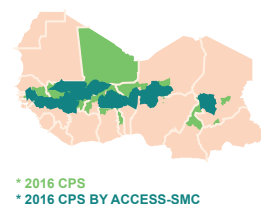
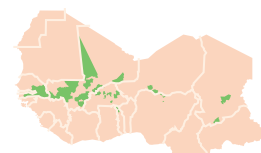


Sauver des vies – la CPS à grande échelle

Le paludisme est une maladie prévisible et traitable, mais de nombreux enfants en Afrique en meurent avant leur cinquième anniversaire. Le projet ACCESS-SMC a prouvé la faisabilité et l'impact la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) à grande échelle. La CPS, qui consiste à administrer de deux à quatre doses de sulfadoxine-pyriméthamine plus amodiaquine (SP+AQ) est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parmi les interventions efficaces pour la prévention du paludisme est efficace dans les régions où la transmission du paludisme est fortement saisonnière et où la résistance aux SP+AQ est faible, comme dans la sous-région du Sahel de l'Afrique sub-saharienne. Certaines zones du Sahel présentent la plus forte incidence de paludisme au monde, il est donc urgent d'étendre davantage la mise en œuvre de cette intervention afin de mettre ce traitement préventif à la disposition de tous les enfants éligibles.

Mise à l'échelle de la CPS

- La CPS a été recommandée par l'OMS en 2012. En 2014, moins de 5% (2,99 millions) d'enfants éligibles bénéficiaient effectivement de la CPS. Le projet ACCESS-SMC a été lancé en 2015 pour surmonter les obstacles limitant l'extension de la CPS.
- Grâce à ACCESS-SMC, plus de 3,1 millions d'enfants de moins de cinq ans ont pu être protégés du paludisme en 2015 et 6,3 millions en 2016, au Burkina Faso, au Tchad, en Guinée, au Mali, au Niger, au Nigeria et en Gambie.
- En plus d'ACCESS-SMC, le Cameroun, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Sénégal et le Togo ont maintenant d'autres programmes de CPS.



Demande actuelle

- Plus de 100 millions de traitements, à base de médicaments approuvés et de qualité garantie (SP+AQ), doivent être produits chaque année pour répondre à la demande estimée en CPS. Un deuxième fabricant devrait entrer sur le marché en 2018, ce qui pourrait permettre de satisfaire ces besoins.
- En améliorant les prévisions concernant la demande et en mettant en œuvre un approvisionnement centralisé, ACCESS-SMC a franchi une première étape, propulsant le volume disponible sur le marché de 9,9 millions en 2014 à plus de 70 millions en 2017, ce qui a également engendré une baisse des prix.
- L'effort conjoint des partenaires a été couronné par la production de comprimés sucrés solubles plus appétissants pour les enfants.



Une nouvelle formulation soluble du médicament disponible pour des millions d'enfants

Des millions de cas et des dizaines de milliers de morts pourraient potentiellement être évités chaque année avec la CPS, qui s'avère un atout considérable contre le fardeau que représente le paludisme

- Des études de coûts ont été réalisées dans les sept pays concernés, afin d'évaluer le coût fournisseur de la CPS en 2015 (1 dollar par enfant par mois) et en 2016 (0,85 dollar par enfant par mois), et de donner une estimation du coût moyen par enfant sur un an.
- 3,40 dollars, c'est représente le coût récurrent moyen estimé pour protéger un enfant du paludisme au cours de la saison des pluies, avec la CPS.
- La CPS s'est avérée être une intervention très rentable en terme de prévention du paludisme dans les sept pays du Sahel.

40,000

morts et 6,5 millions de cas de malaria sont estimés avoir été évités grâce à ACCESS-SMC en 2015 et 2016

La CPS est peu coûteuse, sûre et efficace. Un suivi continu de la distribution, de l'efficacité et de la sûreté de la CPS est crucial afin de s'assurer que les programmes de CPS restent pertinents. Il y a un écart de 12 à 18 millions d'enfants entre les enfants traités et ceux qui pourraient en bénéficier mais qui ne sont pas actuellement inclus dans les programmes de CPS. Il est urgent de étendre la couverture et de renforcer l'impact de cette intervention. **Il est possible de prévenir le paludisme, et dans les régions sahéenne et sub-sahéenne d'Afrique, la CPS peut faire la différence.**

SUIVRE L'IMPACT DE LA CPS

Suivi du processus de distribution: des agents de santé ont été formés à l'administration sécurisée des médicaments lors de programmes de formation en cascade destinés aux agents de santé communautaires (ASC) et aux employés des structures sanitaires. Une mobilisation sociale a été faite pour expliquer le programme, et annoncer, plusieurs jours à l'avance, les dates de la campagne de CPS. Chaque mois, les ASC ou ont administré une dose de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et la première des trois doses d'amodiaquine (AQ), et laissé les doses restantes d'AQ à la personne en charge de l'enfant afin qu'elle les administre à l'enfant pendant les deux jours suivants. Ils ont enregistré le traitement sur les fiches de coche, sur un registre, et sur la carte de CPS de l'enfant.

14,5 millions de traitements ont été administrés en 2015 et 30 millions en 2016, via ACCESS-SMC

Mesure du taux de couverture: 14 études d'échantillonnages en grappe, incluant plus de 1 000 enfants pour chaque pays, réalisées après chaque saison de transmission du paludisme, ont servi à mesurer la couverture en CPS. Des groupes de discussion et des entretiens approfondis avec les personnes en charge des enfants et les agents de santé ont permis d'évaluer la qualité de la distribution et de vérifier si les instructions relatives au traitement avaient été suivies.

ACCESS-SMC a atteint 90% des enfants éligibles des zones d'intervention. Dans l'ensemble, le nombre moyen de traitements reçu par enfant chaque année est de trois traitements.

Mesure du traitement et de son efficacité: Les enfants qui ont contracté le paludisme sont moins susceptibles d'avoir reçu la CPS que ceux qui n'ont jamais eu le paludisme. L'efficacité de la protection a été calculée en comparant la proportion de cas confirmés de paludisme d'enfants ayant reçu la CPS au cours des quatre semaines précédentes, avec la proportion globale d'enfants de la population générale (le groupe de contrôle) ayant reçu la CPS au cours des quatre semaines précédentes. Des études de cas-témoins réalisées dans cinq pays en 2015 et 2016 ont permis de mesurer l'efficacité de chaque traitement mensuel de CPS en terme de protection. 820 cas et 1 673 référents témoins ont été étudiés en 2015, et 1 433 cas pour 2 867 référents témoins en 2016.

Il a été constaté une réduction de 89% de l'incidence du paludisme 4 semaines après le traitement de CPS, et une réduction de 62% cinq à six semaines après le traitement, en comparaison avec les enfants qui n'avaient pas reçu la CPS ou dont la dernière dose remontait à plus de six semaines.

Contrôle de la sûreté: Les pays mettant en œuvre la CPS ont été soutenus dans le renforcement de leurs systèmes de pharmacovigilance, l'accent étant mis sur les effets indésirables graves connus des médicaments de CPS. Une série d'ateliers de formations a été organisée pour les coordinateurs de la pharmacovigilance nationale et les équipes des programmes de contrôle du paludisme ; et une formation en cascade a été organisée pour les agents de santé chargés de la distribution de la CPS, prévoyant l'identification et la notification des réactions indésirables. Un suivi a été effectué par Cohort Event Monitoring à travers la notification spontanée ciblée.

ACCESS-SMC a renforcé les capacités nationales en matière de pharmacovigilance. Les pays participant à la CPS envoient leurs rapports à l'Uppsala Monitoring Centre. Les réactions indésirables graves sont rares, et l'examen de sûreté réalisé en avril 2017 n'a révélé aucun problème de sécurité.

Résistance au médicament: La prévalence de marqueurs moléculaires de type *P. falciparum* de résistance aux médicaments de CPS a été mesurée à travers des enquêtes communautaires réalisées auprès d'environ 4 000 personnes dans chaque pays, avant la mise à l'échelle de la CPS. Des mutations induisant une résistance à l'AQ ont été décelées sur quatre échantillons (0.14% d'échantillons porteurs du *P. falciparum*) et dans huit échantillons en ce qui concerne la SP (0.33%). Aucun échantillon ne présentait de génotypes résistants à la fois à la SP et à l'AQ.

Les enquêtes à large échelle de la prévalence de marqueurs moléculaires de résistance à l'AQ et à la SP, menées à la fin de la saison de transmission en 2015, avant le déploiement à grande échelle de la CPS, ont démontré que les génotypes résistants étaient rares.

Évaluation de l'impact: La diminution relative du nombre de cas de paludisme et de décès liés au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, en comparaison avec les autres tranches d'âge, observés lorsque la CPS a été introduite, a été estimée à partir du nombre de cas et de décès confirmés en hôpitaux, ayant été répertoriés dans le Système d'information pour la gestion de la santé, ces chiffres ayant été complétés par les données relatives aux cas de paludisme issues des registres des structures de santé sélectionnées dans chaque pays. Pour obtenir une estimation du nombre total de cas et décès qu'ACCESS-SMC a permis d'éviter, des projections ont été faites à partir des estimations du Imperial College Malaria Model relatives à ce fardeau.

Dans les pays où l'enregistrement des cas est systématique, l'introduction de la CPS a engendré une réduction d'environ 50% du nombre de décès liés au paludisme, dans les zones d'intervention. Des réductions semblables du nombre de cas confirmés en ambulatoire, et de patients hospitalisés sur diagnostic du paludisme, ont également été constatées dans les structures où l'enregistrement est systématique.

ACCESS-SMC est un projet financé par UNITAID, mené par Malaria Consortium en partenariat avec Catholic Relief Services (CRS), qui soutient les Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme pour mener à bien le premier déploiement à grande échelle de la CPS en vue de sauver la vie des enfants à travers les sept pays du Sahel. En démontrant la faisabilité et l'impact de la CPS à grande échelle, ACCESS-SMC encourage une adoption à plus large échelle de l'intervention. Pour plus d'informations, consulter www.unitaid.org et www.access-smc.org