (*Lives Saved Tool*)
MACEPA	Partenariat pour le contrôle et l'évaluation du paludisme en Afrique
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée
NIMR	Institut national de la recherche médicale (*National Institute for Medical Research*)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PID	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent
PMI	Initiative du Président américain contre le paludisme
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PSI	Population Services International
PVADM	Point de vente agréé pour la distribution de médicaments
RBM	Partenariat Roll Back Malaria
S&E	Suivi et évaluation
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SSD	Système de surveillance démographique
TDR	Test de diagnostic rapide
THMIS	Enquête sur les indicateurs du VIH/sida et du paludisme en Tanzanie (*Tanzania HIV and Malaria Indicator Survey*)
THT	Tanzania House of Talent
TIE	Taux d'inoculation entomologique
TNVS	Programme tanzanien de distribution de bons d'échange (*Tanzania National Voucher Scheme*)
TPIp	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international

Équipe du programme national de lutte contre le paludisme, Tanzanie

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé sous l'égide du Partenariat RBM (Roll Back Malaria) dans le cadre de l'évaluation des progrès par rapport aux objectifs de 2010 du Plan d'action mondial contre le paludisme *et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).*

Il a été rédigé conjointement par Éric Mouzin (Secrétariat du Partenariat RBM, Genève) et Beatrice Divine (Initiative du Président américain contre le paludisme [PMI], Atlanta).

Les informations utiles à la rédaction de ce rapport ont été obtenues auprès de Rob Ainslie (Initiative de communication sur le paludisme en Tanzanie [COMMIT]), Achuyt Bhattarai (PMI, Atlanta), Nick Brown (Programme national de lutte contre le paludisme [PNLP], Tanzanie), Beatrice Divine (PMI, Atlanta), Christie Hershey (PMI, Washington), Renata Mandike (PNLP, Tanzanie), Peter McElroy (PMI, Tanzanie), Audrey Mitchell (PMI, Atlanta), Ally Mohamed (PNLP, Tanzanie), Fabrizio Molteni (RTI International), Éric Mouzin (Secrétariat du Partenariat RBM, Genève), Alex Mwita (Ministère tanzanien de la Santé et des Affaires sociales), Ritha Njau (Organisation mondiale de la Santé [OMS], Tanzanie), Rene Salgado (PMI, Washington), Christina Souther (PMI, Atlanta) et Rebecca Young (Malaria No More).

Les données d'impact mentionnées dans ce rapport sont toutes issues des travaux entrepris par le Groupe de recherche et d'évaluation de l'impact du paludisme en Tanzanie dans le cadre du rapport *Évaluation de l'impact des interventions antipaludiques sur la mortalité de l'enfant en Tanzanie continentale*. L'auteur principal de ce rapport est Paul Smithson (Institut de santé d'Ifakara [IHI]), en collaboration avec les contributeurs suivants : Achuyt Bhattarai (PMI, Atlanta), Peter McElroy (PMI, Tanzanie) et Rene Salgado (PMI, Washington) pour les facteurs contextuels ; Lia Florey, Trevor Croft et Yazoume Ye (ICF International) pour l'analyse des données ; Christie Hershey (PMI, Washington), Thomas Eisele, David Larsen (Université de Tulane, Nouvelle-Orléans) et Ingrid Friberg (Université Johns Hopkins, Baltimore) pour l'analyse de l'Outil de Vies Sauvées (modèle LiST, *Lives Saved Tool*) ; Chonge Kitojo (PMI, Tanzanie) pour les données financières ; Fabrizio Molteni (RTI International) pour l'étude de cas portant sur la région de Kagera ; Angelica Rugarabamu (IHI) pour les supports d'étude de cas, et Christina Souther pour l'aide à la rédaction.

Une aide et des commentaires précieux ont été apportés à la rédaction de ce rapport par Misun Choi (PMI), S. Patrick Kachur (Centres de prévention et de contrôle des maladies [CDC] des États-Unis), Trenton Ruebush (PMI), Richard Steketee (Partenariat pour le contrôle et l'évaluation du paludisme en Afrique [MACEPA]) et Steve Yoon (PMI).

Ce rapport a été révisé et relu en anglais par Jacqueline Chan-Kam (consultante auprès du Secrétariat du Partenariat RBM).

Pour leur soutien et leur contribution à la production de ce rapport, nous remercions Keith Wynn (consultant auprès du Secrétariat du Partenariat RBM), Marina Gavrioushkina, Prudence Smith (Secrétariat du Partenariat RBM) et Laurent Bergeron (MACEPA), lequel a également assuré la gestion et l'adaptation de la version française.

Les auteurs demeurent responsables de toute erreur ou omission.

malaria
HAIKUBALIKI!

AVANT-PROPOS

Depuis des siècles, le paludisme pèse lourdement sur la population africaine, nuit à la productivité et ralentit le développement des pays. En Tanzanie, nous avons mis en œuvre une politique adaptée par le biais du troisième plan stratégique pour le secteur de la santé (2009-2015) et du programme de développement des services de santé primaires (2007-2017). En matière de lutte contre le paludisme, nous avons réalisé de nombreuses avancées grâce aux efforts que nous avons engagés sans relâche tout au long de notre histoire. Cependant, notre pays a la souche la plus agressive du parasite, le moustique le plus efficace pour transmettre ce parasite, des conditions écologiques idéales à son développement et, parfois, nous avons eu le sentiment que le combat était perdu d'avance. Au cours des dix dernières années, nous avons néanmoins déployé une campagne de lutte contre le paludisme sans précédent, avec le soutien de nos partenaires internationaux et le leadership de nos institutions nationales.

Au fil des ans, la Tanzanie a bénéficié de ressources techniques et financières considérables pour faire face à cette maladie redoutable. Le présent rapport montre que ces ressources ont été utilisées à bon escient et que le poids de la maladie diminue dans notre pays. À travers ce document, nous essayons, pour la première fois, d'évaluer l'impact national des interventions antipaludiques sur la mortalité des moins de 5 ans. Ce rapport permet également d'analyser en détail l'évolution de la couverture des interventions d'une part, et des taux d'anémie, de parasitémie et de mortalité d'autre part. Il en ressort que la mortalité des moins de 5 ans a diminué de façon substantielle grâce aux interventions antipaludiques.

Entre 2000 et 2010, nous avons distribué quelque 20,7 millions de moustiquaires et administré environ 71,6 millions de traitements antipaludiques dans un pays qui compte 43,2 millions d'habitants. Pour lutter directement contre le moustique, nous avons aussi pulvérisé d'insecticides l'intérieur de plus d'1,1 million d'habitations. Nous avons, par ailleurs, mis en œuvre la plus vaste campagne de promotion d'activités préventives et thérapeutiques de notre histoire. En effet, 86 % (avril 2010) et 72 % (septembre 2010) des Tanzaniens ont entendu à la radio un message sur la lutte contre le paludisme au cours du mois précédant l'enquête. En conséquence, la mortalité des moins de 5 ans est passée de 148 pour 1 000 naissances vivantes en 1999, à 81 pour 1 000 en 2010. D'après les chiffres présentés dans ce rapport, les efforts entrepris en matière de lutte contre le paludisme ont permis de sauver plus de 63 000 enfants de moins de 5 ans au cours des dix dernières années. Par ailleurs, ces avancées en matière de santé sont devenues équitables. Dans notre pays, les moyens de lutte contre le paludisme sont, en effet, accessibles à tous ceux qui en ont besoin, qu'ils soient pauvres ou plus aisés.

Nous ne devons cependant pas crier victoire trop vite. Le paludisme exerce encore un lourd fardeau sur notre population. Des enfants meurent encore du paludisme en Tanzanie. Nos progrès dépendent en grande partie de notre capacité à faire comprendre à la population que le paludisme est inacceptable, d'où le slogan *Zinduka! Malaria Haikubaliki* (« Agissez ! NON au paludisme »). Nous devons tout mettre en œuvre pour que plus personne ne souffre ou ne meure du paludisme. Certains trouvent cet objectif trop ambitieux, mais ce rapport prouve que des avancées sont possibles même si le combat semble déséquilibré face à la maladie et au poids qu'elle représente.

Nous avons progressé en matière de lutte contre le paludisme grâce aux efforts de tous ceux qui ont veillé à ce que le travail nécessaire soit accompli. De nos agents de santé dans les établissements de soins, au programme national de lutte contre le paludisme, en passant par nos partenaires tels que le Partenariat RBM, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), la Banque mondiale, PMI, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et beaucoup d'autres, tous ont joué un rôle essentiel dans l'atteinte des résultats positifs décrits dans ce rapport. Je vous remercie tous pour vos efforts et votre soutien. Néanmoins c'est à la famille et à la communauté que revient l'essentiel du mérite. En effet, elles ont veillé à ce que les enfants dorment chaque nuit sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, elles ont accepté la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, elles se sont assurées que les femmes enceintes bénéficiaient d'un traitement préventif pendant leur grossesse et, enfin, elles ont rapidement présenté chaque enfant ayant de la fièvre à un prestataire de santé, afin qu'il reçoive un traitement approprié.

L'essentiel de notre réussite repose sur vous.

Blandina Nyoni
Secrétaire générale
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

RÉSUMÉ

Progrès et impact de la lutte contre le paludisme en Tanzanie continentale en un clin d'œil

- Depuis 1995, le programme national de lutte contre le paludisme assure un leadership solide et stable en matière de coordination des activités antipaludiques.

- La mise en œuvre ininterrompue des interventions ayant constitué l'une des priorités, les ressources et le nombre de partenaires ont augmenté, notamment au cours des sept dernières années. Entre 2003 et 2010, des financements externes à hauteur de quelque US $450 millions ont servi au renforcement du programme de lutte contre le paludisme.

- Ces financements ont été utilisés pour déployer des interventions préventives et thérapeutiques :
  - Entre 2007 et 2010, 18 562 571 moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ont été distribuées dans le cadre du programme national de bons d'échange et des campagnes de distribution massive.
  - La pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID), mise en œuvre en 2007, a été étendue pour couvrir 94 % des structures ciblées dans 18 districts à la fin mars 2011.
  - Les tests de diagnostic rapide (TDR) et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) ont été déployés pour couvrir la moitié de la population environ, et les agents de santé ont été formés à leur utilisation. Des efforts ont également été entrepris pour rendre ces nouveaux traitements disponibles dans le secteur privé, vers lequel s'oriente jusqu'à 40 % de la population rurale en cas d'accès de fièvre.

- Le déploiement de ces interventions a entraîné une augmentation des taux de couverture.
  - 63 % des ménages possédaient au moins une MII en 2010 contre 23 % en 2004-2005.
  - Au niveau national, 64 % des moins de 5 ans et 56 % des femmes enceintes avaient utilisé une MII la nuit précédant l'enquête de 2010, soit au moins deux fois plus qu'en 2007.
  - En outre, entre 2001 et 2006, la Tanzanie a fait évoluer sa politique nationale des médicaments antipaludiques. Elle a successivement recommandé l'utilisation de la chloroquine, de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), puis des ACT, permettant ainsi à la population d'accéder à des traitements plus efficaces.

- Grâce à ces taux de couverture satisfaisants, le gouvernement tanzanien a pu réduire le poids de la maladie et sauver des vies.
  - Sur la zone du système de surveillance démographique (SSD) d'Ifakara, la prévalence de la parasitémie chez les moins de 5 ans a été divisée par plus de 5, de 25 % en 2004-2005 à moins de 5 % en 2010.
  - Au niveau national, l'anémie sévère chez l'enfant a été réduite de moitié entre 2004-2005 et 2010 (respectivement 11 % et 5,5 %).
  - La mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans est passée de 148 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à 81 pour 1 000 en 2010, soit une baisse de 45 %.
  - D'après le modèle d'estimation LiST, les interventions antipaludiques ont permis de sauver 63 000 enfants de moins de 5 ans depuis 1999.

- En examinant de près les autres facteurs susceptibles d'expliquer la baisse de la mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans, il apparaît que l'amélioration de la santé de l'enfant est principalement due aux efforts engagés dans la lutte contre le paludisme.

- La Tanzanie a démontré sa capacité à agir et à générer un impact réel sur la survie de l'enfant. Elle s'est donc fixée des objectifs encore plus ambitieux en matière de lutte contre le paludisme, à savoir la couverture universelle en MII, l'extension de la PID à 50 % du territoire, et l'amélioration du diagnostic et du traitement par ACT de tous les cas de paludisme. Ces objectifs nécessiteront un financement plus conséquent et un renforcement des infrastructures sanitaires. Si la Tanzanie parvient à mobiliser des ressources, dynamiser sa main d'œuvre et renforcer son système de santé, elle sera sur la voie de résultats sans précédent en matière de santé publique et de protection de sa population contre le paludisme.

Encadré 1 - L'ampleur du paludisme en Tanzanie continentale

Ce document s'intéresse uniquement aux progrès et à l'impact des interventions antipaludiques en Tanzanie continentale. À partir de cette section, la Tanzanie continentale sera désignée Tanzanie. Un prochain rapport de la collection se concentrera sur les progrès et l'impact des interventions à Zanzibar, qui forme avec la Tanzanie continentale la République-Unie de Tanzanie.

Le paludisme en Tanzanie en un clin d'œil

- La population tanzanienne est estimée à 43,2 millions d'habitants, soit environ 10 millions de ménages répartis dans 21 régions, 113 districts et quelque 10 300 villages.
- Le paludisme est endémique et près de 40 millions de personnes vivent dans des zones de transmission de la maladie.
- Selon le dernier rapport du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS), environ 11,5 millions de cas de paludisme clinique ont été recensés en 2008.
- Jusqu'en 2009, les estimations du programme national de lutte contre le paludisme faisaient état d'un nombre annuel de décès dus au paludisme (toutes tranches d'âge confondues) compris entre 60 000 et 80 000 en Tanzanie.
- Selon les données issues des établissements de soins, le paludisme est la cause principale des hospitalisations et des consultations externes, et représente la première cause de décès chez les enfants.
- En 2010, on estimait que la maladie était responsable de 24 % des décès chez les moins de 5 ans.

En Tanzanie, le paludisme est réparti en trois strates épidémiologiques :

- Un paludisme saisonnier et instable sur environ 20 % du territoire, essentiellement le plateau central aride.
- Un paludisme stable avec des variations saisonnières : le sud du pays a une seule saison des pluies (de mars à mai), alors que le nord et l'ouest du pays sont soumis à un régime pluviométrique bimodal (de novembre à janvier et de mars à mai). Des pics saisonniers de transmission sont observés à la fin de la saison des pluies.
- Un paludisme permanent : le long du littoral, dans les plaines du sud et dans les régions qui bordent le lac Victoria, la transmission du paludisme est stable et très intense.

Le parasite *Plasmodium falciparum* est responsable de 96 % des infections palustres en Tanzanie, et son principal vecteur est le moustique du complexe d'espèces *Anopheles gambiae.*

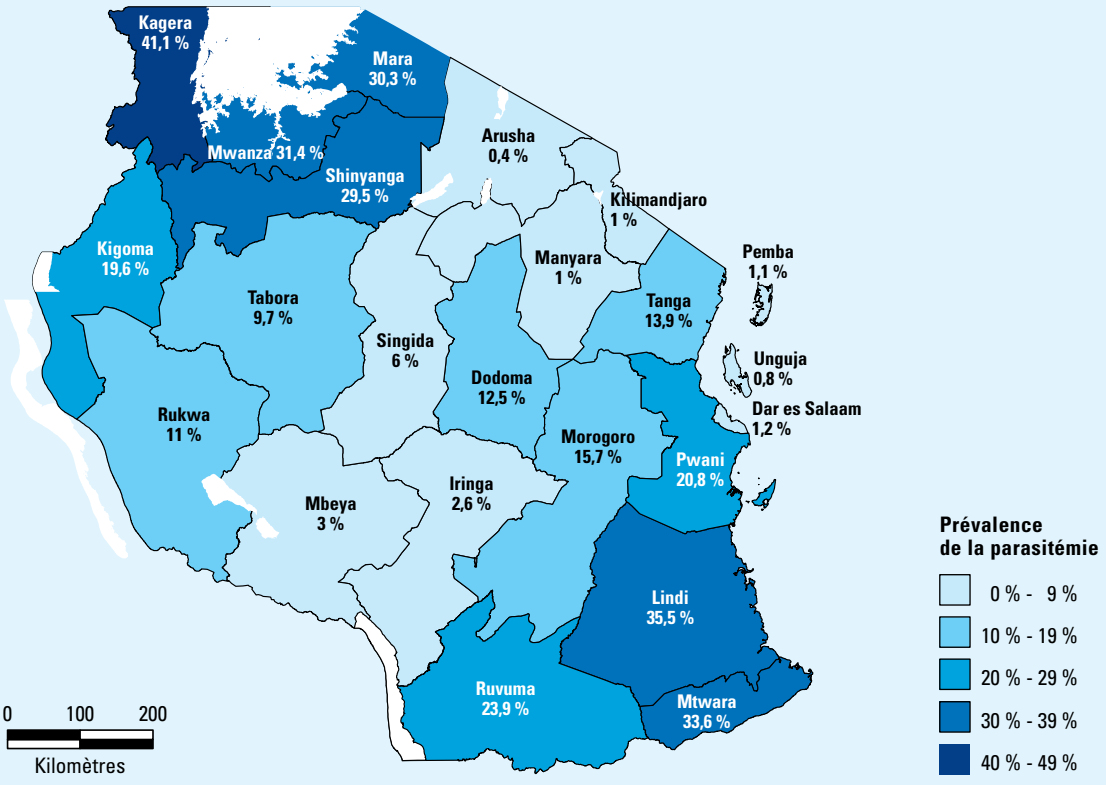
L'évaluation du poids du paludisme en Tanzanie se heurte à de nombreux obstacles. Sans possibilité de confirmation parasitologique, le diagnostic de nombreux professionnels de santé repose uniquement sur des symptômes cliniques, principalement la fièvre. Déployés à grande échelle en 2009, les tests de diagnostic rapide sont aujourd'hui de plus en plus disponibles, ce qui facilite la collecte de données sur les cas de paludisme confirmés.

Le paludisme a toujours exercé un lourd fardeau sur la population tanzanienne, à la fois en termes de morbidité et de mortalité, et en termes économiques. En effet, il pèse sur le développement du pays, aussi bien directement (coûts des soins et des hospitalisations) qu'indirectement (journées de travail perdues par l'employé en cas d'accès palustre ou lorsqu'il reste chez lui pour s'occuper d'un enfant malade). Le paludisme grève le budget des familles et laisse aux Tanzaniens moins de ressources pour satisfaire leurs besoins élémentaires.

Figure 1

Prévalence du paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les enfants de 6 à 59 mois, Tanzanie, novembre 2007-février 2008

La prévalence du paludisme est plus forte le long du littoral, dans les plaines du sud et dans les régions qui bordent le lac Victoria.



Source : Enquête sur les indicateurs du VIH/sida et du paludisme en Tanzanie (THMIS), rapport final, Bureau National de la Statistique et ORC Macro, août 2008.

Happyenjoy it
Exp erienre it
Love it
and work at it

LES PREMIÈRES ANNÉES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La lutte contre le paludisme a considérablement évolué : les efforts entrepris aux premières heures de l'époque coloniale ont laissé place à un programme national de lutte contre le paludisme capable d'assurer un vrai leadership et de coordonner les activités des partenaires. Pour la première fois de son histoire, la Tanzanie a été en mesure d'intensifier ses interventions antipaludiques au niveau national.

La lutte contre le paludisme a commencé en Tanzanie lorsque cette région d'Afrique, qui sera ensuite appelée Tanganyika, est passée sous protectorat allemand de 1885 à 1919. À cette période, la quinine était utilisée pour traiter le paludisme, mais c'est essentiellement le personnel et la famille de l'administration coloniale qui en bénéficiaient. Les Allemands ont planté des quinquinas dans les monts Usambara de la région de Tanga et ces arbres, toujours présents aujourd'hui, ont permis d'approvisionner l'armée en quinine. Les premières moustiquaires, tissées en coton, étaient également utilisées à cette époque, et la population locale faisait l'objet de campagnes massives et intermittentes d'administration de quinine. Quant aux infrastructures sanitaires, elles étaient rudimentaires, à l'exception de quelques hôpitaux dans les zones urbaines.

Au début du XX^{e} siècle, les Allemands ont mis en œuvre un programme de lutte antilarvaire à Kilwa et à Dar es Salaam. La ville de Dar es Salaam étant entourée de zones de reproduction permanente de moustiques, telles que des marais, des rizières, des mares d'eau, des étangs et des ruisseaux non drainés, l'impact de ces opérations a d'abord été négligeable. Des mesures juridiques, introduites en 1913, ont rendu obligatoires le vidage des conteneurs, le déversement de kérosène dans les eaux stagnantes et les activités de drainage de terrains par leurs propriétaires. Avec l'extension des constructions, le drainage et d'autres travaux techniques majeurs se sont intensifiés à Dar es Salaam et, au début de la Première Guerre mondiale, la population de moustiques avait diminué de 90 %.

En 1920, le Tanganyika est passé sous protectorat anglais jusqu'à son indépendance en 1961. Durant la Première Guerre mondiale, le corps médical de l'armée royale britannique a poursuivi les interventions de drainage à Dar es Salaam. Après la guerre, le service sanitaire du département médical a pris le relais. Des travaux similaires ont été entrepris en zone rurale, favorisés par l'adoption des règles cantonales (*Township Rules*) en 1932. La mise en place de l'Unité Paludisme de l'Afrique de l'Est (*East Africa Malaria Unit* [EAMU]), aujourd'hui le Centre de recherche d'Amani de l'Institut national de la recherche médicale, a encouragé la formation et le recrutement de personnels engagés dans la lutte contre le paludisme.

En 1951, l'administration britannique a créé le Service du Paludisme au Tanganyika (*Tanganyika Malaria Service*), qui se concentrait sur la lutte antilarvaire dans les zones urbaines. Cette période a également été marquée par une production en masse de chloroquine, qui a ainsi été déployée à grande échelle pour traiter la maladie. La génération qui a bénéficié des efforts coloniaux en matière de lutte contre le paludisme se souvient encore de l'efficacité de ce programme.

Malgré le lancement du Programme mondial d'éradication du paludisme (1955-1967), le Tanganyika, tout comme la majeure partie de l'Afrique, a très peu profité de cette initiative.

Le Service du Paludisme au Tanganyika a disparu lorsque le pays a acquis son indépendance en 1961, et les activités de pulvérisation, de réduction des sources de transmission et de surveillance de la maladie ont été arrêtées. En 1964, Zanzibar a rejoint le Tanganyika pour former la République-Unie de Tanzanie.

Au cours des deux décennies suivantes, le gouvernement s'est essentiellement attaché à mettre en place une infrastructure sanitaire et à former du personnel de santé. Les statistiques sanitaires ont montré que le paludisme pesait d'un poids considérable sur les populations fréquentant les établissements de soins. Néanmoins, à cette époque, la seule stratégie antipaludique consistait à traiter les cas de fièvre par la chloroquine.

En 1979, des chercheurs locaux ont rapporté les premiers cas de résistance à la chloroquine et le gouvernement a admis la nécessité de revoir d'urgence les mesures antipaludiques. En 1985, le gouvernement a sollicité le soutien bilatéral du Japon par le biais de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA). Un programme ambitieux associant le déploiement de la PID et la réduction des sites de reproduction des moustiques a été lancé à Dar es Salaam et Tanga, avec l'espoir que le gouvernement dirigerait ce programme et l'étendrait à l'ensemble du pays. Parallèlement, des moustiquaires ont été distribuées et des mesures de lutte antilarvaire ont été mises en place. Ce programme a entraîné une baisse considérable de la parasitémie palustre au sein de la population couverte mais, faute de ressources, il n'a pas pu être poursuivi.

En 1995, le programme national de lutte contre le paludisme a été créé et intégré à la Direction des services de prévention. Depuis lors, ce programme dirige et coordonne des initiatives bilatérales et multilatérales, et définit l'orientation stratégique de la lutte contre le paludisme en Tanzanie. Par ailleurs, le PLNP facilite la prise de décisions politiques importantes, telles que la révision des directives de traitement du paludisme (2001 et 2006), met en œuvre ces politiques, et noue des partenariats avec des universités, des instituts de recherche, des organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé.

Lors de sa création en 1956, l'Institut de santé d'Ifakara était un centre de recherche sur le terrain de l'Institut tropical suisse. En 1996, il a lancé un vaste programme de marketing social en faveur des MII qui s'est poursuivi jusqu'en 2000. La même année, la Tanzanie a rédigé un plan opérationnel sur trois ans (1997-2000) avec le soutien de l'Initiative pour l'accélération de la lutte antipaludique du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. En 1998, Population Services International (PSI) a lancé un programme de marketing social (SMITN) dans quatre régions, lequel s'est transformé en programme national (SMARTNET) de 2002 à 2007. Ces initiatives ont été suivies d'un premier plan stratégique national de lutte contre le paludisme (plan à moyen terme 2002-2007), puis d'un deuxième plan stratégique (plan à moyen terme 2008-2013) dont les activités sont en cours de coordination. Au niveau national, le renforcement des capacités est actuellement concentré sur le personnel de santé en charge du paludisme et, depuis 1996, un responsable du programme national de l'OMS est en poste en Tanzanie.

La Tanzanie a été l'un des premiers pays à bénéficier du soutien politique et technique de l'initiative RBM lancée en 1998. En 2003, une mission RBM devait permettre d'identifier les besoins et de définir les actions prioritaires : son analyse a non seulement constitué un outil de plaidoyer efficace, mais elle a aussi permis d'orienter la mise en œuvre de la première subvention que la Tanzanie a reçue du Fonds mondial (série 1) pour lutter contre le paludisme.

En 1999, des réformes engagées dans le secteur de la santé ont permis d'ajouter le paludisme aux interventions sanitaires essentielles. Les gouvernements locaux ont ainsi pu intégrer la maladie à leurs activités de planification, de gestion des ressources et de mise en œuvre des opérations.

La Tanzanie a joué un rôle actif dans l'élaboration de la Déclaration d'Abuja sur le paludisme en 2000, et a contribué à la mobilisation de la communauté antipaludique autour de ses objectifs.

La création du Fonds mondial en 2001 (premiers décaissements de la série 1 en 2002) et le soutien de PMI à la Tanzanie en 2005 (premiers décaissements en 2006) ont accéléré la mise en œuvre des interventions antipaludiques au niveau national. Pour la première fois de son histoire, la Tanzanie a pu planifier et mettre en œuvre l'intensification des interventions, afin de protéger l'ensemble de sa population.

Encadré 2 - Entretien avec Son Excellence le Dr Jakaya Mrisho Kikwete, Président de la République-Unie de Tanzanie

Vous avez fait du paludisme l'une des priorités de votre mandat. Pourquoi vous êtes-vous engagé dans ce combat ?

Avant de devenir président, et même après mon élection, ma priorité a été d'améliorer le niveau de vie du peuple tanzanien. Deux leviers permettent d'agir sur cet aspect : d'une part, mettre à disposition de la population des services sociaux et économiques de qualité, et, d'autre part, augmenter ses revenus.

Nous avons décidé de placer le paludisme au cœur de notre programme de santé, car il constituait la première cause de mortalité dans notre pays et faisait peser une lourde menace sur bon nombre de nos concitoyens, en particulier les femmes et les enfants. À l'époque, nous recensions chaque année 16 millions de cas, plus de 120 000 décès dus au paludisme, et 4 consultations sur 10 dans un établissement de soins concernaient des patients atteints de paludisme.

Nous payons un lourd tribut au paludisme, que ce soit notamment par le nombre considérable d'employés qui ne peuvent se rendre à leur travail ou par le nombre d'enfants qui ne peuvent aller à l'école à cause de cette maladie. Une grande partie de notre budget de santé est consacrée au paludisme, en particulier pour l'achat de médicaments et la prise en charge des soins hospitaliers. Nous ne pouvions rester les bras croisés face à ce fléau.

Quelle approche avez-vous adoptée ?

Nous avons revu la politique de santé nationale et avons élaboré, en 2007, une nouvelle politique dans laquelle la lutte contre le paludisme est solidement ancrée. Celle-ci s'articule autour de quatre interventions principales : l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), des médicaments efficaces et une recommandation pour l'utilisation des ACT, la PID et la gestion environnementale.

Nous avons entamé des discussions avec Sumitomo Chemicals, qui était prêt à investir dans A to Z Textile Mills, un fabricant tanzanien de moustiquaires. Nous avons donc lancé un programme de moustiquaires subventionnées qui a connu un succès remarquable. Ce programme a ciblé, dans un premier temps, les femmes enceintes, puis les enfants de moins de 5 ans grâce à un système efficace de distribution de bons d'échange. Ensuite, dans le cadre de la campagne de « rattrapage », le gouvernement a contribué financièrement à la distribution de 8,7 millions de moustiquaires à des enfants de moins de 5 ans.

Nous avons ensuite engagé des discussions avec le Fonds mondial, les gouvernements américain et britannique, et de nombreux bailleurs de fonds, qui se sont montrés généreux et ont soutenu notre objectif de couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide. La campagne de couverture universelle qui s'est achevée en octobre 2011 nous a permis de distribuer gratuitement 18,2 millions de MILD. En ajoutant le nombre de moustiquaires fournies lors de la campagne de « rattrapage », ce sont près de 27 millions de MII totalement subventionnées qui ont été distribuées ces dernières années.

Quels résultats positifs observez-vous en Tanzanie ?

Les trois premières interventions que j'ai évoquées précédemment nous ont permis de réaliser des avancées significatives. Par ailleurs, les résultats obtenus à Zanzibar sont en tout point remarquables. C'est néanmoins la troisième fois que l'on prétend contrôler le paludisme sur l'île et j'aimerais, cette fois, que ce soit la dernière. Nous devons à présent concentrer nos efforts sur le continent, notamment sur les régions proches de Zanzibar, telles que Dar es Salaam et Tanga. Nous aurons alors suffisamment isolé Zanzibar du paludisme pour inscrire le succès dans la durée.

Sur le continent, les consultations liées au paludisme dans les hôpitaux ou les établissements de soins ont diminué de moitié, passant de 40 % à 20 % du nombre total de consultations, et les admissions suivent la même tendance. Autrefois, lorsque vous veniez à l'hôpital, les lits étaient remplis de patients atteints de paludisme, alors qu'aujourd'hui, nous avons des lits disponibles !

Quelle place la volonté politique occupe-t-elle dans la lutte contre le paludisme ?

Pour moi, la volonté et l'impulsion politiques jouent un rôle essentiel, car ce sont elles qui permettent de changer les choses. Nous avons pris les décisions politiques appropriées et nous avons travaillé avec des experts de la lutte contre le paludisme sur les types d'interventions à mettre en œuvre pour agir efficacement. Ensuite, nous avons aussi engagé des ressources financières dans ce combat.

Ce sera un grand jour pour nous tous lorsque nous pourrons déclarer la Tanzanie exempte de paludisme.

Nous devons tout d'abord nous appuyer sur les succès enregistrés à ce jour. Nous devons également veiller à allouer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des trois interventions principales et nous intéresser à des programmes tels que *Zinduka! Malaria Haikubaliki*. Cette campagne de grande ampleur, dans laquelle se sont impliquées toutes les célébrités du pays, utilise des supports papier et électroniques pour parler de la lutte contre le paludisme. C'est ce que nous devons faire aujourd'hui et ce que nous devrons continuer à faire à l'avenir.

Avec le soutien du Fonds mondial, des gouvernements américain et britannique, et des nombreux autres amis de la Tanzanie et de l'Afrique, nous sommes parvenus à mobiliser toutes les ressources nécessaires pour la distribution de moustiquaires, la mise à disposition des ACT et la mise en œuvre des activités de PID. Mais la clé du succès réside dans l'engagement des responsables politiques, et c'est précisément ce sur quoi nous travaillons avec l'Alliance des chefs d'État africains contre le paludisme (ALMA).

Quelques-uns d'entre nous se sont réunis pour mener la lutte contre le paludisme sur le continent africain, et nous avons créé l'ALMA. Si nous réussissons à éliminer le paludisme à Zanzibar alors que nous échouons dans le reste de la Tanzanie, tôt ou tard il reviendra sur l'île. Et si le Rwanda se débarrasse du paludisme, alors que la Tanzanie n'y parvient pas, la maladie réapparaîtra au Rwanda car les populations traversent les frontières. Nous devons donc unir nos efforts et mettre nos ressources en commun, de sorte que les principales interventions antipaludiques soient facilement disponibles sur l'ensemble du continent africain et ouvrent la voie à l'élimination du paludisme. Je suis heureux de toutes les victoires que nous avons remportées. La distribution de plus de 60 millions de moustiquaires a pu avoir lieu grâce aux efforts de l'ALMA. Achats communs, présentations communes, appels communs. Ce processus nous a permis d'obtenir le soutien du Partenariat RBM, du Fonds mondial et de nombreux bailleurs de fonds. Nous sommes aujourd'hui devenus une force crédible.

Quel conseil donneriez-vous aux autres chefs d'État africains en matière de lutte contre le paludisme ?

L'Afrique abrite 38 des 49 pays les plus pauvres du monde. Malheureusement, ces pays sont aussi les plus touchés par le paludisme, puisqu'on y recense 90 %

des décès dus à la maladie dans le monde. La première chose à faire est d'élaborer les politiques adéquates et d'identifier les interventions requises. Il faut également allouer les budgets nécessaires à ces interventions, s'appuyer sur ses partenaires, et utiliser les ressources à la fois de manière judicieuse et pour les activités prévues. Je suis convaincu qu'en procédant ainsi, nous pourrons atteindre notre objectif, à savoir éliminer le plus vite possible le paludisme du continent africain.

KADI HII HARUZWI
KADI YA KLINIKI YA MTOTO

CHAPITRE II

DÉPLOIEMENT DES INTERVENTIONS ANTIPALUDIQUES ET RECUL DU PALUDISME, 2000-2010

Ce chapitre décrit non seulement les efforts que la Tanzanie a consentis pour faire reculer le paludisme, mais aussi les avancées qu'elle a réalisées : gestion et planification solides (phase essentielle à l'obtention de financements), mise en œuvre des interventions et, enfin, suivi et évaluation (S&E), notamment à travers la mesure des taux de couverture et de l'impact. À partir des données de S&E, la Tanzanie a revu ses stratégies de mise en œuvre, de sorte que les interventions bénéficient de façon équitable aux différents groupes cibles et réduisent l'impact du paludisme.

a. Gestion et planification

Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) en un clin d'œil

- Depuis sa création en 1995, le PNLP a assuré un leadership solide et stable qui a permis la continuité des opérations et la poursuite des objectifs.
- Les actions de prévention et de contrôle du paludisme en Tanzanie sont basées sur les résultats de suivi et évaluation (S&E), ainsi que sur une recherche opérationnelle solide, menée par les institutions nationales avec l'appui de partenaires locaux et externes.
- Les objectifs et cibles définis dans le plan stratégique national sont ambitieux : d'ici 2013, 90 % des ménages doivent posséder au moins une MII, et 80 % des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes doivent dormir sous moustiquaire.
- Le nombre d'agents techniques au sein du PNLP est passé de moins de 10 en 2000 à 22 en 2010.

Étapes clés de la politique, du financement, de la planification et de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme

1996
- Le programme de marketing social des MII est lancé.

2001
- La sulfadoxine-pyriméthamine remplace la chloroquine comme traitement de première intention du paludisme.
- Le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) est mis en œuvre.

2004
- Le programme tanzanien de distribution de bons d'échange (TNVS) entre en vigueur et cible les femmes enceintes, afin qu'elles se procurent des MII.
- Un premier décaissement de US $4,1 millions marque le début de l'aide financière accordée chaque année par le Fonds mondial pour l'achat de produits antipaludiques en Tanzanie.

2006
- Les ACT remplacent la SP comme traitement de première intention du paludisme.
- Le programme de distribution de bons à échanger contre des MII cible également les nourrissons.
- La République-Unie de Tanzanie devient l'un des pays cibles de PMI qui consent un premier investissement de US $8,8 millions. Jusqu'à la fin de la décennie, les financements augmentent chaque année de manière significative.
- Les décaissements du Fonds mondial commencent à augmenter de manière substantielle.

2007
- La PID est réintroduite en Tanzanie pour lutter contre les épidémies.

2009
- Une campagne de « rattrapage » fournit gratuitement des MII à tous les enfants de moins de 5 ans.
- Les activités de PID sont intensifiées.
- Des TDR sont distribués dans 3 des 21 régions du pays.
- La Banque mondiale investit US $18,6 millions dans la lutte contre le paludisme en Tanzanie (puis US $6,7 millions l'année suivante).

2010
- La couverture en TDR est étendue à huit régions supplémentaires.
- La campagne de couverture universelle en MILD de tous les espaces de couchage est déployée.

Gestion

À Dar es Salaam, le PNLP assure la coordination des interventions antipaludiques sur l'ensemble du territoire. Cette unité, intégrée à la Direction des services de prévention au sein du ministère de la Santé et des Affaires sociales, est chargée des activités suivantes : élaborer des stratégies et des directives, mobiliser des financements, faciliter la mise en œuvre des interventions, suivre les progrès et évaluer l'impact. En Tanzanie, le système de santé est décentralisé, si bien que les districts, avec le soutien du niveau régional et central, définissent les interventions sanitaires prioritaires et le budget correspondant, y compris pour les activités de lutte contre le paludisme. Des points focaux pour le paludisme sont déployés dans les régions et les districts pour faciliter la gestion et le suivi des activités.

Sous l'autorité du responsable du programme, le PNLP est organisé en cinq unités : administration, gestion des cas, lutte antivectorielle, information et éducation, et S&E (incluant la recherche opérationnelle). Chaque unité compte un responsable d'équipe et deux à quatre employés, dont certains peuvent travailler pour les cinq unités.

Le PNLP œuvre en collaboration avec des partenaires du secteur commercial, des organisations religieuses, des hôpitaux, des ONG, des bailleurs de fonds, des universités et d'autres agences gouvernementales ou groupes philanthropiques, qui lui garantissent un large accès aux communautés affectées par la maladie. Il peut également s'appuyer sur un vaste réseau de partenaires internationaux (*cf.* annexe A).

Le programme tanzanien de lutte contre le paludisme bénéficie du soutien des principaux dirigeants nationaux, notamment Son Excellence le Dr Jakaya Mrisho Kikwete, le Président de la République-Unie de Tanzanie. Celui-ci appuie de manière considérable la lutte contre le paludisme et est, par ailleurs, le fondateur et actuel président de l'ALMA, une alliance de chefs d'État africains qui s'est fixée pour objectif de lutter contre le paludisme en Afrique aux côtés de l'Union africaine, des Nations Unies et d'autres partenaires locaux et internationaux. La Tanzanie est signataire de la Déclaration d'Abuja et de la Déclaration du Millénaire.

Recherche

Le PNLP a bénéficié des travaux menés par des établissements tanzaniens de renommée internationale en matière de recherche sur le paludisme : l'Institut national de la recherche médicale (NIMR) et l'Institut de santé d'Ifakara (IHI). Des partenariats ont également été établis avec d'autres instituts de recherche, non seulement à l'étranger, mais aussi en Tanzanie, comme avec le Collège universitaire des sciences de la santé de Muhimbili.

Planification

Ces dix dernières années, le leadership fort et stable exercé par le PNLP a permis à la Tanzanie d'élaborer et de finaliser les documents d'orientation suivants pour encadrer les efforts de lutte contre le paludisme :

- Le premier plan stratégique quinquennal (plan à moyen terme 2002-2007) et, plus récemment, le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.
- Le plan de suivi et d'évaluation pour 2008-2013.
- La stratégie de communication 2008-2013 du PNLP sur les interventions antipaludiques.
- Le plan directeur du PNLP pour la PID avec du DDT[1] en Tanzanie continentale.
- Le plan d'opérations 2010 de la cellule MII.

Les activités de S&E sont coordonnées par trois groupes du PNLP : le réseau S&E (groupe de coordination des partenaires), la cellule S&E (chargée des opérations quotidiennes de S&E du PNLP) et le groupe de travail technique de S&E (responsable de la planification et du contrôle des activités de recherche opérationnelle). Le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 du PNLP inclut des domaines de recherche opérationnelle prioritaires, tels que la gestion des cas de paludisme, le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp), la lutte antivectorielle et les épidémies.

[1] Le dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT) est un pesticide synthétique.

Pour coordonner et diriger les actions, le PNLP a mis en place des comités et des groupes de travail. Le Comité directeur national de lutte contre le paludisme livre au gouvernement des conseils techniques avant-gardistes sur cette question. Quatre comités sont chargés respectivement *i*) de la gestion des cas, *ii*) de la lutte antivectorielle, *iii*) du S&E, et *iv*) des activités d'information, d'éducation et de communication, ainsi que de la communication incitant au changement des comportements (CCC). La promotion des MII est organisée par le programme national de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, et toutes les activités sont coordonnées sous le plan stratégique à moyen terme (2008-2013).

Le programme tanzanien est en relation avec l'instance de coordination nationale du Fonds mondial, dont le président est secrétaire de l'instance de coordination tanzanienne et également Coordinateur national de la Commission tanzanienne de lutte contre sida.

Figure 2
Objectifs et cibles du plan stratégique à moyen terme 2008-2013, tels que définis par le programme national de lutte contre le paludisme

OBJECTIF : RÉDUIRE, D'ICI 2013, LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DUES AU PALUDISME DE 80 % PAR RAPPORT AU NIVEAU ACTUEL	
	Cible
Couverture en MII	90 % des ménages possèdent au moins une MII 80 % des ménages possèdent au moins deux MII
Utilisation des MII chez les femmes enceintes	80 %
Utilisation des MII chez les moins de 5 ans	80 %
Couverture en PID	50 % de la population nationale est protégée, et la PID est étendue à 60 districts
Couverture en TPIp (deux doses)	80 % des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP (TPIp)
Gestion des cas de paludisme chez les moins de 5 ans	80 % des cas dépistés dans les établissements de soins sont des cas de paludisme sans complications auxquels est administré un traitement approprié 80 % des enfants ayant de la fièvre reçoivent un traitement approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes

Effectifs

En 2000, le PNLP comptait trois médecins et quatre agents de santé, et bénéficiait du soutien technique de la Coopération italienne, du Département du développement international du Royaume-Uni (DFID), de l'OMS et de l'UNICEF. Ces dernières années, avec l'aide du gouvernement et l'appui technique de ses partenaires, le programme s'est progressivement développé en termes d'effectifs et de domaines d'expertise. Il comprend actuellement cinq médecins titulaires d'une maîtrise en santé publique ou épidémiologie appliquée, trois agents de santé environnementale diplômés en santé publique ou sociologie, deux ingénieurs en environnement, une infirmière titulaire qui valide sa maîtrise en S&E, un pharmacien, un technicien de laboratoire, un agent de la protection sociale qui valide sa maîtrise en santé publique, un administrateur de santé, des comptables et une équipe d'assistants.

En résumé, le PNLP bénéficie d'un excellent leadership, d'un soutien politique fort, et il a autour de lui des partenaires locaux de tout premier ordre en matière de recherche. Tous ces atouts lui ont permis d'attirer davantage de financements pour l'atteinte des objectifs définis dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Encadré 3 - Recherche opérationnelle en Tanzanie

La Tanzanie est considérée, au sein de la communauté antipaludique internationale, comme un pays leader dans le domaine de la recherche sur le paludisme. Qu'il s'agisse de recherche sur l'efficacité des MII en matière de protection de la population, ou sur un traitement préventif intermittent du nourrisson pouvant induire un changement de politique au niveau mondial, ou encore de recherche novatrice sur les vaccins contre le paludisme, les institutions et les scientifiques tanzaniens ont largement contribué aux avancées sur la prévention et le traitement de la maladie.

Les débuts de la recherche sur le paludisme en Tanzanie remontent à la fin du XIX^{e} siècle. Robert Koch, l'un des pionniers de la « théorie des germes » moderne, s'est établi à Dar es Salaam pendant près d'un an à partir de juillet 1896, et a dirigé les premiers travaux de recherche sur le paludisme dans le pays. En 1897, Koch a contribué à la création du premier laboratoire de santé gouvernemental, devenu aujourd'hui le laboratoire national de référence en Tanzanie.

Les deux premiers établissements de recherche médicale et en santé ayant travaillé sur le paludisme en Tanzanie sont l'Institut national de la recherche médicale et l'Institut de santé d'Ifakara, tous deux dirigés par des Tanzaniens. Même si leurs travaux ne se limitent pas au paludisme, cette maladie représente la majeure partie de leur agenda de recherche. Le NIMR et l'IHI travaillent en étroite collaboration avec le PNLP pour définir les priorités en matière de recherche, valider les résultats et faire évoluer les politiques en conséquence.

- Centre collaborateur de l'OMS créé en 1979, le NIMR a remplacé à la fois le Centre de recherche médicale d'Amani et le Conseil de recherche médicale d'Afrique de l'Est. Ces deux institutions venaient en soutien de la communauté d'Afrique de l'Est dans les domaines suivants : assistance technique, recherche et formation sur le paludisme depuis plus de 30 ans. Le NIMR, qui compte aujourd'hui 15 stations et centres en Tanzanie, définit les priorités nationales en matière de recherche. En juillet 2011, le NIMR regroupait 660 employés, dont 155 étaient des chercheurs titulaires d'un doctorat, d'une maîtrise ou d'une licence. Ses principales contributions incluent des essais réalisés sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, ainsi que des études sur *i*) l'épidémiologie du paludisme, *ii*) l'efficacité des protocoles de traitement du paludisme et *iii*) l'efficacité des MII. Le NIMR est aussi l'un des 11 sites en Afrique qui participe aux essais en phase 3 du vaccin candidat contre le paludisme, le RTS,S, dont le développement clinique est le plus avancé à ce jour.

- À l'origine, l'IHI était un centre de recherche créé en 1956 sur le terrain de l'Institut tropical suisse dans la ville d'Ifakara. C'est aujourd'hui une organisation à but non lucratif regroupant plus de 500 employés et 100 chercheurs. L'IHI est un centre collaborateur de l'OMS depuis 2006, et un centre régional d'assurance qualité et de précertification des tests de diagnostic rapide du paludisme. Il a mis au point la version B de son piège à moustiques (*Ifakara Tent Trap-B* [ITT-B]) qui permet de capturer des moustiques pour des études en laboratoire, et a contribué à une meilleure compréhension de l'épidémiologie du paludisme et du comportement du moustique. Une étude de référence de l'IHI a déterminé que les MII pouvaient réduire de 27 % la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, l'institut conduit actuellement la phase 1 et 3 des essais cliniques d'un vaccin contre le paludisme.

b. Obtention de financements adéquats

Les financements externes de la lutte contre le paludisme en Tanzanie en un clin d'œil

- Entre 2003 et 2010, les partenaires externes ont accordé environ US $450 millions au programme tanzanien de prévention et de contrôle du paludisme.
- Les financements externes ont considérablement augmenté entre 2002 et 2010, passant de US $100 000 à US $138 millions.
- Les ressources disponibles pour lutter contre le paludisme ont été multipliées par 100 sur la période 2000-2010. Elles ont très nettement augmenté dès 2003, avec les subventions du Fonds mondial, puis avec les financements supplémentaires de la part de PMI en 2006 et du programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale (Booster) en 2009.
- Sur la période 2003-2010, les contributions du Fonds mondial et de PMI ont représenté 90 % des financements.

La Tanzanie a réussi à obtenir des financements grâce à son leadership fort, son programme stable et son expertise dans la mise en œuvre des interventions. Les engagements vis-à-vis de la Tanzanie ont fortement augmenté entre 2003 et 2010, passant respectivement de US $0,14 à US $3,31 par personne à risque.

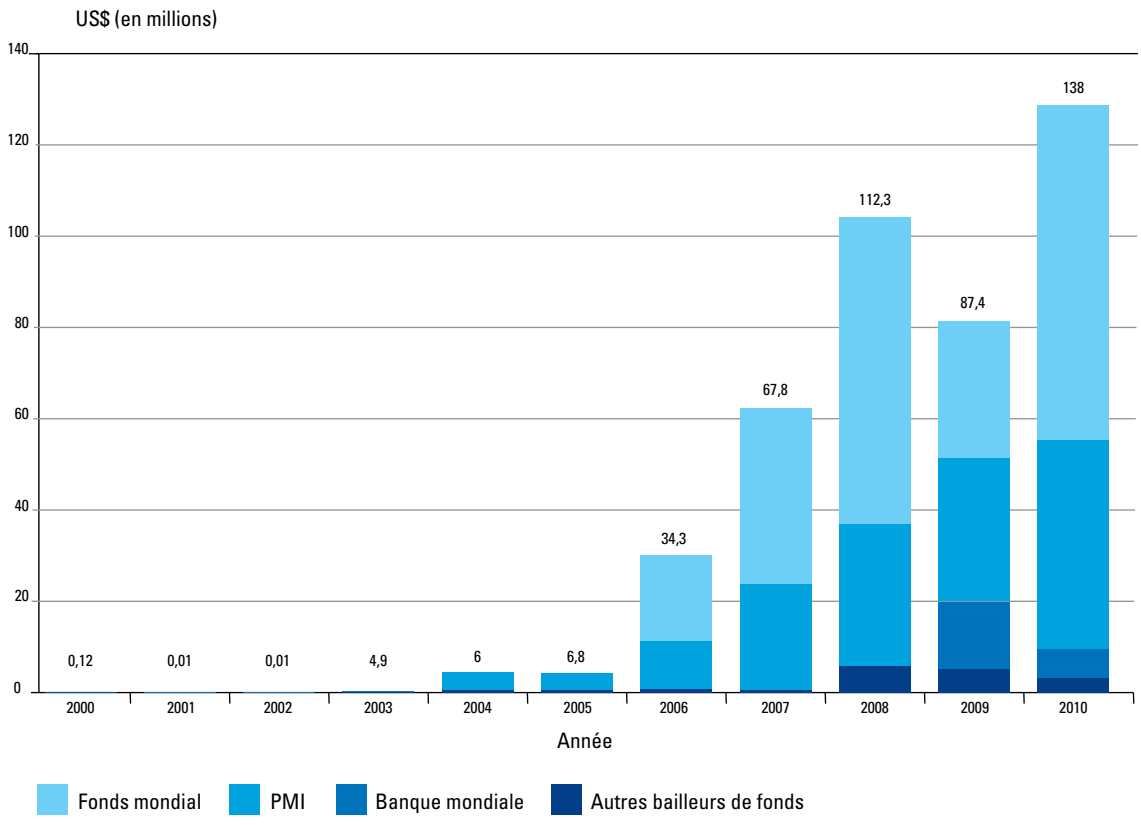
Cette augmentation substantielle du financement de la lutte contre le paludisme a coïncidé avec le premier accord de subvention du Fonds mondial en 2003. Elle s'est ensuite poursuivie avec l'arrivée de PMI et l'octroi de nouvelles subventions du Fonds mondial. Sur la période 2003-2010, les financements externes sont approximativement répartis comme suit entre les différents partenaires : 57 % de la part du Fonds mondial, 33 % de PMI, 6 % de la Banque mondiale et 4 % de la part d'autres bailleurs de fonds tels que l'OMS, l'UNICEF, la JICA, la Coopération suisse, le DFID, la Coopération irlandaise et la Coopération italienne. Bien que le montant des financements soit impressionnant, la Tanzanie doit faire face à des dépenses considérables pour intensifier ses interventions et maintenir des taux de couverture élevés.

Les partenaires collaborent sur la base du plan stratégique national de lutte contre le paludisme et adhèrent aux « Trois principes », à savoir un seul plan national, une seule autorité de coordination, et un seul plan de suivi et d'évaluation.

Figure 3

Financement externe de la lutte contre le paludisme en Tanzanie, 2000-2010

Le financement de la lutte contre le paludisme a considérablement augmenté à partir de 2003. Dès lors et jusqu'en 2010, les partenaires externes ont accordé un total d'environ US $450 millions au programme tanzanien de prévention et de contrôle du paludisme.

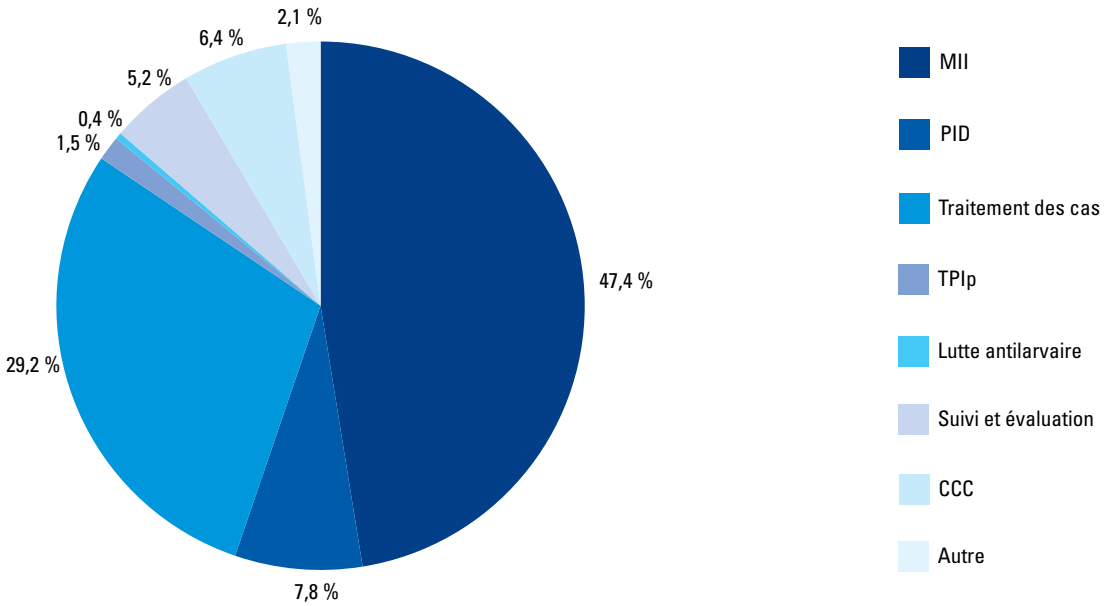


Source : Budgets présentés par les bailleurs de fonds.

Figure 4

Répartition, par intervention, du budget total (financements internes et externes confondus) consenti pour lutter contre le paludisme entre 2000 et 2010

La plupart des ressources des bailleurs de fonds et du gouvernement tanzanien, soit environ 56 %, ont été affectées à des activités préventives.



Source : Rapports budgétaires 2000-2010.

Des quatre principales interventions (MII, PID, traitement des cas et TPIp), ce sont les MII qui ont attiré la plus grande partie des financements avec un total cumulé de US $215 millions, soit près de la moitié (47 %) du budget total alloué au cours de la décennie. Environ 29 % du financement total a été affecté aux ACT pour le traitement des cas de paludisme. Quant au TPIp et à la PID, ils ont représenté respectivement 1,5 % et 7,8 % des financements. Cette répartition des financements, en faveur des MII et des ACT, est similaire dans d'autres pays de cette région d'Afrique, et elle reflète parfaitement les décisions programmatiques prises au niveau national.

Encadré 4 - Stratégies de communication du PNLP pour un changement des comportements : la Tanzania House of Talent et la campagne *Zinduka! Malaria Haikubaliki*

Tanzania House of Talent

La Tanzania House of Talent (THT) est une organisation à but non lucratif tout à fait particulière, dont la mission s'est progressivement élargie. Initialement, elle était chargée d'aider les jeunes défavorisés issus des zones urbaines à développer leurs talents artistiques (musique, danse, théâtre et cinéma) tout en travaillant sur des projets de développement commercial et social. Aujourd'hui, avec l'appui de Malaria No More, elle est également engagée dans la création d'un centre destiné à soutenir les campagnes de communication.

Grâce à ses nouvelles capacités et possibilités en matière de production audio et vidéo, de conception graphique et de représentation théâtrale, ce centre permet aux jeunes formés par la THT de gérer, du début à la fin, des campagnes de communication de masse. La capacité de communication de la THT, tout comme son expertise en termes de communication dans les médias sociaux de masse, d'éducation des jeunes et d'accès au marché local, se sont révélées précieuses pour le développement, en Tanzanie, de la campagne nationale de communication *Zinduka! Malaria Haikubaliki* (« Agissez ! NON au paludisme »).

Zinduka! Malaria Haikubaliki

Début 2010, la THT a aidé au lancement de la campagne *Zinduka! Malaria Haikubaliki* soutenue par le ministère de la Santé et des Affaires sociales. L'objectif était double, à savoir inciter les jeunes tanzaniens à adopter des mesures de prévention du paludisme, et faire évoluer les mœurs, de sorte que le paludisme ne soit plus considéré comme un mal inévitable. La campagne *Zinduka* a utilisé différentes approches, notamment en s'attachant la participation de célébrités locales et internationales de la radio, de la télévision et de la presse, et en transmettant aux jeunes des connaissances et des outils qui les aideront à convaincre d'autres jeunes de rejoindre la « Génération *Zinduka* » au niveau des districts.

Les jeunes parlent aux jeunes

La campagne, qui fait appel à des jeunes afin de motiver d'autres jeunes, s'est appuyée sur le programme novateur *Theatre in Education* (« Le théâtre dans l'éducation »). Des élèves de la THT ont donné des représentations musicales, théâtrales et de danse dans tout le pays. Ils ont ainsi pu adresser à 40 000 collégiens et lycéens des messages sur *i*) les méthodes efficaces de prévention du paludisme et *ii*) l'importance du traitement rapide. Après chaque représentation, ils ont organisé des ateliers afin de transmettre aux élèves des informations détaillées sur le paludisme dans un cadre un peu plus formel. Par le biais du programme, la campagne a mis en place 40 clubs au niveau des districts de Morogoro, Tanga, Mwanza et Dar es Salaam, permettant ainsi à 930 jeunes d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour s'engager aux côtés de leurs idoles. Ceux-ci se sont alors impliqués pour engager et mobiliser à la fois les résidents et les représentants gouvernementaux locaux, notamment les points focaux pour le paludisme, afin qu'ils continuent à promouvoir les efforts de prévention et de traitement du paludisme au sein des communautés locales. Quelque 15 000 autres jeunes ont rejoint ces clubs pour participer à la communication sur le paludisme.

Cette campagne démontre combien un partenariat et des efforts coordonnés sont importants pour utiliser le plus efficacement possible les ressources disponibles en Tanzanie. En avril 2011, l'équipe *Zinduka* a travaillé avec la Croix-Rouge tanzanienne au déploiement d'une campagne nationale d'« accrochage » des moustiquaires. L'objectif de cette campagne était double : visiter, en compagnie d'Ambassadeurs de bonne volonté, une habitation après l'autre, et inviter les clubs de jeunes *Zinduka* à participer activement à la communication incitant au changement des comportements.

c. Mise en œuvre des interventions essentielles

La mise en œuvre des interventions, en un clin d'œil

- En 2010, 63 % des ménages possédaient au moins une MII, contre 23 % en 2004-2005. Cette même année, l'utilisation des MII chez les moins de 5 ans était plus de deux fois supérieure aux niveaux de 2007 (64 % contre 25 %), et 56 % des femmes enceintes dormaient sous MII, par rapport à 16 % en 2004-2005. En 2010, la couverture en MII, qui présentait jusqu'alors des inégalités, était devenue équitable entre les différents quintiles de richesse des ménages.

- La PID a été réintroduite en Tanzanie en 2007 afin de contrôler les poussées de paludisme dans certaines zones de deux districts. Fin mars 2011, les opérations de PID avaient été étendues à 18 districts et avaient atteint environ 94 % des structures ciblées dans ces districts.

- Le taux de couverture en TPIp (au moins deux doses de SP), passé de 21 % en 2004-2005 à 26 % en 2010, est lui aussi devenu plus équitable.

- La chloroquine, ayant perdu son efficacité contre le principal parasite du paludisme, a été remplacée en 2001 par la SP, à laquelle ont succédé les ACT comme traitement de première intention (2006).

- Quelque 70 millions de doses d'ACT ont été distribuées et sont désormais disponibles dans tout le pays.

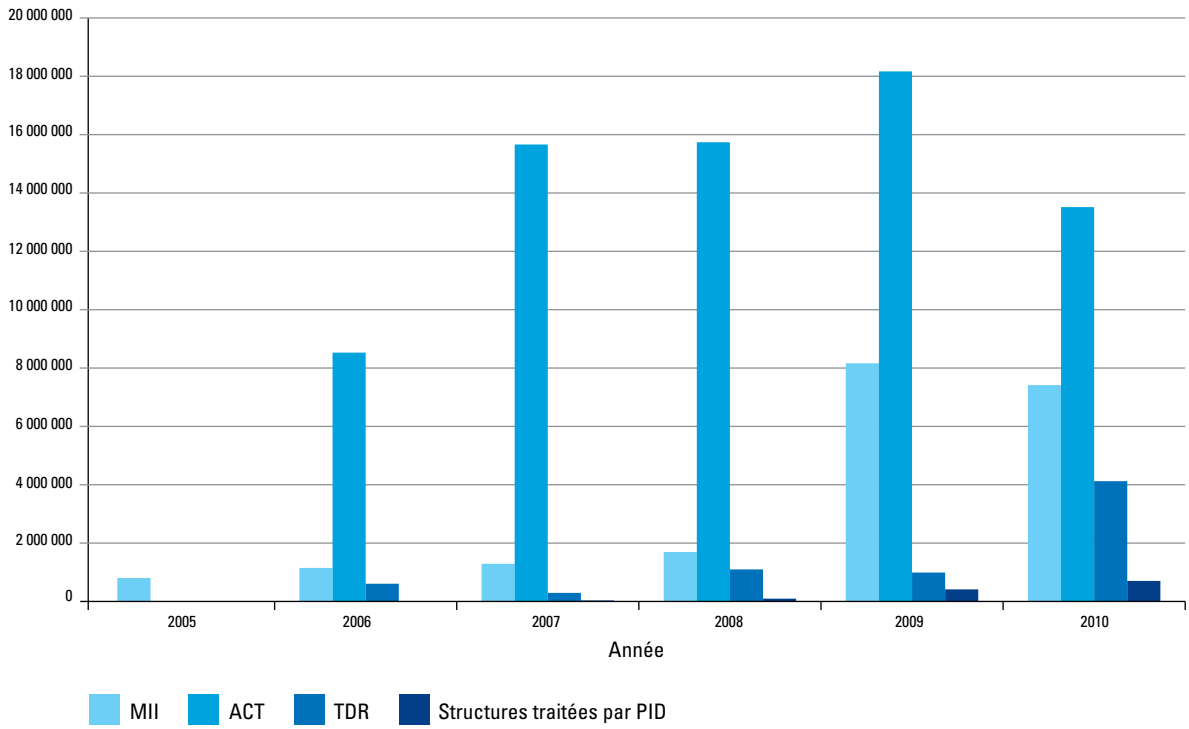
- Pour améliorer le diagnostic du paludisme, la Tanzanie a commencé à distribuer des TDR en 2009, et elle intensifie à présent cette distribution au niveau national.

- En 2010, 60 % des enfants ayant de la fièvre ont été présentés à un agent de santé du secteur formel. Cette même année, 27 % des enfants ayant de la fièvre ont bénéficié du traitement de première intention (ACT) dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes, soit à peine plus (21 %) qu'en 2004-2005 avec la SP à l'époque.

Figure 5

Augmentation du nombre de produits antipaludiques distribués en Tanzanie, 2005-2010

Les produits de prévention et de traitement du paludisme ont été distribués à plus grande échelle entre 2005 et 2010, avec une très nette augmentation du nombre de MII et d'ACT en 2009, et de TDR en 2010.

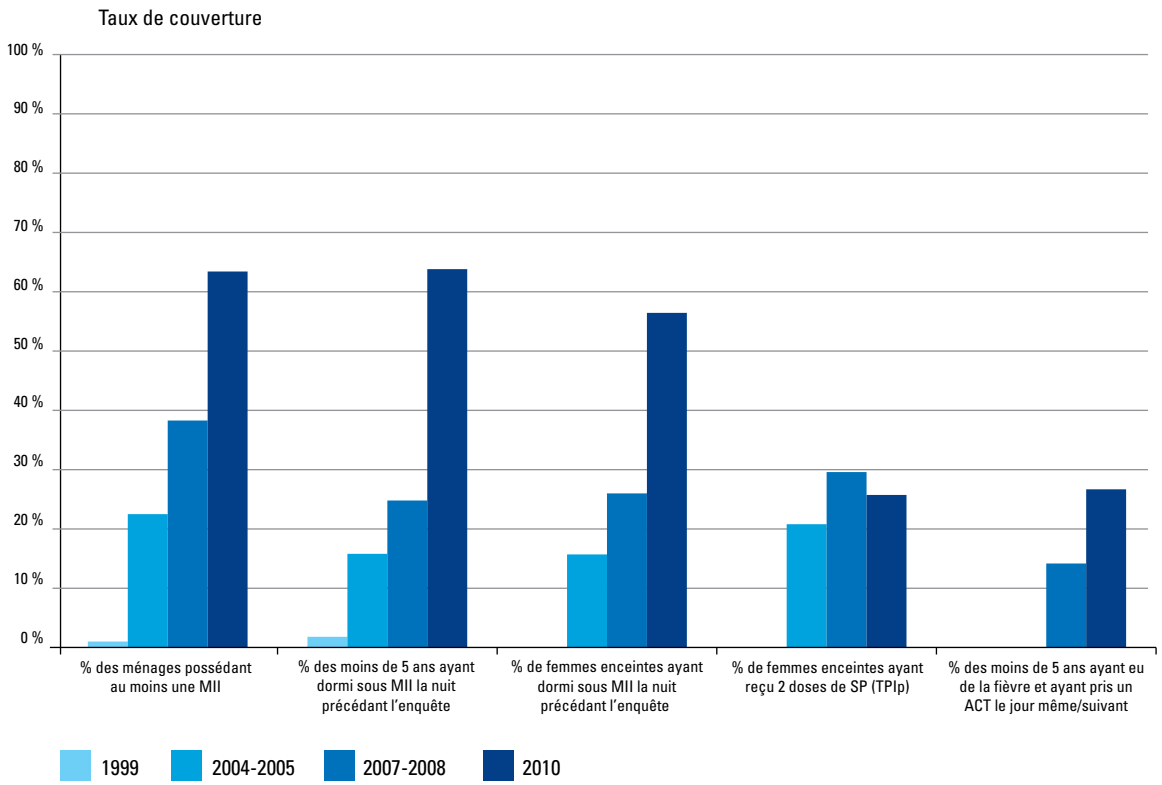


Source : Rapports budgétaires 2005-2010.

Figure 6

Augmentation de la couverture des interventions en Tanzanie, 1999-2010

Le taux de couverture en MII a constamment augmenté entre 1999 et 2010. Le traitement par ACT, et l'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont fortement augmenté entre 2007-2008 et 2010, tandis que l'utilisation du TPIp est restée relativement stable.



Remarque : aucune question permettant de calculer le taux de possession de MII n'a été posée lors de l'enquête de 1999, mais il était estimé à environ 1 %. Les données sur le TPIp concernent les femmes de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années.

Source : Enquête démographique et de santé (EDS) 1999, EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

1. Augmentation de la couverture en MII

Évolution de la mise en œuvre des MII en Tanzanie de 1997 à 2011

1997

- Les résultats du « projet des moustiquaires de Kilombero » (*Kilombero Net Project*) démontrent que le marketing social des moustiquaires peut faire augmenter rapidement, et dans des proportions considérables, la couverture en MII chez les moins de 5 ans.

1998

- À partir des résultats du « projet des moustiquaires de Kilombero », la Tanzanie effectue une première distribution importante de MII via le marketing social dans quatre régions pilotes en 1998.

2000

- La Tanzanie applique sa première stratégie nationale concernant les MII en intensifiant leur distribution par le biais du marketing social.

2002

- Toutes les moustiquaires sont traitées à l'insecticide (elles sont d'abord fournies avec des kits d'imprégnation, puis sont livrées en tant que MILD).

2004

- La Tanzanie met en œuvre son programme de distribution de bons d'échange (TNVS), d'abord financé par le Fonds mondial, puis par d'autres partenaires. Ce programme est déployé dans les établissements de soins prénataux du pays, où les femmes enceintes (dès 2004) et les nourrissons (dès 2006) reçoivent des bons leur permettant de se procurer une MII auprès d'un fournisseur privé. Pour obtenir une moustiquaire, les femmes doivent payer un petit supplément.

2008

- Pour accélérer l'augmentation de la couverture et réduire les inégalités, le PNLP déploie, en 2008-2010, une campagne de « rattrapage » pour distribuer des MII qui ne nécessitent pas de retraitement. Ces moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) sont fournies gratuitement à tous les enfants de moins de 5 ans. Au total, 8,7 millions de MILD sont ainsi distribuées.

2009

- La Tanzanie entreprend une campagne de retraitement, et le programme de distribution de bons d'échange ne donne droit qu'à des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée.

2010

- La Tanzanie se donne officiellement comme objectif stratégique de distribuer une MILD par espace de couchage non protégé. Dans cette optique et grâce au soutien financier de plusieurs bailleurs de fonds, 17,6 millions de MILD sont distribuées gratuitement entre octobre 2010 et octobre 2011.
- Après la mise en œuvre de la campagne de « couverture universelle » et de celle ciblant les moins de 5 ans, une campagne nationale d'« accrochage » des moustiquaires est lancée afin d'améliorer leur utilisation.

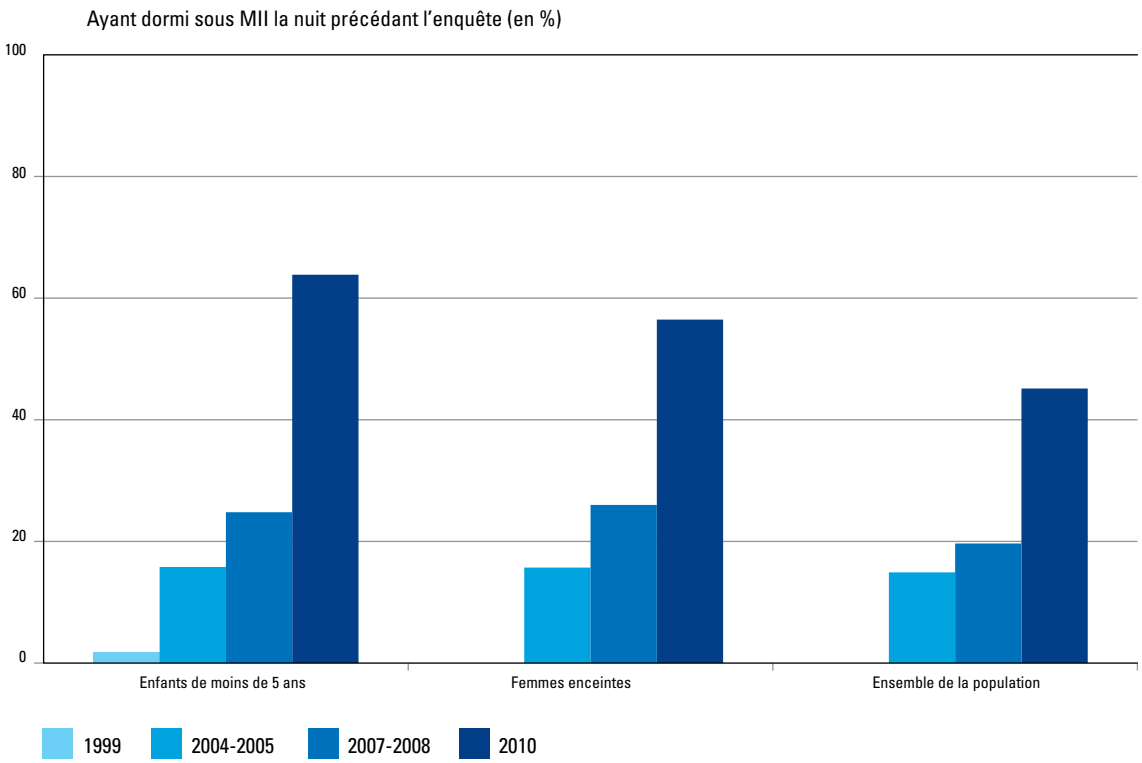
Les enquêtes démographiques réalisées auprès des ménages, telles que l'EDS et le THMIS, montrent que les interventions antipaludiques, en particulier la distribution de MII, se sont intensifiées en Tanzanie entre 2004 et 2010.

- Suite aux campagnes de distribution de MII qui ont eu lieu en Tanzanie entre 1999 et 2010, le pourcentage des ménages possédant au moins une MII est passé de pratiquement 0 % à 63 %.
- En 2010, le taux d'utilisation des MII chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes s'élevait respectivement à 64 % et 56 %.
- Après la campagne de « rattrapage » durant laquelle des MII ont été distribuées gratuitement aux enfants de moins de 5 ans, près de 80 % des ménages avec des enfants de moins de 5 ans possédaient des MII.
- Le taux de possession des moustiquaires au sein des ménages, et leur utilisation par les femmes enceintes et les moins de 5 ans sont devenus plus équitables entre les différents quintiles de richesse des ménages.

Figure 7

Utilisation des MII chez les moins de 5 ans, les femmes enceintes et parmi l'ensemble de la population

Les efforts considérables consentis par la Tanzanie pour rendre les MII accessibles aux populations les plus vulnérables ont porté leurs fruits. En outre, l'utilisation des MII a augmenté de façon substantielle entre 1999 et 2010.



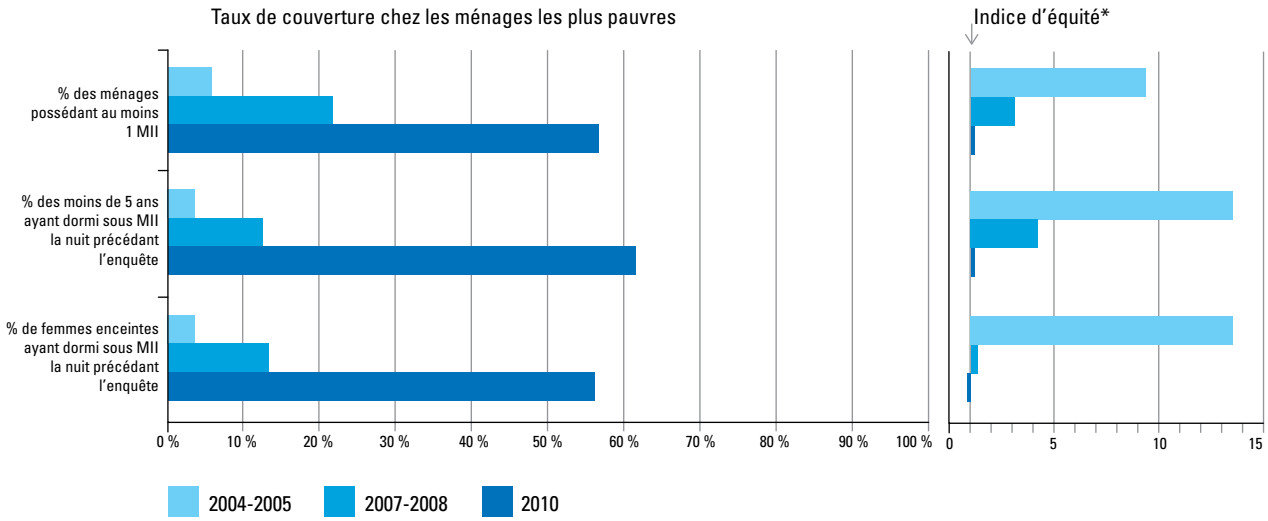
Remarque : les données relatives à l'utilisation des MII chez les femmes enceintes et au sein de la population dans son ensemble ne sont pas disponibles pour 1999.

Source : EDS 1999, EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Figure 8

Évolution de l'utilisation des MII et de l'indice d'équité entre 2004 et 2010

En 2004-2005, le taux de possession des MII était beaucoup plus élevé au sein des ménages les moins démunis. Leur utilisation par les femmes enceintes et les moins de 5 ans était aussi inéquitable entre les différents quintiles de richesse. En 2010, ces inégalités avaient disparu.



** Indice d'équité = ratio de couverture ou d'utilisation des MII entre les ménages les plus pauvres et les moins pauvres, déterminé à l'aide des quintiles de richesse standard des EDS et THMIS. Un indice égal à 1 indique une couverture ou une utilisation identique chez les ménages des quintiles supérieur et inférieur.*

Source : EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Encadré 5 - Programme tanzanien de distribution de bons d'échange (TNVS)

La pérennité est un aspect important des interventions de santé publique. Le programme tanzanien de lutte contre le paludisme a mis en œuvre un système novateur : distribuer des MII via un partenariat public-privé qui a constitué un réseau permanent de points d'accès aux moustiquaires.

Le TNVS est une composante essentielle de la stratégie nationale de distribution de MII. Il a contribué à rendre les MII disponibles et accessibles aux groupes les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes et les nourrissons. Grâce à ce programme, les femmes enceintes qui se rendent dans un établissement de soins public pour leur première consultation prénatale reçoivent un bon à remettre pour obtenir une MII. En Tanzanie, comme 90 % des femmes enceintes effectuent au moins une consultation prénatale, la plupart d'entre elles peuvent recevoir un bon d'échange. Moyennant un petit supplément, elles peuvent ensuite échanger ce bon contre une moustiquaire auprès d'un fournisseur agréé, situé à proximité des établissements de soins prénataux. Les fournisseurs ont tout intérêt à constituer des stocks et à vendre leurs moustiquaires, car ils échangent ensuite les bons qu'ils se sont vus remettre contre un nombre encore plus important de moustiquaires et ce, pour une somme modique.

Le TNVS a été mis en place en 2003, lancé officiellement en 2004, puis étendu à tout le pays en mai 2006. Le personnel a suivi une formation avant que les bons ne soient distribués aux femmes enceintes. Moyennant un supplément de US $1 à US $1,50 selon l'infrastructure, ces bons pouvaient être échangés contre une MII. Afin d'optimiser le taux de remise des bons d'échange, ce supplément a ensuite été fixé à US $0,50 en 2009. Les bons destinés aux femmes enceintes et aux nourrissons ont été respectivement financés par le Fonds mondial et PMI.

Le réseau constitué dans le cadre du TNVS compte plus de 6 000 fournisseurs répartis dans les zones rurales et urbaines du pays. Ce réseau vend également des MII non subventionnées aux groupes non ciblés par le programme. En 2006 et 2008, environ 50 % des MII vendues au sein du réseau n'étaient pas subventionnées. La disponibilité des fournisseurs de MII permet d'ancrer, au sein de la population, une culture d'achat et d'utilisation de MII. Ce programme permet également de confier au secteur privé (et non au gouvernement) le stockage, la mobilisation et la distribution de MII à l'échelle nationale.

Entre 2005 et mi-2011, les bons du TNVS ont permis d'acheter environ 8 millions de MII/MILD. Pour augmenter le taux de possession de MII parmi les quelque 43 millions de Tanzaniens, les stratégies de distribution ont commencé à évoluer et à s'appuyer sur les campagnes, de sorte que les populations à risque, notamment les populations les plus démunies et les plus rurales, possèdent une MII. Une campagne de « rattrapage » déployée entre 2008 et 2010 a permis de distribuer gratuitement 8,7 millions de MILD à des enfants de moins 5 ans. En outre, une autre campagne, lancée dès la fin de l'année 2010, a permis d'en distribuer gratuitement 17 millions en vue d'atteindre l'objectif d'une MILD par espace de couchage que s'était fixé le PNLP. Aujourd'hui, le TNVS reste une composante essentielle de la stratégie de « maintien » de la couverture en MII, alors que les campagnes de distribution sont mises en œuvre pour augmenter rapidement le taux de couverture.

2. Extension des activités de PID

La PID a été introduite en Tanzanie en 2007 afin de lutter contre les poussées de paludisme dans certaines zones des districts de Muleba et Karagwe, dans la région nord-occidentale (Kagera) qui fait partie de la zone des Grands Lacs. Les interventions ont ensuite été étendues à des zones contiguës des deux districts initiaux et à cinq autres districts (Chato, Biharamulo, Ngara, Bukoba et Missenyi), dans les zones de transmission stable et élevée de la région de Kagera. En 2010, une autre tournée de pulvérisation a été menée avec succès dans les sept districts de la région de Kagera, et les activités de PID ont démarré dans deux autres régions, Mara et Mwanza. Fin mars 2011, les opérations de PID s'étaient étendues à 18 des 113 districts du pays et avaient concerné environ 94 % des structures ciblées dans ces districts.

Les trois régions de la zone des Grands Lacs sont fortement touchées par le paludisme, avec une prévalence chez les enfants de 6 à 59 mois estimée à 41 % pour Kagera, 31 % pour Mwanza et à 30 % pour Mara. L'extension programmée de la PID permettra à la Tanzanie d'adopter une approche ciblée de contrôle du paludisme dans la partie occidentale du bassin du lac Victoria, où l'Ouganda, le Rwanda et le Kenya ont également appliqué la PID.

Le gouvernement réalise l'essentiel des activités de pulvérisation, qui sont effectuées à titre gratuit pour les ménages. Plusieurs sociétés privées, telles que des sociétés minières, vendent leurs services consistant à pulvériser les habitations individuelles des secteurs dans lesquels elles opèrent. L'insecticide utilisé est la lambda-cyhalothrine (à 0,05 %), un pyréthoïde de synthèse. La résistance à ce produit fait l'objet d'une surveillance, et les données collectées permettront de déterminer si un changement d'insecticide s'avère nécessaire.

Encadré 6 - Succès de la PID dans la région de Kagera

En 2006 et 2007, deux districts du nord-ouest de la Tanzanie (Karagwe et Muleba dans la région de Kagera, population estimée à 1,1 million) ont connu des épidémies intenses de paludisme. Plus de la moitié des patients admis dans les hôpitaux de ces districts étaient des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme sévère, et il n'était pas rare de voir deux ou trois patients dans le même lit. Dans les cinq établissements de soins secondaires et tertiaires du district de Muleba, plus de 500 enfants de moins de 5 ans sont morts du paludisme entre mai 2006 et mars 2007.

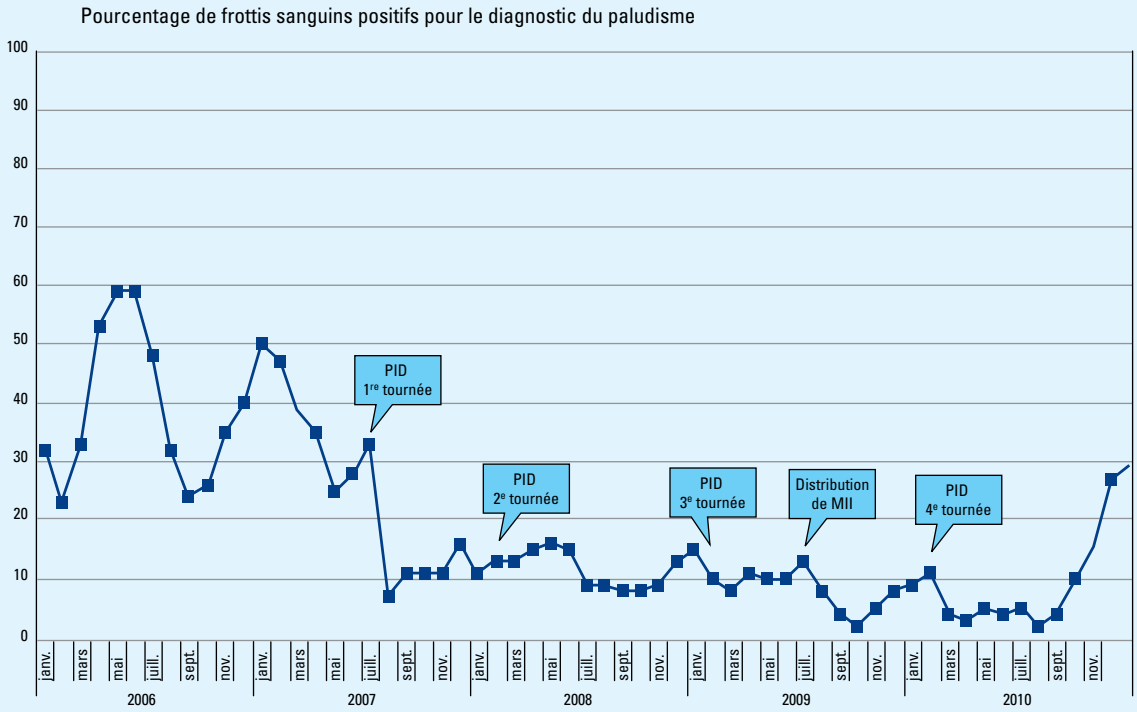
Unité de soins intensifs pédiatriques de l'hôpital du district de Muleba avant la PID en février 2006 (à gauche) et après la PID en février 2009 (à droite).

Sous l'autorité du PNLP, les partenaires et les communautés engagées dans l'assistance technique ont mobilisé les produits et les outils nécessaires pour enrayer l'épidémie. L'impact de la PID, qui comptait parmi les interventions déployées, a été rapidement reconnu. Le PNLP a alors décidé de mettre en œuvre la PID comme mesure de prévention des épidémies dans certaines zones des districts de Muleba et Karagwe avant la saison de transmission de 2008. Depuis, des campagnes de PID sont menées chaque année dans ces deux districts.

Figure 9

Baisse du nombre d'infections palustres dans le district de Muleba, Tanzanie, 2006-2010

Les tournées successives de pulvérisation ont entraîné un fort recul des infections palustres dans le district de Muleba. Une résurgence de la maladie a cependant été observée fin 2010.



Source : RTI International.

Dans le district de Muleba, les établissements ayant l'infrastructure nécessaire pour hospitaliser les malades (soit trois hôpitaux et deux centres de santé) ont enregistré une baisse spectaculaire du nombre d'admissions et de décès liés au paludisme chez les moins de 5 ans entre 2006 et 2010. En effet, le pourcentage d'admissions et de décès liés à la maladie est respectivement passé de 145 pour 1 000 à 23 pour 1 000 (soit -84 %) et de 42 pour 10 000 à 5 pour 10 000 (soit -89 %). La PID a également affiché des résultats impressionnants dans le district de Karagwe. Dans l'hôpital du district, le pourcentage annuel moyen de cas de paludisme confirmés a diminué de manière constante : 23 % en 2003-2007, 10 % en 2008-2009, puis 5 % en 2010 (de janvier à septembre). Le nombre de cas de paludisme confirmés dans les hôpitaux des districts de Muleba et Karagwe a été divisé au minimum par quatre après l'introduction de la PID. En conclusion, la décision prise par le PNLP de déployer la PID dans ces deux districts a manifestement permis d'éviter nombre de décès chez les enfants.

En 2009, alors que la PID était en vigueur dans les zones de transmission instable de ces deux districts, le PNLP a décidé de l'étendre aux zones de transmission stable. Dans les zones sélectionnées, ce sont en moyenne 100 000 habitations qui ont été traitées à chaque tournée de pulvérisation jusqu'en 2009, et plus de 200 000 entre 2009 et 2011. Le taux de couverture des structures ciblées a alors atteint plus de 95 %.

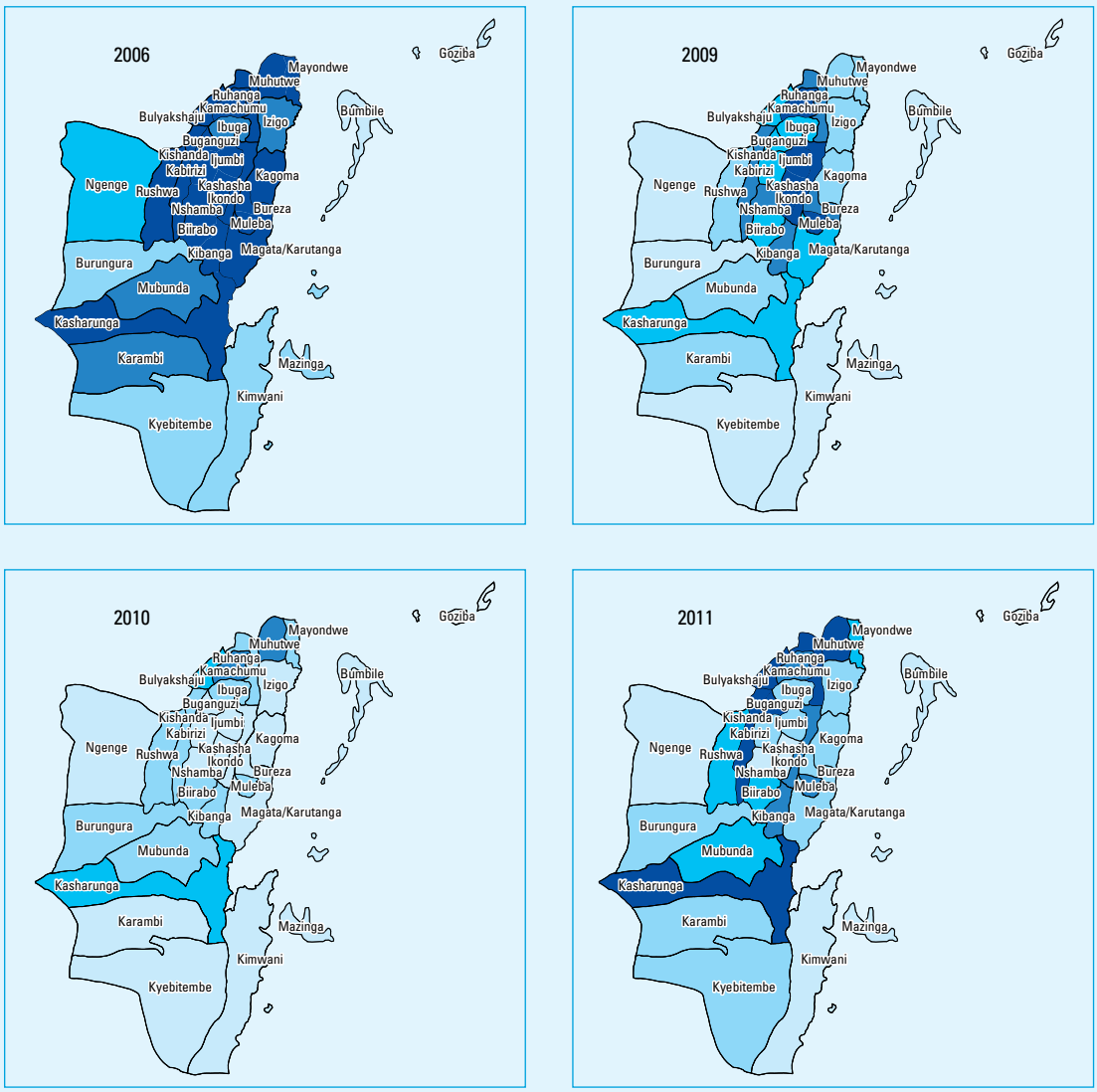
Bien que positifs, les résultats de la lutte contre le paludisme restent fragiles et dépendent de la combinaison de plusieurs mesures appliquées en même temps. Pendant la saison de transmission de 2011 (mai-juillet), de nombreux établissements de soins ont rapporté une augmentation du nombre de cas de paludisme par rapport aux trois années précédentes. Une densité de moustiques élevée a également été observée dans certains foyers de paludisme à l'intérieur du district. Plusieurs facteurs ont pu être à l'origine de cette augmentation du nombre de cas : d'importantes ruptures de stocks d'ACT dans les établissements de soins primaires, une diminution avérée de la susceptibilité des moustiques à l'insecticide utilisé pour la PID dans certaines zones, une distribution sous-optimale des moustiquaires dans certaines communautés et, enfin, un faible taux d'utilisation des moustiquaires.

Cette situation illustre le risque de résurgence du paludisme dans les zones où il a pu être contrôlé. Trouver le juste équilibre entre le taux de couverture idéal des interventions d'une part, et le taux que l'on souhaite maintenir sur la durée d'autre part, nécessite un calibrage minutieux et une attention de chaque instant. Lorsque l'on parvient à maintenir le paludisme sous contrôle, les activités de surveillance et la réponse aux épidémies doivent être coordonnées avec le plus grand soin de façon *i*) à gérer les foyers de transmission faible et continue, et *ii*) à répondre aux fortes poussées de paludisme.

Figure 10

Nombre d'admissions dues au paludisme, pour 1 000 habitants, dans tous les établissements de soins secondaires et tertiaires du district de Muleba, par secteur (n = 32) entre 2006 et 2011

Le nombre d'admissions dues au paludisme dans les établissements de soins a baissé de manière considérable entre 2006 et 2010. Il a toutefois augmenté très nettement en 2011, consécutivement à une diminution de la couverture des principales interventions antipaludiques.



Remarque : les données, indiquées par secteur, portent sur 47 000 admissions dans cinq établissements de soins du district de Muleba. La population de chaque secteur a été estimée à partir des projections du recensement effectué en 2002 par le Bureau National de la Statistique.

Source : RTI International, août 2011.

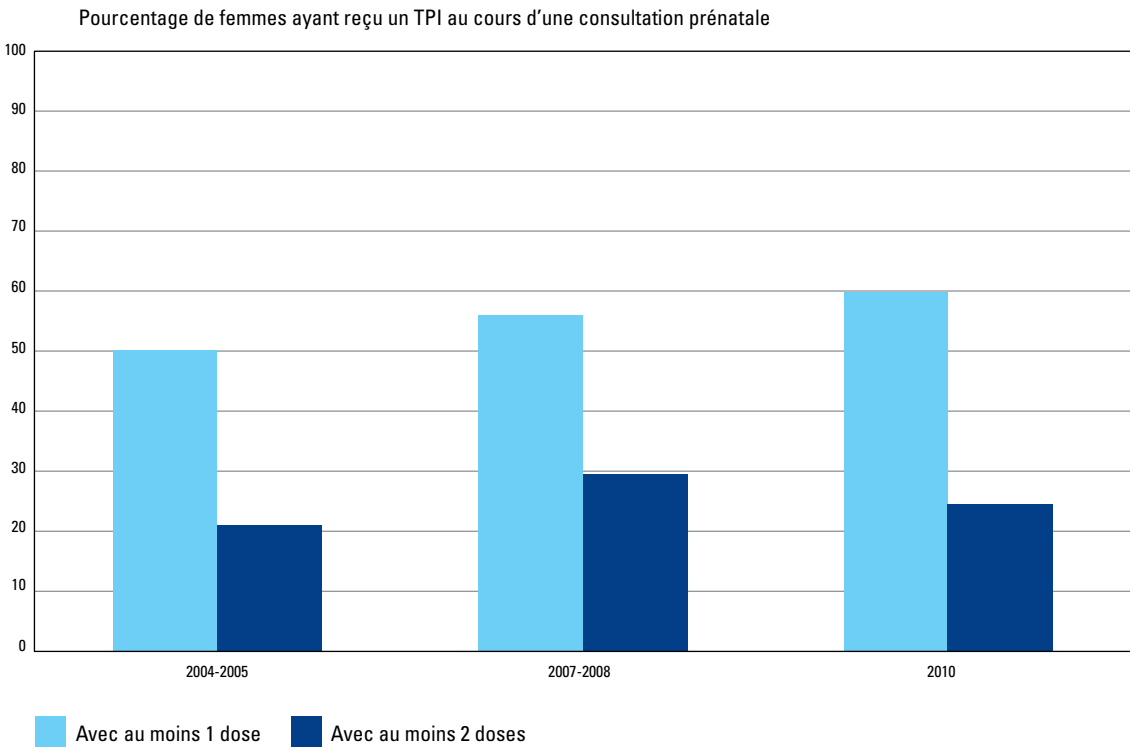
3. Mise en œuvre du traitement préventif intermittent pendant la grossesse

La Tanzanie a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à adopter le TPIp. Les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de SP pendant la grossesse, afin de prévenir les effets indésirables d'une infection palustre chez la mère et son enfant. Lancé en 2001, le TPIp (au moins 2 doses) a vu son taux de couverture passer de 21 % en 2004-2005 à 26 % en 2010, ce qui est bien en deçà de l'objectif fixé à 80 %. Néanmoins, le pourcentage de femmes ayant reçu la première dose de TPIp a été supérieur en 2010 (60 %) à ce qu'il était en 2004-2005 (50 %). Le faible taux de couverture en TPIp avec deux doses (comme il est recommandé) est probablement imputable à plusieurs facteurs : des ruptures de stocks de SP dans les établissements de soins, une méconnaissance des protocoles de traitement de la part de certains prestataires de santé, et une tenue aléatoire des registres. La Tanzanie prend actuellement les mesures nécessaires pour résoudre ces difficultés.

Figure 11

TPIp chez les femmes en âge de procréer ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, 2004-2010

Même si elle est passée de 21 % en 2004-2005 à 26 % en 2010, la couverture en TPI avec au moins deux doses reste faible.



Source : EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

4. Renforcement de la prise en charge des cas de paludisme

Une prise en charge rapide et efficace des cas de paludisme est essentielle. Elle repose sur un diagnostic précis et sur l'administration du médicament antipaludique de première intention recommandé au niveau national. La Tanzanie a travaillé sur ces deux problématiques au cours des dix dernières années.

La Tanzanie a choisi, par deux fois et en s'appuyant sur des données cliniques probantes, un autre médicament antipaludique, plus efficace que le précédent, comme traitement de première intention. En 2001, elle a remplacé la chloroquine par la SP, puis elle a recommandé les ACT en 2006. L'utilisation de médicaments de première intention plus efficaces conduit logiquement à des taux de guérison plus élevés.

Les ACT ont été introduits dans le secteur public en décembre 2006. La recommandation en matière de médicament antipaludique ayant changé cette année-là, les agents de santé (cliniciens, pharmaciens et infirmiers) ont suivi une formation spécifique, financée par le gouvernement avec le soutien de divers partenaires, tels que PMI, le Fonds mondial, la Coopération italienne et l'OMS. Par ailleurs, les centres de formation de la région d'Arusha, d'Iringa et de Kigoma ont formé, dans des établissements spécifiques, un total de 5 500 personnes à ces nouvelles directives et à la prise en charge complète des cas, y compris de paludisme grave ou pendant la grossesse.

La Tanzanie a également cherché à améliorer la disponibilité des médicaments antipaludiques dans le secteur privé, vers lequel s'oriente jusqu'à 40 % de la population rurale en cas de fièvre, essentiellement les adultes. En 2003, le ministère de la Santé et l'organisme tanzanien de surveillance des aliments et des médicaments (*Tanzania Food and Drugs Authority*) ont mis en place, en collaboration avec des partenaires, une stratégie basée sur des points de vente agréés pour la distribution de médicaments (PVADM), afin de renforcer et d'améliorer la qualité des services proposés par les points de vente privés au sein de la communauté. Le gouvernement a subventionné des médicaments antipaludiques, de sorte que leur coût soit abordable et que les points de vente aient intérêt à les proposer. N'importe quel *duka la dawa baridi* (point de vente non agréé pour la distribution de médicaments) pouvait devenir un PVADM, à condition de remplir certains critères et de disposer du matériel de stockage approprié. Une personne habilitée formait alors le personnel à la distribution de médicaments, au traitement des cas de paludisme, aux pratiques commerciales et aux bonnes méthodes de gestion d'une officine. Après le projet pilote mis en œuvre dès 2003 dans la région de Ruvuma, les PVADM ont été déployés dans les régions de Morogoro et Rukwa, puis dans sept autres régions du pays. Les points de vente non agréés ont alors commencé à disparaître.

Le Dispositif pour des médicaments accessibles - paludisme (DMAp) a été créé par le Fonds mondial en 2009 pour proposer des médicaments antipaludiques à un prix plus abordable dans le secteur privé. Le DMAp négocie avec les fabricants le prix des ACT et subventionne, dans des proportions importantes, l'achat de ces médicaments par des importateurs nationaux spécifiques. Il est prévu qu'aider à distribuer les ACT dans le secteur privé via les PVADM soit bientôt du ressort du DMAp. La Tanzanie figurait parmi les dix premiers pays invités à participer à la phase pilote du DMAp.

La plus grande disponibilité des tests de diagnostic rapide a permis une meilleure identification des cas de paludisme et un traitement plus approprié. Avec l'aide du Fonds mondial, les premiers TDR ont été déployés dans les établissements de soins publics en avril 2009. L'objectif était d'étendre ces tests à l'ensemble du pays pour pouvoir tester tous les cas suspectés de paludisme. À la fin de l'année 2011, des TDR avaient été distribués dans la moitié des établissements de soins du pays. Lors du déploiement des TDR en 2009, des microscopistes ont été formés à la mise en œuvre d'un programme d'assurance qualité pour le diagnostic du paludisme.

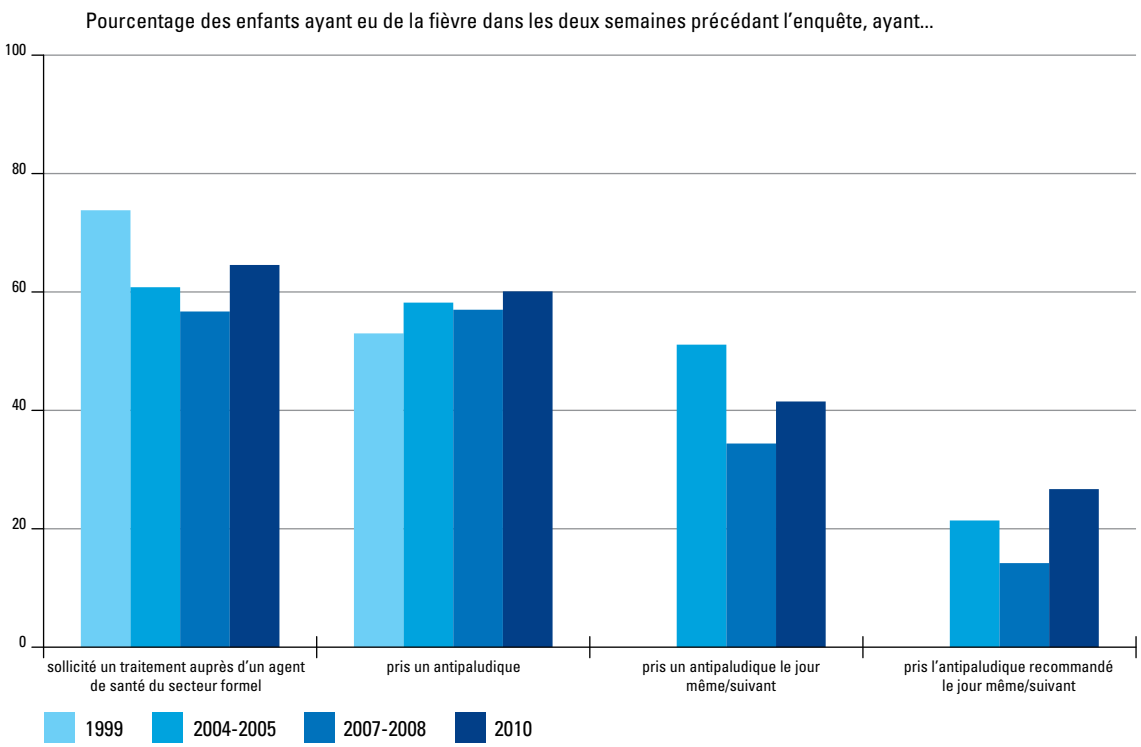
Malgré tous ces efforts, il n'y a eu, au cours des dix dernières années, quasiment aucune évolution en matière de sollicitation de traitement ou de promptitude à recevoir le traitement antipaludique recommandé. En effet, tout au long de la décennie ou presque, le pourcentage des malades ayant sollicité un traitement auprès d'un

agent de santé du secteur formel est resté stable, à 60 % environ. Le pourcentage de malades ayant bénéficié du médicament antipaludique recommandé dans les 24 heures n'a guère augmenté non plus, passant de 21 % en 2004-2005 à 27 % en 2010. Les fréquentes ruptures de stocks d'ACT dans les établissements de soins ont en effet constitué un frein important à cette augmentation. Par conséquent, des mesures sont actuellement mises en œuvre pour améliorer la quantification, les achats, la gestion des approvisionnements et la chaîne de distribution.

Figure 12

Sollicitation de traitement médical chez les moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

En 2004-2005, 2007-2008 et 2010, le pourcentage d'enfants présentés à un agent de santé du secteur formel pour bénéficier d'un traitement est resté relativement stable, à 61 %, 57 % et 65 % respectivement. Sur ces mêmes périodes, largement moins de la moitié d'entre eux (respectivement 21 %, 14 % et 27 %) ont reçu l'antipaludique recommandé dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre.



Source : EDS 1999, EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

d. Soutien des interventions par le biais d'activités de communication

Le PNLP s'est appuyé sur sa stratégie nationale de communication sur le paludisme (2008-2013) pour gérer les principales problématiques de communication liée à l'utilisation des interventions antipaludiques. Cette stratégie a permis de coordonner et d'harmoniser les activités de communication d'un grand nombre de parties prenantes et de partenaires impliqués dans la mise en œuvre des opérations, notamment la Commission chrétienne de services sociaux, Health Focus, Interfaith International, Jhpiego, le Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins, Malaria No More, PSI Tanzanie, RTI International, l'ONG de Tanzanie/Alliance antipaludique (TaNAAM), la Croix-Rouge tanzanienne et World Vision Tanzanie.

La campagne *Malaria Haikubaliki*

La vision commune de cette stratégie a inspiré le développement d'une campagne unifiée, menée par le PNLP. Le slogan en swahili de la campagne, *Malaria Haikubaliki, Tushirkiane Kuitokomeza,* signifie « NON au paludisme. Tous ensemble, débarrassons-nous en ». Lancée à l'occasion du concert *Zinduka* et officiellement présidée par le Président Kikwete, cette campagne a réuni des musiciens de renom.

En utilisant le logo de cette campagne, les partenaires mettent en œuvre des activités de communication coordonnées par le biais de canaux et messages permettant d'atteindre les différents publics ciblés. La portée et les résultats de ces activités doivent être évalués dans le but d'améliorer le message transmis ou d'adapter les opérations.

Parmi les activités déployées, on relève notamment :

- La mobilisation des communautés via des « agents du changement » qui ont pu accéder directement à la communauté dans le cadre de l'Initiative de Communication Rurale.
- Les médias de masse qui ont pu toucher des communautés parfois difficiles à atteindre.
- Le développement des compétences chez les jeunes, afin qu'ils puissent mettre en œuvre des campagnes de communication via la THT.
- Les messages radiophoniques, pancartes ou autocollants expliquant comment accrocher une moustiquaire ou montrant une moustiquaire correctement installée, ainsi que les visites réalisées au sein des ménages (lors de la campagne de couverture universelle en 2011) dans le but de généraliser l'utilisation des MII.
- L'engagement, au niveau des districts, des leaders et des parties prenantes dans les efforts de sensibilisation au paludisme, ainsi que le suivi des efforts et la résolution des problèmes dans quatre districts pilotes, en s'appuyant sur un modèle qui a fait ses preuves au Ghana.
- La formation des prestataires de santé à la communication interpersonnelle.

Ces activités de communication stratégiques permettent d'éduquer et de responsabiliser les individus/communautés en matière de prévention et de contrôle du paludisme. Elles viennent donc en complément des efforts consentis par le PNLP pour couvrir l'ensemble de la population en interventions antipaludiques.

Encadré 7 - Stratégie de communication du PNLP pour un changement des comportements : la COMMIT

De nombreux partenaires (Centre pour les programmes de communication de l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins, Jhpiego, PSI et de nombreuses ONG tanzaniennes) ont conjugué leurs efforts pour mettre en œuvre la stratégie quinquennale de CCC du PNLP au niveau individuel, communautaire et national. Ce partenariat, appelé l'Initiative de communication sur le paludisme en Tanzanie (COMMIT), souhaite non seulement promouvoir une culture des bonnes pratiques en matière de paludisme au niveau communautaire, mais aussi faire comprendre à chacun qu'il peut agir pour prévenir et traiter cette maladie.

Ce travail repose sur l'Initiative de Communication Rurale, qui va à la rencontre des communautés (y compris dans les zones difficiles à atteindre) pour les mobiliser autour des problématiques de prévention, de traitement et de contrôle du paludisme. Dans cette optique, la COMMIT s'appuie sur plus de 65 ONG pour superviser 1 200 « agents du changement au niveau de la communauté », lesquels rendent visite aux ménages, organisent des discussions de groupe et réalisent des activités en milieu scolaire. Ces agents aident les communautés à élaborer et à mettre en œuvre des programmes de prévention du paludisme adaptés à leurs besoins. Ils participent également à la campagne nationale d' « accrochage » qui incite les villageois à dormir sous MII. En outre, des activités de divertissement organisées au niveau des villages, telles que des spectacles itinérants et des présentations vidéo, permettent de susciter des discussions à la fois sur les pratiques ou normes communautaires, et sur les croyances personnelles en matière de prévention et de contrôle du paludisme.

L'Initiative de Communication Rurale a permis de véhiculer des messages sur le paludisme auprès de 8,8 millions de personnes au moins. Dans deux des régions ciblées par la COMMIT, 65 % des habitants avaient assisté à un spectacle itinérant ou à la présentation d'une unité vidéo mobile en 2008-2009. Par ailleurs, 77 % des habitants ayant soit entendu un message sur le paludisme, soit assisté à un événement sur ce thème, avaient fait dormir leurs enfants sous MII la nuit précédant l'enquête, alors qu'ils n'étaient que 35 % parmi la population non exposée à ces activités de communication.

L'autre composante principale de la COMMIT concerne la communication de masse. Destiné à soutenir la campagne globale (*Malaria Haikubaliki*) et la mobilisation communautaire, ce moyen de communication met l'accent sur les messages d'auto-efficacité concernant l'utilisation d'une MII, la prévention du paludisme pendant la grossesse et le traitement des cas. Différents moyens de communication et formats ont été utilisés, notamment :

- Le programme *Two Minutes of Wisdom*, diffusé à la radio et à la télévision, fait appel à des Tanzaniens célèbres, tels que l'ancien Président Ali Hassan Mwinyi, qui évoquent leur expérience du paludisme.

- Une émission hebdomadaire et radiophonique de dix minutes, *Pata Pata*, qui vise à responsabiliser les enfants, de sorte qu'ils soient à l'origine d'un changement des comportements en matière de prévention du paludisme au sein de leur foyer et de leur communauté.

- Le long métrage *Chumo*, qui raconte une histoire d'amour se déroulant sur la côte swahili, informe les spectateurs sur les dangers du paludisme pendant la grossesse et sur les moyens de le prévenir. En 2011, ce film a été diffusé par les unités vidéo mobiles de l'Initiative de Communication Rurale et par d'autres canaux nationaux.

L'enquête omnibus[2] réalisée en 2010 par l'institut Steadman (acquis par Synovate depuis) a donné les résultats suivants :

- 86 % (avril 2010) et 72 % (septembre 2010) des personnes interrogées avaient entendu un message radiophonique sur le paludisme au cours du mois précédent.
- Sur les 72 % de personnes ayant entendu un message sur le paludisme, 81 % ont affirmé avoir adopté l'un des comportements suivants :

Je veille à ce que ma famille dorme chaque nuit sous MII	44 %
Je suis allé acheter une moustiquaire traitée pour ma famille	15 %
Ma famille et moi-même nous soumettons à un test de diagnostic du paludisme dès l'apparition des symptômes de la maladie	14 %
Je discute avec mes amis de l'importance de dormir sous MII chaque nuit	8 %

- 91 % des personnes interrogées avaient entendu l'expression *Malaria Haikubaliki*.
- 68 % des personnes interrogées ont été en mesure de terminer la phrase *Malaria Haikubaliki* après en avoir entendu les premières syllabes.
- 20 000 DVD ou VCD du film *Chumo* ont été vendus via des circuits commerciaux.
- Après avoir écouté l'émission *Pata Pata*, les enfants ont parfois agi contre le paludisme ou en ont parlé. Ils ont notamment rapiécé les moustiquaires déjà installées dans la maison, demandé à leurs parents d'écouter l'émission avec eux, convaincu leurs parents de se procurer des MII ou persuadé la famille de dormir sous MII.

[2] Enquête représentative au niveau national et couvrant toutes les régions de Tanzanie. L'échantillon a été constitué à partir de 2 000 Tanzaniens âgés de 18 ans et plus, dont 40 % et 60 % vivent respectivement en milieu urbain et rural.

e. Vies sauvées et évaluation de l'impact

L'impact en un clin d'œil

- Lorsque les données sont disponibles sur plusieurs années, une nette diminution de la parasitémie se dessine au cours des dernières enquêtes. Elle est, par exemple, passée de 25 % en 2004-2005 à moins de 5 % en 2010 sur le site du système de surveillance démographique d'Ifakara.
- Au niveau national, l'anémie sévère a été réduite de moitié, passant de 11 % (2004-2005) à 5,5 % en 2010. La baisse la plus importante a été observée dans la tranche d'âge la plus touchée par l'anémie liée au paludisme, à savoir les enfants de 6 à 23 mois. En 2010, les inégalités de prévalence de l'anémie sévère selon le sexe de l'enfant, le lieu de résidence, le quintile de richesse et le niveau d'instruction de la mère s'étaient estompées ou avaient totalement disparu.
- La mortalité des moins de 5 ans a chuté de 148 pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à 81 pour 1 000 en 2010.
- D'après le modèle d'estimation LiST, les interventions antipaludiques ont permis de sauver 63 000 enfants de moins de 5 ans depuis 1999.

Des éléments de plus en plus nombreux témoignent de l'impact de l'intensification des interventions antipaludiques, en particulier sur les enfants de moins de 5 ans. La prévalence de la parasitémie palustre et de l'anémie sévère diminue, tout comme la mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans. En examinant de près les autres facteurs susceptibles d'expliquer cette baisse, il apparaît que l'amélioration de la santé de l'enfant est principalement due aux efforts engagés dans la lutte contre le paludisme. Cette analyse est l'une des plus complètes jamais réalisées au niveau international pour déterminer l'impact des efforts de lutte contre le paludisme déployés à l'échelle d'un pays.

Parasitémie palustre

Comme il n'existe qu'une seule donnée de référence au niveau national, mesurer l'évolution de la parasitémie palustre a nécessité l'examen des données collectées lors des diverses enquêtes transversales. Toutes ces données montrent que la prévalence de la parasitémie a diminué ces dernières années, parallèlement à l'intensification des interventions antipaludiques.

- Là où les données des enquêtes réalisées auprès des ménages sont disponibles sur plusieurs années, on constate une baisse de la prévalence.
  - Les enquêtes réalisées dans les régions de Lindi et Mtwara ont révélé une diminution d'environ 50 % de la prévalence de la parasitémie tous âges confondus (de 51 % en 2004 à 27 % en 2007), de 66 % chez les nourrissons de 2 à 11 mois (de 57 % en 2004 à 19 % en 2007) et de 53 % chez les enfants de 1 à 4 ans (de 75 % en 2004 à 35 % en 2007).
  - Sur la zone du système de surveillance démographique d'Ifakara, la prévalence de la parasitémie tous âges confondus a chuté de 25 % en 2004-2005 à moins de 5 % en 2010. Il est à noter qu'en 2007, les TDR ont remplacé la microscopie pour l'évaluation de la parasitémie.
  - Des enquêtes réalisées par le PNLP dans 21 districts ont indiqué une baisse de la prévalence de 19 % en 2006 à 16 % en 2008.

- La prévalence de la parasitémie chez les enfants de 6 à 59 mois était de 18 % en 2007-2008 avant que la couverture en MII n'augmente de façon considérable suite aux campagnes de « rattrapage ».

Anémie sévère

En Tanzanie, l'anémie sévère liée au paludisme concerne principalement les enfants de 6 à 23 mois vivant en milieu rural (*cf.* figure 13).

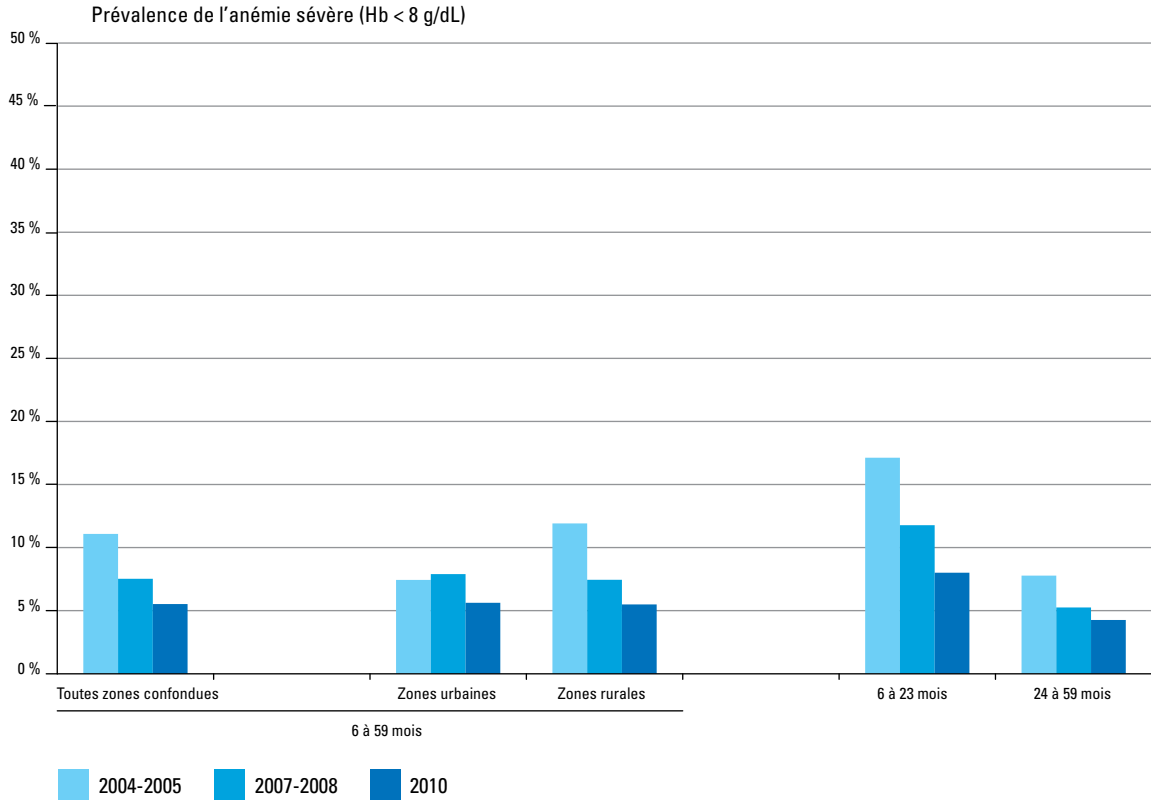
La prévalence de l'anémie sévère (hémoglobine < 8 g/dL) chez les enfants de moins de 5 ans, un indicateur important de la morbidité liée au paludisme, a diminué de 54 % (de 11,9 % à 5,5 %) dans les zones rurales et de 24 % (de 7,4 % à 5,6 %) dans les zones urbaines entre 2004-2005 et 2010. En 2004-2005, elle était plus prononcée au sein des ménages les plus pauvres (14 %) que parmi les ménages les moins démunis (7 %). La prévalence de l'anémie sévère était aussi inégale entre les ménages les moins instruits (14,3 %) et les ménages ayant au moins suivi des programmes d'enseignement secondaire (8,1 %). Ces disparités selon le quintile de richesse ou le niveau d'instruction des ménages étaient beaucoup moins visibles en 2010 avec des taux de prévalence de l'anémie sévère de 7,1 % contre 5,5 % (respectivement parmi les ménages les plus pauvres et les moins démunis) et de 6,8 % contre 6,7 % (respectivement parmi les ménages les moins instruits et ceux ayant au moins suivi des programmes d'enseignement secondaire).

Ce lissage entre les différents groupes semble, cette fois encore, lié un accès équitable aux interventions antipaludiques, qui a gommé les inégalités entre ménages urbains et ruraux.

Figure 13

Évolution de l'anémie sévère par lieu de résidence et par âge entre 2004-2005, 2007-2008 et 2010

La prévalence de l'anémie sévère a diminué chez tous les enfants de 6 à 59 mois entre 2004-2005 (11 %) et 2010 (5,5 %), en particulier dans les zones rurales et dans la tranche d'âge 6-23 mois (la plus touchée par le paludisme).



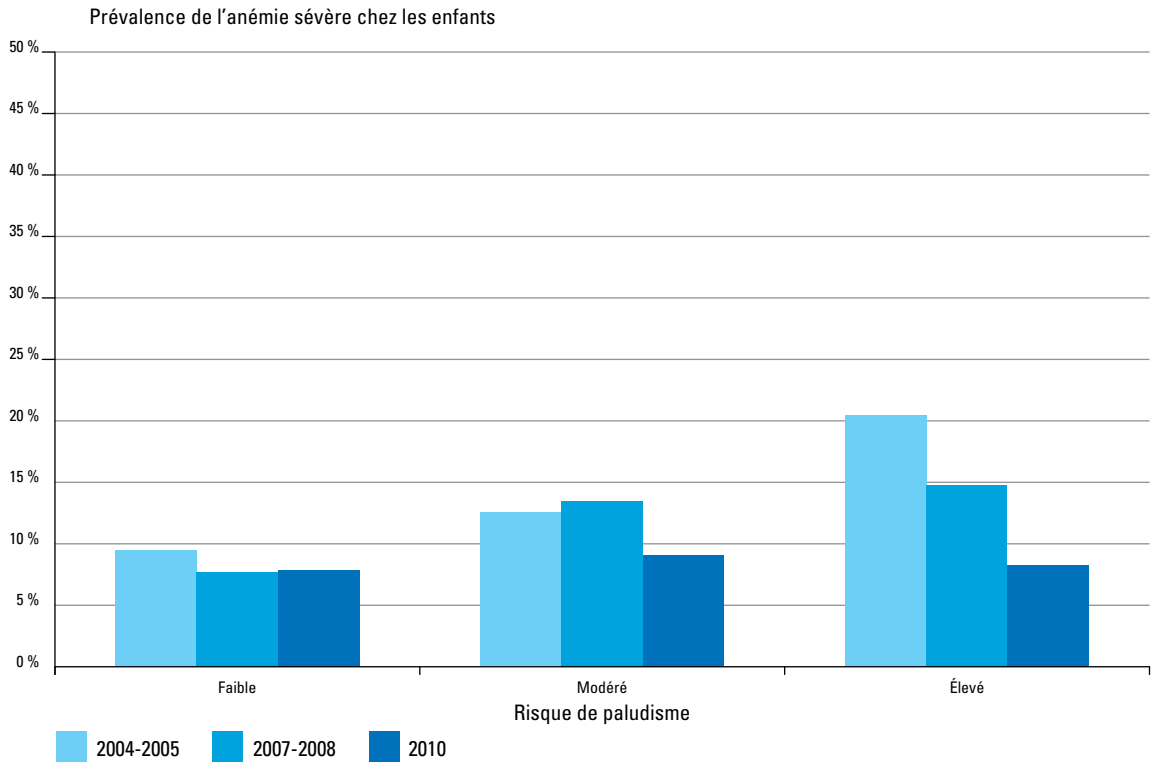
Source : EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Comme indiqué précédemment, le risque de transmission du paludisme n'est pas le même partout en Tanzanie. Les différentes régions ont été classées par zones à risque (élevé, modéré ou faible) en fonction de la prévalence de la parasitémie chez les enfants de 6 à 59 mois (2007-2008). Si l'on analyse la baisse de l'anémie sévère dans les zones à risque faible, modéré et élevé, c'est dans cette dernière catégorie de risque qu'elle a été comparativement la plus importante. Même si l'anémie a plusieurs causes chez l'enfant, sa forte diminution dans les zones de transmission élevée, là où les interventions antipaludiques ont été déployées, laisse penser qu'elle était au moins en partie liée au paludisme

Figure 14

Évolution de l'anémie sévère dans les zones à risque (élevé, modéré et faible) de transmission du paludisme entre 2004-2005, 2007-2008 et 2010

En 2010, la prévalence de l'anémie sévère était similaire dans les trois zones à risque, avec un taux quasi *identique chez les enfants vivant dans les zones à risque élevé et ceux issus des zones à risque faible. Entre 2004-2005 et 2010, c'est dans les zones à risque élevé que la baisse de la prévalence a été la plus forte.*



Source : EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans

La baisse de la mortalité des moins de 5 ans est le principal indicateur de l'impact des interventions antipaludiques. Il est, en effet, très difficile d'évaluer de manière fiable la mortalité due au paludisme dans la plupart des régions d'Afrique subsaharienne, car les systèmes d'inscription à l'état civil y sont peu répandus, la validité des causes de décès reportées sur les registres y est incertaine, et de nombreux décès surviennent en dehors des établissements de soins (au domicile des malades). La mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans, plus simple à évaluer, est un indicateur qui peut être utilisé, en dépit de ses limites, pour déterminer l'impact des interventions antipaludiques.

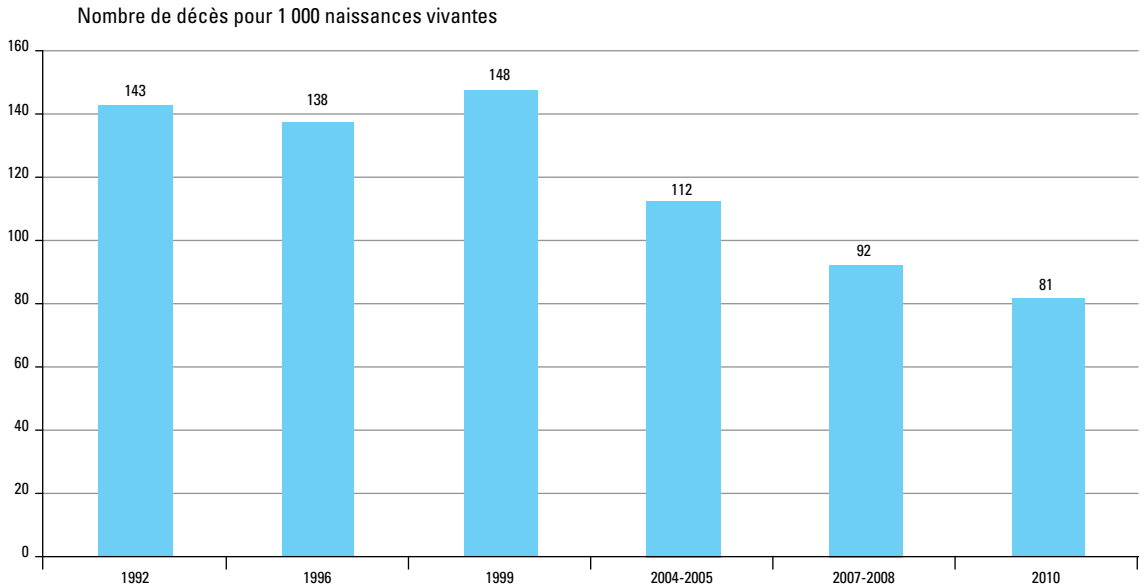
Cette section résume les données témoignant de la baisse de la mortalité des moins de 5 ans sur la période d'évaluation, dans différentes tranches d'âge, par lieu de résidence (zone urbaine/rurale) et par zone à risque (élevé, modéré et faible).

D'après les informations qui y sont présentées, il apparaît fort probable que l'amélioration récente de la survie infantile soit en grande partie liée à l'intensification rapide des interventions antipaludiques, à leur impact (tel qu'il a été démontré), ainsi qu'aux efforts spécifiques entrepris dans ce domaine par certains districts.

Figure 15

Évolution de la mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans

La mortalité toutes causes confondues des enfants de moins de 5 ans est restée relativement stable dans les années 90. Elle a ensuite diminué de façon considérable entre 1999 et 2010, passant respectivement de 148 décès pour 1 000 naissances vivantes à 81 pour 1 000.



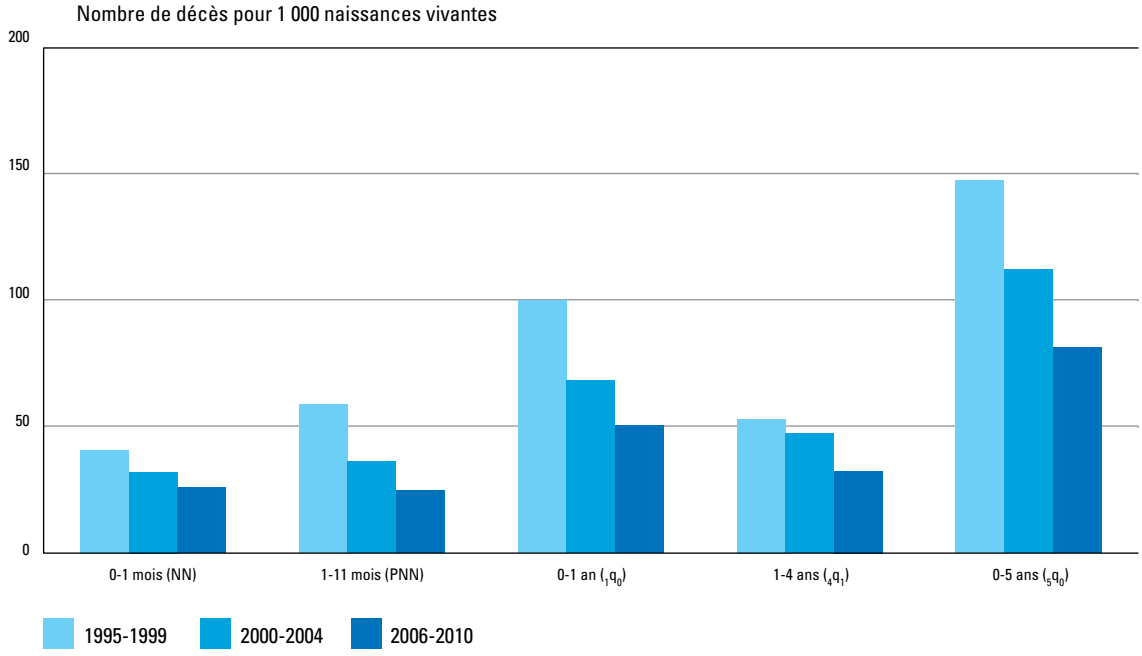
Source : EDS 1992, EDS 1996, EDS 1999, EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Figure 16

Évolution de la mortalité de l'enfant, par tranche d'âge, entre 1999, 2004-2005 et 2010

Dans toutes les tranches d'âge étudiées, la mortalité a diminué entre 1999 et 2010. La baisse la plus nette concerne la mortalité infantile (première année de vie de l'enfant), en particulier la mortalité post-néonatale (enfants de 1 à 11 mois).

Si l'on analyse de façon plus approfondie la baisse de la mortalité des moins de 5 ans, notamment en séparant différentes tranches d'âge, on observe qu'elle touche plus particulièrement les enfants de 6 à 23 mois. En effet, la baisse enregistrée dans cette tranche d'âge (49 %) est près de 50 % supérieure à la baisse de la mortalité chez les enfants de 24 à 59 mois (34 %). Cette diminution est cohérente avec la baisse du taux d'anémie sévère observée chez les enfants de cette tranche d'âge inférieure, et obtenue grâce aux efforts consentis par le programme national de lutte contre le paludisme.



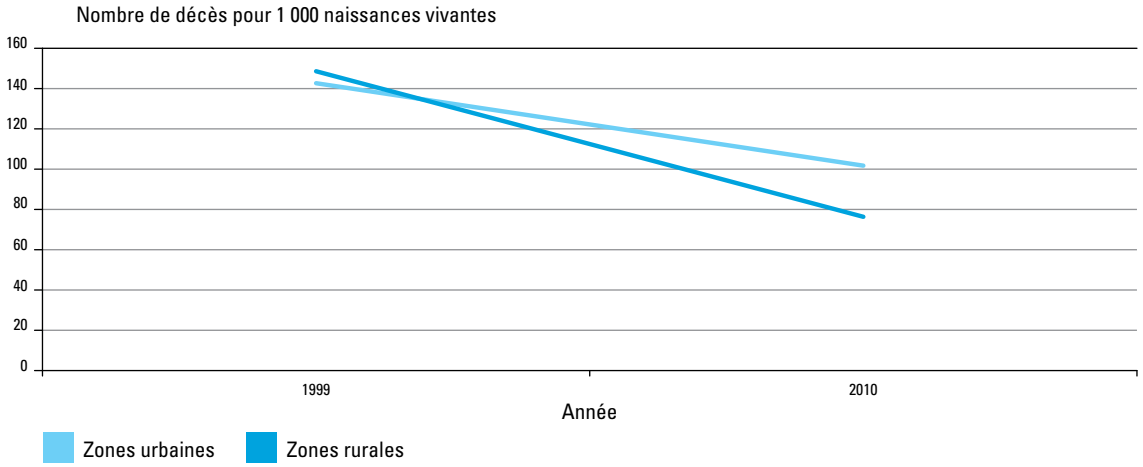
Remarque : NN = mortalité néonatale (nombre de décès avant le premier mois de l'enfant) pour 1 000 naissances vivantes ; PNN = mortalité post-néonatale (nombre de décès entre le premier mois exact et avant d'atteindre le douzième mois) pour 1 000 naissances vivantes ; $_1q_0$ = mortalité infantile (nombre de décès avant d'atteindre le premier anniversaire) pour 1 000 naissances vivantes ; $_4q_1$ = mortalité juvénile (nombre de décès entre 1 an exact et avant d'atteindre 5 ans) pour 1 000 enfants âgés d'1 an au moins ; $_5q_0$ = mortalité infanto-juvénile (nombre de décès avant d'atteindre le cinquième anniversaire) pour 1 000 naissances vivantes. Les données de mortalité se réfèrent à une période pouvant aller jusqu'à quatre ans avant l'enquête.

Source : EDS 1999, EDS 2004-2005 et EDS 2010.

Figure 17

Mortalité des moins de 5 ans des zones urbaines et rurales, Tanzanie, 1999 et 2010

La baisse de la mortalité a été plus prononcée chez les enfants vivant en milieu rural que chez les enfants des zones urbaines. Cette tendance montre que les interventions de santé ont aussi atteint les zones rurales les plus pauvres, là où le nombre de décès liés au paludisme est le plus important.

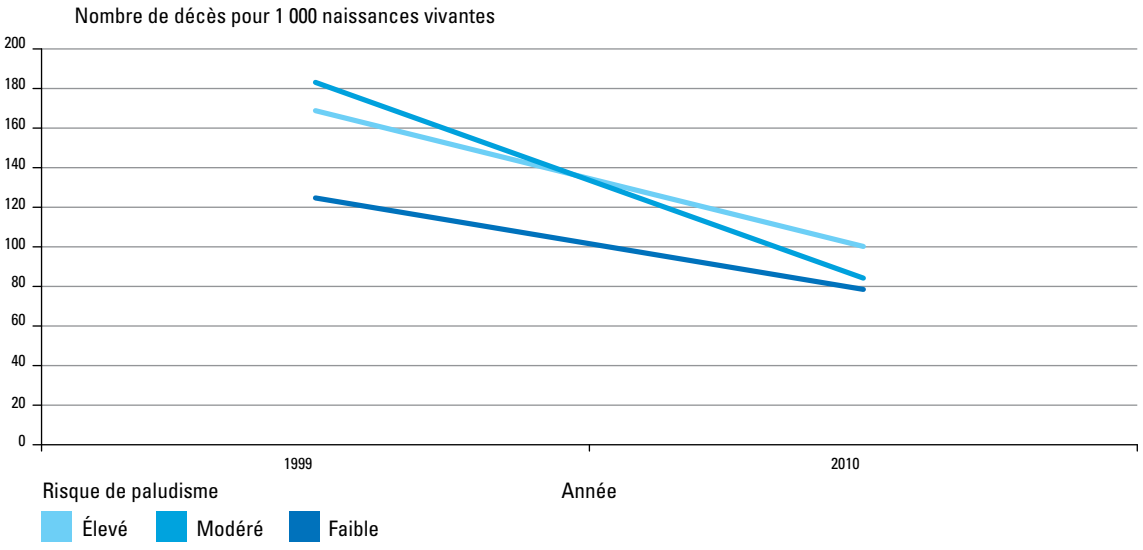


Source : EDS 1999 et EDS 2010.

Figure 18

Évolution de la mortalité des moins de 5 ans dans les zones à risque (élevé, modéré et faible) de transmission du paludisme, 1999 et 2010

Entre 1999 et 2010, la mortalité a davantage baissé dans les régions à risque élevé ou modéré que dans les régions à faible risque.



Source : EDS 1999 et EDS 2010.

Dans les régions sous-nationales où il existe des données plus complètes sur plusieurs années (p. ex. le système de surveillance démographique d'Ifakara), une intensification des interventions antipaludiques a été observée, laquelle a coïncidé avec une baisse de la morbidité et de la mortalité. Sur la période 1999-2010, l'utilisation de moustiquaires a augmenté, qu'il s'agisse de MII ou de n'importe quel type de moustiquaire. En même temps, la morbidité liée au paludisme (définie par la parasitémie et par le taux de positivité des lames parmi les malades hospitalisés), l'intensité de la transmission (mesurée par le taux d'inoculation entomologique [TIE]), et la mortalité infantile et des moins de 5 ans ont baissé. L'étude des données pluviométriques montre que les variations climatiques n'expliquent vraisemblablement pas la baisse de la morbidité liée au paludisme, ni la baisse de la mortalité infantile et des moins de 5 ans entre 1999 et 2010. Pour obtenir une description complète des résultats du système de surveillance démographique d'Ifakara, se reporter à l'annexe B.

Selon toute vraisemblance, les interventions antipaludiques ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la survie infantile

La baisse de la mortalité de l'enfant, toutes causes confondues, peut être la conséquence d'améliorations opérées dans de nombreux domaines de la santé. Pour savoir si elle peut être directement liée à l'intensification des interventions antipaludiques, nous avons étudié d'autres indicateurs des programmes de santé de l'enfant, susceptibles d'expliquer la baisse de la mortalité de l'enfant entre 1999 et 2010 (*cf.* annexe C). Deux interventions importantes liées à la survie de l'enfant ont notamment été mises à l'échelle sur la période d'évaluation : la vaccination anti-Hib (*Haemophilus influenza* de type b) et la supplémentation en vitamine A.

- Le vaccin anti-Hib a été intégré au Programme élargi de vaccination en 2009. Le taux de couverture de ce vaccin chez les moins de 5 ans a donc rapidement augmenté pour atteindre 88 % en 2010. Même si cette mesure aurait pu contribuer à réduire la mortalité toutes causes confondues des moins de 5 ans, cela est peu vraisemblable, car il s'est écoulé moins d'un an entre l'introduction du vaccin et la dernière estimation de la mortalité.
- Les enquêtes réalisées auprès des ménages et représentatives au niveau national montrent que 60 % des enfants de 6 à 59 mois ont reçu un supplément en vitamine A au cours des six mois précédant l'enquête de 2010, contre 13 % en 1999. Cependant, selon les données de l'UNICEF, 80 % des enfants de moins de 5 ans ont été totalement protégés par deux doses de vitamine A depuis 2000. Il est donc probable que la vitamine A ait contribué à améliorer la survie de l'enfant, mais compte tenu de son taux de couverture élevé durant l'essentiel de la décennie, elle n'a sans doute pas fait baisser la mortalité dans cette tranche d'âge dans les proportions observées au cours des cinq dernières années.

De la même façon, avoir réussi à maintenir la couverture des autres interventions liées à la survie de l'enfant sur la période 1999-2010, y compris les autres services de vaccination, a contribué à réduire la mortalité de l'enfant, mais aucune de ces interventions n'a vu sa couverture augmenter de manière significative sur la période. Même si ces interventions ont été bénéfiques, elles n'ont donc probablement pas joué un rôle majeur dans la baisse de la mortalité (toutes causes confondues) observée chez les moins de 5 ans. Par ailleurs, les régimes pluviométriques, favorables à la transmission du paludisme, n'ont pas changé au cours de la période 1999-2010.

En conclusion, la mortalité de l'enfant a diminué :

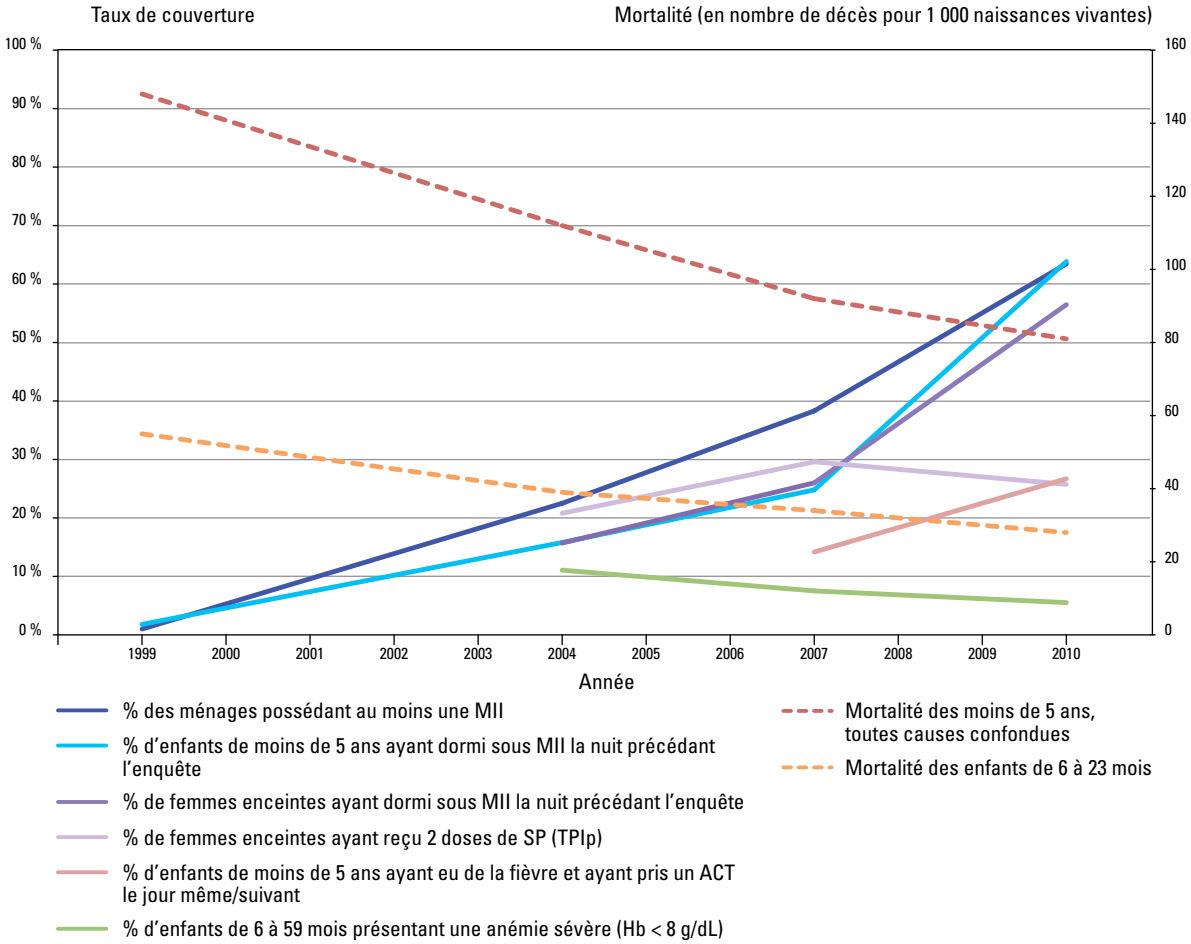
- en même temps que l'anémie sévère (un indicateur important de la morbidité liée au paludisme) lorsque la couverture des interventions antipaludiques a atteint un niveau élevé ;
- plus encore dans les zones à risque élevé ou modéré que dans les zones à faible risque de transmission ;
- davantage dans les zones rurales que dans les zones urbaines ;
- dans la tranche d'âge 6-23 mois, la plus exposée au risque de morbidité et de mortalité liées au paludisme.

Il nous apparaît donc fort probable que les interventions antipaludiques, déployées en Tanzanie, aient sauvé la vie de nombreux enfants et qu'elles aient largement contribué à la baisse considérable de la mortalité des moins de 5 ans entre 1999 et 2010.

Figure 19

Intensification de la lutte contre le paludisme, anémie sévère et mortalité, Tanzanie, 1999-2010

La mortalité a continué à baisser à mesure que les interventions antipaludiques se sont intensifiées. La couverture en MII (taux de possession et d'utilisation) a nettement augmenté après 2007, tout comme l'utilisation des ACT.



Source : EDS 1999, EDS 2004-2005, THMIS 2007-2008 et EDS 2010.

Nombre de vies sauvées selon les estimations du modèle LiST

Le modèle LiST permet d'évaluer le nombre de vies sauvées chez les moins de 5 ans en fonction de l'efficacité estimée des interventions antipaludiques préventives et de l'évolution de la couverture de ces interventions.

Dans ce modèle, l'efficacité protectrice de la lutte antivectorielle sur la mortalité due au paludisme est estimée à 55 %. L'efficacité protectrice du traitement préventif intermittent pendant la grossesse est, elle, estimée à 35 % contre un poids insuffisant à la naissance, un facteur qui influe à son tour sur la mortalité de l'enfant.

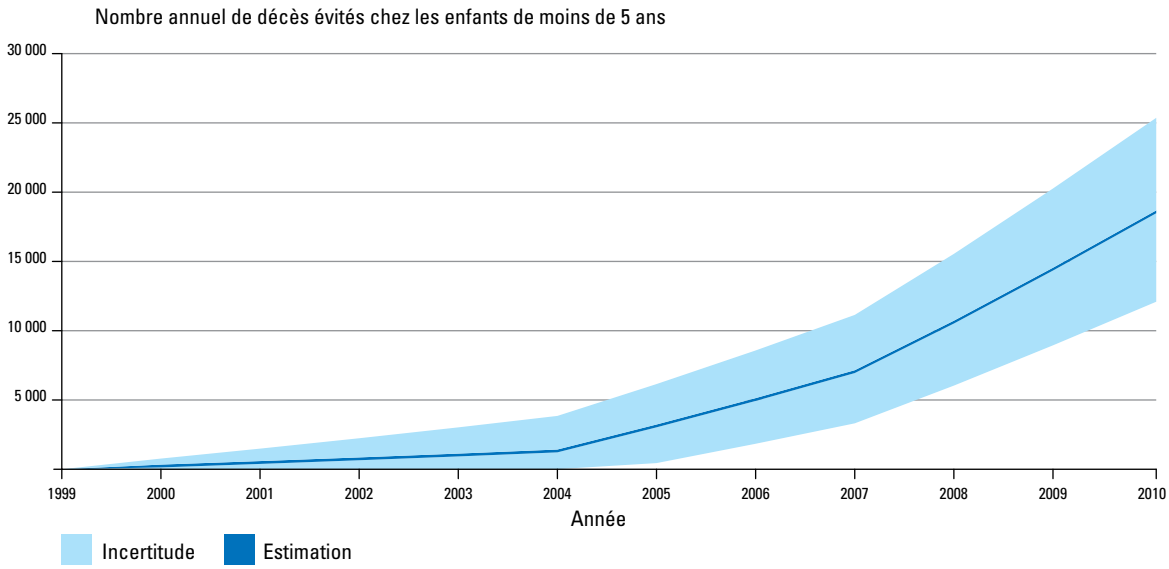
Selon ce modèle et comme illustré à la figure 20, l'augmentation de la couverture en traitement préventif intermittent pendant la grossesse (les femmes considérées couvertes sont celles ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête) et des interventions de lutte antivectorielle (les ménages considérés couverts sont ceux possédant au moins une MII) a permis de sauver quelque 63 000 enfants de moins de 5 ans en Tanzanie (plage comprise entre 33 000 et 97 000) entre 1999 et 2010, l'essentiel des vies sauvées (98 %, soit 61 000 enfants) étant dû à la présence d'une MII au sein des ménages.

Le modèle LiST offre une estimation conservatrice de l'impact des interventions antipaludiques, car il ne tient pas compte *i*) des vies sauvées grâce au diagnostic rapide et aux traitements efficaces, *ii*) des effets indirects de la lutte contre le paludisme sur la mortalité de l'enfant, ni *iii*) de l'effet protecteur généré par l'intensification des MII au sein de la communauté. Il est donc légitime de penser que le nombre de vies sauvées grâce à l'ensemble des interventions antipaludiques est bien plus important encore.

Figure 20

Vies d'enfants de moins de 5 ans sauvées grâce à la prévention du paludisme, Tanzanie, 1999-2010

La grande majorité des vies sauvées l'ont été depuis 2004, date à laquelle le taux de couverture en MII a commencé à augmenter fortement.



Source : Données générées par le modèle LiST (PMI, Université de Tulane et Université Johns Hopkins), 2011.

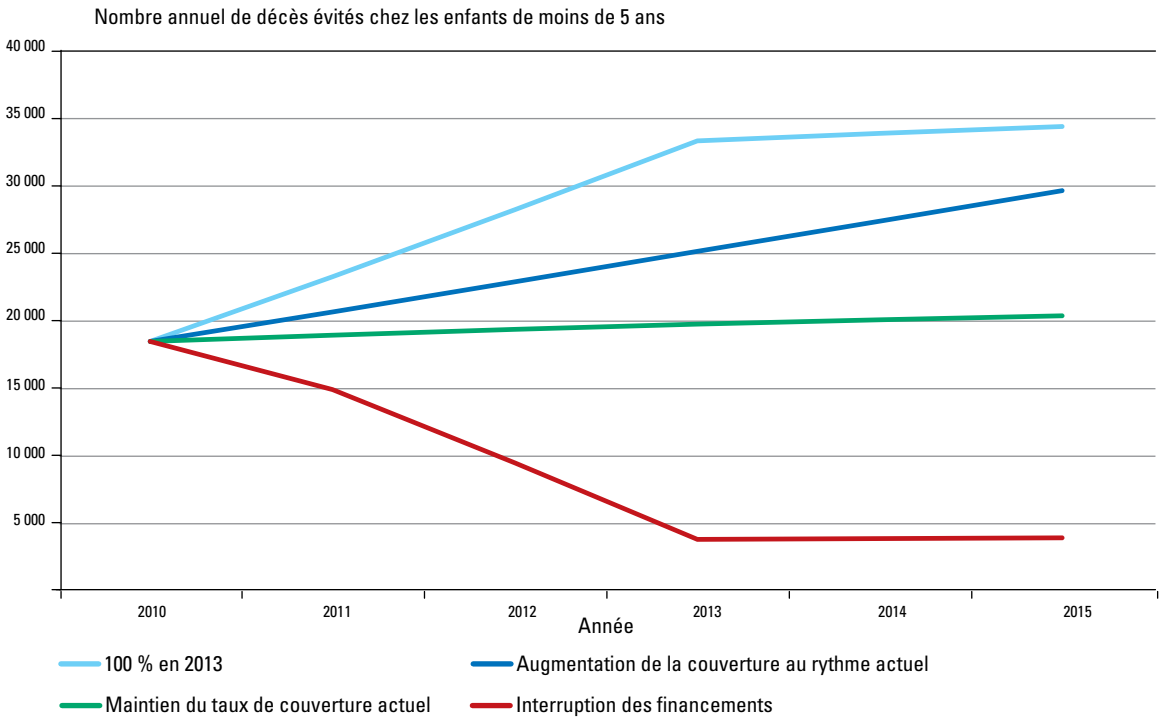
Ce nombre de vies sauvées représente une diminution de 31 % de la mortalité due au paludisme chez les moins de 5 ans depuis 1999. En 2010, ce taux de mortalité est estimé inférieur de 7,5 % à ce qu'il aurait été si le programme national de lutte contre le paludisme n'avait pas intensifié la couverture des interventions antipaludiques.

Figure 21

Estimation de l'impact des différents scénarios d'activité du programme national de lutte contre le paludisme entre 2011 et 2015

Quatre scénarios d'intensification des interventions ont été analysés à l'aide du modèle LiST. Dans le premier scénario (représenté en bleu clair), un taux de couverture de 100 % est obtenu en 2013 (au moins une MII par ménage). Dans le deuxième scénario (en bleu foncé), le rythme annuel d'intensification se maintient, alors que dans le troisième scénario (en vert), le taux de couverture actuel, estimé à 63 %, ne change pas. Enfin, le quatrième scénario (en rouge) illustre une diminution de la couverture en cas d'interruption des financements après 2010. Le graphique ci-dessous indique le nombre annuel de vies d'enfants de moins de 5 ans qui seraient sauvées selon chaque scénario.

Avec un taux de couverture de 100 %, le nombre annuel d'enfants sauvés est supérieur à 30 000. Si le rythme annuel d'intensification se maintient, il faut attendre 2015 pour sauver la vie de près de 30 000 enfants. Si le taux de couverture reste à 63 % (comme en 2010), le nombre annuel de vies sauvées se stabilise à environ 20 000. En revanche, en cas d'interruption des financements et donc, de baisse du taux de couverture, le nombre de vies sauvées chute rapidement à moins de 5 000 par an.



Source : Données générées par le modèle LiST (PMI, Université de Tulane et Université Johns Hopkins), 2011.

PRÉPARER L'AVENIR

Les défis et opportunités des prochaines années en un clin d'œil

- L'amélioration des indicateurs du paludisme au cours des dix dernières années en Tanzanie montre, d'une part, que les interventions antipaludiques sont réellement mises en œuvre et, d'autre part, qu'elles sont efficaces.
- Les objectifs à court terme de la Tanzanie (couverture universelle en MII, extension de la couverture en PID, intensification de la lutte antilarvaire, amélioration du diagnostic et du traitement par ACT, et augmentation de la couverture en TPIp avec la SP) nécessitent une hausse des financements, un renforcement des infrastructures sanitaires et, peut-être, des stratégies et des approches novatrices permettant d'atteindre la partie de la population tanzanienne qui n'a pas bénéficié des interventions déployées à grande échelle au cours des dix dernières années.
- Dès lors que ces avancées seront consolidées et pérennisées, le PNLP sera en mesure de poursuivre l'objectif, ambitieux, d'élimination progressive du paludisme.

Le gouvernement tanzanien s'est engagé dans de nombreuses initiatives nationales et internationales visant à améliorer la santé de sa population. Il a participé, aux côtés des représentants de 43 autres pays africains touchés par le paludisme, au Sommet africain pour faire reculer le paludisme qui a eu lieu à Abuja (Nigéria), et a signé la Déclaration d'Abuja. Tout comme 188 autres pays, la Tanzanie a, la même année, adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Conformément aux objectifs de 2025 qui traduisent la vision du gouvernement en matière de développement, le ministère de la Santé et des Affaires sociales concentre ses efforts sur l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie des Tanzaniens. Sur la voie de ces objectifs, le ministère doit veiller à offrir des soins de santé équitables, abordables et de toute première qualité à l'ensemble de la population, mais aussi à améliorer durablement l'état de santé des Tanzaniens. En effet, comme défini dans son plan stratégique à moyen terme 2008-2013, le pays poursuit l'objectif d'élimination progressive du paludisme.

Les effets positifs de l'intensification des interventions antipaludiques sont visibles et encourageants : nous savons que les interventions mises à disposition de ceux qui en ont besoin ont un impact réel, à savoir une diminution de l'anémie sévère chez les enfants, des taux de parasitémie plus faibles et une baisse de la mortalité des moins de 5 ans. Nous devons donc pérenniser ces résultats.

Néanmoins, le PNLP voit encore plus loin : son objectif déclaré est d'éliminer le paludisme en procédant par étapes. Plus le paludisme diminuera en Tanzanie, plus il se limitera à des foyers d'infection qui, pour être circonscrits, devront faire l'objet d'une attention toute particulière. Par conséquent, la Tanzanie devra trouver les moyens de traiter ces foyers d'infection

et ces populations souvent difficiles à atteindre, ce qui peut nécessiter le développement de stratégies et d'approches novatrices.

Les régions déjà concernées par l'intensification des interventions pourront avoir besoin de nouvelles stratégies, par exemple, pour s'assurer que la population utilise des interventions efficaces, notamment des moustiquaires non usées. Il sera donc essentiel d'adopter un système de remplacement des moustiquaires au moment opportun et ce, afin de maintenir un niveau de couverture élevé.

Des défis peuvent aussi apparaître en termes de résistance *i*) du parasite aux médicaments, et *ii*) des moustiques aux insecticides utilisés dans les MII et la PID. Cette résistance pourrait se traduire par un choix d'insecticides différents ou une nouvelle stratégie de rotation des insecticides à pulvériser. Il est également possible de prévoir un changement de comportement des moustiques.

Avec des activités antipaludiques actuellement déployées dans la plupart des pays africains endémiques et dans d'autres régions du monde, une stratégie mise au point par un pays en particulier pourra être adoptée et adaptée par un autre. Lorsque plusieurs pays limitrophes renforcent leurs efforts de lutte contre le paludisme, il peut être efficace de mettre en place des approches harmonisées.

À mesure que la transmission et les taux de parasitémie vont baisser, il sera nécessaire de disposer de données plus précises et plus récentes. Les systèmes d'information sanitaire devront être renforcés pour générer des données aux niveaux des districts, des régions et du pays. Des systèmes de surveillance devront également être mis en place, afin d'identifier et de répondre rapidement aux épidémies de paludisme.

En conclusion, il reste encore des progrès à faire et nombre de vies à sauver. La réalisation de l'objectif final que s'est fixé la Tanzanie, à savoir éliminer le paludisme, aura des effets bénéfiques sur chaque individu et chaque famille, mais aussi sur le système de santé.

NIMEPONA MALARIA. HIVI BASI...
ALU
DASTIBINI
UNAJENGA USUGU NA USUGU BESTI YAKE KIFO!
YEYOTE UTAKAYEMPIMA MALARIA MWAMBIE ANAYO AZAWAIZI DAWA STOO ZITA-DODA NA MSHAHARA UTAKOSA
POA
MMILIKI
MAABARA BINAFSI
MALARIA
NA KILA DAKIKA 5 ANATAFUNA MTANZANIA MMOJA!
MTOTO ANA DALILI YA MALARIA SASA?
MSIKILIZIE SI-KILIZIE KWANZA. LABDA NI VIJI-MAFUA
JOB
AMSIKILIZIE? UTAKUTA TURUBAI...
NETI JOTO BWANA
KWA HIYO BORA MALARIA SIO?
MWILI UNAVAIBRETI, NAKOHOWA NA KUENDESHA. ITAKUWA MALARIA. NIDUNGE SINDANO...
POA
ZAHANATI
SASA HAPA DOKTA NANI?
HE! NILIFIKIRI MIE NA MALARIA TU, KUMBE NA WEWE UMO!
TB
NA NISIPOTUPIWA JICHO LA KARIBU NITAWAOVATEKI SASA HIVI
MGONGO UNAUMA
MALARIA HIYO, MEZA KWININI AU MWARO-BAINI
NDIO MAANA INATUUA, MALARIA KILA MTU DOKTA
UNASEMA TUSIPOBA-DILIKA MALARIA HAITOKWISHA, KIVIPI?
WEWE HUONI?

CONCLUSION

La Tanzanie a franchi une étape importante en matière de lutte contre le paludisme : la couverture des interventions est aujourd'hui telle que le pays peut s'attendre à une diminution de la morbidité et de la mortalité dues à cette maladie. Les résultats de plusieurs EDS réalisées entre 1999 et 2010 montrent que la mortalité est en baisse chez les enfants de moins de 5 ans. Certains éléments permettent d'associer clairement cette baisse à celle de la mortalité liée au paludisme. Selon les estimations du modèle LiST, le nombre de décès (dus au paludisme) évités chez les moins de 5 ans s'élève à 63 000 au cours des dix dernières années. Étant donné que le paludisme tue aussi en exposant les enfants à d'autres problèmes de santé importants, ce sont des dizaines de milliers de vies supplémentaires qui ont vraisemblablement été sauvées grâce aux effets indirects des interventions antipaludiques. En résumé, la lutte contre le paludisme s'est avérée efficace en Tanzanie et elle offre un excellent retour sur investissement.

Même si une telle réussite est remarquable, la Tanzanie a aujourd'hui atteint un stade où tout retour en arrière aurait des conséquences désastreuses. Le pays en a déjà fait la douloureuse expérience. La seule option possible est donc de continuer à avancer, d'où la nécessité de maintenir le financement des interventions, et de préserver un engagement politique fort en matière de lutte contre le paludisme. Désormais, la lutte contre le paludisme est plus qu'une simple préoccupation de santé publique, elle est aussi une véritable obligation morale.

Dans le contexte actuel, l'essentiel du financement requis pour contrôler le paludisme devra provenir de bailleurs de fonds externes, les coûts d'investissement initiaux étant trop élevés pour les gouvernements nationaux. À terme, la responsabilité de ce financement devra incomber aux gouvernements nationaux, mais cette perspective semble plutôt lointaine. La priorité actuelle est de garantir l'engagement au niveau international en faveur d'une consolidation des acquis et de l'augmentation des taux de couverture dans des pays tels que la Tanzanie.

Le gouvernement évalue ses besoins de financement à quelque US $693 millions pour la période 2008-2013. Si l'on considère que le budget national et les contributions des bailleurs de fonds nationaux et internationaux représentent seulement 35,5 % de ces besoins, la différence entre ressources disponibles et montant des financements nécessaires est considérable. La nette augmentation des engagements financiers internationaux au cours des dix dernières années s'atténue, et il n'est pas sûr que des financements de cette ampleur se répètent. Par ailleurs, et si les financements externes ne sont pas maintenus à leur niveau actuel, d'autres problèmes pourront se poser, tels que la pénurie d'agents de santé, et le coût élevé à la fois des produits antipaludiques et de la mise en œuvre des interventions.

Lorsque des interventions efficaces sont mises en œuvre, les décisions qui s'ensuivent sont très souvent identiques. Dès que les premiers signes d'amélioration apparaissent, les financements sont, en effet, peu à peu orientés vers d'autres priorités de santé publique. C'est malheureusement le schéma habituel de l'aide au développement. Sachant qu'il a fallu mener des actions de plaidoyer dix longues années durant pour créer la dynamique actuelle, réduire ou interrompre le financement des interventions antipaludiques serait aujourd'hui irresponsable de la part de la communauté internationale. Il est également indispensable que la Tanzanie et ses nombreux partenaires nationaux étudient toutes les opportunités de renforcement de leur investissement dans la lutte contre le paludisme.

En Tanzanie, le succès de la lutte contre le paludisme repose sur plusieurs éléments clés, à savoir *i*) un leadership solide, constant et dynamique de la part du gouvernement et du PNLP, *ii*) la disponibilité des ressources adéquates, où elles sont nécessaires et au moment opportun, *iii*) un soutien politique important, et une forte implication du gouvernement, des bailleurs de fonds et des agences d'assistance technique travaillant d'une seule voix, *iv*) une vision partagée par l'ensemble des parties prenantes, et *v*) une population réceptive aux interventions antipaludiques. Tous ces éléments sont des ingrédients nécessaires pour réussir. En effet, si un seul d'entre eux venait à perdre en qualité ou à manquer, la lutte contre le paludisme serait sérieusement mise à mal en Tanzanie.

ANNEXE A

Liste des partenaires du programme national de lutte contre le paludisme

De nombreuses parties prenantes ont aidé le programme national de lutte contre le paludisme à mettre en œuvre ses activités et à atteindre les résultats présentés dans ce rapport. Ces partenaires nationaux et internationaux sont mentionnés ci-après.

Partenaires nationaux

- A to Z Textile Mills
- Africare
- Amref Tanzanie
- Bureau national de la statistique
- Bytrade Tanzania Ltd
- Care Tanzanie
- Centre de formation de la région d'Arusha
- Centre de formation de la région d'Iringa
- Centre de formation de la région de Kigoma
- Centre médical chrétien de Kilimandjaro
- Centre pour l'amélioration des interventions antipaludiques efficaces (CEEMI)
- Centre pour le développement de l'éducation en santé
- Commission chrétienne de services sociaux (CSSC)
- Commission tanzanienne pour le sida
- Conseil chrétien de Tanzanie
- Croix-Rouge tanzanienne
- Hôpital luthérien Selian
- Institut de santé d'Ifakara
- Institut national de la recherche médicale
- Media for Development Trust - Tanzanie
- Moshi Textile Mills Ltd
- ONG de Tanzanie/Alliance antipaludique (TaNAAM)
- Organisme tanzanien de surveillance des aliments et des médicaments
- PACT Tanzanie
- PATH Tanzanie
- Shelys Pharmaceuticals Ltd
- Sunflag
- Textile Manufacturers of Tanzania Ltd
- Université de Dar es Salaam
- Université Muhimbili de la santé et des sciences alliées
- World Vision Tanzanie

Partenaires internationaux

- AED/TMARC
- Agence adventiste du développement et de l'aide humanitaire
- Agence américaine pour le développement international (USAID)
- Agence danoise de développement international (DANIDA)
- Agence japonaise de coopération internationale (JICA)
- Ambassade du Japon
- Ambassade du Royaume des Pays-Bas
- Armée du Salut
- Association mennonite pour le développement économique (MEDA)
- Banque mondiale
- Catholic Relief Services
- Centre pour les programmes de communication de l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins
- Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis
- Coopération italienne
- Croix-Rouge américaine
- Département du développement international du Royaume-Uni (DFID)
- Direction du développement et de la coopération suisse (DDC)
- EngenderHealth
- Family Health International (FHI)
- Fondation Bill & Melinda Gates
- Fondation Clinton
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- Futures Group International
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)
- Health Focus
- Helen Keller International Tanzanie
- ICF International
- Improving Malaria Diagnostics (IMaD)
- Initiative du Président américain contre le paludisme (PMI)
- Institut de recherche Walter Reed de l'armée américaine
- Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH)
- Interfaith International
- Irish Aid
- Jhpiego, institution affiliée à l'Université Johns Hopkins
- John Snow, Inc. (JSI)
- London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Malaria Consortium
- Malaria No More
- Malaria Transmission Consortium (MTC)
- Management Sciences for Health (MSH)
- Medicines for Malaria Venture (MMV)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR)
- Plan International
- Population Services International (PSI)
- RPM Plus
- RTI International
- Trust africain de réseau antipaludique (AMANET)
- Vestergaard-Frandsen
- World Vision International

ANNEXE B

Étude de cas : zone du SSD d'Ifakara, vallée de Kilombero

Depuis 1996, des données en séries chronologiques sur l'épidémiologie et la transmission du paludisme sont collectées sur la zone du système de surveillance démographique d'Ifakara, située dans la vallée de Kilombero au sud-est de la Tanzanie. Cette zone, majoritairement rurale et où la principale activité des villageois est l'agriculture de subsistance, compte quelque 85 000 habitants (données de 2008). Elle comprend 13 villages dans le district de Kilombero et 12 villages dans le district d'Ulanga (tous deux situés dans la région de Morogoro). Nous présentons ici l'évolution des indicateurs du paludisme en période d'intensification des MII et dans une zone où existe déjà une « culture d'utilisation des moustiquaires ».

Utilisation d'une MII/de n'importe quel type de moustiquaire

- Sur cette zone, le marketing social des MII a commencé en 1997, soit trois ans avant son lancement au niveau national.

- En 2001, le taux d'utilisation de n'importe quel type de moustiquaire (traitée ou non traitée) était d'environ 70 % toutes tranches d'âge confondues. Ce taux a continué à augmenter pour atteindre environ 90 % en 2008 et 2009 (*cf.* figure B1).

- L'utilisation d'une MII (toutes tranches d'âge confondues) sur cette zone du SSD est passée d'environ 10 % en 2001-2002 à environ 47 % en 2009-2010 (*cf.* figure B1).

Morbidité et mortalité liées au paludisme

- La parasitémie palustre (toutes tranches d'âge confondues) a diminué d'environ 20 % sur la période 2001-2003 à environ 5 % sur la période 2009-2010 (*cf.* figure B2), avec une forte baisse (14 %) entre 2004 et 2005. Il est à noter que vers 2007, les TDR ont remplacé la microscopie pour l'évaluation de la parasitémie.

- Parmi les enfants de moins de 5 ans admis à l'hôpital St Francis désigné pour la zone du SSD d'Ifakara, le taux de positivité des lames (pour le diagnostic du paludisme) est passé d'environ 70 % sur la période 1999-2001 à une valeur comprise entre 18 % et 32 % sur la période 2006-2010 (*cf.* figure B2).

- Une baisse de la mortalité a également été observée entre 1998 et 2009. Chez les moins de 5 ans, elle est passée de 141 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 88 pour 1 000 en 2009 (*cf.* figure B3). La mortalité infantile a également baissé, passant sur la même période, de 115 décès pour 1 000 naissances vivantes à 60 pour 1 000 (*cf.* figure B3).

Transmission du paludisme

- L'intensité de la transmission du paludisme, mesurée par le TIE des personnes non protégées, a elle aussi diminué pendant cette période dans la ville semi-urbaine d'Ifakara, située entre les villages de Kilombero et Ulanga. Entre le début des années 90 et 2008, le TIE a été divisé par 18, passant de 1 481 sur la période 1990-1994, à 349 sur la période 2001-2003, puis à 81 en 2008.

Pluviométrie

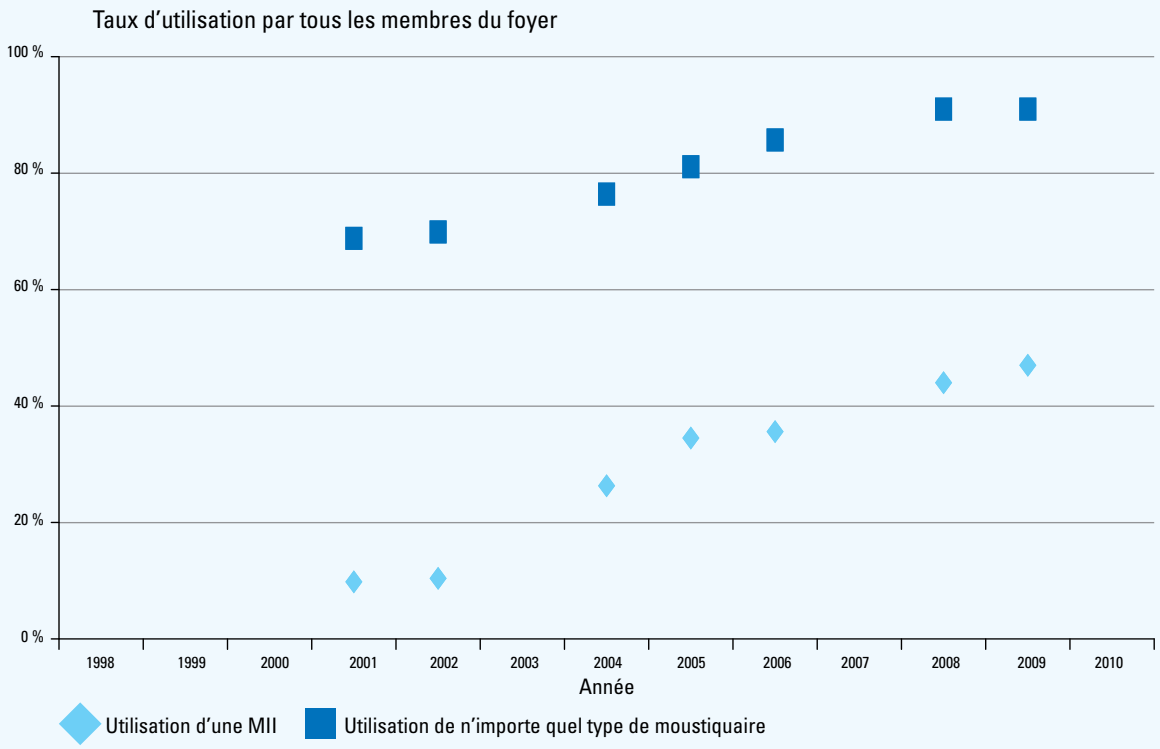
- La pluviométrie a beaucoup varié d'une année sur l'autre entre 1998 et 2010. Elle n'a cependant présenté aucune tendance continue à la baisse, susceptible d'expliquer l'évolution de la transmission du paludisme.

En résumé, la prévalence de la parasitémie, le taux de positivité des lames parmi les patients admis dans un établissement de soins, la transmission de la maladie, la mortalité infantile et la mortalité des moins de 5 ans ont baissé entre 1998 et 2010.

Sur la même période, un taux élevé d'utilisation de n'importe quel type de moustiquaire (traitée ou non traitée) a été obtenu, suivi d'un taux élevé d'utilisation de MII. La diminution de la morbidité et de la mortalité au cours de la première moitié de la décennie peut être attribuée à la protection personnelle apportée par *i*) un taux élevé d'utilisation de moustiquaires, *ii*) l'urbanisation et *iii*) d'autres interventions de santé, telles que la supplémentation en vitamine A et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Une utilisation continue des moustiquaires, associée à l'introduction des MII, a pu contribuer à la baisse constante de la morbidité et de la mortalité observée dans la deuxième moitié de la décennie sur la zone du SSD d'Ifakara.

Figure B1

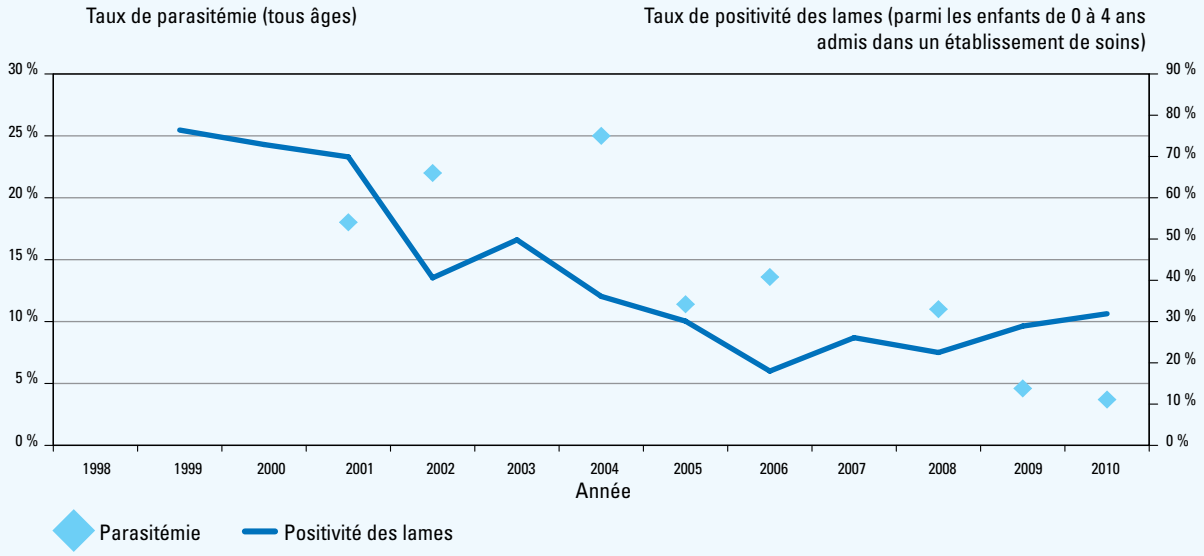
Taux d'utilisation d'une MII par rapport au taux d'utilisation de n'importe quel type de moustiquaire (toutes tranches d'âge confondues)



Source : Système de surveillance démographique d'Ifakara.

Figure B2

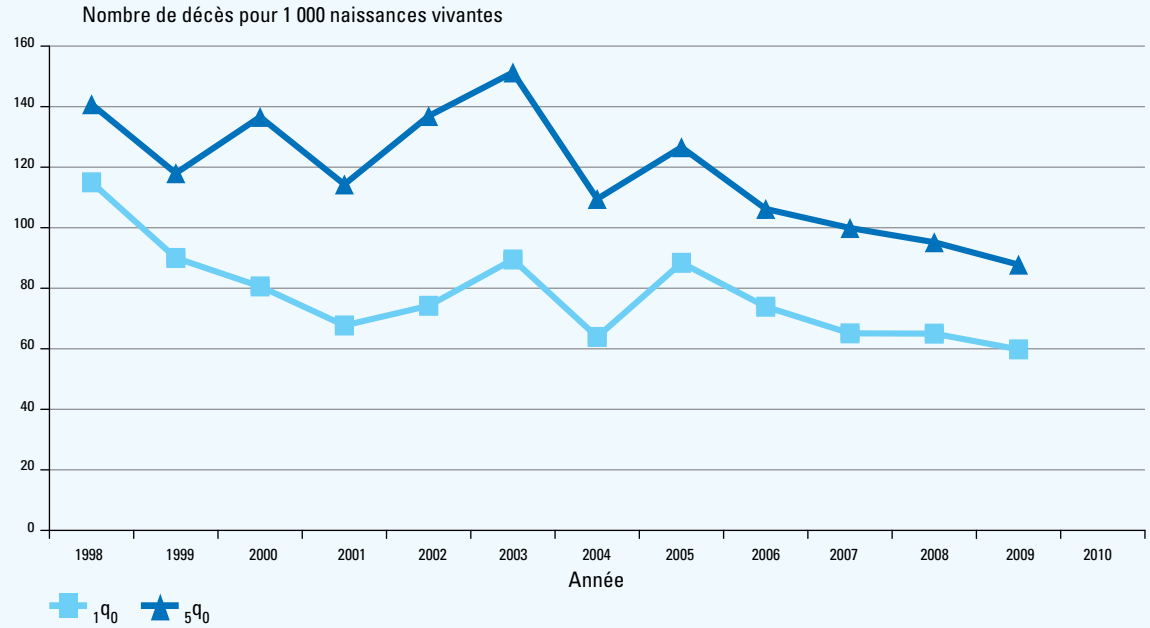
Parasitémie palustre (toutes tranches d'âge confondues) et positivité des lames (parmi les enfants de 0 à 4 ans admis dans un établissement de soins)



Source : Système de surveillance démographique d'Ifakara et hôpital St Francis désigné pour la zone correspondante.

Figure B3

Taux de mortalité infantile ($_1q_0$) et infanto-juvénile ($_5q_0$)



Source : Système de surveillance démographique d'Ifakara.

ANNEXE C

Informations relatives aux principaux taux de couverture des programmes de santé de l'enfant susceptibles d'avoir contribué à la réduction de la mortalité de l'enfant toutes causes confondues entre les EDS de 1999 et de 2010

Indicateurs	1999			2010				
	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	n	% d'évolution	Sig.[1]
Caractéristiques des logements et biens possédés par le ménage								
Approvisionnement en eau amélioré[2] (en % des logements)	65,8	(59,1-71,8)	3 526	56,9	(53,3-60,4)	9 377	-13,5	Ns
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau < 15 min (en % des logements)	34,3	(29,6-39,4)	3 526	36,5	(33,8-39,4)	9 377	6,4	Ns
Toit amélioré (ni chaume, ni herbe, ni boue [en % des logements])[3]	50,6	(47,3-53,8)	9 483	61,9	(58,9-64,9)	9 377	22,3	*
Type de sol moderne (ni terre, ni sable, ni fumier [en % des logements])	20,9	(17-25,4)	3 526	31,8	(28,7-35)	9 377	52,2	*
Électricité (en % des ménages)	7,7	(5,5-10,7)	3 526	14,2	(11,9-17)	9 377	84,4	*
Téléphone (en % des ménages)[3]	8,9	(7,6-10,5)	9 483	45,5	(42,9-48)	9 377	411,2	*
Pourcentage des ménages ayant souvent/toujours eu des difficultés à satisfaire leurs besoins alimentaires l'année précédant l'enquête[3]	22,6	(21,2-24,1)	9 483	23,3	(21,6-25,1)	9 377	3,1	Ns
Niveau d'instruction des femmes[4], état matrimonial et accès aux médias de masse								
Nombre moyen d'années d'études	4,7	(4,4-5)	3 929	5,7	(5,5-5,9)	9 813	22	*
Pourcentage de femmes ayant terminé l'école primaire	51,7	(47,8-55,5)	3 929	66,2	(63,7-68,5)	9 813	28	*
Pourcentage de femmes alphabétisées	63,8	(59,5-67,9)	3 929	70,1	(67,9-72,3)	9 813	9,9	Ns
Pourcentage de femmes mariées	65,9	(63,3-68,5)	3 929	63,5	(62,1-64,9)	9 813	-3,6	Ns
Santé maternelle et de l'enfant								
Pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales avant leur dernière naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête	69,9	(63,8-75,4)	2 131	42,7	(40,6-44,8)	5 378	-38,9	*
Taux de couverture par l'ana-toxine tétanique (au moins deux doses) des mères ayant eu des naissances vivantes au cours des deux années précédant l'enquête	61,5	(55,9-66,8)	2 131	47,9	(45,8-50,1)	5 378	-22,1	*

Indicateurs	1999			2010				
	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	n	% d'évolution	Sig.[1]
Pourcentage d'accouchement dans un établissement de santé chez les femmes ayant eu des naissances vivantes au cours des quatre années précédant l'enquête	43,7	(37,6-50)	3 196	50,2	(46,9-53,4)	7 955	14,9	Ns
Pourcentage de naissances après une grossesse à risque	56,9	(53,6-60,2)	3 196	57,1	(55,2-58,9)	7 955	0,4	Ns
Pourcentage de naissances après une grossesse à risque lié à l'âge	17,3	(15,4-19,5)	3 196	14,9	(13,9-16)	7 955	-13,9	Ns
Pourcentage de nouveaux-nés de poids insuffisant (< 2,5 kg)	3,8	(2,9-4,9)	3 196	3,6	(3,1-4,3)	7 955	-5,3	Ns
Pourcentage de nouveaux-nés de petite/très petite taille (estimée par la mère)	10,8	(8,9-13,1)	3 196	8,3	(7,5-9,3)	7 955	-23,1	Ns
Santé maternelle et de l'enfant : taux de couverture vaccinale dans le cadre du PEV								
BCG	92,6	(89,7-95,5)	578	95,4	(93,5-96,8)	1 533	3	Ns
DTC3/Vaccin pentavalent DTC3, anti-hépatite B et anti-Hib	80,9	(73,2-86,9)	578	87,8	(84,8-90,3)	1 533	8,5	Ns
Vaccin antipoliomyélitique (3 doses)	79,9	(73,9-84,8)	578	84,9	(81,7-87,6)	1 533	6,3	Ns
Vaccin contre la rougeole	78,2	(72-84,4)	578	84,5	(81,6-86,9)	1 533	8,1	Ns
Tous les vaccins (BCG, contre la rougeole, DTC3 et antipoliomyélitique [3 doses])	68,3	(61,1-74,7)	578	75,1	(71,6-78,3)	1 533	10	Ns
Enfants de 0 à 4 ans atteints d'IRA et ayant sollicité un traitement	81,1	(72,1-87,7)	388	84,6	(78,3-89,4)	319	4,3	Ns
Enfants de 0 à 4 ans présentant une diarrhée et ayant sollicité un traitement	63,6	(56,5-70,2)	349	52,6	(48,2-56,9)	1 086	-17,3	Ns
Allaitement et malnutrition de l'enfant								
Allaitement initial et exclusif (en %)	32,9	(24,4-42,5)	317	58,7	(54,1-63,2)	849	78,4	*
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance[5]	48,4	(44,7-52,1)	2 509	42,3	(40,6-44)	7 292	-12,6	*
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un poids insuffisant[5]	24,5	(21,4-27,8)	2 509	15,7	(14,4-17)	7 292	-35,9	*
Supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois (en % d'enfants de 6 à 59 mois)	13,3	(10,3-16,9)	2 503	60,3	(57,9-62,6)	6 638	353	*

[1] Sig.= Signification statistique. Les statistiques dont les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchent pas sont considérées comme présentant une évolution significative.
« Ns » signifie « Non significatif statistiquement » et « * » indique une évolution statistiquement significative.
[2] Source protégée, eau de puits, eau courante.
[3] Source = EDS 2004-2005.
[4] Femmes de 15 à 49 ans.
[5] Définitions et méthodes selon la population de référence de l'OMS.

ROLL BACK MALARIA PARTENARIAT

Secrétariat siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse • www.rollbackmalaria.org • inforbm@who.int • Tél. +41 22 791 5869 • Fax +41 22 791 1587

9 789242 502992