



**QUATRIEME REUNION DU  
PARTENARIAT AVEC FAIRE RECULER  
LE PALUDISME—FRP (RBM)  
GROUPE DE TRAVAIL SUR LE  
PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE  
(MALARIA IN PREGNANCY WORKING  
GROUP — MPWG)**

**Du 21 au 23 septembre 2004  
Kigali, Rwanda  
Hôtel: Novotel**

**PROCES VERBAL :**

**Participants: Elaine Roman, (MNH/ACCESS); Barbara Kinzie, (MNH/ ACCESS); Alison Bell (Malaria Consortium/ EARN); Antoine Serufilira (WHO/AFRO); Chilunga Puta (MIPESA); Peggy McLaughlin (Core Group); Noel Chisaka (SAMC); Juliana Yartey (OMS); Sename Baeta (RAOPAG/ WARN); Trent Ruebush (USAID-Washington); Monica Parise (CDC); Chewe Luo (UNICEF); Claude Rwagacondo (MS/NMC); Jules Mihigo (USAID/ Rwanda); James Banda (RBM, Secrétariat); Laurence Nyiramasarabwe (WHO/Rwanda)**

*Présidente par intérim : Elaine Roman  
Co-président par intérim : Antoine Sérufilira*

**Objectifs de la réunion :**

- 1. Montrer comment le Groupe de Travail sur le Paludisme pendant la Grossesse (MPWG) de FRP (RBM) peut soutenir la stratégie de FRP et comment appuyer la stratégie et l'approche de FRP pour élargir l'échelle de programmation afin d'assurer un impact soutenable**
- 2. Comprendre et discuter de la stratégie du Rwanda pour le paludisme pendant la grossesse (PPG) et de sa mise en œuvre**
- 3. Discuter des mises à jour techniques se rapportant à la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse**
- 4. Passer en revue les énoncés de consensus, tels que développés au Ghana et ébaucher les prochaines étapes pour l'adoption et l'utilisation de ceux-ci.**

- 5. Elaborer un plan de travail pour le MPWG, dont des produits ou projets soutenus par l'entremise des partenaires du MPWG pendant l'année à venir (octobre 2004 à novembre 2005 )**

## **PREMIER JOUR**

**Mardi, le 21 septembre 2004**

### **Objectifs:**

- 1. Discuter des mises à jour techniques se rapportant à la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse**
- 2. Comprendre et discuter de la stratégie du Rwanda pour le PPG et de sa mise en œuvre**

Elaine Roman a souhaité la bienvenue aux participants à la Quatrième réunion du Groupe de Travail sur le Paludisme pendant la Grossesse (MPWG) de FRP et a présenté les regrets de leur absence de la part de la Présidente, Judith Robb-McCord, et du Co-Présidente, Seipati Mothebesoane-Anoh. Mme McCord avait l'intention de participer à la réunion du MPWG, mais en tant que Directeur du Programme ACCESS, successeur du Projet SMN, elle est en train de développer le plan de travail pour la première année avec l'équipe centrale. Une maladie a empêché le Docteur Anoh d'assister à la réunion. Mme Roman a résumé l'agenda avec les participants, mettant l'accent sur le fait que les discussions devaient se concentrer sur les moyens par lesquels le MPWG peut soutenir l'agenda de FRP visant l'expansion et la durabilité de la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. Mme Roman a annoncé que le Docteur James Banda participerait au deuxième et troisième jours de la réunion pour discuter des progrès réalisés par FRP à ce jour et des priorités pour le futur. Les représentants du MPWG ont nommé Elaine Roman Président par intérim et Antoine Serufilira Co-Président.

Le procès verbal de la réunion du MPWG tenue au Ghana (du 28 au 30 avril 2004) ont été officiellement adopté avec quelques révisions mineures. Le procès verbal a soulevé les questions clés que les membres du MPWG estimaient importantes à aborder pendant la réunion de septembre lorsque le MPWG œuvre pour définir le chemin vers l'expansion, dont un examen approfondi des stratégies programmatiques à la lumière du rapport entre le paludisme pendant la grossesse et un nouvel examen des médicaments alternatifs pour le TPI dans les zones de faible transmission. Une fois de plus, on a montré l'importance de la représentation croisée entre les groupes de travail de FRP visant à créer une compréhension des questions techniques influençant le MPWG, mais aussi pour plaider pour les problèmes auxquels le MPWG essaye de s'adresser.

Enfin, Mme Roman a signalé qu'il existe un nouveau groupe de Recherche sur le PPG (Research - PPG) en train de se former, qui se consacrera entièrement à l'agenda de recherche sur le PPG. Les groupes de travail MPWG, FRP et Recherche-PPG devraient collaborer étroitement pour assurer un point focal efficace et adapté aux deux groupes de travail. Le Groupe MPWG, FRP devrait être l'une des voix auprès du Groupe Recherche-PPG afin d'influencer les questions clés pour la recherche abordant la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. Le Groupe Recherche-PPG devrait être une voix auprès du MPWG, FRP en mesure de disséminer les constatations de la recherche la plus récente qui influenceront les conseils techniques en matière d'appui aux programmes.

**Action-** Le Secrétariat du MPWG, FRP devrait faire suite avec le Président du Groupe Recherche-PPG pour discuter de collaboration croisée et pour faciliter les relations de travail.

**Mise à jour de la Conférence sur les meilleures pratiques internationales (MPI) en Ouganda- Elaine Roman/Chilunga Puta**

Le Docteur Puta a décrit brièvement le but de la Conférence de l’OMS sur les MPI, qui a rassemblé de multiples pays africains pour examiner, apprendre et développer des plans d’action nationaux visant à étendre les liens à la santé génésique. Cette réunion a servi d’occasion de mettre en exergue l’expérience du Kenya au niveau de l’adoption et la mise en œuvre de soins prénatals focalisés en tant qu’une meilleure pratique et point d’entrée aux services globaux de santé génésique. Prenant comme point de départ les soins prénatals en tant que l’une des meilleures pratiques, le Kenya a lié la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse à tous les services de santé essentiels pendant la grossesse, y compris une orientation sur la prévention de la transmission du VIH mère-enfant. Ceci a provoqué des discussions au niveau national autour de l’intégration des services de santé génésique, telle que favorisée par le MPWG, FRP. Le Docteur Puta et Mme Roman ont présenté aux participants les meilleures pratiques en santé génésique soulignées pendant la conférence, dont les soins prénatals focalisés avec soins du PPG.

**Promotion de la santé par le biais de soins prénatals et de liens avec la communauté : Accroître la couverture de la TPI/SP et des moustiquaires imprégnées d’insecticide**

*Réseau pour la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse dans les pays francophones d’Afrique de l’Ouest- RAOPAG*

*Malaria in Pregnancy East and Southern Africa Coalition- MIPESA*

A ce jour, il y a eu de multiples accomplissements nationaux visant la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. RAOPAG et MIPESA appuient ces efforts au niveau régional par l’entremise de l’Echange Sud-Sud et la dissémination des meilleures pratiques en Afrique de l’Ouest ainsi qu’en Afrique de l’Est et du Sud. Les thèmes communs des deux présentations incluent a) le défi de l’intérêt suscité par le TPI2 ; b) le besoin de continuer l’appui aux efforts de plaidoyer visant aux prestataires et aux communautés. RAOPAG et MIPESA ont tous les deux parrainé des efforts de formation en matière de plaidoyer ; c) le besoin de continuer à appuyer et distribuer les moustiquaires imprégnées d’insecticide (MII). Tous les pays au sein des coalitions s’engagent à la distribution des MII par l’intermédiaire des soins prénatals bien que les efforts varient de pays en pays. d) les liens entre la communauté et les centres de santé ne sont pas toujours reconnus et ils méritent une attention accrue. *Au fur et à mesure que les pays œuvrent vers l’atteinte des buts d’Abuja et au delà, les questions et les défis (résolus ou non) devraient guider le MPWG lorsqu’il développe les conseils techniques à offrir au Conseil du Partenariat FRP (RBM Partnership Board).*

Les questions/défis clés cernés par les présentations de MIPESA et de RAOPAG étaient:

- 1) Le défi de l’intérêt suscité par le TPI 2 :** L’intérêt suscité par le TPI 2 demeure un défi pour de multiples raisons, dont : le problème des femmes qui se présentent tard

dans leur grossesse soulève la confusion concernant le chronométrage de la dose ; parmi d'autres problèmes sont les femmes qui ne reviennent plus après la première consultation. Le Malawi a surmonté ce problème et l'acceptation du TPI 2 est actuellement à 60%. Lorsqu'on discute des leçons tirées du Malawi au niveau sous-régional, le Cadre stratégique pour le Paludisme pendant la grossesse de l'OMS/AFRO sera un outil important à disséminer aux pays au niveau officiel. Bien que la version préliminaire ait été partagée de manière non officielle avec les pays, ils ne peuvent pas facilement adopter les recommandations jusqu'à ce que la version officielle soit distribuée au niveau national — surtout s'agissant des recommandations qui se focalisent sur le calendrier de dosage.

- 2) **Résistance à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) augmentant** : Au fur et à mesure que la résistance à la SP augmente et devient plus répandue et que les pays changent leur politique de premier choix, les préoccupations s'accroissent et les questions se soulèvent au niveau national. Question spécifique : quels médicaments alternatifs à la SP existent-ils pour la TPI ? Les CDC ont indiqué que les résultats d'une étude de dix ans au Malawi se concentrant sur l'efficacité de la SP pour le TPI devraient être disséminés ce mois-ci. Cette étude pourra éclairer la situation aux pays lorsqu'ils focalisent leurs efforts sur l'expansion de la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. En outre, la République démocratique du Congo va mettre en œuvre une étude qui comparera l'efficacité de la SP chez les femmes enceintes à l'efficacité de la SP chez les enfants.
- 3) **Moustiquaires imprégnées d'insecticide** : Au fur et à mesure que les pays mettent en œuvre leurs efforts de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse, ils concentrent leur attention avec justesse sur la promotion et la distribution des MII. Le Kenya et l'Ouganda ont décidé de ne pas avancer avec leurs politiques prévues de bons pour les MII et ils appuient maintenant la distribution des MII en masse, à titre gratuit, par l'entremise des soins prénatals. Or, la Tanzanie avance pourtant avec sa politique de bons, reconnaissant que les moustiquaires à titre gratuit ne seront pas disponibles infiniment et qu'il faut utiliser les ressources disponibles actuellement pour développer des systèmes durables qui appuieront la distribution continue des MII dans un futur proche et lointain.
- 4) **Liens entre le VIH et le paludisme** : L'évidence et la connaissance des liens entre le VIH/SIDA et le paludisme accroissent. Ensemble, ces deux maladies sont probablement les deux problèmes de santé mondiaux les plus importants de nos jours. Accompagnant les efforts de réduire la rapidité de la propagation du VIH et les efforts de prévenir et contrôler le paludisme pendant la grossesse il y a des liens programmatiques qu'il faut reconnaître. Le VIH/SIDA et le paludisme pendant la grossesse posent des défis à la santé génésique. Une politique intégrée au niveau national, incorporant les interventions au niveau du VIH et du paludisme à tous les services essentiels de santé permettra aux pays de tirer meilleur parti des ressources pour combattre ces maladies. Le Mozambique est un exemple d'un pays où cela se fait.

## **Actions**

- Le Secrétariat du MPWG, FRP devrait faire suite auprès du Président de Recherche PPG afin de comprendre les études en cours ou prévues qui mèneront à de nouveaux médicaments pour le TPI.
- Il faut disséminer la Structure stratégique le plus rapidement possible en tant qu'outil pour appuyer la mise en œuvre et l'expansion de la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse.
- Les résultats et les leçons tirées de l'étude de trois ans du Malawi devraient être partagés avec les membres du MPWG pour une dissémination ultérieure aux pays par l'entremise des coalitions et des réseaux régionaux. La dissémination mènera à des efforts d'expansion et de durabilité.

## **Présentation du Rwanda: Dr Rwagacondo, Claude Emile – Programme national pour le contrôle du paludisme**

Le Docteur Rwagacondo a présenté le plan stratégique du Rwanda pour le paludisme pendant la grossesse, dont les questions et les défis auxquels le Rwanda est confronté au niveau de la mise en œuvre. Les priorités pour la mise en œuvre de la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse sont la promotion des MII, la mise en œuvre du TPI, la prévention de l'anémie et la prise en charge des cas. Le Rwanda avance en matière de mise en œuvre du TPI à la SP au niveau national, même dans les zones de faible transmission. Il est attendu qu'en novembre 2004 une réunion nationale de consensus sera tenue pour adopter officiellement le TPI à la SP et pour lancer la mise en œuvre de cette politique. Quoique le Programme national de Lutte contre le Paludisme appuie le TPI à la SP et plaide pour ce volet, il y a des débats et des préoccupations au sein du Ministère de la Santé au sujet de son efficacité, étant donné le haut niveau de la résistance (entre 10% à 29%). En outre, il n'existe pour le moment aucune recommandation mondiale pour le TPI dans les zones de faible transmission existant au Rwanda. La politique de « transition » actuelle du Rwanda pour le traitement de première ligne est l'AQ/SP dans l'attente que le Rwanda changera sa politique en faveur de la thérapie combinée à l'artémisinine (ACT) comme traitement de premier choix l'année prochaine.

Les questions clés posées au MPWG Recherche, dont la résistance augmentant à la SP ne concernent pas uniquement le Rwanda mais elles sont pertinentes dans tous les pays confrontés à une résistance similaire à la SP.

## **Feedback du MPWG**

- Médicaments alternatifs à la SP : Actuellement, la SP est le seul médicament recommandé comme sûr et efficace pour la TPI. Pour le moment, il n'existe aucun médicament alternatif pour la TPI.
- La transition rapide à la ACT protégera l'efficacité de la SP pendant une période plus longue.
- La présence de conseillers techniques reconnus et respectés à la réunion de consensus sera hautement avantageux pour assurer que a) les questions autour de la résistance croissante à la SP et ce qu'elles impliquent pour la TPI pourront être adéquatement abordées et que b) l'agenda de la réunion n'est pas déraillé.
- Il sera important de continuer à surveiller les niveaux de résistance dans les sites sentinelles.

- Des études sont actuellement en cours pour examiner les alternatives à la SP pour le TPI ainsi que l'efficacité de la SP pour le TPI.
- Les débats concernant l'énoncé sur le TPI du Réseau de FRP (deuxième jour) seront utiles pour des pays tels que le Rwanda et ceux qui sont confrontés à des problèmes de résistance similaires.

Le Rwanda cherchait aussi des conseils concernant les questions de mise en œuvre du TPI. Quelles sont les leçons tirées d'autres pays, telles que les sujets clés à aborder lors de la mise en œuvre ? Il a été recommandé de développer cette conversation avec un groupe plus restreint, par exemple, la Coalition d'Action contre le Paludisme (Malaria Action Coalition).

### **Aperçu du PPG dans le milieu des urgences — Alison Bell**

Alison Bell, membre du Consortium pour le Paludisme (Malaria Consortium) a présenté un aperçu de prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse dans les milieux d'urgences complexes. On estime que 30% de la mortalité du paludisme provient de pays touchés par des urgences complexes. Le terme « urgence complexe » s'applique à un continuum de situations. Le paludisme et les maladies de santé reproductive sont aggravés dans ces situations par l'échec des services de santé, les taux de fertilité élevés, le viol, la prévalence élevée du VIH et d'autres facteurs aggravants.

On reconnaît que différentes interventions conviennent à différentes étapes d'une urgence. Mobilisé par l'entremise des services de santé génésique, il faut utiliser le Kit de Services minimaux initiaux (Minimum Initial Services Package — MISIP) pendant la phase aiguë d'une urgence. Le MISIP est focalisé sur les efforts de réduire la transmission du VIH par l'entremise de préservatifs et des ressources pour les précautions universelles et de réduire la mortalité maternelle et néonatale excessive par la distribution de kits pour l'accouchement hygiénique. A l'heure actuelle, ce kit ne contient aucun médicament pour le TPI ou pour la prise en charge du PPG et ces interventions sont essentielles pour réduire la morbidité et mortalité maternelles et néonatales dans les zones de transmission paludique stable (soit les zones d'où ressortent les sinistrés, soit les zones où ils s'installent). Lors de la phase de stabilisation des urgences, on reconnaît le rôle du traitement du paludisme et dans certains cas où l'accès physique est possible, le rôle des MII, surtout pour les enfants en dessous de cinq ans. Il y a besoin, pourtant, de plaider pour l'inclusion du TPI dans le kit global pour la santé génésique utilisé dans la phase de stabilisation.

On a présenté l'expérience de l'Ouganda du nord visant à la mise en œuvre du programme de PPG lors d'une situation d'urgence chronique. Quarante mille MII et doses de TPI ont été distribuées à des femmes enceintes sinistrées. La distribution gratuite de MII par l'entremise des soins prénatals a provoqué une augmentation de consultations prénatales et, en certains endroits, des prestations de services, mais une évaluation plus poussée va évaluer l'impact du programme et sera partagée avec les partenaires. Jusqu'à présent, pourtant, les résultats ont montré qu'il est possible de mobiliser des services de santé génésique de bonne qualité, dont les interventions dans une situation incertaine et instable.

Etant donné le fardeau du paludisme dans les zones touchées par les urgences complexes, le groupe a convenu que c'est un domaine où le MPWG devrait plaider pour l'inclusion

des interventions éprouvées dans les kits de soins de santé pour ces zones. (Voir le plan de travail pour de plus amples détails.)

## **DEUXIEME JOUR**

**Mercredi, 22 septembre 2004**

### **Objectifs :**

- 1. Ebaucher un plan selon lequel les programmes FRP, MPWG et autres réseaux pourront appuyer la stratégie et l'approche de FRP pour élargir le programme pour assurer un impact durable. Passer en revue le énoncés de consensus tels que développés au Ghana et tracer les grandes lignes des prochaines étapes à adapter et utiliser.**

Le Docteur Serufilira a présenté l'agenda de la deuxième journée. Le Docteur James Banda, du Secrétariat de FRP, s'est joint au MPWG le deuxième jour.

**Mises à jour régionales : Etendre la mise en œuvre — Problèmes, défis et occasions**

**Faire reculer le paludisme — Où en sommes-nous ? Directions pour l'avenir — James Banda, Secrétariat de FRP**

**Mise à jour de l'endossement des termes de référence du MPWG, FRP et déclaration sur les MII—James Banda**

Le Docteur Banda a fourni une mise à jour du statut de l'initiative de FRP. La nouvelle Secrétaire exécutive, Awa Marie Coll-Seck, a commencé le travail en mars 2004. Le Docteur Banda a souligné la nature critique du partenariat, car aucun partenaire peut avoir un impact tout seul. Jusqu'à 1997 il n'a eu que peu d'efforts contre le paludisme en Afrique. En 1997, lors d'une réunion à Harare, on a décidé de mettre l'accent sur le paludisme avec la Déclaration de Harare ; celle-ci fut suivie par la Déclaration d'Abuja en 2000.

Le Docteur Banda a discuté de la tâche importante des Groupes de travail de cerner les questions critiques et développer des conseils techniques à soumettre au Conseil administratif de FRP pour la dissémination régionale. Les recommandations de politique endossées par l'intermédiaire du partenariat FRP seront disséminées à tous les décideurs de politique clés au niveau national. Les meilleures pratiques devraient être disséminées par l'entremise des réseaux et des coalitions sous-régionaux. Le Docteur Banda a discuté de l'importance de l'engagement des pays par l'entremise des réseaux sous-régionaux. Les quatre défis auxquels est confronté le Partenariat FRP sont : a) la politique; b) les outils; c) la transformation des outils en politique; et d) l'utilisation, documentation et dissémination des meilleures pratiques. Le Docteur Banda a partagé avec le MPWG la version préliminaire de trois documents de FRP :

- 1. Saving Lives and Reducing Poverty: The Roll Back Malaria Partnership Global Strategic Plan 2005 to 2015* (Sauver les vies et diminuer la misère : Plan stratégique mondial pour le partenariat FRP, 2005 à 2015)
- 2. Roll Back Malaria Partnership By-Laws* (Règlements administratifs du Partenariat FRP)

*Partenariat avec faire reculer le paludisme (FRP—RBM)*

*Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse, 21 au 23 septembre 2004 — Procès verbal* 7

### 3. *The Roll Back Malaria Partnership's Operating Framework* (Cadre opérationnel du Partenariat FRP)

Le Docteur Banda a recommandé aux membres du MPWG de lire ces documents et de les re-examiner le troisième jour de la réunion lors d'une séance prévue de commentaire (« feedback ») sur les deux premiers documents. Les Règlements administratifs servent de point de référence global pour tous les groupes de travail de FRP. Le partenariat FRP n'a donc pas besoin d'endosser les termes de référence du MPWG. Le Docteur Banda n'avait pas de commentaires sur l'énoncé WIN à présenter au MPWG. Le Docteur Thomas Teuscher est responsable des Plans de travail des Groupes de travail ainsi que des énoncés. Le MPWG voulait savoir comment le partenariat pouvait jouer un rôle plus proactif au niveau du développement de politique. Le Docteur Banda a dit que les Groupes de travail pourraient appuyer cet effort en fournissant des conseils et des intrants techniques. Cette tâche présente un défi dont le Secrétariat doit se charger.

On a clarifié le fait que le Groupe de recherche sur le PPG n'est pas un groupe de l'OMS mais un groupe de chercheurs ébauchant un agenda de recherche sur la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse, auquel l'OMS est affilié. Un composant puissant est nécessaire pour émettre des énoncés de politique. On a suggéré que le MPWG et le Groupe de recherche sur le PPG devrait communiquer entre eux pour faciliter la collaboration et la coordination de leurs efforts.

#### **Structure de Monitoring et d'Evaluation (M&E) - Monica Parise**

Monica Parise des CDC a présenté les constatations récentes de la Structure pilote RBM MIP M&E effectué au Kenya, en Uganda et au Nigéria. L'équipe de FRP appuyant cet effort va disséminer les constatations aux Groupes de travail FRP M&E (MERG) (le 4 novembre 2004) et lors de la réunion annuelle de MIPESA (septembre 2004). La dissémination aux pays sera effectuée par l'entremise de l'OMS/AFRO et des membres du MPWG. Le but du pilote était d'examiner s'il sera possible d'adopter les indicateurs dans les systèmes de gestion d'informations sur la santé (Health Management Information Systems – HMIS) sans créer un fardeau excessif. La collecte de données lors du pilote a été effectuée par le biais des visites de supervision et des registres de soins prénatals et d'accouchements. Monica a indiqué que le processus et les indicateurs des résultats sont probablement ce qu'il y a de plus important, étant donné que les indicateurs d'impact sont multi-factoriels et éventuellement plus difficiles à collecter. Les constatations principales sont les suivantes : a) Il est essentiel d'éviter des registres multiples, car ils risquent de surcharger le personnel. b) La supervision avec « feedback » est essentielle pour assurer la durabilité. c) Les efforts de programmer le PPG, dont le volet M&E, devraient être intégrés dans les services de santé génésique de routine. d) Des ressources pour appuyer les efforts de M&E sont nécessaires pour appuyer les efforts d'extension. e) Il s'agit d'intégrer la formation avec les autres aspects de la formation en santé génésique, et f) Les données sont utiles pour l'action et la programmation.

Le Groupe FRP, M&E a recommandé des indicateurs de base pour les programmes nationaux qui devraient inclure les efforts de monitoring, dont les données suivantes :



1. Pourcentage du personnel de soins prénatals formé et recyclé pendant les 12 mois passés – collecté par le biais des rapports des formations et de visites de supervision ;
2. Ruptures de stock – recueillies par le biais de registres de pharmacie et/ou de visites de supervision ;
3. Pourcentage de femmes qui ont reçu le TPI 1 et 2 dans le cadre de la Stratégie d'Observation directe du Traitement (Direct Observation Treatment Strategy – DOTS) /nombre de premières visites prénatals – collecté par le biais de registres de cliniques prénatales (faisant partie du HMIS).

### ***Discussion***

Beaucoup de systèmes de HMIS se développent dans le cadre de la santé génésique. Le PTME et la tuberculose ont également besoin de systèmes pour la collecte de données. Les systèmes eux-mêmes ont besoin de renforcement car ils ont tendance à augmenter le fardeau du personnel sur le terrain.

Quoique tous les indicateurs soient importants, il n'est pas faisable de les collecter tous par le biais de programmes nationaux. Le MPWG a recommandé que, bien qu'il soit désirable que l'équipe FRB se propose de collecter les indicateurs principaux, il est important de permettre aux pays de collecter d'autres informations qui leur semblent utiles, si les ressources sont disponibles. Il serait possible de développer des sites sentinelles pour collecter certains indicateurs plus difficiles à procurer qui n'ont pas été inclus sur la liste courte. A la lumière de ceci, le programme de PPG devrait appuyer la collecte de données fiables concernant le faible poids de naissance.

A la vue de reconnaître le besoin de renforcer les systèmes et de promouvoir l'intégration des services, il importe de plaider pour l'inclusion des indicateurs de PPG M&E dans les systèmes de données HMIS. Comment le MPWG peut-il prôner et appuyer cet effort? Un plan immédiat est la réunion des gestionnaires OMS/AFRO SR-MIP-VIH prévue à Harare en novembre 2004) pour l'intégration des interventions de PPG et de VIH/Prévention de transmission mère-enfant (PTME) dans les services de santé génésique. En outre, les pays ayant reçu des ressources des fonds globaux ont les moyens pour développer des systèmes de monitoring, ce qui devrait servir de point focal pour intégrer tous les indicateurs. L'Ouganda et le Kenya sont en train d'en discuter. On a aussi recommandé que les réseaux sous-régionaux seront un forum important pour disséminer la Structure M&E. Ceci pourrait avoir lieu en même temps que la dissémination de la « Structure de politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » de l'OMS/AFRO.

### **Présentation de l'Enoncé sur le TPI du Réseau FRP de l'Afrique de l'Est (EARN) — Alison Bell**

La résistance à la SP augmentant a provoqué beaucoup de pays à changer leur traitement de paludisme de premier choix de la SP à l'ACT. Vu ceci, les pays demandent quels sont les médicaments alternatifs pour la TPI. EARN a développé une version préliminaire à l'intention des gestionnaires de programmes intitulée « Enoncé sur l'utilisation de la Sulphadoxine-Pyriméthamine pour le Traitement préventif intermittent pendant la grossesse, dans les régions de résistance croissante » pour aborder les préoccupations augmentant concernant le TPI à la SP. La version préliminaire de l'énoncé a été présenté au MPWG pour des commentaires techniques pour permettre la présentation de l'énoncé

à la réunion annuelle d' EARN en novembre 2004. L'énoncé aborde les questions d'efficacité, de sûreté, d'adaptation au programme (program compliance) ainsi que la question de médicaments alternatifs.

Le MPWG a reconnu que l'énoncé était une bonne idée et importante. On a convenu qu'une équipe restreinte modifierait l'énoncé d'EARN avec des commentaires collectives non seulement pour l'EARN mais aussi pour être adopté par le MPWG et envoyé au Conseil de FRP pour leur endossement. L'énoncé serait présenté au MPWG le troisième jour. Les recommandations générales du groupe incluent la réorganisation de la circulation de l'information pour qu'elle soit plus cohérente et la nécessité de veiller à brièveté de l'énoncé, de le limiter à une seule page si possible. Bien que les liens entre le VIH et le paludisme soient importants, on a convenu que ce sujet ne cadre pas avec la portée de cet énoncé.

Certains participants ont exprimé des préoccupations concernant l'initiation d'un programme de TPI à la SP là où une résistance à la SP est reconnue. Le MPWG était d'avis que si un pays a déjà un programme de TPI utilisant la SP, il faut le continuer, étant donné que nous n'avons pas d'évidence pour suggérer un alternatif. Pourtant, le groupe n'était pas en mesure de dire qu'il fallait initier un programme si les niveaux de résistance sont élevés. De telles situations doivent être considérées individuellement. L'énoncé d'EARN ne vise pas à déroger la politique de l'OMS ; il est plutôt un énoncé visant à standardiser les conseils auprès des partenaires techniques au sein de la région d'Afrique de l'Est.

### **Examen du Consensus et des Enoncés de Recommandations développés au Ghana et discussion des prochaines étapes concernant l'utilité de les adopter**

Elaine Roman a fourni des généralités sur le développement des énoncés de recommandation développés lors de la réunion précédente du MPWG. On a convenu qu'il fallait re-examiner ces énoncés pour juger de leur pertinence et y porter des intrants éventuels.

#### **Premier énoncé : Prise en charge de cas**

Alison Bell a présenté un sommaire de l'énoncé portant sur les questions restant à étudier, qui n'ont pas encore été abordées au niveau global, dont :

- Le besoin de médicaments alternatifs pour la prise en charge des cas
- La nécessité de monitoring de la résistance
- Le diagnostic

Bien qu'il y ait eu un dialogue avec le Groupe de travail de FRP sur la prise en charge de cas (Case Management Working Group—CMWG) sollicitant leur contribution à ces questions, on a convenu que le MPWG avait probablement autant de connaissances que le CMWG concernant ces questions pour développer un énoncé de recommandations. On a donc convenu que le MPWG devrait élaborer un énoncé concernant les lacunes en matière de conception de programmes de conseils sur la prise en charge de cas chez les femmes enceintes. Dès que finalisé, cet énoncé sera envoyé au CMWG pour leur endossement. Une équipe restreinte a travaillé pour produire la version préliminaire de cet énoncé à présenter le troisième jour.

*Partenariat avec faire reculer le paludisme (FRP—RBM)*

*Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse, 21 au 23 septembre 2004 — Procès verbal 10*

### **Deuxième énoncé : Distribution à base communautaire (DBC) du TPI**

Elaine Roman a présenté au MPWG un sommaire de l'énoncé portant sur les discussions ayant eu lieu à la réunion précédente du MPWG pour le développement de cet énoncé. Le MPWG a convenu que le langage de la « Structure d'une Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » (« Policy Framework for Malaria Prevention and Control in the Africa Region ») de l'OMS /AFRO suffisait pour guider cette étude et qu'il n'y avait pas besoin de développer un nouvel énoncé du MPWG. Le MPWG jugeait pourtant qu'il pouvait jouer un rôle au niveau du plaidoyer pour une recherche opérationnelle par l'entremise du Groupe de Recherche sur le PPG.

### **Troisième énoncé : Services intégrés de Santé génésique : Paludisme et VIH chez la femme enceinte**

Juliana Yartey a donné un compte rendu de la seconde consultation sur l'interaction entre le VIH et le paludisme, qui s'est déroulée à l'OMS en juin 2004. Le sommaire reconnaît que des interactions entre le VIH et le paludisme existent et un énoncé conjoint de FRP, OMS (VIH et Paludisme) a été développé, intitulé : "Paludisme et VIH/SIDA : Interactions et implications : Conclusions d'une consultation techniques convoquée par L'OMS, 23-25 juin 2004". L'énoncé met l'accent sur le fait qu'il faut intégrer le VIH-PPG dans les services de santé génésique. L'énoncé avec les recommandations clés a été présenté à la conférence sur le SIDA au Thaïlande

- Etant donné que les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les zones de transmission paludéenne sont particulièrement vulnérables au paludisme, leur protection par des moustiquaires imprégnées d'insecticide mérite une haute priorité
- Les femmes séropositives à risque du paludisme devraient toujours être protégées par un MII et, en outre, selon le stade de l'infection à VIH, elle devraient recevoir soit le TPI à la SP (au moins 3 doses), soit une prophylaxie journalière à la CTX (co-trimoxazole).
- Les programmes pour le contrôle des deux maladies devraient collaborer pour assurer des prestations de services intégrés, surtout dans le cadre des services de santé génésique et des services périphériques où il faudrait entreprendre en collaboration l'utilisation de meilleurs outils diagnostiques pour les deux maladies, les anti-rétroviraux et les médicaments anti-paludéens plus efficaces.
- Il existe un besoin urgent de recherche supplémentaire sur l'interaction entre les ARV et les médicaments anti-paludéens.

Cet énoncé étant disponible, les membres du MPWG estiment qu'il n'y a plus besoin de l'énoncé développé au Ghana en 2004. Le MPWG doit donc plaider pour les services intégrés et les constatations du document en fonction de leur expérience nationale (par exemple, le Mozambique et la Zambie).

### **Structure stratégique OMS PPG – Mise à jour de la dissémination**

La « Structure de Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » a été finalisé. Les CDC ont imprimé le document et il est prêt à disséminer. Le MPWG recommande instamment que la Structure stratégique soit disséminer le plus rapidement possible.

### **Directives cliniques de l’OMS/ Fiche d’information sur le dosage du TPI**

Monica Parise a présenté une mise à jour des Directives cliniques de l’OMS/AFRO, indiquant que les directives existantes doublent la « Structure de Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » On a insisté sur le fait que le MPWG et les organisations indépendantes ont déjà fourni des commentaires étendus à être inclus dans les Directives cliniques. Le MPWG devrait décider de ses besoins en plus de la « Structure de Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » pour soutenir les efforts d’expansion des pays. Le MPWG a décidé qu’un guide pour la mise en œuvre serait utile pour mettre en œuvre le TPI. Le Consortium pour le Paludisme a développé un Dossier de Politique, Stratégie, Mise en œuvre »—Policy to Strategy to Implementation Brief—PSIB) que le MPWG examinera pour voir si ce document peut servir aux pays comme guide pour la mise en œuvre. Si non, le MPWG recherchera un autre appui de partenariat pour développer le guide de mise en œuvre. Lors du développement du plan de travail le troisième jour il y a eu des discussions ultérieures de la question du guide.

### **Cerner les domaines pour l’appui et l’action du MPWG, FRP**

Pour conclure le travail de la journée, les participants ont développé la liste des sujets ci-dessous à aborder le troisième jour, lors du développement du plan d’action.

- Nécessité d’inclure dans le plan de travail les besoins de dissémination au niveau du monitoring et d’évaluation, dont l’intégration au sein de systèmes globaux de santé génésique HMIS.
- L’énoncé MPWG sur le TPI sera passé en revue et adopté.
- Nous communiquerons les besoins au niveau de la recherche au groupe de recherche PPG.
- La version préliminaire des recommandations pour la prise en charge des cas sera passée en revue.
- Il y a besoin de recherche opérationnelle sur la distribution du TPI à base communautaire.
- AFRO utilisera les commentaires actuels pour finaliser les directives cliniques.
- Il nous faut un document de mise en œuvre. Alison Bell soumettra le document PSIB développé par le Consortium du Paludisme à l’appréciation du groupe.

### **TROISIEME JOUR**

**Jeudi, le 23 septembre 2004**

#### **Objectif :**

**Développer le Plan d’action du FRP MPWG pour la période octobre 2004 à septembre 2005**

Elaine Roman, Présidente par intérim a ouvert la séance en passant en revue l’agenda des trois jours.

#### **Commentaires sur les documents du Secrétariat de FRP :**

1. *Saving Lives and Reducing Poverty: The Roll Back Malaria Partnership Global Strategic Plan 2005 to 2015 (Sauver les vies et amoindrir la misère : le Plan stratégique global du Partenariat Faire Reculer le Paludisme, 2005 à 2015)*
2. *Règlements administratifs du Partenariat Faire Reculer le Paludisme*

*Partenariat avec faire reculer le paludisme (FRP—RBM)*

*Groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse, 21 au 23 septembre 2004 — Procès verbal* 12

### 3. *Structure opérationnelle du Partenariat Faire Reculer le Paludisme*

Le MPWG a fourni des commentaires au Secrétariat en mettant l'accent sur les documents sus-mentionnés numéros 1 et 2. Ces documents seront finalisés avant octobre 2004 par le Conseil administratif de FRP. Il figurent sur le site web de FRP (RBM).

#### **Plan stratégique :**

- Le fait que plus d'attention était allouée aux MII qu'au TPI a provoqué des préoccupations.
- La référence au document « Structure de Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » à la page six se rapporte à une version périmée de ce document.
- Page 7, numéro 5 : Un participant a remarqué que nous pourrions fournir des recommandations plus puissantes au niveau des meilleures pratiques en matière de TPI pour les femmes séro-positives. La « Structure de Politique pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme dans la Région africaine » comporte du langage à ce sujet.
- Il y aura des lecteurs de ce document qui ne connaîtront pas le fait de base que nous n'avons qu'un nombre limité d'interventions et que nous savons qu'elles sont efficaces. Il faudrait peut être une introduction à cet effet pour certains auditeurs.
- Le premier paragraphe à la page six devrait inclure les hommes et les enfants. Il faudrait mentionner que les femmes et les enfants devraient être ciblés pour les MII.
- Le groupe s'est déclaré satisfait des calendriers et des résultats mesurables décrits dans le tableau à la page 14.

#### **Règlements administratifs :**

- On a suggéré au Docteur James Banda de clarifier les relations entre les Groupes de Travail et les Réseaux sous-régionaux au sein du partenariat. Il y a besoin de clarifier les niveaux fonctionnels de FRP et les liens entre ces niveaux. Le Docteur Banda a répondu que c'était aux Groupes de Travail à faire individuellement. « La "synthèse" implique les rapports » a-t-il dit.
- On a posé la question, comment les conseils donnés au Partenariat par le MPWG seront-ils transformés en action ? On a noté le besoin de clarifier ce point.
- Les énoncés soumis au Conseil du Partenariat de FRP seront renvoyés au Groupe de Travail pour être disséminés. Le travail supplémentaire par le Groupe de Travail pourra être accompli par des réunions virtuelles.
- Les paroles, « On s'attend à ce que les groupes de travail..... » ont provoqué des préoccupations, étant donné que les membres des groupes de travail sont très chargés et qu'ils font face à beaucoup d'engagements. Nous devons veiller à ce que les attentes soient faisables.
- Une autre préoccupation : il n'y a aucun mécanisme pour refléter les questions et les réalités des attentes au niveau du terrain. Le Docteur Banda a dit que la première rubrique (bullet) implique que « synthèse » implique interaction avec le terrain. (Voir aussi la première rubrique ci-dessus.)

**Passage en revue en groupe : Énoncé révisé : Énoncé recommandant l'utilisation de la SP pour la TPI pendant la grossesse dans les régions avec une résistance croissante à la SP - Trent Ruebush/Alison Bell**

Le MPWG a passé en revue la version préliminaire révisée de l'énoncé d'EARN sur l'utilisation du SP pour la TPI. Les membres du MPWG ont convenu que cet énoncé devrait être adopté et endossé. Le nouvel énoncé préliminaire devra être adopté par le MPWG plutôt que d'être seulement une déclaration d'EARN. Ceci permettra une dissémination au delà des pays d'Afrique de l'Est (EARN). (*Voire la pièce jointe.*)

**Passage en revue en groupe : Énoncé pour la prise en charge de Cas— Monica Parise, Noel Chisaka et Antoine Serufulira**

Le groupe a passé en revue l'énoncé révisé sur la Prise en charge de cas. L'énoncé sera soumis à un développement ultérieur par l'équipe centrale et envoyé au Secrétariat du MPWG pour la dissémination et les commentaires des membres du MPWG. Une fois finalisé et endossé par le MPWG il sera envoyé au CMWG (Case Management Working Group) pour son endossement.

**Développement du plan de travail**

Le MPWG a ébauché la version préliminaire d'un Plan de travail, appuyant l'expansion de la prévention et du contrôle du paludisme pendant la grossesse par le FRP d'octobre 2004 au septembre 2005.

(Voir la pièce jointe)

**Clôture de la réunion**

La Présidente par intérim et le Co-président par intérim ont clôturé la réunion en remerciant tous les participants de leurs efforts inlassables tout au long de la réunion. Il a été noté qu'il y a beaucoup de travail à accomplir avant la prochaine réunion mais que, vu l'engagement démontré lors de celle-ci, le travail est faisable. Le Plan de travail développé guidera les efforts pendant les prochains six à sept mois ainsi que les débats lors de la prochaine réunion du MPWG. La prochaine réunion aura lieu en avril/mai 2005. Les pays recommandés pour cette réunion, par ordre de préférence, sont l'Afrique du Sud, la Suisse (Genève) et le Zimbabwe.