



# Partenariat Faire reculer le paludisme : Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse

Déclaration de consensus sur le traitement  
préventif intermittent du paludisme pendant la  
grossesse au niveau communautaire

Janvier 2024

## L'amélioration de l'accès et de la couverture des médicaments qui sauvent la vie grâce à une approche communautaire permet de prévenir le paludisme pendant la grossesse et de protéger les mères et leurs bébés.

Le groupe de travail (GT) du Partenariat Faire reculer le paludisme (FRP) pendant la grossesse (PPG) encourage vivement les pays où le paludisme est endémique à considérer la mise en œuvre du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à l'échelle communautaire (TPIp-c) dans les zones éligibles. Cette déclaration de consensus du groupe de travail du PPG du partenariat FRP est basée sur la mise à jour de juin 2022 des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le TPIp (voir l'encadré ci-dessous) et sur le guide de terrain récemment publié par l'OMS sur le déploiement au niveau communautaire du traitement préventif intermittent du TPIp avec la sulfadoxine-pyriméthamine. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086272>

### Recommandations de l'OMS de 2022 pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ( TPIp) <sup>1</sup>

Dans les régions où le paludisme est endémique, les femmes enceintes, quel que soit le nombre de grossesse, doivent recevoir un médicament antipaludique à des intervalles prédéterminés afin de réduire la charge de morbidité liée au paludisme pendant la grossesse et les effets néfastes de la grossesse , pendant et après l'accouchement.

- La sulfadoxine-pyriméthamine (SP) a été largement utilisée pour la chimioprévention du paludisme pendant la grossesse et reste efficace pour améliorer les principaux résultats de la grossesse.
- Le TPIp-SP doit commencer le plus tôt possible au cours du deuxième trimestre et pas avant la 13e semaine de grossesse.
- Les doses doivent être administrées à au moins un mois d'intervalle, l'objectif étant de s'assurer qu'au moins trois doses sont administrées.
- Les contacts lors de soins prénatals (CPN) restent une plate-forme essentielle pour l'administration du TPIp. Lorsqu'il existe des inégalités en matière de CPN et de couverture, d'autres méthodes de prestation (telles que le recours à des agents de santé communautaires) peuvent être explorées, tout en veillant à ce que la fréquentation aux CPN soit maintenue et à ce que les inégalités sous-jacentes en matière de prestation de CPN soient corrigées.
- Le TPIp est généralement très efficace par rapport au coût, largement accepté, réalisable et justifié par un grand nombre de preuves générées sur plusieurs décennies.

### Historique

Bien que le TPIp soit recommandé par l'OMS depuis près de deux décennies, avec un objectif de couverture de 80 %, en 2022, parmi les femmes enceintes éligibles, 64 % ont reçu le TPIp1, 54 % le TPIp2 et seulement 42 % le **TPIp3**, malgré le fait que 78 % des femmes enceintes aient eu recours aux services de CPN au moins une fois au cours de leur grossesse.<sup>2</sup> L'écart persistant entre le taux élevé de

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme - 16 octobre 2023.

<https://app.magicapp.org/#/guideline/7661>

<sup>2</sup> OMS. 2023. Rapport mondial sur le paludisme. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086173>

fréquentation des CPN en Afrique subsaharienne et la faible proportion de femmes enceintes éligibles recevant au moins les trois doses recommandées de TPIp est une occasion manquée de protéger la mère et le fœtus. Cet écart reflète en grande partie l'échec du système de santé à fournir le TPIp dans les structures de santé offrant la CPN et met en évidence la nécessité d'adopter d'autres stratégies de distribution pour accroître la couverture du TPIp.

## Contexte

La dispensation du TPIp au niveau communautaire, ou TPIp-c, est une approche innovante visant à augmenter la couverture du TPIp, en améliorant l'accès au TPIp avec SP pour toutes les femmes éligibles en le rendant disponible à la fois dans leurs communautés et lors des CPN.

## Preuves

Un certain nombre de pays africains ont piloté la mise en œuvre du TPIp-c, et certains pays l'ont adopté à grande échelle. Des études pilotes ont montré que le TPIp-c est une stratégie efficace pour augmenter de manière significative la couverture du TPI sans affecter négativement la fréquentation des CPN. En outre, dans certaines régions, le TPIp-c a eu un effet positif sur la CPN4 grâce à une approche axée sur l'établissement de relations de confiance avec les agents de santé communautaires (ASC) et, en particulier, entre les communautés et les structures de santé. L'impact du TPIp-c sur la couverture du TPI3 s'est avéré plus important dans les contextes où la couverture initiale du TPIp est faible.<sup>3,4,5,6</sup>

Le TPIp-c est largement accepté par les femmes enceintes, les ASCs et les prestataires de santé.<sup>7</sup> Il a été démontré qu'il était très efficace par rapport aux coûts, en particulier dans les régions où l'utilisation du TPIp-c est faible, et que les ASCs formés sont en mesure de l'administrer.<sup>8,9</sup>

Ces éléments soulignent les possibilités et les avantages que le TPI-c peut apporter aux efforts actuellement déployés par les pays pour améliorer l'accès à la prévention du paludisme, dans le but de réduire la charge de morbidité liée au PPG.

---

<sup>3</sup> González R, Manun'Ebo MF, Meremikwu M, et al. The impact of community delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy on its coverage in four sub-Saharan African countries (Democratic Republic of the Congo, Madagascar, Mozambique, and Nigeria): a quasi-experimental multicentre evaluation. *Lancet Global Health*. 2023;11(4):e566-e574. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00051-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00051-7).

<sup>4</sup> Gutman JR, Stephens DK, Tiendrebeogo J, et al. A cluster randomized trial of delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy at the community level in Burkina Faso. *Malar J*. 2020;19(1):282. <https://doi.org/10.1186/s12936-020-03356-9>.

<sup>5</sup> Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. Impact of community-based interventions for the prevention and control of malaria on intervention coverage and health outcomes for the prevention and control of malaria. *Infect Dis Poverty*. 2014;3:25. <https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-25>.

<sup>6</sup> Enguita-Fernández C, Alonso Y, Lusengi W, et al. Trust, community health workers and delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy: a comparative qualitative analysis of four sub-Saharan countries. *Glob Public Health*. 2021;16(12):1889-1903. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1851742>.

<sup>7</sup> Alonso Y, Lusengi W, Manun'Ebo MF, et al. The social dimensions of community delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Madagascar, Mozambique, Nigeria and the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Glob Health*. 2022;7(11):e010079. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010079>.

<sup>8</sup> Burke D, Tiendrebeogo J, Emerson C, et al. Community-based delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Burkina Faso: a qualitative study. *Malar J*. 2021;20(1):277. <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03814-y>.

<sup>9</sup> Cirera L, Saco C, Meremikwu M *et al*. The economic costs of malaria in pregnancy: evidence from four sub-Saharan countries [version 2; peer review: 2 approved]. *Gates Open Res*. 2023, 7:47. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.14375.2>.

## Conclusion

Le TIPp-c est une approche complémentaire qui peut aider à combler le fossé entre la couverture du TIPp-SP et la fréquentation des CPN dans les zones éligibles. Il ne suffit pas à lui seul ; au contraire, s'il est correctement mis en œuvre, il peut améliorer la fréquentation des CPN et la prise en charge globale des femmes enceintes. Au fur et à mesure que les programmes de TIPp-c existants se développent et que de nouveaux programmes sont lancés, il y a d'importantes leçons à tirer des pays qui mettent en œuvre le TIPp-c. Un large éventail de ressources provenant de pays pilotes est disponible pour soutenir les pays intéressés par l'adoption et l'extension du TIPp-c ; un guide de terrain de l'OMS sur la mise en œuvre du TIPp-c est également disponible.<sup>10,11</sup>

## Foire aux questions sur la distribution du TPI au niveau communautaire

### Quelles sont les conditions optimales pour favoriser l'impact du TIPp-c ?

Il a été démontré que le TIPp-c a le plus d'impact sur l'augmentation de l'utilisation du TPIp dans les zones où la couverture initiale du TPIp est faible et où le TIPp-c est soutenu par des facteurs politiques et programmatiques favorables. Il s'agit notamment d'une politique nationale existante qui inclut la prévention du PPG, de réseaux d'ASCs fonctionnels, d'une gestion de la chaîne d'approvisionnement qui favorise la disponibilité de la SP et d'une collaboration étroite entre les parties prenantes, y compris celles qui travaillent dans le domaine du paludisme et de la santé reproductive.

### Y a-t-il une meilleure plateforme pour le TIPp-c ?

L'adoption du TIPp-c est optimale lorsque des programmes communautaires sont en place. L'approche du TIPp-c peut être adaptée et intégrée aux interventions communautaires existantes. Il est recommandé que les communautés participent à la prise de décision concernant l'intervention et à la sélection des agents communautaires afin d'obtenir l'adhésion de la communauté pour assurer un soutien optimal au TIPp-c et la promotion de soins complets lors de la CPN.

### Quels programmes nationaux devraient être impliqués dans la conception, la mise en œuvre et la supervision de la mise en œuvre du TIPp-c ?

La collaboration et la coordination sont essentielles à la réussite de la mise en œuvre et du passage à l'échelle du TIPp-c, car de nombreuses parties prenantes sont impliquées à différents niveaux dans le pays. Le TIPp-c peut faire partie intégrante du programme de PPG d'un pays. Comme pour tous les programmes de PPG, le partenariat entre le programme national de lutte contre le paludisme et le programme national de santé reproductive est l'une des clés de la réussite. Ces deux programmes œuvrent de concert, le programme national de lutte contre le paludisme assurant la supervision technique et le programme national de santé reproductive assurant la gestion et la direction de la mise en œuvre du programme. Avec le TIPp-c, l'extension de ce partenariat aux programmes communautaires nationaux, notamment en garantissant l'engagement et l'appropriation de la communauté, contribuera à assurer une mise en œuvre et un soutien efficaces au niveau communautaire. L'engagement continu d'autres programmes nationaux, notamment en matière de VIH/sida, de suivi et d'évaluation, et de gestion de la chaîne d'approvisionnement, doit être envisagé et exploité avant, pendant et tout au long

---

<sup>10</sup> RBM. Partnership to End Malaria. Resources. <https://endmalaria.org/node/989/related-material>

<sup>11</sup> OMS. 2024. Community deployment of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine a field guide. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086272>

de la mise en œuvre. La collaboration entre les différentes parties prenantes et l'intégration dans les systèmes nationaux existants sont essentielles pour une mise en œuvre réussie et durable du TPIp-c.

### **Est-ce que les ASC devraient administrer la première dose de TPIp ?**

Bien qu'il n'y ait pas eu de comparaison directe, il ne semble pas y avoir de différences substantielles dans l'utilisation du TPIp dans les pays où le TPIp1 pouvait être administré par les ASCs par rapport aux pays où il devait être administré par un prestataire de CPN. En outre, rien n'indique qu'après une formation appropriée, les ASCs ont administré le TPIp à des femmes qui n'étaient pas éligibles. Il est recommandé que le lancement du TPIp-c soit accompagné d'une formation des ASCs sur la détermination de l'éligibilité des femmes enceintes au TPIp et d'un renforcement des capacités des prestataires de santé au niveau de la structure de santé en ce qui concerne l'estimation de l'âge gestationnel.

### **Quel niveau de soutien est nécessaire entre les prestataires de santé et les ASC ?**

Les projets pilotes de TPIp-c qui ont démontré une augmentation significative de l'utilisation du TPIp incluaient un système de référence solide entre la communauté et les structures de santé. Le fait d'avoir un prestataire désigné dans la structure de santé pour superviser le travail et les rapports des ASCs contribue à la cohérence et à la qualité de leurs services au niveau de la communauté et à leur motivation. Les réunions mensuelles entre la structure de santé et les ASCs contribuent à renforcer les capacités et offrent une opportunité régulière de collecte des données et de réapprovisionnement en SP.

### **Est-ce que le TPIp-c peut réduire le recours aux CPN ?**

Le TPIp-c est un complément qui ne remplace pas l'administration de SP aux femmes enceintes lors des CPN ; les résultats de l'étude soutiennent son efficacité, qui améliore la couverture du TPIp-c sans réduire la fréquentation des CPN. Il est important que les femmes enceintes continuent à se rendre régulièrement aux CPN pour recevoir des soins complets. L'OMS recommande d'étudier la possibilité **d'utiliser le TPIp-c dans les régions où il y a des inégalités en matière de services de CPN et de couverture de ces services, en veillant à ce que la fréquentation des CPN soit maintenue et à ce que les inégalités sous-jacentes en matière de prestation de CPN soient corrigées.** Les contacts de CPN restent une plate-forme importante pour l'administration du TPIp. Une intervention de TPIp-c qui minimise l'impact négatif sur la fréquentation des CPN et qui, dans de nombreux cas, contribue à l'augmentation de la fréquentation des CPN, devrait inclure des messages cohérents des ASCs aux femmes enceintes sur l'importance des CPN et un système de référencement solide dans lequel les ASCs assurent le suivi des femmes enceintes pour confirmer les visites de CPN et, dans certains cas, accompagner les femmes enceintes jusqu'à la structure de santé.

### **Comment les données au niveau communautaire sont-elles saisies et rapportées ?**

Les données sur le TPIp-c doivent être bien intégrées dans le système existant du pays et collectées par le biais des systèmes de collecte de données existants. La distribution au niveau communautaire peut être enregistrée dans les registres et les formulaires récapitulatifs des ASCs, qui peuvent alimenter les formulaires récapitulatifs mensuels des structures de santé. Les cartes de CPN peuvent être adaptées pour suivre la distribution à la fois par les CPN et par les ASCs afin d'assurer la coordination des soins. Un rapport précis des données au niveau de la communauté avec des réunions mensuelles entre les ASCs et les structures de santé permet d'identifier les femmes enceintes qui ont manqué des visites de CPN.