



RBM Partnership  
Malaria in Pregnancy Working Group  
Annual Meeting  
13-15 September, 2022  
Accra, Ghana



## RAPPORT DE RÉUNION COMPLET

*Thème de la réunion : Rafraîchir, renouveler et recentrer sur le paludisme pendant la grossesse*

**Objectifs de la réunion :**

- Partager, diffuser et discuter des mises à jour, des produits et des nouvelles recherches et de leurs implications pour la programmation des PPG
- Partager, diffuser et discuter des meilleures pratiques des pays afin d'améliorer la couverture des interventions du PPG.
- Partager, diffuser et discuter des approches innovantes qui contribuent ou peuvent contribuer à améliorer la couverture des microprojets.
- Déterminer les priorités du GT pour 2022

*Cette réunion est possible grâce au financement du projet IMPACT Malaria par l'Initiative du Président américain contre le paludisme (PMI/USAID).*



Photo de groupe à l'hôpital régional d'Accra -- Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah



Remarques de bienvenue des co-présidents du groupe de travail PPG -- Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah

# JOUR 1

## Les principaux points à retenir :

- **Le Ghana passe du contrôle du paludisme à l'élimination du paludisme !** Le Ghana promeut la couverture sanitaire universelle avec des soins gratuits pour les femmes enceintes et le paludisme, avec une assurance maladie universelle obligatoire qui couvre les services de CPN et de paludisme. Il existe une feuille de route claire pour atteindre 8 consultations prénatales, ce qui est en train d'être fait, ainsi qu'une couverture élevée du TPIp3 par le biais des services CHPS fournis à la communauté, avec le transfert des tâches comme stratégie clé.
- **La SP reste "le médicament à battre" en matière d'IPTp.** L'effet de la SP sur le faible poids corporel reste remarquablement résistant aux mutations, et rien ne prouve que l'administration de la SP dans les zones à forte résistance soit néfaste ; en fait, l'impact sur le poids corporel demeure. Une partie de l'effet semble être médiée par des effets non paludéens.
- **Les ACT semblent être sûrs et bien tolérés, même au cours du premier trimestre de la grossesse<sup>st</sup>.**
- **Le développement de médicaments doit prendre en compte des modèles plus récents pour s'assurer que la tératogénicité est prise en compte dès le début du développement du médicament.**
- **Le nombre de femmes enceintes touchées par le MiP reste/augmente depuis 20 ans,** malgré les progrès de la lutte contre le paludisme, en raison de l'augmentation du taux de natalité, malgré les progrès de la lutte contre le paludisme.
- **Les données relatives à la supervision de la prise en charge du paludisme peuvent être utilisées pour mieux comprendre les facteurs de qualité ;** l'attention portée à la qualité est un élément essentiel, même si nous nous efforçons d'améliorer l'accès.

Photo credit: Doreen Akiyo Yomoah

*"Le thème de la réunion annuelle de cette année : **Rafrâichir, renouveler et recentrer sur le paludisme pendant la grossesse est tout à fait approprié. Alors que la plupart des pays avancent vers différentes phases de leur programme d'élimination, il est important de partager les leçons et les pratiques des autres pays. J'encourage donc tous les participants représentés ici à profiter de toutes les riches ressources, connexions et données disponibles au cours des trois prochains jours et même au-delà. La mise en réseau a du pouvoir et je pense que nous en profitons ici. La réunion se terminera par un monde plus connecté où les pays partagent des idées et des bonnes pratiques qui permettront de réduire le paludisme pendant la grossesse. Ce n'est que grâce à l'effort concerté de nous tous que nous gagnerons la lutte contre le paludisme et que nous protégerons ainsi les femmes enceintes et leurs propres enfants. Je mets au défi toutes les personnes présentes - personnel du ministère de la santé, responsables de la mise en œuvre, chercheurs, secteur privé, donateurs - d'explorer tous les moyens novateurs nécessaires pour améliorer les services lutte contre le paludisme pendant la grossesse et accroître la couverture des MII et du TPIp."***



*--Patrick Kuma-Aboagye, directeur général du service de santé du Ghana.*

## **Améliorer les services de microprotection grâce à la couverture sanitaire universelle au Ghana,**

Mildred Komey, NMCP Ghana

*La couverture sanitaire universelle (CSU) s'adresse à tous. Pour le Ghana, cela signifie que toutes les personnes ont accès en temps voulu à des services de santé de haute qualité sur le site DeepL, indépendamment de leur capacité à payer au point d'utilisation. Si nous ciblons la CMU, la santé maternelle et néonatale et le paludisme, cela nous aidera à atteindre l'objectif 3 [assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge]".*

-Mildred Komey, NMCP Ghana

### Impact :

- Le Ghana est passé du contrôle du paludisme à l'élimination du paludisme !
- TPIp3 est passé de 28% à 61%.

### Conclusions :

- L'engagement du Ghana à l'égard des ODD est en bonne voie et il est crucial de parvenir à une couverture sanitaire universelle
- La couverture universelle des soins de santé est essentielle pour améliorer la santé maternelle, y compris les services de PPG.
- Il est essentiel de briser les barrières géographiques et financières pour les femmes enceintes
- Des lacunes subsistent pour garantir des services de soins de santé de qualité, notamment un financement durable de la qualité des soins.
- L'engagement de tous les partenaires et parties prenantes est nécessaire

### Principaux enseignements :

- Engagement politique : l'adhésion bipartisane est très importante.
- Financement durable pour briser la barrière financière (NHIS ?)
  - Croissance économique : créer un environnement propice aux recettes fiscales
  - Structure de l'économie : l'importance du secteur informel rend difficile l'évaluation des membres potentiels pour la prime équitable et sa perception.
- Disponibilité des services de santé pour garantir l'ensemble des prestations aux membres
- Solidarité, engagement communautaire et participation
- Innovation et adaptation

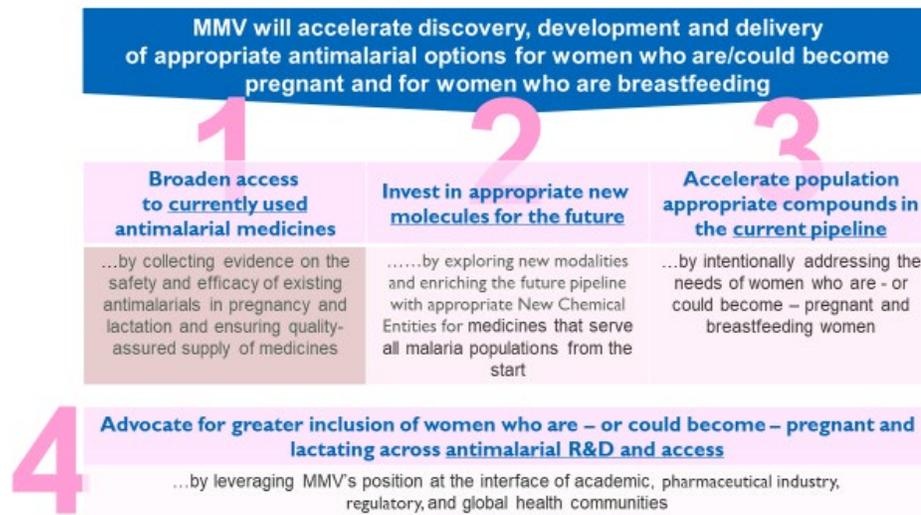
### **Mises à jour sur la recherche de médicaments PPG:**

*C'était la première fois que je participais à cette réunion. Le danger de faire de la recherche, c'est que l'on a tendance à se cloisonner - on est dans un endroit, à réfléchir à ses propres problèmes avec sa propre équipe".*

-Caroline Osoro

**Accélérer le développement d'options antipaludiques appropriées pour les femmes enceintes et allaitantes** - Myriam El Gaaloul & Maud Majeres Lugand, MMV

## MiMBa strategy aims to address the gaps to better serve the needs of women



### Points forts :

- UCL Corporation, Ltd au Kenya a reçu une préqualification pour la SP en 2022
- SWIPHA et EMZOR au Nigéria ont été soumis au PQ de l'OMS et sont actuellement en cours d'examen.
- **Réorienter le développement des médicaments antipaludiques pour mieux servir les femmes enceintes :**
- <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-022-04137-2>

### Discussion :

Q: Avons-nous une idée de la date à laquelle les deux médicaments alternatifs à la SP seront disponibles?

R: Il est très difficile de le savoir car de nombreux facteurs influent sur le calendrier et les essais supplémentaires qui peuvent être effectués.

*Lorsqu'un nouveau médicament arrive sur le marché, il est mis à la disposition des enfants, des femmes et des hommes, mais pas des femmes enceintes ou allaitantes, car elles sont exclues de la recherche. Il faut jusqu'à 20 ans pour mettre les nouveaux médicaments à la disposition des femmes enceintes. Il existe clairement une lacune importante, une inégalité dans la recherche. Pour remédier à cette situation, [MMV] propose des stratégies et des approches permettant d'aller vers un développement plus inclusif des médicaments. Cela commence par la mise en place d'activités beaucoup plus tôt pour collecter des données avant l'enregistrement d'un nouveau traitement, de sorte que lorsque nous soumettons un nouveau médicament, il y a des données pour informer sur la sécurité et les bonnes doses à utiliser chez les femmes enceintes et allaitantes".*

-Myriam El-Gaaloul, MMV

**Sécurité des dérivés de l'artémisinine par rapport aux antipaludéens sans artémisinine pour le traitement du premier trimestre : Méta-analyse actualisée (présentée au GDG de l'OMS en 2022, recommandation en attente) - Stephanie Dellicour, LSTM**

Conclusions :

- Aucune différence dans le risque de mortalité, de fausse couche ou d'anomalies congénitales majeures dans les cas confirmés d'exposition à un traitement à base d'artémisinine (ABT) par rapport à une exposition à un traitement sans artémisinine (non ABT) ; les antipaludiques sont considérés comme sûrs au cours du 1er trimestre<sup>st</sup>.
  - exclut une augmentation d'un facteur 1,03 et d'un facteur 1,45 de l'issue défavorable de la grossesse avec la ABT par rapport non-ABT au cours du premier trimestre et de la période sensible pour l'embryon.
- 1<sup>st</sup> trimestre AL (Artemether-Lumefantrine) Rx associé à un risque de 42% inférieur d'issues défavorables de la grossesse par rapport à la quinine (aHR : 0,58, 95%CI 0,36- 0,92)
- Le rapport bénéfice/risque favorise l'utilisation de l'AL par rapport à la quinine pour le paludisme confirmé au cours du premier trimestre de la grossesse, sur la base des données relatives à la sécurité, à l'efficacité, à la tolérance et à l'observance.
- Une surveillance ciblée est nécessaire pour pouvoir détecter les signaux d'anomalies congénitales spécifiques.

**Traitement préventif intermittent mensuel par dihydroartémisinine-pipéraquline avec et sans azithromycine par rapport à un traitement mensuel par sulfadoxine-pyriméthamine pour réduire les issues de grossesse défavorables en Afrique : un essai de supériorité randomisé contrôlé par placebo - Hellen Cheron Barsosio, KEMRI**

Principaux enseignements :

- Le plus grand essai comparant TPIp DP vs SP pour détecter l'impact sur l'issue de la grossesse
- La SP reste le médicament à battre pour la prévention du PPG ! Il est supérieur au DP pour améliorer les résultats négatifs de la naissance.
- La DHA-pipéraquline est prometteuse
- Une cure unique d'AZ n'a pas amélioré les résultats défavorables de la grossesse par rapport au DP seul, et a réduit la tolérance et augmenté l'allongement de l'intervalle QTc.
- L'effet supérieur de la PS sur l'issue défavorable composite de la grossesse reflète une amélioration de la croissance fœtale, et non un allongement de la gestation.
- La PS peut améliorer l'état nutritionnel maternel (MUAC) (p=0.004)
- TPIp avec DP seul ne doit pas remplacer la SP dans les zones à forte résistance à la SP.
- Les études comparant le TPIp avec SP seul vs DP + SP doivent être prises en considération.



Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah

**Effet de la résistance de haut grade à la sulfadoxine-pyriméthamine sur l'efficacité du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse : revue systématique et méta-analyse des données individuelles des participants (DIP) - Caroline Osoro**

Discussion :

- L'analyse est en cours.
- La PS a un effet positif sur le poids de naissance.

- Rien n'indique que l'effet de la SP sur le poids de naissance soit nettement réduit chez les femmes infectées par des parasites hautement résistants par rapport aux parasites moins résistants.
- La PS peut également avoir des avantages non-malariaux (*Roh 2020 Lancet Glob Health*).

*Nous espérons que les résultats que nous obtiendrons à la fin de la journée nous aideront à conseiller les décideurs politiques pour savoir s'ils peuvent modifier les médicaments qu'ils donnent aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme".*

-Caroline Osoro

### **Recherche PPG : Charge actuelle et options futures pour la réduction de la charge**

***Estimations mondiales des grossesses à risque d'infection par Plasmodium falciparum et Plasmodium vivax en 2020 et évolution des schémas de risque depuis 2000*** - Georgia Gore-Langton, LSTHM

**Grossesses à risque de paludisme 2000 - 2020 :**

- Depuis 2000, le nombre de femmes enceintes résidant dans des zones d'endémie palustre a augmenté. Cette augmentation est attribuable à la croissance démographique.
- Depuis 2000, l'intensité de la transmission du paludisme à laquelle les femmes enceintes sont exposées a diminué. Ce phénomène est attribuable aux efforts de lutte contre le paludisme, notamment le TPIp.
- Dans l'Afrique subsaharienne, il faut redoubler de ressources et d'efforts pour réduire le fardeau de l'IPM chez les femmes enceintes, afin d'anticiper l'augmentation de la population (et des grossesses), qui devrait se poursuivre au-delà de 2100.

### **Discussion :**

- Q : Avez-vous constaté une tendance dans le nombre d'infections mixtes ? Nous les observons à Kisumu/Homa Bay .
  - R : Le tableau ci-dessous indique le nombre total de grossesses dans les zones de transmission de *P. falciparum* et de *P. vivax* (et donc à risque d'infections mixtes).
    - Alors que le nombre mondial de grossesses à risque d'infections mixtes Pf et Pv a diminué sur la période 2000-2020, le nombre de grossesses à risque d'infections mixtes en ASS a augmenté sur la même période, passant de 5,5M en 2000 à 7,0M en 2020.

<b>Total des grossesses dans les zones de transmission de <i>P.falciparum</i> et <i>P.vivax</i></b>	
<b>Année</b>	<b>Grossesses globales (M)</b>
2000	105.2
2005	95.5
2010	82.7
2017	68.2
2020	64.6

- Q: Avez-vous des données sur le statut VIH?
  - R: Nous n'avons pas envisagé de séparer les données relatives au statut VIH, mais ce serait formidable de le faire.
- Q: Avez-vous des données sur la résistance du SP?
  - R: Ce n'était pas inclus.

***Faire progresser le développement clinique des vaccins contre le paludisme placentaire dans le contexte du renforcement des capacités et de l'utilisation des technologies numériques de santé - Nicaise Ndam, IRD***

Projet ADVANCE-VAC4PM :

1. Fabrication de lots cliniques GMP de PRIMVAC et PAMVAC-cVLP
2. Réalisation d'un essai de phase Ia en Europe pour évaluer l'innocuité et l'immunogénicité de PAMVAC-cVLP (avec et sans GLA-SE) et la co-administration avec PRIMVAC/GLA-SE.
3. Essai de phase I/II au Burkina Faso et au Bénin chez des femmes adultes et adolescentes nullipares exposées à vie au paludisme, avec les meilleures stratégies de vaccination identifiées dans l'essai de phase Ia.
4. Création de registres de grossesse et évaluation de l'application mobile de suivi des grossesses en vue de la préparation de futurs essais d'efficacité.
5. Modélisation du rapport coût-efficacité, de la faisabilité et de l'accessibilité des vaccins PM
6. Activités de renforcement des capacités dans les PFR-PRI (mise à niveau des infrastructures, formation et ateliers)



Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah

### **Qualité des soins du PPG**

***Amélioration de la qualité des soins pour les PPG grâce à une formation de proximité et une supervision de soutien (OTSS+) en Sierra Leone - Wani Lahai, Sierra Leone***

***Comprendre les facteurs de qualité des soins du PPG grâce à la supervision de soutien - Kate Wolf, Jhpiego***

***Améliorer la qualité des soins par l'intégration des services de lutte contre le paludisme et l'amélioration de la qualité des données (MSDQI) dans les centres de soins prénatals pour les PPG, expérience et meilleures pratiques en Tanzanie - Abdalah Lusasi, Tanzanie***

### **Discussion :**

- Q : Avez-vous fait une analyse transversale?
  - R : Nous avons abandonné l'analyse car certains résultats nationaux importants étaient masqués par l'analyse transnationale. Les résultats de la formation sont notables, mais non comparables car ils n'ont pas été mesurés de la même manière.
- Q : Quel est le lien entre l'intégration et la qualité?
  - R : Du point de vue de l'OTSS, l'un des principaux défis concernant la supervision de soutien est que si vous avez une liste de contrôle intégrée de supervision de soutien, il n'y a que quelques questions sur chaque domaine technique. C'est une excellente utilisation des ressources, mais cela ne permet pas de faire un examen approfondi. Nous devrions



Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah

avoir des discussions plus réfléchies sur les techniques de supervision les plus utiles tout en obtenant les données dont nous avons besoin.

- Avec le vaccin contre le paludisme, nous devons être plus intelligents en matière d'intégration, puisqu'il sera réalisé conjointement avec le PEI.
- Q : Que voulons-nous réaliser avec l'OTSS ?
  - R : Cela varie selon les parties prenantes et les pays. Il y a des questions autour de l'utilisation des ressources et si c'est la meilleure façon d'obtenir des informations. Nous aimerions recueillir des données solides et les utiliser pour renforcer le programme, avec une boucle continue de données et l'ajustement des programmes en conséquence. Cela signifierait que nous avons atteint l'OTSS.

### Discussions en table ronde :



Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah

**Thèmes : Recommandations de l'OMS en matière de soins prénatals, produits du PPG, qualité et utilisation des données.**

## Table 1: WHO ANC Recommendations

### Challenges:

- Early discovery of pregnancy
- Have to sensitize women and refer them to the health centers to continue with ANC, but insecurity and availability of funds are barriers
- Delay of consultation during first trimester of pregnancy
- 8 contacts are difficult because still challenging to achieve 4 contacts

### Successes:

- Need to educate the women about ANC
- Peer communication – some women in the community are choosing to educate their peers about attending ANC early
- Pilot program educating about TPI starting with family (mothers in law, schools, etc.)
- Women are chosen to lead and educate program women
- mHealth-application to remind pregnant women to abide to ANC calendar

### Support Needs:

## Table 2: WHO ANC Recommendations

*Kenya, Sierra Leone, Nigeria, Liberia, Tanzania*

### Challenges:



- Piggy backing on programs that can support rollout
- Capturing data in NHIS, IPTp3 data
- Private sector participation/ engagement
- Liberia and Tanzania have not started rollout.
- Connecting with all departments (e.g.- HIS)
- Connecting women early to ANC/ combatting stigma

### Successes:



- **Kenya, Sierra Leone, Liberia and Tanzania have adopted the new recommendations.**
- Updated and revised guidelines, MCH booklet, training materials.
- Commitment from both RH and Malaria Control to support harmonized rollout

### Support Needs:



- Technical assistance to help with rollout
- Resources for full dissemination and rollout of recommendations.
- Capacity building

## Table 3: Data Quality & Use

*Cameroon, WHO/AFRO, PMI*

### Challenges:

1. Collection: Midwife/Health is too busy, validation of different data collection tools, tools are not standard or available, data entered incorrectly, not enough staff, errors transferring data from one source to another (ex. paper to electronic), multiple platforms/systems
2. Transmission: internet connection not available, maintenance of IT materials/service, slow transmission in paper-based system, varied frequency
3. analysis and reporting-weak technical capacity for analysis, insufficient collaboration of partners, late annual reporting
4. weak use of data
5. private sector is not integrated into the national HIS

### Successes:

DHIS2, capacity of health workers is improving, integration of statisticians/data managers within health sector

### Support Needs:

- Roll out DHIS2 system to lower levels of the health system
- Train all health workers and provide essential equipment
- Develop performance frameworks
- Technical assistance to improve data quality
- Use data at all levels to make decisions-Results-based management

## Table 4: Data Quality & Use *Nigeria, Ghana, Malawi*

### Challenges:

- Fundamental lack of understanding of importance of data/ use of the data leading to poor quality
- Facilities may not feel that they own the data-it is collected for others
- Too many tools; data quality issues
- Poor data leads to poor decision making
- Are we collecting the right indicators?
- Can easily tally, but have more difficulty linking data back to the register
- Patients who go to the lab may not return to the register to get the result recorded

### Successes:

- Data validation at facility and higher levels, with feedback from above to lower levels.
- On the job training to use the data prior to transmission; better understanding of the data
- Low dose, high frequency on the job training
- IMSV- integrated malaria supportive supervision

### Support Needs:

- The more training, the better; additional funding for training
- Funding for printing the registers and forms

## Table 5: MiP Commodities

Benin, Burundi, Impact Malaria, MMV  
Challenges:

- Ruptures nationales et locales precrits, pas traitement observe, pas d'assurance de posologie correcte
- Estimation des besoins pas fait correctement (manque de competence, manque de suivi)
- Centres privees n'ont pas SP gratuit
- Peur d'utiliser le systeme "push" a cause des fuites
- Turnover frequent en personnel
- Delai de livraisons allonge pendant la periode de COVID-19

### Support Needs:

- Digitalisation du systeme pour reduire les problemes de disponibilite

### Successes:

- Inclusion du secteur prive /centres privees dans la gratuite ,disponibilite des antipaludiques

## Table 6: MiP Commodities (Kenya, Nigeria, Ghana, Sierra Leone)

### Challenges:

- Commodities at central stores, but facility-level stock-outs, especially SP and mRDT -> trying to build capacity to send RQs, etc. Very rare that commodity shortage is at central level.
- Sometimes facilities don't report the stock-out.
- If stock-outs, HFs might go to market to buy and then charge to client with a mark-up.
- Stopped importation of SP into country & waiting for WHO PQ manufacturer – some projects/donors don't have waiver to buy locally produced SP so causes stock-out.
- Data quality issues
- Supply chain system - regional hub to last mile. But truck drivers don't get to HFs and they ask HFs to come and collect.
- Delay in procurement of SP when ordered by govt (ie, challenges with quantification, forecasting, reporting)

### Support Needs:

- Supporting Nigerian pre-qual process for SP
- Advocate to donors to prioritize local manufacturers of SP
- Donors to support purchase of SP

### Successes:

- Interface with different Commissions & approaching private sector to buy locally-produced SP (Nigeria)
- Data triangulation – service data with logistics data compared.
- When water is available is the HF this is good – woman can buy sachet of water to take or they come with their own.
- Laws at sub-national level that enable counties to use their local funds to buy SP for stock-out (Kenya).
- Switching to push system based on consumption data to alleviate some stock outs

## JOUR 2

### **Les principaux points à retenir :**

- **Visite des lieux :** Le deuxième jour a débuté par une visite du site de l'hôpital régional de Greater Accra, afin d'observer les efforts déployés pour améliorer les services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse grâce à une formation et à un mentorat au sein de l'établissement, dirigés par Amina Yakubu, Mildred Komey, Gladys Brew et Felicia Babanawo. La visite a mis en lumière les innovations mises en place dans l'établissement pour améliorer la fréquentation et l'adhésion aux interventions recommandées, notamment la programmation de créneaux horaires pour les femmes, l'élaboration d'un organigramme comprenant l'image d'une femme enceinte et la démonstration de la conversion d'une moustiquaire rectangulaire simple en moustiquaire conique. En outre, nous avons eu l'occasion d'observer l'utilisation des données et les activités de validation, ainsi que la structure du mentorat et de la formation au sein de l'établissement. Le personnel du site était engagé et a montré un niveau inhabituellement élevé d'appropriation des interventions et des données. Cela a conduit à une adoption impressionnante de le TPIp et de la fréquentation de la CPN.
- **Apprentissage par les pays :** Les présentations des pays ont montré comment le Nigéria, le Burundi, le Burkina Faso et l'Ouganda ont travaillé pour améliorer les soins prénatals et la prise en charge du TPI afin que nous puissions tous en tirer des enseignements. Ces présentations ont également mis en évidence les défis du niveau national pour le PPG, notamment : Les présentations ont également mis en évidence les défis au niveau national pour le PPG, y compris : les ruptures de stock de SP et de MII, la disponibilité de médicaments de qualité garantie fabriqués en Afrique, et les opportunités manquées pour l'administration du TPIp pendant les CPN, ainsi que la nécessité d'une meilleure intégration entre le paludisme et les programmes de santé reproductive/santé maternelle.
- **MUSKOKA :** Ce projet, soutenu par le gouvernement français et 4 agences, aide 9 pays à améliorer la qualité et l'accès aux soins, et à assurer la diffusion des enseignements du programme. Cela a conduit à des améliorations substantielles dans les soins prénatals et l'adoption du TPIp.

***Amélioration des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse grâce à la formation et au mentorat dans l'hôpital régional du Grand Accra (unité prénatale) - Amina Yakubu, sage-femme principale, GARH***

### **Approche de la mise en œuvre du changement :**

- Engagement de Facility Management

- Débriefing à la direction, au chef de département, aux chefs d'unités et au personnel des unités.
- Mise en place d'une task force
  - Création d'un comité de quatre membres pour suivre la mise en œuvre du plan d'action
  - Réunions régulières et suivi de la mise en œuvre
  - Formation d'une équipe de validation des données à la CPN
- Mise en œuvre des plans d'action
  - Formation/orientation du personnel de l'unité sur les directives du PPG, les normes de fonctionnement
  - Procédure (SoP) pour le registre de CPN, les compétences en matière de conseil, la saisie et l'analyse des données.
  - Génération de la demande pour TPIp - école de grossesse, engagement des médias, éducation sanitaire
  - Réaliser des entretiens de sortie pour vérifier la satisfaction des clients et améliorer les services.
  - Introduction de cartes de rendez-vous pour réduire les temps d'attente
  - Validation mensuelle des données pour améliorer la qualité des données
  - Suivi mensuel de la couverture TPIp et MII
- Mobilisation de la logistique
  - Registres de la CPN, livres de pointage de la CPN, cartes d'accès pour le TPIp et MII.
  - Suivi et supervision de l'utilisation quotidienne des carnets de la mère et de l'enfant pour s'assurer que toutes les personnes inscrites sont dirigées vers l'unité de soins prénatals.
  - Réapprovisionnement en RDT à l'unité de CPN
  - Suivi mensuel et traçage de la couverture TPIp et utilisation pour la planification
- Restructuration
  - Restructuration de l'administration de la PS au sein de l'hôpital - Administration de TPIp dans les services d'hospitalisation



### **Résultats :**

- Il y a une amélioration substantielle de la couverture TPIp après la formation et le mentorat.
  - Amélioration de TPIp 1 de 87% au moment de l'intervention à 105% à la fin du mois de juin 2022.
  - TPIp 3 augmenté de 64% à 123% d'ici juin 2022
    - L'établissement est un hôpital de référence, donc les femmes enceintes envoyées par d'autres établissements poursuivent le TPI de GARH-Ridge.
- Amélioration significative observée dans TPIp 5 - de 32 % à 79 %.

### **Leçons apprises et stratégies prometteuses :**

- Un organigramme prénatal a été élaboré et est utilisé pour guider le flux des patients de l'entrée à la sortie.
- Introduction de la carte de rendez-vous pour réduire les temps d'attente
- Conversion des filets rectangulaires en filets coniques pour améliorer leur utilisation
- Enquêtes sur la satisfaction des clients pour améliorer le service à la clientèle
- Suivi périodique des mauvais payeurs par téléphone

**Visite du site de l'hôpital régional du Grand Accra : Collage de photos**



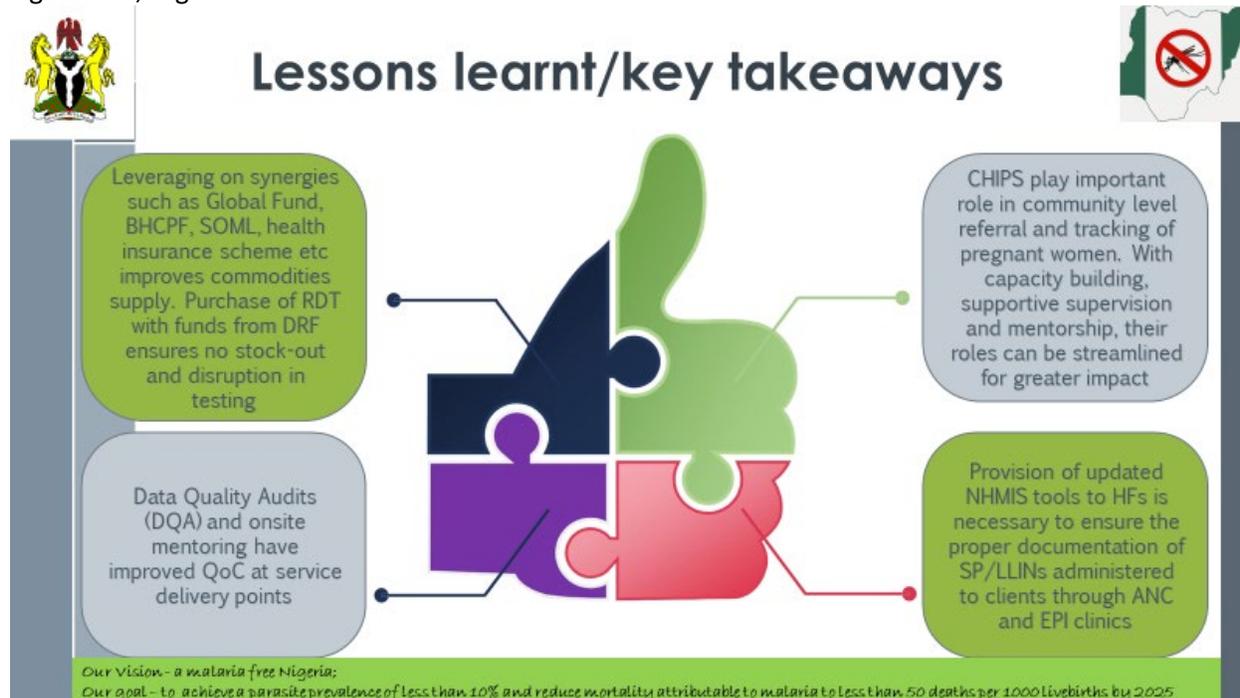
Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah , colonne centrale

*Je suis associé au GT PPG depuis 15 ans, et je l'ai vu survivre et persévérer. Il a tenu son mandat, à savoir réunir les PNLP et les communautés de la santé génésique pour résoudre les problèmes liés au paludisme pendant la grossesse. Je me réjouis également du fait que nous avons maintenant évolué et que nous plaçons le paludisme comme une question centrale dans toute discussion sur la mortalité maternelle et dans la communauté du paludisme. Nous nous sommes vraiment penchés sur la manière de jeter des ponts entre les deux communautés.*

- Koki Agarwal

## Apprendre des pays

**Réimaginer et renforcer la plateforme RMNCAH pour un partenariat avec le gouvernement afin d'améliorer la prestation de services durables en matière de paludisme pendant la grossesse** - Nnenna Ogbulafor, Nigeria



### Discussion :

- Q : Comment séparez-vous les données sur le paludisme lorsque vous voulez faire une stratification et comment utilisez-vous ces données pour tendre vers l'élimination, par exemple?
  - R : Nous examinons les données globales, mais vous pouvez également examiner votre région proprement dite, par exemple la couverture des soins prénatals.

### ***Evaluation de la stratégie TPIp au Burundi*** - Landrine Mugisha, Burundi

#### Principales recommandations et solutions innovantes :

- Augmenter le nombre de visites prénatales ou de contacts prénatals pendant la grossesse
- Établir un dossier individuel pour chaque femme au premier CPN (f-CPN) et fournir des dossiers de suivi des rendez-vous pour suivre les pertes.
- Examiner le protocole TPIp
- Rechercher d'autres services à combiner avec le TPIp en plus des soins prénatals, qui pourraient intéresser les femmes enceintes.
- Organiser des sessions de renforcement des capacités pour les prestataires de services de soins prénatals.
- Former les ASC sur l'offre de SP entre les différentes visites de CPN recommandées par l'OMS et la communication en faveur de la CPN précoce.
- Concevoir un type de partenariat avec les cabinets de gynécologie
- Évaluer régulièrement la stratégie pour la réorienter si nécessaire.

### Discussion :

- Q : 25% des femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir pris de PS. Cela est-il dû à un manque de produits dans l'établissement de santé, à un manque d'eau/de gobelets ou à un manque de connaissances de la part du prestataire de services?
  - R : Il s'agit d'un manque de connaissances. La dernière formation des prestataires de services date de 2016 donc certains ne connaissent pas TPIp. Le responsable n'a pas été

supervisé. Le principal problème est le manque de connaissances suivi de l'approvisionnement.

- Q : Pouvez-vous préciser les services supplémentaires que vous souhaitez ajouter?
  - R : Nous avons convenu que toutes les femmes qui viennent à la CPN devraient recevoir une MII. Nous voulons également offrir des services d'éducation lors des CPN. Cela attirera beaucoup de femmes.
- Q : Pour les recommandations visant à donner aux ASC l'autorisation de fournir la PS, cela est-il approuvé par l'OMS?
  - R : Il n'y a pas de recommandation qui dit que les ASC doivent fournir le SP. Pour la CPN au Burundi, TPIp est fait à la CPN. Si elles ne viennent pas pour la deuxième visite, nous ferons un suivi dans la communauté. Si une femme ne peut pas se rendre à l'établissement de santé, elle peut obtenir des services dans la communauté.

***Innovation technologique pour développer les soins de santé centrés sur le bénéficiaire : "Connecting with Sara": Approche pilote dans le district de Nyabikere (mars-septembre 2021)*** - Chanelle Muhoza, Burundi

Bonnes pratiques et enseignements tirés :

- Les gestionnaires de données peuvent facilement traiter et analyser les données grâce au stockage automatique et en temps réel des données ;
- Le suivi en temps réel des ASC renforce leurs performances ;
- Nécessité de limiter l'interaction entre les ASC et le bénéficiaire à 3 minutes car la collecte d'informations multiples entraîne un dysfonctionnement du système.

Discussion :

- Q : Parfois, les messages sont envoyés aux bénéficiaires en français et ceux qui ne savent pas lire ne peuvent pas recevoir l'information.
  - R : Les messages sont envoyés dans la langue locale. Nous voulons encourager les gens à dormir sous une moustiquaire tous les jours. Nous envoyons des messages aux gens pour qu'ils nettoient également leur environnement, etc. Les messages s'adressent à toute la population : maris, etc. et pas seulement aux femmes enceintes. C'est le même message pour tout le monde.
- Q : Comment les gens ont-ils bénéficié de cette approche?
  - R : L'agent communautaire se rend dans les foyers pour les informer des mesures mises en place. Nous utilisons les mêmes agents communautaires qui ont été formés à l'approche. Ainsi, lors de leur visite aux femmes enceintes, ils peuvent répondre correctement aux questions. Ils peuvent consulter les questions dans leur téléphone ; par exemple, si une femme est éligible. Même si elle n'est pas éligible, elle est formée à l'utilisation d'une moustiquaire et nous profitons de ce contact pour l'éduquer.
- Q : Quel est le niveau d'alphabétisation des bénéficiaires pour les messages texte qui leur sont envoyés?
  - R : Au niveau national, nous n'avons pas beaucoup de personnes instruites, mais nous essayons d'envoyer des messages très courts parce que beaucoup ont terminé au moins le niveau de la classe 6, ce qui nous permet de cibler ceux qui peuvent lire les messages. Pour les autres, nous utilisons d'autres canaux.

***Situation actuelle du PPG au Burkina Faso*** - Frédéric Guigma, Burkina Faso

Conclusions :

- La gestion du PPG est efficace dans les établissements de santé publique et le secteur privé.
- TPI-C améliore l'acceptabilité et la couverture de TPIp et aussi de l'ANC

- La résolution des contraintes et un meilleur financement des perspectives pourraient améliorer TPIp et la CPN. C'est pourquoi nous attendons un financement de la PMI pour l'extension des services.
- Ces mesures pourraient contribuer à réduire le lourd fardeau du paludisme en BF.

#### Discussion :

- Q : Comment assurez-vous la qualité des résultats de la microscopie du paludisme pour les femmes enceintes?
  - R : Nous disposons d'un suivi et d'un encadrement adéquats dans les établissements pour garantir la qualité des résultats de la microscopie.
- Commentaire : Vous avez mentionné le défi du manque d'études rentables - le projet TIPTOP sur le TPI-C a examiné la rentabilité du TPI-C et les résultats ont été partagés. Nous espérons qu'ils seront publiés dans les 3 prochains mois. Un résumé de ces résultats est que dans tous les pays TIPTOP, le TPI-C était rentable et il est extrêmement rentable dans les zones où la couverture TPIp a commencé à un niveau bas.

#### **Expériences de PPG dans 9 pays cibles de MUSKOKA** - Abdoulaye Konate, Sénégal

#### Messages clés :

1. Le paludisme reste une menace sérieuse pendant la grossesse
2. La couverture TPIp3 augmente mais reste faible
3. Il existe des possibilités d'augmenter la couverture TPIp3 (ANC, partenaires)
4. Une coordination, un suivi et une évaluation solides sont importants pour conjuguer les efforts et vérifier les progrès.
5. "Le Fonds Français Muskoka contribue fortement à l'augmentation de la couverture de la CPN et du TPIp3.

#### Discussion :

- Q : Comment avez-vous interprété les opportunités manquées lorsque vous avez juxtaposé TPIp1 vs. 4 ANC ? Pour vraiment voir que la couverture TPIp3 est possible, elle devrait être juxtaposée à 4 visites ANC.
  - R : Le graphique montre également les problèmes du système de santé, par exemple les problèmes d'accessibilité ou de demande. Il n'y a pas une seule explication. Nous devons analyser cela pays par pays.
- Q : Comment avez-vous calculé le taux de couverture ?
  - R : Ces données proviennent de l'Enquête mondiale sur la santé mise en place par l'OMS pour recueillir des données d'enquête auprès des pays. Le lien est ici : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/maternal-and-reproductive-health>
  - Nous devons insister sur la collaboration entre le MH et la lutte contre le paludisme afin d'obtenir de bonnes données. Dans chacun des 9 pays, nous avons une équipe nationale comprenant un agent du ministère de la santé qui examine les données avec les quatre agences qui composent MUSKOKA. Nous contactons également des partenaires travaillant dans ce domaine afin d'harmoniser notre approche des problèmes.
- Q : Comment fonctionne le mécanisme MUSKOKA?
  - Il est fondé par la France et les quatre agences travaillent avec le comité technique. L'argent est distribué en fonction de critères. Nous assurons le suivi et, chaque année, un rapport examine les forces et les faiblesses, puis nous élaborons des plans de travail pour combler les lacunes.

**La coordination des parties prenantes comme mesure clé pour améliorer la prestation de services liés au paludisme pendant la grossesse** - Jane Nabakooza , Uganda



**Lessons learnt and best practices**



**Lessons learnt**

- ❑ Coordination greatly improves the assignment and accomplishment of tasks, roles & responsibilities.
- ❑ Strengthening coordination mechanisms creates opportunities for integration and this promotes efficiency.
- ❑ Appropriate coordination of stakeholders reduces chances of duplications efforts and it promotes rational allocation of resources.
- ❑ Continuity of service delivery and sustaining of gains is very possible when stakeholders are effectively coordinated.
- ❑ Getting stakeholders to formally nominate representatives to coordination platform (WG) fosters commitment and accountability.

**Best and good practices**

- Effective coordination should start with stakeholders identification and mapping .
- Provision and reinforcing adherence to the terms of reference by all stakeholders.
- It is important to have and promote use of the following coordination management tools;-
  - Meeting schedule & calendar.
  - Standard PPT deck & minutes template.
  - Action tracker.
- The different stakeholders should be communicated to in writing to nominate representatives to the working group.
- The Malaria in Pregnancy thematic working group ensures and promotes data driven activities ,actions and decisions

**Discussion :**

- Q : Pensez-vous que vous avez laissé de côté les femmes enceintes en tant que partie prenante clé? Peut-être que quelques représentantes pourraient se joindre au groupe pour avoir leur avis sur ce qui se passe.
  - R : Il est important que toutes les parties prenantes soient impliquées. L'Ouganda a également noté que les femmes enceintes étaient absentes. Le GTT se réunit tous les mois, mais tous les deux ans, nous organisons une réunion plus large des parties prenantes, à laquelle participent les décideurs, les femmes enceintes, les maris, etc. pour entendre leurs points de vue.
  - Lors de la prochaine réunion, toutes les femmes membres du Parlement seront invitées à leur montrer les données de leur région afin qu'elles puissent voir ce qui se passe avec TPIp dans leur région.
- Q : Comment le monde universitaire vous a-t-il aidé à résoudre vos problèmes?
  - R : Ils ont un certain nombre de rôles en Ouganda et, comme nous le souhaitons, ils choisissent certaines questions pour leur programme de recherche. Ils partagent ensuite les résultats de ces études avec le GTT. Nous les consultons également pour des conseils sur certaines questions techniques ou pour l'examen de documents.
- Q : Faites-vous participer le ministre des Finances à votre GTT? S'il ne comprend pas ce que nous faisons, il ne peut pas fournir les approbations budgétaires correctes. Est-il temps de le faire participer ?
  - R : Il n'y a pas de représentation directe du ministre ou du ministère des Finances. Cependant, le ministère des Finances est indirectement impliqué en recevant des mises à jour et en fournissant un retour d'information grâce aux liens entre les GTT à différents niveaux de la structure de coordination.
    - Le groupe de travail thématique PPG est lié aux groupes de travail techniques SM et NMD par le biais du sous-comité CPN et du groupe de travail technique sur la gestion des cas.

Crédit photo : Doreen Akiyo Yomoah



- Les groupes de travail techniques sur la santé maternelle et infantile sont liés au comité de direction, au sein duquel le commissaire chargé des finances et de la comptabilité prend note des questions financières et les présente à la direction générale, dont le secrétaire permanent (PS) est membre.
  - Le SP identifie les questions financières, les partage lors des réunions de l'équipe dirigeante et elles sont reprises par le ministre qui les partage finalement avec son homologue du ministère des finances lors des réunions du cabinet.
  - C'est essentiellement grâce au lien entre les structures de coordination que le ministre des finances est en mesure de recevoir des mises à jour et de fournir un retour d'information sur les questions financières concernant le secteur de la santé, y compris le contrôle et la prévention du paludisme pendant la grossesse.
- Q : Comment gérez-vous les conflits de connaissances et d'expériences pour maintenir l'harmonie?
  - R : C'est un défi, mais nous concentrons normalement les discussions sur les principaux documents d'orientation et maintenons l'accent sur les objectifs clés. Le dialogue est fondé sur des informations factuelles.
- Q : La multiplicité des organes de coordination est un défi. Comment vous assurez-vous que tous les comités travaillent vers le même objectif? Et comment leurs résultats/recommandations sont-ils consolidés et suivis ? Avez-vous un président pour le mécanisme de coordination au niveau national?
  - R : Chaque section de la structure a un président et un secrétariat. Les sous-comités alimentent le comité de direction. Les termes de référence élaborés permettent d'éviter toute ambiguïté et guident le groupe sur l'alignement des objectifs. Un président est nommé chaque année et cette personne peut effectuer des mandats consécutifs.

## **JOUR 3**

## Principaux enseignements:

- **Le coût des soins prénatals ou de certains services de soins prénatals est un obstacle à l'accès dans de nombreux pays et doit être abordé.**
- Les problèmes d'approvisionnement en SP restent constants. **UCL Corporation, Ltd au Kenya a reçu la préqualification pour les SP en 2022 et c'est un grand pas pour soutenir la disponibilité durable des SP de qualité assurée.**
- **Nous pouvons renforcer la coordination au sein des pays grâce à des GTT PPG opérationnels**, et entre les pays grâce au conseil consultatif national.
- **Les meilleures pratiques des GTT sur les PPG** comprennent une communication continue entre les réunions au sujet de la planification des actions et la demande aux superviseurs de nommer un représentant au GTT sur les MIP afin de promouvoir la responsabilité des membres.
- **Le GTT PPG a lancé un groupe consultatif national pour renforcer les liens entre les équipes nationales et le GTT PPG.** Chaque membre a un réseau régional avec lequel il est censé travailler pour accroître l'engagement des pays et s'assurer que le GT concentre son attention sur les plus grands besoins dans les pays.
- **Le TPI-C est une approche "sans occasions manquées" qui permet d'augmenter l'accès au TPIp** chez les femmes enceintes éligibles dans les communautés où elles vivent et lors des soins prénataux. Cette approche encourage les soins prénatals en tant que pilier des soins, la fourniture du TPIp au niveau communautaire étant complémentaire aux services de soins prénatals.
- L'OMS préconise : "**Les consultations prénatales restent une plateforme importante pour dispenser le TPIp. Lorsqu'il existe des inégalités dans les services de soins prénatals et dans leur portée, d'autres méthodes de prestation (comme le recours à des agents de santé communautaires) peuvent être envisagées, en veillant à ce que la fréquentation des soins prénatals soit maintenue et à ce que les inégalités sous-jacentes soient corrigées.**
- Le projet Transformer le traitement préventif intermittent pour une grossesse optimale a développé des **ressources clés pour la mise en œuvre du TPI-C qui peuvent être trouvées [ici](#).** L'OMS élabore **actuellement un guide opérationnel TPI-C.** L'ensemble des outils d'apprentissage et des ressources aidera tous les pays à différents stades, y compris l'examen, la mise en œuvre et l'élargissement du TPI-C.
- Dans l'ensemble, les résultats des expériences TPI-C par pays ont révélé de bons résultats. **Le Nigeria, la Sierra Leone et le Sénégal ont constaté une forte augmentation du TPIp après avoir piloté ou introduit le TPI-C, avec un impact négatif minime sur l'utilisation des soins prénatals.** L'expérience du Malawi n'a pas révélé les mêmes résultats, qui peuvent avoir été affectés par le faible ratio prestataire de santé/client.
- **L'OMS a récemment recommandé la chimioprévention du paludisme pérenne**, qui est une mise à jour des recommandations antérieures pour le traitement préventif intermittent des nourrissons (TPI-e).
  - La recommandation initiale stipulait que trois doses de SP devaient être administrées uniquement à l'âge de 2, 3 et 9 mois dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV), en même temps que les 2e et 3e doses des vaccins DTC/Penta et rougeole. La nouvelle recommandation supprime cette spécification stricte pour le nombre de doses, ainsi que les âges auxquels elles doivent être administrées. Elle élargit également le groupe d'âge cible pour inclure les enfants au-delà de la première année de vie dans les endroits où la charge de la maladie grave est élevée.
  - En outre, la nouvelle recommandation a supprimé les restrictions sur l'utilisation de la SP basées sur la prévalence des mutations *Pfdhps 540*.
  - Un certain nombre d'études portent sur la meilleure façon de mettre en œuvre la PMC, l'effet de l'ajout d'azithromycine, ainsi que l'acceptabilité et la faisabilité de ces stratégies.

## Panel de discussion sur les pays :



## Mise en place de GTT et de liens mondiaux solides pour les PPG

### ***Ressources de soutien du groupe de travail technique PPG*** - Kate Wolf, Jhpiego

- Créé pour aider les PNL et les programmes de santé reproductive/maternelle à établir, organiser et maintenir des groupes de travail techniques (GTT) sur les PPG au niveau national.
- Visent à améliorer la coordination et la collaboration, et à favoriser l'obtention d'un impact élevé sur les microprojets.
- Peut être utilisé comme un tout ou en parties séparées pour soutenir l'établissement, le rétablissement ou le renforcement des GTT nationaux sur les PPG.
- Le guide est fait de :
  - Introduction
  - Termes de référence illustratifs
  - Objectif, but, fonctions, opérations, membres
  - Ordre du jour illustratif de la réunion avec les notes du facilitateur
    - Promouvoir l'examen des données
    - Préconiser la planification des actions, le suivi
  - Sujets de discussion suggérés
  - Modèle de présentation de réunion
  - Modèle de procès-verbal de réunion

### Discussion en groupe :

Que pensent les pays de l'établissement de relations d'égal à égal avec les pays par le biais du comité consultatif du groupe de travail PPG?

- **Avantages :** Possibilité de se soutenir mutuellement, possibilité d'un soutien par les pairs, possibilité d'un examen par les pairs des idées/matériels, partage entre pays.
- **Défis :** Décalage horaire, travail supplémentaire/réunions, le partage des meilleures pratiques n'est pas toujours pertinent dans d'autres contextes.
- **Suggestions :**
  - Commencez petit à petit avec quelques pays
  - Ne rendez pas les réunions trop fréquentes
  - L'animation, les mesures à prendre et le suivi doivent être clairement définis afin que les objectifs soient clairs et que la réunion soit bien ciblée.
  - Fixez l'ordre du jour à l'avance : qu'est-ce qui est vraiment captivant pour cette réunion? Y a-t-il de nouvelles mises à jour de l'OMS ou des résultats de recherche ? Prévoyez quelque chose qui suscite l'intérêt.
  - Faire en sorte que tous les pays s'accordent sur les points de l'ordre du jour pour en garantir la pertinence



**Membres actuels du conseil consultatif**

**Réseau régional**

<b>Nnenna Ogbulafor, Nigeria</b>	Cameroun, Zambie
<b>Sattu Issa, Sierra Leone</b>	Malawi, Rwanda
<b>Mildred Komey, Ghana</b>	Liberia, Zimbabwe
<b>Jane Nabakooza, Ouganda</b>	Kenya, Tanzanie
<b>Frederic Guigma, Burkina Faso</b>	Niger, Mali, Sénégal, Guinée
<b>Chanelle Muhoza, Burundi</b>	RDC, Madagascar, Bénin

*J'ai été très enthousiaste à l'idée de participer au conseil consultatif, de me réunir, de discuter davantage et de mettre des visages sur les noms que j'ai rencontrés virtuellement. J'ai beaucoup appris, et je pense aussi avoir noué d'excellentes relations avec des collègues, des partenaires et des bailleurs de fonds".*

-Nenna Ogbulafor

Qu'est-ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas avec vos GTT?

Succès :

- Intégration : Coordination entre les départements (notamment entre la lutte contre le paludisme et la santé génésique).
  - Opportunité de dialogue
  - Combiner la supervision
  - Favorise l'adoption rapide de nouvelles politiques
  - Partage des progrès réalisés par rapport aux indicateurs
- Durabilité : Veiller à ce que les projets prévoient un plan de durabilité afin qu'il n'y ait pas de vide à la fin du projet.

Les défis :

- Le secteur privé ne veut pas fournir de médicaments
- Participation : difficile de motiver les parties prenantes clés à participer

Meilleures pratiques pour les réunions des GTT:

- Lors de la conception de l'agenda, veillez à inclure des données
- Écrire aux superviseurs pour qu'ils désignent des membres pour faire partie du GTT: cela contribue à promouvoir une forte assiduité/responsabilité car ils doivent rendre compte aux superviseurs.
- Invitez des personnes motivées
- Essayez d'intéresser les participants avant la réunion aux sujets qui y seront abordés afin de les motiver à y participer.
- Utilisez un outil de suivi des actions et continuez à le partager avec les membres pour rappeler aux personnes chargées des actions de les mener à bien.

**Qu'en est-il du TPI-C ? Conseils, ressources et expériences nationales au niveau mondial**

***Un petit mot sur le TPI-C*** - Elaine Roman, Jhpiego

***OMS : Directives pour le TPI-C*** - Peter Olumese, OMS

**Directives de l'OMS pour le paludisme (2021)**

- Ces directives consolidées remplacent les deux directives préexistantes de l'OMS pour le traitement du paludisme (3e édition) et pour la lutte antivectorielle.
  - Première publication en février 2021 et mise à jour périodique: 4<sup>th</sup> (dernière) mise à jour publiée le 3<sup>rd</sup> juin 2022
- Disponible en ligne sur le site de l'OMS : <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-malaria>

## Nouvelles recommandations en matière de chimioprévention :

### New chemoprevention recommendations

- The updated chemoprevention recommendations reflect the paradigm shift, outlined in the introduction, to provide greater flexibility to NMPs to adapt control strategies to suit their settings. Standard processes have been used to develop evidence-based recommendations which are not unduly restrictive. We no longer specify strict age groups, transmission intensity thresholds, numbers of doses or cycles, or specific drugs. The effectiveness of a chemoprevention programme will be influenced by a host of contextual and other factors (e.g. intensity of malaria transmission, extent of seasonal variation in transmission, the age group targeted by the chemoprevention programme, the preventive efficacy of the drugs used, the frequency of dosing, duration of protection of each treatment course, availability of drugs, coverage achieved, adherence to the recommended regimen) and by the mix of interventions being deployed in each setting. NMPs are therefore encouraged to consider local data to determine how best to tailor chemoprevention strategies to local needs and determine which age groups should be targeted where, for how long, how frequently, and with which drugs. Subnational tailoring is increasingly needed, for example to recognize the variation in duration of the transmission season even within a country, meaning that 3, 4, 5 or more cycles of SMC may be warranted in different subnational areas.

## Directives actuelles sur TPIp :

### Intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp)

Strong recommendation for , Moderate certainty evidence

Updated

#### Intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy (2022)

In malaria-endemic areas, pregnant women of all gravidities should be given antimalarial medicine at predetermined intervals to reduce disease burden in pregnancy and adverse pregnancy and birth outcomes.

- SP has been widely used for malaria chemoprevention during pregnancy and remains effective in improving key pregnancy outcomes.*
- IPTp-SP should start as early as possible in the second trimester and not before week 13 of pregnancy.*
- Doses should be given at least one month apart, with the objective of ensuring that at least three doses are received.*
- ANC contacts remain an important platform for delivering IPTp. Where inequities in ANC service and reach exist, other delivery methods (such as the use of community health workers) may be explored, ensuring that ANC attendance is maintained and underlying inequities in ANC delivery are addressed.*
- IPTp is generally highly cost-effective, widely accepted, feasible for delivery and justified by a large body of evidence generated over several decades.*

Mises à jour de 2022 :

## Treatment of uncomplicated falciparum malaria

- Treat children and adults with uncomplicated *P. falciparum* malaria (excluding pregnant women in their first trimester\*) with an ACT.
  - artemether plus lumefantrine; artesunate plus amodiaquine; artesunate plus mefloquine; dihydroartemisinin plus piperazine; artesunate plus sulfadoxine-pyrimethamine; artesunate plus pyronaridine\*

\* Updates in progress

new recommendations  
Finalised; official release in October  
2022

## Primaquine for radical cure

- The G6PD status of patients should be used to guide administration of primaquine for preventing relapse.
- To prevent relapse, treat *P. vivax* or *P. ovale* malaria in children and adults with a 14-day course (0.25-0.5 mg/kg bw daily) of primaquine in all transmission settings, unless contraindicated\*.

new recommendation  
finalised. Official  
release in October  
2022

### Discussion :

- Q : La recommandation sur la localisation géographique de TPIp ne précise plus "en Afrique". Cela signifie-t-il qu'elle peut être utilisée en dehors de l'Afrique ?
  - R : Les recommandations ne sont plus spécifiques en ce qui concerne les groupes d'âge et les lieux géographiques. La recommandation dit "dans les régions où le paludisme est endémique". Il y a des zones d'endémie palustre qui ne sont pas en Afrique, donc le TPIp peut être appliqué dans ces zones.
- Q : La politique concernant la primaquine chez les femmes enceintes a-t-elle changé ?
  - R : Les recommandations concernant la primaquine n'ont pas changé : elle est contre-indiquée chez les femmes enceintes.

**Ressources TPI-C que vous pouvez utiliser** - Emmanuel 'Dipo Otolorin, consultant indépendant

### Ressources TPI-C:

- Les ressources utilisées pour le projet TIPTOP sont disponibles sur le site web de TIPTOP : <https://www.jhpiego.org/a-tiptop-legacy/> (voir la section "Scalability").
  - Guide opérationnel de terrain
  - Paquet de ressources d'apprentissage générique
  - Fiches techniques
  - Outils
    - Tous peuvent être personnalisés pour répondre aux besoins de chaque pays et ils peuvent être traduits dans la langue d'enseignement préférée.
- Le **guide de terrain TPI-C de l'OMS** est en cours d'élaboration et comprendra des conseils et des outils pour l'introduction ou le renforcement des programmes TPI-C dans les pays.

### Discussion:

- Q: Quand le guide de l'OMS sur le TPI-C sera-t-il disponible?

- R: Le projet est encore à l'état de projet pour le moment et il est difficile de prévoir quand il sera disponible.

***Apprendre des pays : Discussion en groupe***

- Bright Orji : Nigeria
- Wani Lahai : Sierra Leone
- Zeinabou Gaye : Sénégal
- Akuzike Banda : Malawi

*Les agents de santé communautaires peuvent fournir des interventions vitales - la SP reste un médicament vital pour les femmes enceintes. Il est essentiel de faire tomber les barrières pour que les femmes puissent avoir accès à ce médicament. Le Nigeria a inclus le TPIp communautaire dans son plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période 2021-2025. Nous voulons que les pays sachent que c'est faisable".*

-Bright Orji, Jhpiego

**Que doit-il se passer pour que le TPI-C passe à l'échelle et soit soutenu?**

<b>Country</b>	<b>Country Actions</b>	<b>Partner Actions</b>	<b>Donor Actions</b>
<b>Nigeria</b>	Move C-IPTp forward to policy level and harmonize the scope of work for CHWs to include SP	Technical support to build competency for project management and C-IPTp programming	Allocate funds to support C-IPTp implementation - can GFATM unspent funds be reallocated to support CHWs/C-IPTp in Nigeria?
	Develop costed work-plan for c-IPTp implementation and identification of sources of funds	Generate evidence-based costed work-plan for C-IPTp	Support availability of quality assured SP in-country
<b>Sierra Leone</b>	CHW policy and guidelines were updated and all data collection and reporting tools fully integrated into mainstream	Support to District Health Management Teams (DHMT) in regular supportive supervision and mentorship of C-IPTp activities.	Provide motivational incentives to sustain CHWs to deliver C-IPTp.
	Availability of regular supply of quality-assured antimalarial medicines (SP) for community administration is in place.	Monitor and supervise C-IPTp activities.	Give additional support in making SP always available.
<b>Senegal</b>	Ensure consistent supply of commodities	Provide adequate funding	Ensure funding sustainability
	Provide regular long term supervision		
<b>Malawi</b>	Recruit more CHWs to meet the recommended ratio of 1 CHW per every 1000 people	Generate adequate evidence to show that C-IPTp improves IPTp3+ uptake	Provide adequate funding for a larger scale pilot
	Improve ANC record keeping		

**Discussion :**

- Q : Fréquentation de la CPN : Quel a été l'impact de la prestation de la SP dans la communauté ?
  - R : TIPTOP a été conçu de manière à ce que les femmes de la communauté considèrent la PS comme une incitation à se rendre à la CPN, et un système d'orientation solide a été mis en place pour encourager cette démarche. Ensuite, les femmes sont suivies par leur ASC pour s'assurer qu'elles se rendent à la CPN.
  - R : Si vous revenez à ce que Peter a dit et à la façon dont l'OMS promeut le TPI-C, c'est lorsqu'il est lié à la CPN.
    - Le TPI-C ne remplace pas l'accouchement au CPN. Il est complémentaire à la CPN. Si nous constatons une diminution des CPN, alors nous échouons.
    - On s'attend à ce qu'avec le temps, les mêmes femmes aillent de plus en plus à la CPN et obtiennent leurs doses de SP là plutôt que dans la communauté, car l'importance de la CPN est renforcée. Ce phénomène a été observé dans plusieurs districts de mise en œuvre de TIPTOP.
  - A : Au Sénégal, c'était un paquet global, s'il n'y avait pas de femme enceinte dans la maison, les autres personnes de la maison étaient éduquées sur les maladies infantiles, par exemple.
- Q : Veuillez en dire plus sur les actions et les rapports

- R : En Sierra Leone, les TBAs/CHWs sont rattachés à un établissement de santé. Lorsque les médicaments arrivent dans l'établissement, le responsable alloue 30% de la PS aux TBAs/CHWs. A la fin de chaque mois, l'accoucheuse traditionnelle rend compte de la quantité distribuée et cela est documenté dans l'établissement. Les travailleurs de la structure supervisent également les accoucheuses traditionnelles et les assistantes sociales sur une base régulière (une ou deux fois par mois).
- R : Au Malawi, les ASC ont des registres pour répertorier la consommation de SP et doivent signaler à l'établissement s'il y a des ruptures de stock ou si le stock est faible pour demander un réapprovisionnement aux techniciens en pharmacie de l'établissement.
- R : Au Nigeria, chaque agent de santé communautaire a reçu un smartphone pour télécharger ses données sur le tableau de bord national. Cela se fait après la validation des données par le superviseur de l'établissement de santé. Il y a ensuite 14 jours pour valider ces données.
- Q : Qui donne la première dose de TPIp?
  - R : Dans TIPTOP, il y avait deux modèles : Au Nigéria et en RDC, l'ASC pouvait donner toutes les doses d'TPIp. A Madagascar et au Mozambique, l'agent de santé doit donner la première dose et ensuite l'ASC peut donner les doses suivantes. Au Nigéria et en RDC, on s'attend à ce que la deuxième dose soit administrée dans l'établissement parce que les patients seront référés pour une CPN après avoir reçu la première dose.
    - Les ASC n'étaient pas formés pour déterminer l'âge gestationnel. Ils ont administré la première dose en se basant sur les mouvements/accélérations du fœtus.

### **Innovations potentielles dans la prestation de services de chimioprévention pour les femmes enceintes et les jeunes enfants**

***Augmenter l'adoption du traitement préventif intermittent par une meilleure prestation de services dans les cliniques prénatales et la mobilisation communautaire pour améliorer la santé maternelle et infantile*** - Kassoum Kayentao, Centre de recherche et de formation sur le paludisme, Université des sciences, techniques et technologies de Bamako, Mali.

#### **Conclusion des études :**

- La mise en place d'une stratégie intégrée et durable pour améliorer la couverture du TPIp constituera une avancée majeure pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.
- En même temps, nos stratégies ont le potentiel d'augmenter la fréquentation des centres de soins prénatals et l'adoption des dernières recommandations de l'OMS concernant les huit contacts prénatals.

#### **Discussion :**

- Q : Voulez-vous combiner TPIp et TPI-e ? Ne sommes-nous pas en train de leur rendre le travail très pénible ? Je pense que cela nécessitera beaucoup de suivi.
  - R : Nous y avons pensé. Nous avons travaillé sur ce protocole avec des experts du domaine et nous avons besoin d'une formation de base pour permettre l'administration du médicament. Cet agent peut faire du porte-à-porte et identifier les femmes enceintes. Une fois que la femme enceinte est identifiée et que nous apprenons qu'elle n'a jamais fait de CPN, nous l'envoyons au centre de santé. Il y a une feuille pour suivre quand la femme a pris la SP et elle continue à être suivie jusqu'à ce qu'elle ait passé les 4 visites.
- Q : Quand allons-nous recevoir les résultats de la recherche opérationnelle? Nous seront-ils envoyés?
  - R : Les données seront disponibles l'année prochaine pour la première étude. Nous sommes en train de terminer l'enquête sur l'intervention.

- Q : L'accent mis sur le CPN a-t-il été un succès? Et si ce n'est pas le cas, quelle est la nouvelle stratégie pour renforcer les 8 contacts?
  - R : Nous avons encore du mal avec la CPN en général, mais dans les zones où les partenaires sont présents ou les femmes ont des activités qui génèrent des ressources, c'est beaucoup mieux. La réalité est que pour accéder aux services de CPN, y compris le TPIp, il y a des frais à payer. Nous essayons maintenant de négocier avec le gouvernement pour supprimer le coût des services de CPN. En attendant, les agents de santé sensibilisent les femmes enceintes pour qu'elles viennent chaque mois pour TPIp-SP et les soins prénatals. De plus, nous travaillons actuellement sur TPIp-SP communautaire par différents moyens en fonction de la disponibilité des partenaires (les ASC ou les relais communautaires pour rappeler les femmes enceintes pour leur rendez-vous de CPN et l'administration de TPIp-SP; fournir TPIp-SP par le biais de la SMC (actuellement à l'essai) ; la sensibilisation mensuelle des CPN pour atteindre les communautés de base ; la campagne de promotion communautaire).
- Q : L'étude fournira-t-elle tous les produits de base? Y aura-t-il des ruptures de stock?
  - R : Nous n'avons pas eu de rupture de stock de produits car nous avons pu obtenir suffisamment de produits pour la durée de l'étude. Cela a été possible grâce à notre collaboration continue avec le PNL.
- Q : Est-il possible que la structure sanitaire ne dispose pas de suffisamment d'agents de santé pour se déplacer dans la communauté?
  - R : En général, les structures dans les zones rurales n'ont pas assez de travailleurs pour mener des CPN de proximité au niveau des villages (communautés situées à plus de 5 km de la structure sanitaire). A cette crise s'ajoute la mobilité/disponibilité des agents de santé car le personnel clé (y compris les agents de CPN) participe souvent à des réunions au niveau du district, laissant le centre de santé à des prestataires moins qualifiés.

***Chimioprévention du paludisme pérenne (PMC): Le projet Unitaïd TPI-e+: combler le fossé entre les directives de l'OMS et la mise en œuvre dans les pays*** - Jacques Kouakou, PSI

Principaux points à retenir

- La chimioprévention du paludisme pérenne (PMC) est une nouvelle stratégie recommandée par l'OMS qui s'appuie sur le TPI-e+
- Les nouvelles directives du PMC sont larges et permettent d'adapter la chimioprévention au contexte du pays en élargissant l'âge, le nombre de doses, les canaux d'administration et les choix de médicaments pour la chimioprévention du paludisme chez les enfants.
- Le projet TPI-e+ est un exemple de la manière dont les stratégies de CMP peuvent être définies et mises en œuvre en utilisant une approche multipartite pour la conception des interventions contre le paludisme.
- L'expérience des quatre pays participant à la co-conception a donné lieu à quatre stratégies de CMP différentes, chacune étant adaptée à son contexte particulier.

Discussion :

- Q : Pour le TPI-C, le guide de mise en œuvre qui a été établi par l'OMS, lorsque le programme sera terminé, allez-vous examiner tout ce qui a été appris puisque cela va intéresser tous les pays concernés?
  - R : L'un des objectifs de ce projet est d'aider le pays à s'adapter au nouveau modèle de prévention et nous devrions obtenir un résultat qui aidera d'autres pays à adapter ces stratégies à leur contexte local et à les mettre à l'échelle.
  - Le PMC doit avoir lieu dans des zones où le paludisme est constant, par opposition aux pays où le paludisme est saisonnier. Les deux interventions sont complémentaires. Par

exemple, au Bénin, dans le sud, le paludisme est très constant, mais dans le nord, il est saisonnier, de sorte qu'ils peuvent faire du PMC.

***Introduction du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-e-SP)/chimio-prévention du paludisme pérenne (PMC : Efforts en cours et leçons tirées de la Sierra Leone, du Mozambique et du Togo*** - Augustin Fombah & Kwabena Owusu-Kyei, ISGlobal, Sierra Leone

**MULTIPLY** - ("Proposition de doses multiples d'TPI-e: une intervention à haut rendement qui sauve des vies. <https://multiplyTPI-e.net>)

Le contexte :

- MULTIPLY est un projet pilote de recherche sur la mise en œuvre d'une durée de 40 mois visant à administrer des doses multiples d'TPI-e-SP et à les étendre à la deuxième année de vie, parallèlement aux vaccinations de routine. Il s'agit d'un consortium financé par l'EDCTP et l'étude est menée en Sierra Leone, au Togo et au Mozambique.
- L'étude est actuellement menée dans 25 établissements de santé répartis dans trois districts des régions nord et nord-ouest de SL.
- Contrairement au comprimé SP pour adultes qui est utilisé à la fois pour les femmes enceintes et les enfants depuis son introduction dans SL, MULTIPLY introduit un comprimé dispersible pédiatrique pour les enfants.
  - Dans le cadre de la politique actuelle, l'TPI-e-SP est administré aux enfants à 10w, 14w et 9m en même temps que les vaccins DPT2, DPT3 et Rougeole/FY respectivement, conformément à la recommandation de l'OMS de 2010.
  - MULTIPLY introduit trois doses supplémentaires à 6 mois, 12 mois et 15 mois, en plus de la première dose de vitamine A, de la deuxième dose de vitamine A et du rappel de la rougeole respectivement.
- MULTIPLY s'aligne sur la récente recommandation de l'OMS sous une nouvelle nomenclature "Chimio-prévention du paludisme pérenne".
- La PS est administrée aux enfants dans les centres de santé et les cliniques mobiles de proximité par des infirmières formées après avoir pesé les enfants.

Les principales observations positives concernant l'TPI-e sont les suivantes :

- Une forte collaboration est essentielle!
- Il est important de peser les enfants avant de donner la SP
- Les systèmes de gestion des stocks fonctionnent bien
- Le comprimé dispersible permet de réduire le temps de préparation

**ICARIA** - "Améliorer les soins par la recherche sur l'azithromycine pour les nourrissons en Afrique".

<https://www.isglobal.org/en/-/icaria>

Le contexte :

- Objectif : Évaluation de l'impact sur la mortalité infantile de l'azithromycine et du traitement préventif intermittent administrés dans le cadre du programme élargi de vaccination en Sierra Leone.
- 6 doses d'TPI-e sont également administrées à tous les enfants inscrits à ICARIA en utilisant les mêmes points de contact et les mêmes âges.
- Elle est menée dans 14 établissements de santé différents mais dans les mêmes districts que MULTIPLY.
- Les 20 560 enfants qui seront enrôlés recevront 6 doses de SP sur 4 ans, quel que soit le bras auquel ils appartiennent.

Questions clés auxquelles il faut répondre avant d'étendre l'intervention dans les pays où la mortalité infantile est élevée:

- Développement potentiel d'une résistance aux macrolides
- Canaux de distribution et durabilité
- Interactions avec les vaccinations de routine
- Sécurité

Discussion :

- Q: TPI-e : Vous donnez 2 antibiotiques de façon régulière. Quel est l'effet de l'administration régulière d'antibiotiques aux enfants à un jeune âge ?
  - R : Ce projet répond à des questions qui n'ont pas encore trouvé de réponse. Nous sommes préoccupés par la résistance aux antimicrobiens et devons examiner les effets globaux. Nous examinerons un sous-ensemble d'enfants pour étudier la résistance microbienne et ceux-ci seront suivis dans le cadre de l'étude afin que nous puissions voir l'impact global sur la communauté.
- Q : Pensez-vous que les taux de participation affecteront les résultats de l'étude ?
  - R : Nous nous assurons de pouvoir suivre les enfants qui ne viennent pas et de mettre en place des services de proximité. C'est un défi en raison du manque de ressources. Nous examinons l'historique des vaccinations et une analyse plus détaillée devra examiner la prévalence par rapport à la prise en charge chez les enfants.



***Merci à tous pour cette merveilleuse 22<sup>nd</sup> réunion annuelle du groupe de travail RBM PPG! Merci à nos bailleurs de fonds, le Projet IMPACT sur le paludisme et l'Initiative du Président américain sur le paludisme (PMI), pour leur soutien généreux et constant au GT PPG, ainsi qu'à MUSKOKA, au Fonds mondial et au PNUD pour avoir financé les déplacements des participants. Un très grand merci à tous les présentateurs et facilitateurs pour avoir partagé leurs connaissances et pour les discussions animées. Et enfin, un très grand merci à l'équipe du Ghana - Mildred, Gladys, Felicia, Yamina et tous ceux du Service de santé du Ghana et de l'Hôpital régional du Grand Accra - pour votre merveilleuse hospitalité et pour avoir partagé avec nous vos expériences, vos réalisations et votre beau pays.***