



**TROISIEME REUNION DU GROUPE DE  
TRAVAIL SUR LE PALUDISME PENDANT LA  
GROSSESSE DU PARTENARIAT RBM**

**28-30 avril 2004  
Accra, Ghana  
Hôtel Novotel**

**PROCES VERBAL DE LA REUNION**

**Participants: Constance Marfo (Ghana MOH), Judith Robb-McCord (JHPIEGO/  
Programme de SMN), Seipati Mothebesoane-Anoh (OMS/AFRO), Elaine Roman  
(JHPIEGO/SMN), Juliana Yartey (OMS/HQ), Michelle Folsom (PATH/Kenya),  
Kwame Asamoah (CDC/MAC), Alison Bell (Malaria Consortium/EARN), Antoinette  
Ba (OMS/AFRO), Antoine Serufulira (OMS/AFRO), Mark Young (UNICEF), Peter  
Kezembe (MIPESA), Jackson Sillah (OMS/AFRO), Winnie Mwebesa (Groupe  
CORE) Joyce Ab (JHPIEGO), Joseph Akuamoah (USAID/WARP)**

**Présidente : Judith Robb-McCord, JHPIEGO/Santé maternelle et néonatale (SMN)  
Co-Président : Seipati Mothebesoane-Anoh, OMS/AFRO-Brazzaville**

**Objectifs généraux de la réunion :**

- 1. Développer les recommandations au Partenariat RBM (Roll Back Malaria -  
Faire reculer le paludisme) concernant la prévention et le contrôle du paludisme  
pendant la grossesse, dont:**
  - a. Expansion**
  - b. Services intégrés de santé de la reproduction**
  - c. Distribution communautaire de moustiquaires imprégnées d'insecticide**
  - d. Utilisation de sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour le Traitement  
intermittent préventif (TPI) dans les régions de résistance croissante à la  
(SP) pour la prise en charge des cas**
  - e. Prise en charge intégrée du paludisme chez les femmes enceintes  
séropositives-VIH**
- 2. Ebaucher les prochaines étapes et actions pour le Groupe de Travail pour  
appuyer le partenariat RBM**

## **Premier jour—28 avril 2004**

### **Objectifs:**

- 1. Comprendre le rôle du Groupe de travail pour le paludisme pendant la grossesse (GTPG) tel que les attentes ont évolué du partenariat RBM;**
- 2. Mettre à jour les membres du Groupe de travail concernant le statut et les activités des coalitions et réseaux régionaux;**
- 3. Discuter du statut actuel, des progrès, et des prochaines étapes se rapportant aux tâches du plan de travail identifiées par le GTPG ;**
- 4. Identifier les questions soulevées concernant la mise en œuvre du programme lors des mises à jour par les pays membres, la Coalition et le Réseau.**

Judith Robb-McCord, la présidente, a souhaité la bienvenue aux participants à la troisième réunion du Groupe de travail pour le paludisme pendant la grossesse du partenariat RBM. Elle a ensuite présenté le Docteur Seipati Mothebesoane-Anoh, co-président. Mme Robb-McCord a passé en revue l'agenda avec les participants, mettant l'accent sur le fait que les discussions pendant les deux premiers jours serviraient à seconder le développement des recommandations clés au Conseil d'administration de RBM, appuyant les efforts régionaux et nationaux pour la prévention du paludisme pendant la grossesse. Le procès verbal de la réunion du GTPG tenue en Tanzanie (du 1<sup>er</sup> au 2 octobre) fut accepté sans révision. Les membres du GTPG se sont présentés.

### **Sommaire du compte rendu de la réunion du Conseil d'administration du Partenariat RBM, 29 – 30 mars, UNICEF/NY**

Judith Robb-McCord a mis le GTPG au courant de la réunion du Conseil d'administration du Partenariat, tenue le 29 et 30 mars 2004 aux bureaux de l'UNICEF, à New York. Le Président du conseil a annoncé la nomination de la nouvelle Secrétaire exécutive du Partenariat RBM, le Docteur Awa Marie Coll-Seck. Le Docteur Fatoumata Nafo-Traoré, ancienne Secrétaire exécutive est actuellement Directrice du Département RBM de l'OMS. Les discussions de la première journée se sont penchées exclusivement sur l'amélioration de l'accès à la prise en charge de cas efficace, utilisant principalement la Thérapie Artémisinine combinée (TAC). Les points marquants de la discussions étaient les suivantes :

- Un sommaire des discussions et présentations récentes de l'initiative proposée par les Services de Médicaments et Fournitures (Medicines and Supplies Services — MMSS) en tant que carte routière pour accroître l'accès aux TAC ;
- L'appui du Partenariat RBM à la production accrue des TAC et la promotion de mécanismes qui diminueront les coûts des TAC qualifiées à l'avance ;
- La perception du fait qu'un « engagement d'acheter » fournirait une assurance aux marchés et devrait avoir lieu avant le développement d'un marché soutenable pour les TAC ;
- Les lacunes existant entre le changement de politique, la formation des agents sanitaires et le déploiement des TAC sont des domaines nécessitant un investissement plus important, surtout en ce qui concerne l'utilisation accélérée des TAC dans les systèmes décentralisés.

Le deuxième jour de la réunion du Conseil d'administration du Partenariat RBM les membres se sont penchés sur les progrès du Secrétariat RBM. Les représentants de Groupes de travail de RBM ont rendu compte des activités entreprises ou appuyées par leur groupe et par les réseaux affiliés.

Le Secrétariat RBM a mandaté au Consortium du Paludisme (Malaria Consortium — MC) d'examiner le rôle des groupes de travail du RBM, en particulier d'évaluer leur but et leur fonctionnalité dans le cadre du programme RBM. La valeur ajoutée des réalisations des Groupes de travail a été reconnue mais on a noté le besoin davantage de direction concernant les paramètres de leur travail. Les points soulevés pour l'examen du Conseil d'administration sont : le renforcement des liens entre les Groupes de travail ; le besoin de reconfigurer les Groupes de travail pour éviter de fragmenter l'effort intégral de RBM pour la prise en charge et prévention efficaces du paludisme ; la question comment les Groupes de travail peuvent-ils se concentrer sur la définition de solutions pratiques des embouteillages identifiés au niveau national ? En se basant sur les résultats du passage en revue par le Consortium pour le paludisme, le Secrétariat va considérer la possibilité de réviser les termes de référence du Groupe de travail. On a convenu que les ressources financières du Secrétariat ne devraient pas être la source primaire de financement des projets du Groupe de travail et que les membres du Groupe devraient mobiliser des ressources supplémentaires pour leurs activités. En outre, on a convenu que les utilisateurs principaux des produits du Groupe de travail devraient être le Partenariat RBM global, afin de renforcer le consensus sur les stratégies pour étendre l'échelle.

En partant de cette discussion, le GTPG a convenu de consacrer du temps le deuxième jour pour fournir des contributions supplémentaires au Consortium pour le paludisme, selon les suggestions mentionnées lors du passage en revue des Groupes de travail par le Secrétariat.

### **Mises à jour de la Coalition et du Réseau**

Des mises à jour provenant du Réseau RBM d'Afrique orientale (East Africa RBM Network—EARN) et de la Coalition MIPESA (Malaria in Pregnancy East and Southern Africa Coalition — Coalition pour le paludisme pendant la grossesse de l'Afrique orientale et australe) ont été présentées. Malheureusement, les participants du Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG)/Malaria in Pregnancy West Africa Coalition et du Réseau RBM de l'Afrique de l'Ouest (West Africa RBM Network — WARN) n'était pas présents pour présenter leur mise à jour. Le Docteur Seipati Mothebesoane-Anoh a demandé aux présentateurs de mettre en exergue leurs accomplissements et les défis auxquels ils sont confrontés, ainsi que les contributions du GT au niveau national dont ils ont besoin.

**Coalition MIPESA** — Le Docteur Peter Kezembe, Président de la Coalition MIPESA a mis le GRPG au courant de la Coalition. Bref, la Coalition MIPESA fut fondée en 2002 et se compose de cinq pays : le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie, le Malawi et la Zambie ainsi que de partenaires internationaux pour accélérer les efforts du pays visant à étendre l'échelle de la prévention et du contrôle du paludisme pendant la grossesse par le biais de partager et disséminer les meilleures pratiques et les leçons tirées d'expérience. La

Coalition MIPESA est conçue pour se partager les leçons de l'expérience, les meilleures pratiques et les dernières approches programmatiques de la Sous-région, ainsi que plus largement en toute l'Afrique. Le Centre régional pour la qualité des soins de santé (Regional Centre for the Quality of Health Care — RCQHC) sert de Secrétariat à la Coalition MIPESA. Les termes de référence de la Coalition MIPESA sont rédigées de manière à ce que le président et le vice-président soient représentants des programmes de Contrôle du paludisme et ceux de la Santé génésique.

Les pays de la Coalition MIPESA sont liés par leur haut fardeau de paludisme et leur couverture extensive de soins prénatals. Bien que tous les pays fussent à des étapes différentes de mise en œuvre lors de la fondation de la Coalition, ils reconnaissent qu'ils sont en mesure de s'appuyer mutuellement en leurs efforts de d'affronter le paludisme pendant la grossesse. Les succès clés incluent la collaboration entre le contrôle des programmes de paludisme et de santé génésique. La Coalition MIPESA a récemment publié son premier bulletin MIPESA, faisant preuve de certains des accomplissements récents dans la Sous-région. La Coalition MIPESA a également développé un avant projet pour le Troisième cycle du GFATM, qui a engendré un feed-back positif du Comité de revue des Fonds globaux, mais qui n'a pas été financé. L'avant projet a été soumis de nouveau pour le Quatrième cycle avec des révisions faisant état des commentaires du TRP.

**Réseau RBM d'Afrique orientale (EARN)**— Alison Bell, du Malaria Consortium, a mis le GTPG au courant des activités d'EARN. Bref, EARN couvre neuf pays et compte des adhérents de pays participants parmi ses membres. EARN a cinq objectifs : 1) fournir au pays un appui programmatique pour le contrôle du paludisme; 2) appuyer l'extension d'échelle en fonction des pratiques basées sur l'évidence scientifique; 3) appuyer les pays au niveau de la gestion des partenariats RBM; 4) appuyer le développement d'avant-projets du Fond global au niveau national ; et 5) coordonner les missions REAPING pour l'Afrique de l'Est. EARN est un réseau virtuel, ayant un comité de coordination se réunissant régulièrement et une réunion régionale annuelle produisant des plans de travail. Les pays contribuent au plan de travail en fonction de l'assistance dont ils ont besoin. Les partenaires travaillent par l'intermédiaire du comité de coordination d'EARN pour aider les pays à atteindre leurs objectifs. En 2003 ils ont développé un plan de travail conjoint avec des entrants de 20 partenaires pour répondre aux besoins des pays. La section « Paludisme pendant la grossesse » du plan de travail de 2003-2004 d'EARN contient les volets suivants : a) Renforcer les efforts de plaidoyer ; b) Développer les plans stratégiques pour le Rwanda, le Burundi, et Zanzibar; et c) Mettre en œuvre le Traitement préventif intermittent (TPI)

EARN a appuyé les missions de REAPING (RBM Essential Actions, Product Investments, Needs and Gaps—Actions essentielles, Investissements en produits, Besoins et Lacunes) et tous les pays de la première catégorie ont été recensés. Le but des missions de REAPING était de voir ce qui se passe au niveau national et comment les pays œuvrent pour atteindre les objectifs d'Abuja. Par l'entremise de réunions consultatives nationales, on a identifié les lacunes et les barrières principales nationales à l'atteinte des buts d'Abuja. Selon les besoins des pays, EARN a émis un annoncé sur l'utilisation du

DDT et sur la Pulvérisation rémanante intérieure [Indoor Residual Spraying]. Le Rwanda, le Burundi et la Somalie ont fait la demande d'avoir une mission de REAPING.

Mme Bell a rapporté de la part d'EARN que le processus du Fond global, au niveau national, a été long et ardu. Certains pays auxquels on a promis un financement dans le cadre du Fond global remarquent une diminution des fonds des bailleurs, attribuée aux attentes de fonds provenant des Fonds globaux mais le processus pour la réception et le débours des fonds est assez compliqué et plus lent qu'attendu. Ce fait a un impact néfaste sur les budgets nationaux et le processus de la planification. Les pays sont fragiles du point de vue économique et les ministères des finances essaient d'équilibrer le financement et l'appui avec les fonds promis par le Fond global. Les programmes nationaux sont sous pression énorme de mettre en œuvre leurs projets mais leurs ressources sont en train d'être épuisées ailleurs et les Fonds globaux ont un retard.

Les Réseaux voudraient des conseils de la part des groupes de travail. Les GT devraient utiliser les Réseaux comme avenue pour diriger les informations vers les pays. L'information fournie par la Coalition MIPESA et EARN devrait servir pour guider les discussions et les conseils réglementaires provenant du GT PG de RBM.

Une liste consolidée des problèmes et des défis auxquels sont confrontés les pays de la Coalition d'EARN et de MIPESA suit:

- Surveillance et évaluation renforcées au niveau national pour mesurer plus exactement l'impact
- Stratégies alternatives pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse dans les zones de transmission instable
- Pharmacovigilance- les ACT et CT chez les femmes enceintes ou allaitant
- Quels sont les méthodes alternatives de TPI pour les pays qui ont adopté les CT en premier lieu ?
- Distribution communautaire du TPI
- L'impact du Fond global sur le financement des partenariats au niveau national
- L'extension d'échelle du TPI et des MII
- Nombre optimal de doses de TPI dans les milieux de prévalence VIH
- Médicaments alternatifs pour le TPI dans les zones de résistance croissante à la SP
- Promotion de la recherche opérationnelle au niveau national
- Plaidoyer et communication pour le changement des comportements
- Qualité des soins

Une mise à jour du **Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG)** et du **Réseau RBM, Afrique de l'Ouest (WARN)** par le Professeur Sename Baeta était programmée pour mettre le GTPG au courant, mais il n'a pas assisté à la réunion. RAOPAG a fourni une présentation avant la réunion ébauchant la structure du RAOPAG et son appui aux efforts régionaux pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. Bref, RAOPAG est un réseau de pays de l'Afrique de l'Ouest, fondé dans le but de « partager les expériences et les meilleures

pratiques pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse. » Les pays fondateurs du RAOPAG sont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Sénégal et le Togo. Le Réseau inclut également des partenaires nationaux et internationaux, ayant un Conseil de direction, un Secrétariat et des équipes nationales. Les priorités du RAOPAG sont les suivantes : accélérer les programmes visant le paludisme pendant la grossesse ; plaider pour la révision des règlements si nécessaire ; disséminer les informations ; renforcer les liens de collaboration entre les programmes de contrôle du paludisme et de santé génésique et développer des structures sous-régionales qui appuient les programmes nationaux. RAOPAG est actuellement un réseau fonctionnel ayant fait une demande au Fond global pour un appui aux activités sous-régionales pour le SIDA, la TB et le paludisme lors du quatrième cycle.

**Mise à jour de la part du Conseil d'administration du Partenariat de RBM**—Le Docteur George Amofah, Président du Conseil d'administration du Partenariat de RBM et Directeur de la Division de Santé Publique du Ministère de la Santé au Ghana, a participé à la séance du matin et a parlé brièvement du Conseil d'administration, du Secrétariat et des attentes des Réseaux RBM et des Groupes de travail. Le Secrétariat a des liens aux pays et aux réseaux, constitués de partenaires actifs. Il y a une personne de pointe régionale entre le Secrétariat et les Réseaux pour promouvoir les liens entre les Réseaux. Le rôle des Réseaux est d'appuyer le pays. Les Groupes de travail sont organisés pour fournir une direction technique au Conseil d'administration RBM. Les Groupes de travail peuvent aborder les questions techniques par le biais de conseils techniques et de dissémination d'informations. Cependant, les Groupes de travail ne sont pas un mécanisme pour la mise en œuvre de l'appui technique. Il incombe aux Groupes de travail de donner des conseils sur les questions ressortant.

**OMS/AFRO Directives pour la prévention et prise en charge du paludisme pendant la grossesse**—Le Docteur Antoinette Ba a présenté un exposé, *Directives pour la prévention et prise en charge du paludisme pendant la grossesse*. Ces directives sont liées à la Structure stratégique de l'OMS/AFRO pour la Prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse, un document de réglementation. La Structure stratégique a été passée en revue par le Comité de revue et elle est dans les mains du rédacteur finale. On s'attend à ce qu'elle soit prête prochainement. Les lignes de conduite cliniques ont été développées pour appuyer les efforts des pays pour mettre en œuvre leurs mesures de prévention et de contrôle. Les directives ciblent les formateurs et les agents de santé au niveau de district. La version actuelle est encore une version préliminaire. La version finale du document est prévue pour la mi-juin 2004. Une fois complétée, la page concernant le TPI sera extraite pour servir d'aide de travail pour les prestataires. Les directives sont composées de cinq sections : 1) Introduction; 2) Vue générale; 3) Prise en charge du paludisme pendant la grossesse; 4) Prévention du paludisme pendant la grossesse; et 5) Recherche opérationnelle. On a demandé au GTPG de fournir un feedback et des intrants avant la fin de la réunion du 30 avril 2004. Les participants au GTPG ont convenu de lire les directives cliniques et de donner leurs intrants au Docteur Ba le deuxième jour de la réunion.

**Formation régionale sur le plaidoyer en Afrique orientale et septentrionale et les prochaines étapes**—Michelle Folsom, Représentante régionale pour l’Afrique de PATH a fourni cette mise à jour. Elle a d’abord actualisé le plan de travail du GTPG dont une liste de matériel de plaidoyer actuellement disponible sur la page Web RBM avec des liens au GTPG de Communication et de Plaidoyer RBM. Le Groupe de travail de communication a élaboré la version préliminaire d’une Structure stratégique pour la communication qui est disponible pour être passée en revue ; une brochure pour le plaidoyer est également prête pour le passage en revue et on est en train de développer un avant projet pour le plaidoyer global de RBM à soumettre à la Fondation Gates. Il faut continuer à renforcer ces liens.

Deuxièmement, avec le financement de l’USAID, par l’entremise du Programme de Santé maternelle et néonatale, PATH a facilité l’atelier de plaidoyer de la Coalition, réunissant des spécialistes en Contrôle du paludisme, Santé génésique et Information, Education et Communication (IEC). Le but général de l’atelier de formation sur le plaidoyer était de renforcer les capacités des cinq pays membres de la Coalition MIPESA d’effectuer le plaidoyer pour le paludisme pendant la grossesse aux niveaux national et communautaire. Les objectifs spécifiques étaient d’accroître les connaissances et la compréhension du plaidoyer et de montrer comment le plaidoyer peut appuyer la Coalition MIPESA pour lui permettre d’atteindre ses objectifs, d’introduire des approches éprouvées, d’accroître les compétences de base du plaidoyer par le biais d’activités participatives et du partage des expériences, d’augmenter l’accès aux données disponibles pour informer le processus de plaidoyer, d’accroître la confiance de ceux qui entreprennent des efforts de plaidoyer et de développer un plan/une stratégie de plaidoyer. Afin de réaliser les avantages de cet atelier, JHPIEGO/SMN et le RCQHC donnent un appui de suivi. (Un rapport complet de l’atelier est disponible aux bureaux de JHPIEGO.)

**Vue générale du Paludisme pendant la grossesse au Ghana**—Le Docteur Constance Marfo, Ministère de la Santé du Ghana, a donné au GTPG une mise à jour des expériences du Ghana en matière de prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse. Le paludisme est responsable de 13,8% de toutes les consultations externes des femmes enceintes, de 10,6% des admissions et de 9,4% des décès (approximativement 2000) [par an]. Le Ghana a changé sa réglementation antipaludéenne pour les femmes enceintes de la prophylaxie à la CQ au TPI à la SP en mai 2003, en se basant sur l’expérience nationale et internationale. Le Ghana a entrepris un essai à double inconnu avec placebo (le Docteur Nii Laryea Browne), qui a démontré un poids de naissance amélioré avec des doses multiples (jusqu’à six) de SP. L’essai a aussi indiqué que la SP administrée tôt dans la grossesse a des avantages plus élevés. En fonction de l’étude, le Ghana a adopté la politique de TPI appuyant l’administration aux femmes enceintes de trois doses de TPI. Remarquons que le CDC a indiqué que ce n’est que face à une prévalence de 10% ou plus de VIH, il s’avère plus rentable de donner 3 doses de TPI à toutes femmes enceintes.

Les leçons tirées par le Ghana sont :

- Consensus à tous les niveaux;
- Implication de tous les intéressés dès le commencement—surtout au niveau de la santé génésique, de l’approvisionnement, des ONG, et du secteur privé;
- L’importance de l’IEC soutenue et répétée mais ne pas commencer l’IEC avant que les produits ne soient prêts ;
- L’importance de programmer les activités ;
- La supervision des activités ; établir un système de supervision.

**Traitement préventif intermittent à la SP et prophylaxie des infections opportunistes au Triméthoprim-Sulfaméthoxazole**—Le Docteur Kwame Asamoah a présenté les liens entre le CTX et la SP chez les femmes enceintes ainsi que les bénéfices du CTX aux femmes séropositives-VIH et les implications pour celles ayant une double infection. Le CTX a un effet anti-paludéen similaire à celui de la SP. En outre, le CTX et la SP sont semblables au niveau chimique, avec évidence d’une résistance croisée au *P. falciparum* entre les deux médicaments. Toutes les femmes séropositives-VIH devraient recevoir le CTX. Il faut éviter l’utilisation simultanée de la SP et du CTX, car une telle combinaison résulte en une augmentation décuple de réactions néfastes sévères aux médicaments. Le consensus sortant est que les véritables bénéfices du CTX pour les femmes séropositives-VIH l’emportent sur le risque inconnu de compromettre l’efficacité des antipaludéens antifolates.

Cette information a des implications programmatiques importantes que le GTPG a convenu de discuter plus en détail le deuxième et troisième jours de la réunion. Certaines de ces implications sont : a) le besoin de considérer l’intégration des services ; et b) le besoin d’élaborer des études de case et de faire face aux questions de mise en œuvre.

## **Deuxième jour—29 avril 2004**

### **Objectifs :**

- 1. Identifier les implications programmatiques pour l’extension d’échelle, des recommandations et des étapes d’action provenant des mises à jour régionales et techniques ;**
- 2. Discuter des mises à jour techniques se rapportant à la prévention et au contrôle du paludisme pendant la grossesse ;**
- 3. Initier le processus du développement des énoncés de consensus concernant les questions clés ;**
- 4. Fournir des conseils techniques et des intrants pour les Directives cliniques de l’OMS/AFRO pour la prise en charge et la prévention du paludisme pendant la grossesse ;**
- 5. Examiner les constatations du passage en revue du Consortium RBM des groupes de travail du RBM et fournir des observations et recommandations supplémentaires.**

Judith Robb-McCord a souhaité la bienvenue aux participants le deuxième jour de la Réunion du GTPG en récapitulant brièvement les activités du premier jour. Elaine Roman a présenté l'agenda pour le deuxième jour, révisé en fonction des activités du premier jour. On y a ajouté deux articles : 1) des contributions aux directives cliniques et 2) la fonction du GTPG ).

**Prestation du TPI à base communautaire**—Le Docteur Peter Kezembé a présidé cette séance. Le Docteur Antoinette Ba a présenté le *Rôle des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles dans la prévention et le contrôle du paludisme*. Cette séance a posé la fondation d'une discussion des prestations de services communautaires, mettant l'accent sur la distribution des TPI au niveau communautaire et à domicile. Le Docteur Kazembe a présenté les questions clés :

- Les directives et la réglementation pour la distribution des médicaments varient d'un pays à l'autre ;
- Nous promovons le TPI par l'entremise des consultations prénatales en tant que kit intégré de services ; la distribution à domicile nécessiterait l'entretien d'un kit intégral de soins ;
- Il existe des questions autour des agents de santé communautaires adéquatement formés et la question, comment assurer leur compétence et leurs connaissances qui leur permettent de gérer la distribution communautaire ou à domicile ; et
- Le fait que pour que ces services soient efficaces à long terme, il faut mettre en place des mécanismes pour l'appui communautaire soutenu.

La présentation du Docteur Ba a mis en valeur le raisonnement pour la distribution communautaire des TPI. La clé de ce système est de toucher les femmes qui n'ont pas accès aux consultations prénatales. Le Kenya et l'Ouganda ont des programmes pilotes de distribution communautaire du TPI. En Ouganda le projet inclut les conseils pour le paludisme pendant la grossesse, la prestation de TPI et la référence des clientes pour les soins prénatals. Certaines des questions principales sont : a) le besoin d'adapter le projet au contexte et au milieu de manière appropriée ; b) l'administration de médicaments par les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles ; c) la question de savoir si les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé communautaires ont les capacités à offrir les services sans compromettre leur qualité ; d) le besoin de s'assurer que les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles soient en mesure de référer les femmes éprouvant des complications vers le niveau de soins appropriés; et, e) comment lier les prestataires à base communautaire aux soins à base de structure sanitaire. Les accoucheuses traditionnelles et/ou les agents communautaires ne compensent pas un système dysfonctionnel de prestation de soins de santé.

L'implication de la communauté dans le système de soins de santé n'est pas à discuter—elle est indispensable. Le niveau de soins à domicile fait partie intégrante de la définition du système sanitaire. Il existe un continuum de soins de domicile à l'hôpital. Nous devons mettre la main dans les poches de la population qui ne reçoit pas les soins de qualité tout en continuant à renforcer les soins à base de structures sanitaires. Nous devons rechercher davantage de réponses à la question, comment faire ceci de manière efficace et de bonne qualité. La recommandation provenant de l'OMS maintient que le

TPI devrait être administré par l'intermédiaire des structures de soins prénatals. Cependant, dans les zones de paludisme endémique, où la fréquentation des soins prénatals est faible, les programmes auront besoin d'évaluer les stratégies les plus rentables pour contrôler le paludisme pendant la grossesse, dont les prestations de soins à base communautaire. (OMS/AFRO Structure stratégique 2004, sous presse) Il y a eu des discussions concernant la prévention et le contrôle du paludisme dans les milieux d'urgence et de réfugiés. La Structure stratégique OMS/AFRO pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse fournit des lignes de conduite et des recommandations concernant la distribution communautaire du TPI qu'il faut utiliser pour conseiller les pays faisant face à ces questions.

**Contributions aux lignes de conduite clinique** — Le Dr Kazembe a facilité cette séance. Les participants ont fourni un feed-back à l'OMS/AFRO. Ces remarques sont disponibles sur demande dans une annexe séparée, au bureau de JHPIEGO. Ces commentaires ont été remis au Docteur Ba pour lui permettre de les considérer et d'y ajouter son intrant.

**Paludisme pendant la grossesse et infection au VIH**—Le Docteur Kwamé Asomoa a présenté au GTPG l'effet du VIH sur le paludisme pendant la grossesse. Selon une étude récente menée à Kisumu, au Kenya, les femmes séropositives-VIH enceintes courent un risque relatif plus élevé de développer le paludisme périphérique, placentaire et clinique. L'infection paludéenne chez les femmes enceintes stimule la reproduction de la charge virale. Une infection double au paludisme et au VIH chez les femmes enceintes contribue à l'anémie maternelle, au faible poids de naissance avec un risque accru autour de la survie de l'enfant. Le GTPG a reconnu que cette présentation avait des implications programmatiques importantes. Des études supplémentaires sont en cours pour étudier les relations entre le VIH, le paludisme et la transmission du VIH de la mère à l'enfant. On espère que les données de ces études répondront à la question critique : quel rapport existe-t-il entre le paludisme chez les femmes séropositives-VIH et le risque accru de transmission du virus de la mère à l'enfant ?

Le Docteur Juliana Yartey a donné une mise à jour au GTPG sur la position de l'OMS envers l'interaction entre le VIH et le paludisme. L'OMS a organisé un groupe de travail pour passer en revue l'évidence, les questions rémanentes et les problèmes et ce groupe. L'OMS convoquera une réunion consultative en juin 2004 pour élaborer une déclaration avant la conférence globale sur le VIH/SIDA qui se tiendra à Bangkok au Thaïlande en juillet 2004. Un effort continu à l'OMS parmi les unités de santé génésique, de VIH et du paludisme vise à établir des sites d'apprentissage dans le Mozambique et l'Ouganda pour lancer des programmes intégrés de santé génésique, dont le paludisme pendant la grossesse, et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Il existe une structure pour l'intégration (présentée à la réunion du GTPG en Tanzanie en 2003); un énoncé de position et des évaluations de la prestation de services intégrés dans le Mozambique et l'Ouganda sont en cours. Des actualisations sur la mise en œuvre de programmes intégrés de prévention de transmission de la mère à l'enfant en Tanzanie et en Ouganda ont aussi été présentées.

**Paludisme pendant la grossesse dans les milieux à faibles ressources**—CDC est en train de mener une revue de la littérature sur les stratégies appropriées aux régions de faible transmission. Il faut établir un consensus sur ce que veut dire « faible transmission » et une étude ultérieure sur la question quand l'adoption du TPI ou de la prise en charge de cas ou des deux stratégies sont-elles avantageuses, si pertinentes.

**Feed-back au Conseil d'administration du RBM concernant la fonctionnalité du GTPG**—Alison Bell a présenté les termes de référence pour le travail entrepris par le Consortium sur le paludisme, dans l'intérêt du partenariat RBM, pour documenter la fonctionnalité des groupes de travail. Pour le moment, les groupes de travail continueront à fonctionner. La revue inclut les constatations suivantes :

- On a suggéré le développement d'indicateurs pour mesurer les réussites et pour s'assurer que les Groupes de travail sont axés sur le produit.
- Les Groupes de travail se composent de représentants de diverses organisations. Beaucoup de produits énumérés par les Groupes de travail sont la responsabilité des organisations, et non celle des Groupes de travail en soi. Ceci entraîne des implications concernant la durabilité des Groupes de travail et leurs capacités d'appuyer le développement de produits lorsque les ressources—tant humaines que financières—sont limitées.
- Il importe de revoir la liste des membres avec une expertise équilibrée d'opération et de recherche et de s'assurer d'avoir une représentation africaine adéquate.

Parmi les recommandations sont les suivantes : a) Les activités des Groupes de travail devraient comporter une limite de temps ; b) Nommer une personne au sein du Secrétariat RBM pour coordonner avec les Groupes de travail.

### **Recommandations:**

#### ***Fonctionnalité***

- Les recommandations actuelles sont positives et renforceront la responsabilité du GTPG.
- Le Conseil d'administration RBM devrait étaler de manière claire leurs attentes pour le GTPG, en particulier leurs recommandations sur la manière dont il va appuyer les efforts programmatiques aux niveaux national et sous-régional. Actuellement, le CTPG œuvre pour appuyer les efforts au niveau de la sous-région avec les Réseaux et les Coalitions. Est-ce qu'on attend des groupes de travail d'étendre cette interaction et quelle et la position du Secrétariat sur la manière dont les groupes de travail vont disséminer l'information et les recommandations ? Ceci se fera-t-il par l'entremise du Partenariat RBM ?
- Il faut définir le terme « produit ». Aux yeux du CTPG, le produit n'est pas quelque chose que le CTPG développe dans le vide ; le CTPG facilite, plutôt l'assistance technique et les intrants aux produits de RBM.
- Il faut qu'il y ait de la responsabilité de la part du Conseil d'administration RBM avec la communication entre le Conseil et les groupes de travail. Ceci signifie non seulement exprimer les attentes mais aussi faciliter les tâches d'acheminer les conseils et les produits à travers les voies de communication appropriées.

- Le Secrétariat devrait mettre en place l'appui financier pour apporter un appui aux Groupes de travail, par exemple, les fonds pour les déplacements de ceux qui n'ont pas les ressources nécessaires.

### **Indicateurs**

- Les indicateurs se trouvent dans les termes de référence du GTPG.

**Développer le consensus et les recommandations concernant les questions clés**—Le GTPG est un élément clé de l'extension d'échelle efficace de la mise en œuvre de programmes de paludisme pendant la grossesse. Le troisième jour, après avoir revu les discussions du premier et du deuxième jour, le Groupe de travail a convenu de se partager en trois groupes et de développer des recommandations pour :

- La gestion de cas de paludisme pendant la grossesse ;
- La distribution du TPI au niveau communautaire et l'utilisation du TPI selon le milieu de transmission et dans les régions de résistance croissante ; et
- la question de VIH et paludisme : intégration des services

**Premier Groupe** – Gestion des cas de paludisme pendant la grossesse—Le GTPG fera des recommandations (version préliminaire de problèmes et de questions) à soumettre au Groupe de travail pour la Gestion des cas pour que celui-ci fasse des recommandations et en discute. (Antoine Serufilira, Jackson Sillah, Alison Bell)

**Deuxième Groupe** – Traitement préventif intermittent (TPI), dont la distribution à base communautaire, l'utilisation selon le milieu de transmission et l'utilisation dans les zones de résistance croissante. (Winnie Mwebesa, Seipati Mothebesoane-Anoh, Antoinette Ba, Peter Kazembe)

**Troisième Groupe** – VIH et Paludisme : intégration des services (Elaine Roman, Michele Folsom, Mark Young, Kwame Asamoah, Juliana Yartey, Joyce Ablordeppey)

### **Groupe de Travail RBM pour l'extension d'échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide : Déclaration concernant l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) pendant la grossesse pour le Groupe de travail Paludisme pendant la grossesse de RBM**

Le Groupe de travail WIN a soumis un énoncé de recommandation au GTPG à passer en revue et adopter. Tel que soumis, l'énoncé dit :

*Il existe de l'évidence considérable de l'effet bénéfique aux mères et à leur nouveau-né résultant de l'utilisation des MII pendant la grossesse et la période post-natale dans les zones de transmission moyenne ou élevée du paludisme. Bien qu'il reste des lacunes dans l'évidence concernant les zones de faible transmission ou de transmission hautement saisonnière ou instable dans les régions telles que l'Afrique septentrionale, la corne d'Afrique et certaines régions d'Asie, il est probable que les MII aident également à protéger contre le paludisme pendant la grossesse dans de tels milieux. Pour cette raison, le Groupe de travail pour l'extension d'échelle des MII recommande au Groupe*

*de travail pour le Paludisme pendant la grossesse de promouvoir l'utilisation des MII dans toute région paludéenne en tant que composante universelle de tous les programmes de paludisme pendant la grossesse, conjointement avec la gestion de cas et le TPI là où c'est recommandé.*

Après avoir passé en revue cet énoncé, le GTPG a convenu d'amender la déclaration comme suit :

*Il existe de l'évidence considérable de l'effet bénéfique aux mères et à leur nouveau-né résultant de l'utilisation des MII pendant la grossesse et la période post-natale dans les zones de transmission moyenne à élevée du paludisme. Il reste des lacunes dans l'évidence concernant les zones de faible transmission ou de transmission hautement saisonnière ou instable. Pourtant, il est probable que les MII aident également à protéger contre le paludisme pendant la grossesse dans de tels milieux. Pour cette raison, le Groupe de travail RBM pour le paludisme pendant la grossesse recommande de promouvoir les MII conjointement avec la gestion efficace de cas et le TPI (là où c'est recommandé) en tant que composantes essentielles des services de santé génésique pour les femmes enceintes dans toute région paludéenne.*

Le GTPG a approuvé cette déclaration et il va maintenant l'envoyer au Secrétariat RBM pour le passage en revue et l'approbation du Conseil d'administration.

### **Troisième Jour—30 avril 2004**

Le troisième jour, les groupes travaillant en 3 équipes, tel que mentionné plus haut, se sont focalisés sur le développement des recommandations à soumettre au Secrétariat et au Conseil d'administration RBM. Le groupe de travail étudiant « la distribution du TPI au niveau communautaire et l'utilisation du TPI selon le milieu de transmission » et le groupe se penchant sur « VIH et paludisme : intégration des services » ont développé des recommandations finales à soumettre au Secrétariat RBM et au Conseil d'administration. Une fois ces recommandations approuvées, le GTPG voudrait les voir disséminées par le Conseil d'administration RBM et le Secrétariat aux partenaires nationaux et globaux œuvrant dans les domaines de santé génésique, maternelle et infantile, et de paludisme et VIH/SIDA.

#### **Premier Groupe—Gestion de cas**

L'équipe de Gestion de cas a décidé qu'elle avait besoin de temps supplémentaire pour revoir les questions et décider comment les présenter au Groupe de travail pour la Gestion de cas. Il est attendu que cette révision sera complétée et présentée comme amendement à ce procès verbal dès juillet 2004.

#### **Deuxième Groupe — Distribution du TPI au niveau communautaire**

Le groupe a fait une recommandation générale concernant la Structure stratégique de l'OMS/AFRO pour la prise en charge du paludisme pendant la grossesse et la section « Prospectives pour la programmation à base communautaire. » (Opportunities for Community-based Programming). On a suggéré que le titre « accoucheuse traditionnelle » dans le deuxième paragraphe soit changé en « agent de santé communautaire ». Des représentants d'OMS/AFRO transmettront cette recommandation pour qu'elle soit incluse dans la Structure stratégique.

#### **Distribution du TPI au niveau communautaire**

En tant que composante des services de santé génésique, la clinique prénatale est le point de services approprié pour le TPI dans les régions où les femmes fréquentent les services prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Dans les zones où les services de soins prénatals ne sont pas bien développés et où la fréquentation est faible, il faut examiner d'autres possibilités, dont la prestation de TPI à base communautaire. En attendant, il faudrait renforcer les systèmes sanitaires et établir des liens avec le système sanitaire formel pour s'assurer que la distribution de TPI à base communautaire ne soit pas une activité isolée.

#### **Les questions à considérer lors de la mise en œuvre de programmes de distribution au niveau communautaire incluent les suivantes :**

1. Ressources humaines :
  - Formation et supervision des agents de santé communautaire
  - Compétences : capacité d'identifier la grossesse et de déterminer l'âge gestationnel
  - Maintien des agents de santé communautaire par le biais de plans de compensation/motivation

## 2. Gestion des médicaments :

### Distribution et qualité des médicaments

- Mettre en place un règlement pour s'assurer que l'obtention/distribution des médicaments est contrôlée
  - Comment le système sanitaire va-t-il gérer la distribution des médicaments aux agents de santé communautaire ?
  - Comment assurer la qualité des médicaments ? (Les capacités pour tester la qualité des médicaments dans certains pays sont limitées, surtout si l'obtention ne se fait pas par l'intermédiaire des stocks médicaux centraux)
  - Gestion de l'accès aux médicaments achetés sans ordonnance (over the counter—OTC) (secteurs formel et informel).
- Question de coûts
  - Fonds renouvelables pour les médicaments
  - Subventions
  - Partenariat entre les secteurs public et privé : solution à considérer

## 3. Prestation de services

- Appui réglementaire et gestionnaire pour lier les communautés aux prestations de services à base de structure sanitaire ;
- La distribution du TPI devrait faire partie de l'ensemble intégré des services prénatals.
- L'aiguillage des femmes enceintes vers les soins prénatals et l'accouchement par un prestataire compétent.

## 4. Supervision et Evaluation

- Définir les indicateurs et les intégrer au Système d'Information sur la Gestion sanitaire (Health Management Information System —HMIS).
- Rapports mensuels des agents de santé communautaire
- Recueil de données lors de l'enquête démographique et sanitaire (DHS) et de l'enquête communautaire à domicile

### **Troisième Groupe—Services intégrés de santé génésique : Paludisme et VIH chez les femmes enceintes**

#### **Interaction between HIV and Malaria**

Des études ont démontré les interactions entre le paludisme et le VIH. L'infection paludéenne contribue à la charge virale accrue et l'infection à VIH augmente l'incidence et la gravité du paludisme clinique. L'accroissement de la charge virale est associé à la transmission accrue et éventuellement à la progression de la maladie. Chez les adultes non-enceintes, il s'est avéré que le VIH double à peu près le risque de paludisme clinique. Les femmes enceintes infectées par le VIH et du paludisme sont à risque plus élevé de contracter l'anémie, d'avoir un accouchement précoce et de donner naissance à un enfant de faible poids de naissance. En conséquence, les enfants nés de mères doublement infectées sont à risque beaucoup plus élevé de décès pendant la période post-natale que les enfants nés de mère infectées uniquement de paludisme ou de VIH.

### **En avant ! Recommandations programmatiques**

Les interactions entre le VIH et le paludisme auront des implications significatives pour la programmation dans les régions de haute prévalence des deux maladies. La haute prévalence du double fardeau du VIH et du paludisme dans les régions telles que l'Afrique souligne le besoin de mesures simultanées de prévention et de contrôle. La prévention du VIH/SIDA devrait constituer une composante capitale du contrôle de la prévention du paludisme, et la prévention et le contrôle du paludisme devrait être un élément important des programmes de contrôle du VIH/SIDA. Ceci nécessite des partenariats efficaces et la collaboration entre ces deux programmes. Pour les femmes enceintes, la prestation d'interventions pour la prévention et le contrôle du paludisme et du VIH, dont la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, est indispensable.

**Pour ces raisons, le Groupe de travail pour le paludisme pendant la grossesse recommande une solide collaboration entre les programmes de VIH/SIDA et de paludisme pour la prestation d'interventions à travers tous les services de santé génésique, afin d'achever les résultats optimaux au niveau de la santé.**

RBM reconnaît les services prénatals comme étant le point de prestation d'interventions pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse et l'organisation a développé un partenariat avec les interventions pour la santé génésique à cette fin. La prestation de services efficace pour combler les besoins des fardeaux de maladie du VIH/SIDA et du paludisme nécessite le renforcement des soins prénatals pour offrir un ensemble intégré d'interventions. Cet ensemble intégré devrait inclure le traitement préventif intermittent (TPI), les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), et la gestion efficace de cas pour la prévention et le contrôle du paludisme et du VIH, dont la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

### **RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REUNION**

En fonction des discussions pendant la période de trois jours, le GTPG a convenu de la liste suivante de recommandations pour l'action future :

- Inclure dans le GTPG la représentation de partenaires clés œuvrant en VIH et santé néonatale (c'est à dire, des représentants des partenaires clés au niveau de la politique—ne dépassant pas 2 représentants pour chaque domaine technique)
- Etablir des liens formels entre et parmi les groupes de travail RBM, en commençant par les présidents et co-présidents à Genève au cours des 3 à 6 mois prochains.
- Encourager une réunion africaine régionale pour partager la base d'évidence sur l'interaction entre le paludisme et le VIH chez les femmes enceintes.
- Communiquer au GTPG l'approbation par le Secrétariat RBM et le Conseil de partenariat des termes de référence du GTPG.

## **ACTIONS**

- Développer un dossier d'abrévés sur l'interaction du VIH avec le paludisme à distribuer aux réseaux régionaux, coalitions, partenaires et pays.
- Développer une liste (un passage en revue de la recherche) des études en cours ou projetées sur l'interaction du VIH avec le paludisme chez les femmes enceintes et le risque de transmission de la mère à l'enfant. Le Groupe de travail a décidé d'établir un groupe spécial qui va examiner toutes les questions et les problèmes pour en tirer une liste complète de questions faisant état des besoins nationaux.
- Discuter avec les membres clés (par exemple : CDC, MIPESA, OMS) de la possibilité de développer des présentations pour la Conférence de l'OMS sur les meilleures pratiques internationales en santé génésique, qui se tiendra en Ouganda en juin 2004.
- Le GTPG devrait lire la version préliminaire du rapport d'évaluation rédigé par le Groupe de soins maternels et infantiles (MC Working Group) et donner un feedback à Judith Robb-McCord concernant les accomplissements du GTPG.
- Rechercher d'autres occasions pour les participants au GTPG de participer à des conférences globales, régionales et sous-régionales.
- Le représentant de PATH devrait faire suite avec les groupes de travail sur la communication concernant leur brochure sur la stratégie et le plaidoyer pour la faire passer en revue par le GTPG.
- Déterminer pourquoi les collègues de certains groupes, dont SAMS, le WARN et le RAOPAG, ne sont pas venus à la réunion et déterminer ce qu'il faut faire pour assurer leur participation future.

## **PROCHAINES ETAPES**

Le procès verbal sera finalisé et envoyé au Secrétariat avant la fin mai. Les recommandations seront envoyées au Secrétariat de RBM avant la fin mai. Le président du Groupe de travail enverra la déclaration révisée sur le MII au WIN et les recommandations sur la gestion de cas pour le paludisme pendant la grossesse au Groupe de travail pour la gestion des cas.

La prochaine réunion aura lieu début octobre 2004. Le Secrétariat va s'informer sur la possibilité de tenir la réunion à Madagascar, au Rwanda ou à Zanzibar.

Suggestions pour le prochain agenda :

- Passage en revue d'une fiche d'informations sur le paludisme pendant la grossesse incorporant la fiche d'informations de l'OMS sur le dosage pour le TPI ;
- Passage en revue des indicateurs pilotes pour le paludisme pendant la grossesse;
- Prévention et contrôle du paludisme en situations d'urgence dont les milieux de réfugiés, de population déplacées, etc.