7 Mesures Urgentes pour lutter contre le paludisme pharmaco résistant en Afrique, en vue d'une décision ministérielle immédiate et d'une action des programmes de lutte contre le paludisme

Toutes ces mesures sont réalisables dans le cadre des politiques existantes de l'OMS et des pays, sont réversibles et coûtent bien moins cher que d'intervenir après l'échec du traitement.

1 Considérer la résistance partielle à l'artémisinine (ART-R) comme un risque immédiat pour la sécurité sanitaire, un obstacle majeur à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et une menace économique à long terme ayant des implications pour la transmission transfrontalière et la stabilité régionale.

- **Les mutations du parasite du paludisme liées à l'ART-R constituent des signaux d'alerte précoce** suffisants pour déclencher des réponses ciblées, menées et prises en charge au niveau national, tant au niveau infranational que national, et ne doivent pas être considérées comme un simple problème technique.
- **L'initiative ART-R constitue un investissement à haut rendement qui préserve les investissements antérieurs dans la lutte contre le paludisme et permet d'éviter des interventions d'urgence coûteuses.**

  Les analyses économiques existantes montrent que l'atténuation précoce offre un fort retour sur investissement, favorisant une allocation efficace des ressources entre les financements nationaux et ceux des partenaires, en prévenant l'échec des traitements, la morbidité et la mortalité excessives, la résurgence de la maladie et les coûts à long terme de l'inaction.

2 Réduire la pression médicamenteuse de l'artéméther-luméfantrine (ALU) dans les zones où le risque d'ART-R est confirmé ou élevé.

- **Changer de traitement antipaludique de première intention et diversifier vers d'autres (ACT)** dans le cadre des politiques existantes de prise en charge des cas.
- Dans la plupart des pays, une ACT de deuxième ligne est déjà spécifiée et devrait être déployée rapidement **dans les zones où la résistance est confirmée ou où le risque d'ART-R est élevé.**
- Cette **approche doit être mise en œuvre de manière proactive, avant que l'échec du traitement par ACT ne se produise :** « Protéger la guérison » dès maintenant.
- Plusieurs traitements de première intention (MFT) et d'autres stratégies plus complexes peuvent être mis en œuvre lorsque les moyens financiers le permettent.
- De nouveaux traitements contre le paludisme, les ACT triples à base d'ART (TACT) et de nouveaux traitements non-ART, feront leur apparition d'ici 2 à 5 ans. **Les programmes de lutte contre le paludisme doivent se préparer à leur arrivée en soutenant l'évaluation accélérée, l'examen réglementaire, la préparation des plans d'approvisionnement et les essais d'efficacité dans le cadre des essais cliniques (TES).**

3 Coordonner les réponses au-delà des frontières et entre les sous-régions ; placer les patients et les communautés au cœur des décisions relatives à l'ART-R.

- L'ART-R est un problème régional ; une coordination menée par les pays ou les organismes régionaux en matière de surveillance, de politique de traitement et de stratégies d'atténuation est essentielle pour éviter des réponses nationales fragmentées et inefficaces.
- Communiquer directement avec les patients, les responsables au niveau des districts, les distributeurs, les gestionnaires des stocks, les médecins et les professionnels de santé communautaires. Les communautés ont fait confiance aux programmes de lutte contre le paludisme parce que le diagnostic et le traitement ont toujours été efficaces. À mesure que la résistance se propage, elles seront les premières à subir l'échec thérapeutique et ses conséquences. Les mesures politiques doivent donc s'appuyer sur les réalités du terrain et être mises en œuvre de toute urgence.

4 Mettre en place des interventions visant à réduire la transmission dans les zones à forte prévalence de la résistance aux ARV.

L'administration d'une dose unique de primaquine à faible dose, associée à une lutte optimisée contre les vecteurs, réduit la transmission ultérieure, y compris celle des parasites résistants, ce qui permet de diminuer le nombre futur de cas et les coûts. Lorsqu'ils sont disponibles, les vaccins contre le paludisme peuvent compléter ces efforts en réduisant la transmission globale et la pression médicamenteuse. Les vaccins ne remplacent pas la nécessité de diversifier les traitements (ACT), d'atténuer la résistance et de mettre en place une lutte efficace contre les vecteurs.

5 Renforcer le diagnostic et le traitement au niveau communautaire en tant que stratégie de confinement.

Élargir et améliorer l'accès à des diagnostics et à des traitements de qualité. Faire appel à des agents de santé communautaires pour atteindre les populations mobiles et frontalières. Dispenser des formations sur la qualité des services de dépistage et de traitement dans les secteurs communautaire, public et privé. Combler les lacunes en matière d'accès dans les zones où la résistance se propage le plus rapidement.

6 Lier directement la surveillance à l'action.

Veiller à ce que les investissements dans la surveillance génèrent un retour sur investissement programmatique en exigeant que les résultats de la surveillance moléculaire et des études d'efficacité thérapeutique (TES) déclenchent des réponses prédéfinies. **Le déclencheur de la diversification des ACT ou du changement de traitement de première intention est l'identification de mutations parasitaires de résistance aux ART (marqueurs valides et/ou candidats) par le biais de la surveillance moléculaire.** Utiliser les TES pour confirmer la résistance aux ART et pour vérifier l'efficacité des antipaludiques potentiels à utiliser dans le cadre d'un changement de traitement de première intention, d'une rotation des médicaments ou d'une stratégie de traitement multifarmacologique (MFT). **Ne retardez pas la diversification précoce des ACT dans les zones à haut risque de résistance aux ART.** Il existe des lacunes critiques dans la couverture et les capacités des TES et de la surveillance moléculaire, qui nécessiteront probablement une assistance technique régionale.

7 Autoriser la préparation et l'évaluation des coûts des changements de traitement de première intention ou des politiques de MFT.

Lorsque le changement immédiat de traitement de première intention n'est pas nécessaire, planifier de manière proactive l'harmonisation réglementaire, la mise à jour des lignes directrices, la formation, l'approvisionnement et le financement pour la diversification des ACT et/ou les politiques de MFT. Cette approche est déjà mise en œuvre dans le cadre de projets pilotes dans plusieurs pays.