

**SEPTIEME REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL POUR LE PALUDISME
PENDANT LA GROSSESSE DU PARTENARIAT FAIRE RECULER LE
PALUDISME (ROLL BACK MALARIA—RBM)**

10-12 OCTOBRE 2006

HOTEL BOLINGO

ABUJA, NIGÉRIA

PROCES VERBAL : VERSION PRELIMINIAIRE

Président: Docteur Juliana Yartey

Co-président : Docteur Claude Emile Rwagacondo

Objectifs de la réunion :

- 1. Discuter de l'actualisation technique et des expériences nationales au niveau de la programmation se rapportant à la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse, et faire des recommandations appropriées**
- 2. Mises à jour de la part des partenaires RBM mondiaux et régionaux**
- 3. Renforcer la collaboration parmi les réseaux sous-régionaux pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse (PPG).**

Premier Jour : 10 octobre 2006

Cérémonie d'ouverture

Facilitateur: Dr. Gaudens Ntadom

Le Docteur Juliana Yartey a souhaité la bienvenue aux participants et a fourni de brefs antécédents du groupe de travail et de son but. Elle a souligné le fait que le rôle du groupe de travail est de partager les meilleures pratiques et d'appuyer les efforts des pays de mettre à l'échelle les programmes et de porter à l'attention des membres de RBM les problèmes influençant la mise en œuvre et la mise à l'échelle des interventions de PPG. Le

Professeur. F. Okonofua, Président de la FIGO, Nigéria a donné une description du rôle de la FIGO au niveau de la Maternité à moindre risque et il a reconnu un besoin augmentant de l'implication des associations professionnelles, telles que la FIGO et l'ICM de s'engager dans le problème du paludisme pendant la grossesse. Il a exprimé son appui solide aux programmes



de PPG et il a souligné le fait que pour atteindre les buts du Développement pour le Millénaire il faut se focaliser sur le paludisme, car cette maladie est responsable d'une proportion significative des décès maternels — 11% des décès maternels au Nigéria. Le Docteur Wilson Were du Programme mondial pour le paludisme (Global Malaria Program) de l'OMS Genève a présenté une vue générale du fardeau actuel du paludisme pendant la grossesse et l'étendu de l'utilisation d'interventions efficaces. Il a souligné les différentiels au niveau de la couverture des interventions de PPG. Il a cité comme défis la faible couverture de TPI— surtout du TIP2 et des moustiquaires traitées d'insecticides ; la résistance augmentant du *Plasmodium falciparum* à la Sulphadoxine pyriméthamine (SP) et le manque de nouveaux médicaments qu'on peut donner en sécurité aux femmes enceintes. Il a plaidé pour l'adoption et la mise en œuvre de programmes globaux pour le paludisme pendant la grossesse, la surveillance de la résistance à la SP, tout en continuant avec le TPI en tant que stratégie pour la région africaine. Le Docteur Soffola a présenté son Excellence, le Ministre de la Santé du Nigéria et le Président du Partenariat RBM du Conseil d'Administration de RBM, le Professeur Eytayo Lambo. Le Ministre de la Santé a honoré la cérémonie d'ouverture de la 7^{ième} réunion du Groupe de Travail pour le Paludisme pendant la Grossesse par sa présence. Dans son discours d'ouverture aux participants il a souligné l'efficacité de la prestation du TPI/SP dans le cadre des consultations prénatales pour réduire la prévalence de l'anémie maternelle, de la parasitémie placentaire et du faible poids de naissance. Le Ministre a aussi souligné l'importance des colloques (fora) tels que le MIP WG pour faire avancer le contrôle du paludisme.

Expériences en programmation nationale : Acquis, défis, leçons tirées et plan de mise à l'échelle. Président de la séance: Docteur Emmanuel Gemade, UNICEF, Nigéria

Nigéria

Le Docteur Emmanuel Gemade a invité les participants nigériens à donner une vue générale de la situation concernant le PPG dans ce pays. Le Docteur Ntadom, membre du Programme national pour le Contrôle du Paludisme, a fourni un résumé de l'état de la santé maternelle au Nigéria, la contribution du paludisme à la mortalité maternelle et les acquis et défis du programme de PPG au Nigéria. Quatre des trente-six états (Plateau, Nasarawa, Ebonyi et Lagos) du Nigéria furent invités à fournir une mise à jour de la situation du paludisme pendant la grossesse dans leur programme.

Au niveau national :

La mortalité maternelle au Nigéria est l'une des plus élevées du monde, soit : 704/100,000 naissances vivantes. Le paludisme est responsable de 11% des décès maternels. Le Nigéria utilise une approche axée sur les soins focalisés prénatals (FANC) par laquelle le TPI/SP est administré par observation directe. (DOTS, sigle anglais). Le paludisme non compliqué pendant la grossesse est traité avec la quinine pendant le premier trimestre et avec l'ACT lors des deuxième et troisième trimestres. Le paludisme sévère est traité à la quinine/IM, l'Artémether IM ou l'Artésunate IM. Le Programme national de contrôle du paludisme (NMCP) a introduit une réponse coordonnée dont les accomplissements incluent la formation des prestataires en FANC, PPG et production de matériel éducatif (IEC). Un million de doses de SP ont été procurées lors du Cycle 2 du GFATM (Fonds mondial pour le SIDA, la

Tuberculose et le Paludisme) et 73,000 doses ont été procurées lors du quatrième cycle. En tout, 17% des femmes enceintes reçoivent deux doses de SP.

Problèmes clés et Recommandations :

- Le Nigéria est clairement engagé à résoudre le problème du PPG au Nigéria
- Il existe certaines lacunes dans la réalisation de cette politique, dont la logistique, la disponibilité de la SP et l'utilisation correcte de ce remède
- Les MII (moustiquaire imprégnées d'insecticide) et le TPI (traitement préventif intermittent) devraient être intégrés aux soins prénatals en tant que volet d'une stratégie globale
- Il est nécessaire de mettre à l'échelle les interventions efficaces pour atteindre toute la population des femmes enceintes
- Forger un partenariat plus solide pour atteindre toutes les femmes enceintes. (Le partenariat actuel est fragmentaire.)
- Améliorer les systèmes d'outils de surveillance et évaluation (M&E) et au niveau national pour évaluer la réussite du programme
- Améliorer l'engagement des états et des LGA au niveau de l'obtention et déboursement des fonds pour le PPG
- Améliorer la collaboration entre le NMCP et les gestionnaires de programmes de SR pour une mise en œuvre efficace du programme de PPG

Au niveau des états :

Dans l'état de **Plateau**, 70% des femmes enceintes font une parasitémie paludéenne par opposition à 23% au niveau national. L'état a formé 221 agents sanitaires et 3 621 « mères modèles » ont reçu une formation en PPG. Des distributeurs communautaires assurent la livraison des MII en collaboration avec les Programmes de Filariose. Dans cinq des 12 gouvernements locaux (LGA), on a obtenu une couverture de MII de 60 à 80%.

Dans l'état de **Nasarawa**, 206 prestataires ont été formés en PPG mais ils attendent toujours les fournitures de SP pour le TPI. Des officiels de l'état ont mobilisé les communautés et 90% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

L'état d'**Ebonyi** a obtenu une couverture de 25% de TPI d'août 2005 à septembre 2006. L'UNICEF a fourni des moustiquaires traitées et les insecticides ont été fournis à trois gouvernements locaux (LGA) clés par l'UNICEF. Le matériel et le sonal publicitaire (jingle) pour la sortie dans la communauté (outreach) ont aussi été développés. Approximativement 120 agents sanitaires ont reçu une formation sur le TIP/FANC pendant la même période. Il faut davantage de SP pour atteindre une couverture plus élevée.

L'état de **Lagos** a une utilisation faible de soins prénatals : moins de 40% des femmes enceintes ont accès à des services de soins prénatals. Les directives nationales pour le paludisme pendant la grossesse ont été distribuées par des officiels de l'état. L'année dernière plus de 50 000 femmes ont reçu le TPI, dont 70% ont reçu une seule dose et 30% ont reçu deux. L'état de Lagos élargit sa couverture en travaillant avec les accoucheurs traditionnels et les prestataires de soins de santé du secteur privé. Les

MII sont distribuées à titre gratuit à des femmes enceintes par l'entremise d'un système de bons.

Problèmes clés et Recommandations :

- Nécessité de standardiser la politique de mise en œuvre à travers les états pour que l'impact mesuré à travers tous les états soit comparable
- Mettre à l'échelle la mise en œuvre des interventions de PPG
- Mobiliser davantage de ressources et plaider pour le PPG
- Valoriser la documentation efficace de surveillance et d'évaluation (M&E)
- S'assurer que la SP est réservée pour le PPG en tant que politique nationale

Recherche

- Plusieurs chercheurs locaux ont présenté les constatations d'une recherche récente en cours, financée par l'USAID au Nigéria. Les thèmes de la recherche étaient les suivants :
 - Aspects cliniques et de laboratoire du paludisme congénital au Nigéria
 - Paludisme péri-partum au Nigéria: Etat actuel et impact sur les résultats néonataux
 - Epidémiologie du paludisme congénital au Nigéria: Etude dans des centres multiples
 - Utilisation des mesures préventives pour le paludisme pendant la grossesse et la parasitémie placentaire/néonatale



Constatations clés :

Le paludisme congénital n'est pas si rare

Douze mois d'étude continue dans quatre sites de recherche ont trouvé des phases asexuelles de la parasitémie paludéenne chez 5,1% (95/1875) des nouveau-nés, dont 39% étaient symptomatiques. Ce trait s'associe :

- à l'âge gestationnel raccourci
- au travail prolongé
- aux ruptures des membranes de longue durée
- à la parasitémie maternelle et placentaire antepartum

Paludisme péripartum

Au Nigéria, une femme sur cinq fait une parasitémie lors de l'accouchement. L'âge maternel de moins de 20 ans est le facteur prédisposant le plus important. Les résultats majeurs du paludisme péripartum furent :

- réduction du poids de naissance moyen
- proportion élevée de bébés de faible poids de naissance
- réduction de l'hématocrite maternel

Constatations de la recherche épidémiologique

- Le paludisme est détecté toute l'année
- Le paludisme est le plus commun chez les primi- et secondigestes

- Le paludisme pendant la grossesse est souvent asymptomatique
- La symptomatologie n'est pas liée à la densité parasitaire
- Une femme enceinte fébrile court un risque de paludisme deux à trois fois plus élevé
- L'anémie est solidement liée au parasite paludéen, même s'il n'y a pas de symptômes manifestes

Constatations sur le TPI

- Les connaissances moyennes du TPI sont inférieures : 63,7%
- L'application de cette intervention qui sauve les vies (14,9%) est inférieure au niveau acceptable, même chez les praticiens de médecine en général et chez les obstétriciens en particulier
- Il y a besoin de mener des ateliers de TPI pour augmenter les capacités et le contrôle du paludisme dans l'état Cross River pour rééduquer les prestataires de soins de santé

Recommandation générale :

- Améliorer la collaboration entre les chercheurs du NMCP et de PPG et harmoniser l'utilisation des résultats de la recherche pour mettre en œuvre le programme de PPG

L'Expérience de l'Ouganda

La présentation finale de la journée fut une présentation nationale sur le PPG en Ouganda. Soixante-six pour cent des femmes enceintes portent des parasites du paludisme, 18% souffrent d'une anémie sévère et il y a une incidence élevée d'insuffisance pondérale chez les bébés. (L'incidence d'insuffisance pondérale dans les zones holoendémiques est supérieure à 20%.) En Ouganda, le PPG est intégré à la mise en œuvre de la Santé reproductive et du PPG en cours dans tous les districts. On a identifié des embouteillages et on est en train de les corriger.)

Conclusions et Recommandations du premier jour

- Il faut adopter une approche globale au PPG, pas simplement se limiter au TPI.
- L'intégration de la livraison des MII dans le cadre des soins prénatals présente des défis logistiques, tels que le besoin de locaux d'emménagement, qu'il faut surmonter,
- Il y a besoin d'une directive claire de la part de l'OMS pour la prise en charge des cas de paludisme pendant la grossesse, surtout pour ce qui est de l'utilisation des thérapies combinées à l'artémisinine (TCA, ACT en anglais)] et d'autres médicaments antipaludéens.



- L'assistance tardive aux soins prénatals, les croyances et attitudes des femmes enceintes et des prestataires, ainsi que la logistique, posent un défi à l'assimilation du TPI qui résulte en une faible assimilation du TPI 2.
- Besoin d'amélioration des systèmes de supervision et évaluation (M&E) pour renforcer la documentation des progrès, des réussites et des défis.
- La recherche montre que le PPG impose un lourd fardeau sanitaire sur les mères et les nouveau-nés.

Deuxième jour : 11 octobre 2006

Le deuxième jour a débuté avec une présentation par le Docteur Bill Brieger du sommaire des délibérations du jour précédent, suivi de présentations des expériences nationales de la Guinée équatoriale et du Bénin.

Expériences en programmation nationale (suite) : Président : Docteur Kindé-Gazaard

La **Guinée équatoriale** n'a pas encore de politique pour le PPG mais elle a commencé la mise en œuvre du TPI. On donne trois doses de TPI aux femmes enceintes la 16^{ième}, 20^{ième} et 27^{ième} semaine de la grossesse. En plus de la SP, on leur donne aussi des tablettes de fer et d'acide folique lors des consultations prénatales. Les femmes enceintes reçoivent une MII lors de la deuxième ou troisième consultation prénatale pour encourager une assistance meilleure aux consultations. Les défis incluent la disponibilité limitée d'information, les ruptures de stock de SP et la faible participation aux soins prénatals des primigestes.

Le **Bénin** a une population de 7 millions. Le paludisme est endémique, comptant une incidence de 108/1000 dans la population générale. Selon une étude récente, parmi les 48 000 femmes ayant assisté aux soins prénatals, 8 000 étaient anémiques. Le Ministère de la Santé publique a introduit un kit contenant du fer, de l'acide folique, deux doses de TPI avec SP et du Mébendazole. On vend le kit à 1 000 CFA (approximativement 2\$ EU). Le TPI à la SP est fourni par l'entremise d'un programme d'observation directe (DOT). La couverture de TPI est supérieure à 60% pour le TPI 1 mais moins de 40% pour le TPI 2 dans certaines zones. Les défis clés sont l'adhérence des prestataires, surtout ceux du secteur privé, car ceux-ci n'adhèrent pas toujours à la politique gouvernementale. L'assistance aux soins prénatals est encore faible. Il y a une résistance croissante du *Plasmodium falciparum* à la SP (22%), mais on ne signale pas d'événements adverses liés à l'utilisation de la SP. Les recommandations principales étaient de travailler plus intensément avec le secteur privé pour augmenter l'assimilation du TPI et assurer la pharmacovigilance pour surveiller le développement de la résistance antipaludéenne à la SP.

- La discussion s'est focalisée sur la cause de la lacune entre la couverture du TPI 1 et du TPI 2, et sur les raisons pour les ruptures de stock de SP pour le TPI. La SP est un médicament relativement peu cher. Pourquoi le Ministère de la Santé n'a-t-il pas prévu des fonds pour ce médicament. On a mentionné que dans la plupart des pays la SP est disponible mais il y a des problèmes de distribution interne. Une autre question dont a discuté fut la rétention des MII à une consultation ultérieure. Les participants ont considéré cette stratégie irraisonnable, étant donné que le but était de promouvoir la participation à la consultation prénatale et l'utilisation des moustiquaires précoces pendant la grossesse. On a recommandé une révision de la stratégie du Bénin. La résistance du *P. falciparum* à la SP est de moins de 5% chez les adultes. En outre, la parasitémie périphérique n'est pas aussi importante que la parasitémie placentaire. Il y a besoin de mappage moléculaire pour déterminer les niveaux de parasitémie placentaire au cours de la prise de SP. Le problème d'assimilation faible du TPI 2 au Bénin est plutôt un problème de documentation, car les outils et les mécanismes de d'évaluation

appropriée ne sont pas en place pour documenter les progrès. La plupart des femmes, pourtant, reçoivent la TPI 1.

Mises à jour techniques et programmatiques des Pulvérisations intra-domiciliaires d'insecticides à effet rémanent (IRS), Moustiquaires imprégnées d'insecticide et Médicaments antipaludéens pour le PPG.

Président : Docteur T. O. Sofola, Ministère de la Santé, Nigéria

Le Docteur Birkinshew Ameneshewa, OMS, a fait une présentation sur la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent : ce qu'elle implique et son effet sur le PPG. Selon le Dr Birkinshew, l'objectif principal du contrôle des vecteurs est de bloquer la transmission. La pulvérisation et les moustiquaires imprégnées, interventions de contrôle des vecteurs, ont un effet de masse et couvrent une population étendue. Les MII sont hautement efficaces et diminuent la mortalité infantile de 17 à 63%, et l'anémie maternelle de 47%, mais seulement 23% des foyers ont une MII et moins de 20% des enfants dorment sous une moustiquaire. La pulvérisation intra-domiciliaire est une méthode d'asperger un insecticide sur les murs pour interrompre la transmission ; elle peut assurer une couverture étendue. Le coût de la pulvérisation initiale est de 2 \$ E.U. par personne et la mise en œuvre subséquente est de 0,6 \$ par personne. Des avantages supplémentaires de la pulvérisation pour les femmes enceintes sont une distribution équitable – normalement à titre gratuit pour la population – et le fait qu'elle peut être utile dans les régions de transmission instable où le TPI ne peut pas être utilisé ; elle diminue aussi le risque général de transmission et contribue à reporter la survenue de la résistance des parasites aux drogues. Pour mettre en œuvre un programme de pulvérisation, pourtant, il faut l'engagement complet à une couverture totale, l'application régulière en temps voulu et la coopération de la communauté. En conclusion, si les immeubles dans les zones opérationnelles ont des surfaces arrosables adéquates et si le vecteur est endophile et susceptible à l'insecticide, la pulvérisation peut compléter une stratégie de prévention du paludisme. Le paludisme pendant la grossesse est une situation complexe qui implique des facteurs de risque interconnectés et il n'y a aucune mesure qui peut seul atteindre le contrôle complet de la transmission, la morbidité et la mortalité associées à cette maladie. La pulvérisation est l'une des interventions pouvant contribuer de manière significative à la prévention du paludisme pendant la grossesse par le biais de :

- Diminuer les facteurs de risque de transmission entre les populations humaines et les vecteurs
- Aborder les questions d'équité, d'utilisation soutenue et appropriée et assurer la prévention en toutes circonstances
- Contribuer à reporter la survenue de la résistance aux drogues

Discussion:

La discussion s'est focalisée autour de la sécurité de la pulvérisation intra-domiciliaire pendant la grossesse. En outre, les participants voulaient clarifier l'utilisation des MII par opposition à la pulvérisation intra-domiciliaire et la question de savoir laquelle des mesures utiliser et quand l'utiliser. Le coût de la pulvérisation semblait élevé pour permettre à la plupart des pays d'entreprendre un programme soutenu et les pays représentés n'étaient pas sûrs d'avoir les capacités nationales d'entreprendre la pulvérisation intra-domiciliaire pour le pays entier de manière soutenable. L'Afrique

du Sud fut mentionnée comme un exemple de réussite; la transmission du paludisme a été réduite à des niveaux très bas grâce aux programmes de pulvérisation intra-domiciliaire.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) Expériences et leçons tirées au niveau du marketing social (MS)

Docteur Uzo Gilpin, PSI/Nigéria

Le marketing social est l'application de techniques et de ressources du marketing commercial pour atteindre des objectifs sociaux. Pour les MII, le MS cherche à augmenter la couverture en augmentant la demande des consommateurs, leur volonté de payer, utiliser et augmenter l'accès physique et financier à ces produits. Le processus inclut le marquage d'un produit, par exemple, les MII, et la promotion par l'intermédiaire des masses média et la communication interpersonnelle. En outre, le produit est distribué à plusieurs débouchés et vendu à un prix subventionné ou commercial.

PSI a des programmes de marketing social en Angola, au Bénin, au Burkina Faso, en République démocratique du Congo (RDC), en Guinée, au Kenya, à Madagascar, au Malawi, au Mali, dans le Mozambique, au Nigéria, au Rwanda, en République démocratique de São Tomé, en Zambie et au Zimbabwe par lesquels ils ont distribué 7,7 millions de moustiquaires en 2005, dont 4,4 millions furent distribuées par l'intermédiaire des programmes de consultation prénatale. Le processus au Kenya et au Malawi, où les moustiquaires sont distribuées à l'échelle nationale, a inclus l'action de procurer l'appui du secteur public au niveau national pour l'initiative, une réunion d'une journée à laquelle ils ont invité des partenaires en paludisme au niveau de district, une formation d'une journée des équipes de gestion de district (DHMT) par PSI/MSP, une formation des infirmières par les DHMT et la livraison d'un approvisionnement en MII pour un mois (100 à 300 MII par clinique). On donne une moustiquaire à chaque enfant de moins de 5 ans et aux femmes enceintes qui montrent une carte/ un passeport de santé – qui est timbrée. Le coût de la moustiquaire est d'approximativement 0,50 \$ par moustiquaire. PSI et les DHMT effectuent des visites de surveillance/approvisionnement mensuelles. On peut installer des coffres forts (caisses) dans les structures pour collecter les paiements et augmenter la responsabilité. La distribution des MII du programme au Kenya a augmenté de manière remarquable lorsque la distribution des MII fut intégrée aux consultations prénatales.

Au Nigéria, l'assimilation des moustiquaires s'est augmentée à cause de l'augmentation observée d'un fléau de moustiques dans les Etats du Nord. Il existe des synergies au niveau de la distribution des moustiquaires à imprégnation durable (MID) avec les prestations de services de TPI à la SP et l'intégration avec les programmes de PTME aux services de consultation prénatale. Des partenariats efficaces développés avec le gouvernement, les programmes de santé reproductive et la communauté ont réduit les fuites et les vols. L'utilisation d'un produit, *WaterGuard*, pour fournir de l'eau potable saine pour le TPI s'est avérée bénéfique et le programme a achevé une mise à l'échelle rapide due aux mécanismes solides de distribution. L'expérience de PSI fait croire que les modèles qui ont fait leurs preuves peuvent être adaptés, que les programmes devraient utiliser des structures existant,

considérer la durabilité, développer de véritables partenariats au niveau de la planification, promouvoir la distribution et l'utilisation et rester flexibles.

Discussion: La discussion par les participants se penchait sur la question de savoir pourquoi les modèles du secteur public devaient être remplacés par des modèles commerciaux. Les programmes de PSI ont démontré l'utilisation augmentée des moustiquaires. Ils génèrent la demande et travaillent en partenariat avec le MSP pour répondre à une demande de moustiquaires et négocier des prix moins chers auprès des fabricants de moustiquaires. Les moustiquaires emballées devaient inclure les cordes parce que dans certains pays, les gens n'ont pas de cordes pour attacher la moustiquaire aux colonnes de lit. Les fabricants de moustiquaires à imprégnation durable ont les capacités de fournir d'avantage de moustiquaires mais des questions de systèmes d'achat compliqués et retardés entravent leur réponse en temps voulu aux commandes des pays. Au Rwanda, PSI a distribué les moustiquaires par l'entremise d'une campagne contre la rougeole, mais cela a constitué un défi étant donné que le Rwanda est principalement un pays rural et décentralisé.

Technologie des moustiquaires à imprégnation durable (MID)

M. Nnamdi Oji, fabricant des moustiquaires à imprégnation durable a présenté un court exposé de la fabrication des MID au Nigéria. Jusqu'à récemment le Nigéria importait les MII/MID des Indes. En 2005, on a établi une société appelée Netprotect Technology en collaboration avec un fabricant britannique pour produire les MID au Nigéria. La capacité actuelle appuie la production de trois millions de moustiquaires par an et on s'attend à ce que la production soit augmentée avec le temps. Les moustiquaires sont fabriquées de fil polyéthylène de 12 mm, monofilament, 100 deniers, imprégné de deltaméthrine.

Médicaments antipaludéens pour le Paludisme pendant la grossesse : Disponibilité ; Approvisionnement, Obtention et Pharmacovigilance Docteur Thidaine Ndoye, RPM+

On devrait considérer le paludisme pendant la grossesse comme un ensemble global qui inclut : le TPI/SP, au moins 2 doses (administrées lors de la consultation prénatale); les MII fournies aux femmes enceintes aussi tôt que possible dans sa grossesse ; la prise en charge des cas de maladie paludéenne et de l'anémie ; et la communication pour le changement de comportements. La SP est le médicament antipaludéen à une seule dose le plus efficace pour la thérapie préventive actuelle. Les thérapies combinées à l'artémisinine ne sont pas recommandées pendant le premier trimestre de la grossesse. Pour traiter le paludisme pendant le premier trimestre de la grossesse on utilise la Quinine I/V ou I/M. Pour le paludisme non compliqué du deuxième et troisième trimestre il faut suivre les directives nationales et pour le paludisme compliqué, la Quinine est le médicament de choix.

Le cadre pour la mise en œuvre de la nouvelle politique de PPG a inclus le développement d'un consensus, la mobilisation des ressources, l'obtention et le règlement de drogues et la pharmacovigilance. La SP et la quinine ou Artémether sont fabriqués par plusieurs fabricants mais les stocks de TCA sont limités. Les budgets nationaux et le financement par les bailleurs de fonds peuvent assurer

l'approvisionnement en SP. L'entreposage, la stabilité et l'efficacité de la SP et la quinine sont parmi les défis clés. Certaines drogues d'exportation de qualité ne sont pas au niveau du standard et beaucoup de pays ont un faible système de règlement et d'imposition. En outre, les systèmes de la chaîne d'approvisionnement ne fonctionnent pas bien et beaucoup de structures ne peuvent pas prévoir et quantifier exactement le volume des médicaments dont ils ont besoin. Pourtant, des subventions améliorent la disponibilité et l'accessibilité de la SP.

La pharmacovigilance est « la science et les activités se rapportant à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets adverses ou tout autre problème lié aux drogues. » Nous avons besoin d'un système de pharmacovigilance parce qu'il existe :

- des études limitées de post-marketing pour les TCA
- des données limitées concernant l'efficacité et la tolérance de la SP chez les groupes vulnérables
- des recherches limitées sur les interactions avec d'autres molécules
- peu de femmes enceintes qui sont en mesure de recevoir les TCA ; donc, il importe de surveiller les réactions adverses aux drogues

L'organisme de réglementation des drogues (ORD) supervise la réponse aux réactions adverses aux drogues et coordonne tous les partenaires. Exemples des constatations de l'ORD au sujet des effets adverses des antipaludéens :

Quinine: Allergie cutanée (pruritus), Hypoglycémie, cinchonisme, maux de tête, vertige et tinnitus (tintement des oreilles). La SP peut causer des réactions cutanées allergiques exceptionnellement sévères : pruritus, réactions de photosensibilité, érythrodermie exfoliative, necrolyse épidermal toxique, syndrome de Stevens-Johnson et and cristallurie.

Discussion:

Le groupe était d'accord qu'il y a besoin d'un protocole standard pour contrôler l'efficacité de la SP et il a demandé au programme mondial de paludisme de l'OMS de mettre ces protocoles à disposition. Les participants ont exprimé le besoin d'une recherche accélérée sur les nouveaux médicaments antipaludéens utilisables pour les femmes enceintes. Ce besoin fut désigné comme étant urgent à cause de la résistance augmentant à la SP du *P. falciparum*. Pourtant, les participants ont aussi reconnu la difficulté au niveau des tests de médicaments nouveaux pour les femmes enceintes, à cause de préoccupations concernant les effets tératogènes potentielles.

Groupe de travail de recherche sur le paludisme pendant la grossesse Docteur Jenny Hill

Le Docteur Jenny Hill a tracé les grandes lignes du raisonnement pour établir le groupe de recherche sur le PPG. Les femmes enceintes sont biologiquement susceptibles et peuvent avoir un paludisme asymptomatique. La prévention du PPG se base solidement sur les drogues mais une résistance émergeante aux drogues disponibles est survenue et il n'existe que peu de recherche. Grâce à une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates, on établit un consortium de recherche dont le

but est de développer un *agenda mondial intégré, organisé par ordre de priorités* pour soutenir le contrôle du PPG ces 5 années prochaines. Les activités incluront :

- développer une ressource pour le PPG basée sur le Web et accessible au public
- mener sept révisions, “ dernier cri ” de la gamme de recherche global
- développer une stratégie de recherche

Les priorités générales de la recherche sont de développer :

- les trois prochains médicaments pour traiter le PPG (en Afrique, Asie et Amérique latine)
- les trois prochains médicaments pour la prévention
- les combinaisons optimales d'interventions préventives dans différents milieux épidémiologiques (en Afrique, Asie et Amérique latine)
- une livraison améliorée des stratégies d'intervention existant pour assurer une couverture étendue

Discussion

Le groupe s'est mis d'accord pour travailler en étroite collaboration avec le groupe de recherche pour dresser la liste des domaines pour la recherche opérationnelle en PPG à soumettre au Secrétariat du Groupe de travail, PPG. Le Groupe de recherche disséminera ses résultats par l'intermédiaire de la publication annuelle de la bibliothèque de l'OMS. Les participants ont demandé que les études menées par les chercheurs locaux, telles que celles qui ont été présentées à cette réunion sur le paludisme congénital, soient considérées pour être incluses dans l'agenda du consortium de recherche sur le PPG et ils ont demandé que les experts scientifiques soient invités en tant que collaborateurs. Il se peut qu'il y ait aussi des opportunités pour augmenter les capacités, des possibilités d'une collaboration nord-sud par l'entremise de scientifiques en visite, ainsi que des bourses et des subventions

Renforcer les partenariats pour le PPG aux niveaux mondial, régional et national

Président : Docteur Sofola

Coalition MIPESA : Réussites, Défis et prochaines Etapes

Dr. Patrobas Mufubenga

Le Docteur Patrobas Mufubenga a présenté l'état de la Coalition MIPESA, de la part du Président par intérim, le Docteur Marero Mufungo. MIPESA fut établi en 2001, réunissant cinq pays (*le Kenya, la Tanzanie, le Malawi, la Zambie et l'Ouganda*). Le Secrétariat siège à l'Université Makerere en Ouganda et jusqu'à présent il est appuyé par un financement de l'USAID. Les cinq pays ont adopté le TPI, l'utilisation des MII, la prise en charge active des cas, la surveillance, la prévention et prise en charge de l'anémie dans le contexte des soins prénatals focalisés. Parmi les défis auxquels les pays sont confrontés pour mettre en œuvre les programmes de PPG sont la prise de rendez-vous retardés pour les consultations prénatals, ruptures de stock de la SP, du fer et d'acide folique, ruptures de stock des MII, contraintes au niveau des ressources humaines, la disponibilité d'eau propre pour administrer le TPI par observation directe (DOT), l'hésitation des prestataires de donner la SP aux femmes enceintes (Tanzanie et Malawi) attribuable à la crainte de réactions allergiques à la SP (Tanzanie) et le manque de supervision.

La valeur ajoutée de la Coalition MIPESA est de promouvoir la collaboration entre les pays (Collaboration Sud-Sud) et les partenaires et de fournir un forum pour permettre les discussions, assurer l'appui technique et la documentation, partager les expériences et leçons tirées et coordonner les activités. Les accomplissements clés de la coalition sont la collaboration intra- et internationale entre la Coalition nationale (NMC) et les programmes de santé de la reproduction, la documentation des meilleures pratiques à travers les pays, la mise à l'échelle accélérée du TPI dans la région; l'augmentation des capacités des pays membres ou non membres; le plaidoyer à niveaux multiples pour le PPG ; les ressources mobilisées pour les activités nationales et sous-régionales ; les activités coordonnées pour piloter les outils tels que le monitoring et l'évaluation (M&E) pour le PPG ; l'approche de l'Amélioration de la performance pour le PPG.

Les défis clés de MIPESA furent la durabilité financière, la concurrence avec d'autres réseaux/coalitions pour les mêmes ressources, la résistance à la SP augmentant et la disponibilité de drogues alternatives pour le PPG ; les politiques mondiales qui entravent les investissements en santé ; la mise à l'échelle des interventions de MIP parmi les pays membres, surtout au niveau des MII. Les prochaines étapes sont: de revoir les buts et objectifs et faire face aux problèmes au delà du PPG, l'adhérence à la coalition pour inclure d'autres pays, la collaboration avec d'autres réseaux et partenaires de RBM.

RAOPAG II : Mise à jour des Activités, Réussites et Défis **Professeure Dorothee Kinde-Gazard**

Le RAOPAG, lancé en 2003 avec 9 pays membres, a pour but d'accélérer la prévention et le contrôle du PPG. Les partenaires clés sont : l'USAID/MAC, JHPIEGO, les CDC et l'OMS. Ses activités principales ont inclus le développement de stratégies pour 6 à 10 des pays, une analyse de la situation pour le PPG dans neuf pays, des réunions groupant les pays du réseau, la documentation des meilleures pratiques pendant la grossesse, le développement d'une base de données pour le PPG dans la région et le renforcement des capacités des partenaires d'aborder les problèmes du PPG.

Parmi les défis clés on cite le statut juridique de RAOPAG qui l'empêche d'attirer des fonds de certains bailleurs. Pour des donateurs tels que l'Union Européenne, RAOPAG doit être inscrit en tant qu'entité légale. La mobilisation des ressources demeure problématique, surtout en vue de la fin de la Coalition d'Action pour le Paludisme (Malaria Action Coalition). Une assistance technique pour RAOPAG est nécessaire pour impliquer les pays dans le développement d'avant projets pour le Fond mondial. Une réunion entre les deux réseaux de PPG est aussi essentielle.

Discussion :

Beaucoup de discussion s'est centrée autour des deux présentations sur les réseaux de PPG. Dans le cas de la Coalition MIPESA, elle s'est focalisée sur la question de savoir comment MIPESA travaille avec les autres partenaires, tels que l'OMS, les programmes nationaux de contrôle du paludisme (NMCP), les programmes de contrôle du paludisme de l'Afrique du Sud et de l'Est (ESAMC) et quelle est sa

valeur ajoutée. En outre, les participants ont soulevé des questions de standardisation des approches pour le PPG à travers les cinq pays. Plusieurs participants ont soulevé la question de la dépendance d'un financement externe et aussi des questions concernant « la valeur ajoutée » de MIPESA. Les participants ont offerts certaines suggestions de méthodes novatrices par lesquelles MIPESA pourraient solliciter la mobilisation des ressources, surtout auprès du Fonds mondial.

Pour RAOPAG la discussion a tourné autour de la nécessité de prévoir des rencontres du Secrétaire avec les membres des PNLP et des organismes de SR. Tout comme dans le cas de MIPESA, la question de la « valeur ajoutée » a été soulevée pour RAOPAG. La plupart des participants ont considéré cette question comme étant d'importance stratégique pour la mobilisation des ressources pour ces réseaux. L'une des possibilités discutées fut le développement d'un projet conjoint avec MIPESA à soumettre aux fins de financement. Il y a eu des suggestions que ces réseaux pourraient éventuellement bénéficier de l'existence réussie d'autres réseaux dans la région, tels que les réseaux sous-régionaux de RBM.

Coordination du partenariat Faire reculer le paludisme (RBM) Docteur John Chimumbwa, RBM EARN

RBM est un organisme social appuyé par beaucoup de partenaires qui en sont tous propriétaires. Les décisions sont prises par consensus et les priorités nationales sont la force directrice des activités du partenariat RBM. Le partenariat est constitué de 20 membres ayant une voix et il a un président, vice-président, des membres et des membres alternatifs. Le Conseil d'administration fournit les conseils au partenariat et coordonne l'engagement d'un partenariat plus étendu ; il supervise le Secrétariat de RBM. Le Secrétariat est organisé à trois niveaux : mondial, sous-régional et national. Le Secrétariat appuie le partenariat national pour combler les embouteillages au niveau de la mise en œuvre et pour coordonner un appui de qualité aux pays en temps voulu. Il appuie l'accélération de la mise à l'échelle d'interventions efficaces. Il est aussi responsable de mener le plaidoyer mondial pour le contrôle du paludisme et la mobilisation des ressources. Des groupes de travail sont organisés dans le cadre de RBM. Ceux-ci incluent le Paludisme pendant la grossesse (PPG), WIN et MERG. Leur rôle est de collationner et disséminer l'information technique pertinente, solliciter l'accord sur certains volets de politique et de meilleures pratiques et combler les lacunes au niveau des capacités des partenaires de répondre aux besoins nationaux et mondiaux. Tous les pays et les partenaires s'efforcent d'harmoniser l'impact du programme en s'adhérant à un seul plan national pour le paludisme, un seul mécanisme de coordination pour la mise en œuvre du plan et une seule structure de monitoring et évaluation (M&E).

Discussion :

On a discuté de la question de savoir si les sous-réseaux de RBM peuvent assister les réseaux de PPG et les lier au Fonds mondial pour mobiliser les ressources. Les participants à la réunion ont reconnu qu'en général, les capacités limitées au niveau national dans tous les domaines de santé et des systèmes de santé inadéquatement développés exercent un impact défavorable sur la mise en œuvre des interventions de PPG.

L'une des questions majeures soulignées fut la participation inadéquate des programmes de santé de la reproduction dans les activités de contrôle du paludisme au niveau national. Cette collaboration entre les deux programmes est un élément critique pour la réussite des programmes de PPG. On a mentionné la Tanzanie et la Zambie en tant que bons exemples de pays où le programme national de contrôle du paludisme travaille en étroite collaboration avec la Division de la santé de la reproduction et la santé de l'Enfant pour lancer les interventions de PPG en tant que composante des soins prénatals focalisés (FANC). Les auditeurs ont noté que les NMCP ne sont pas des metteurs en œuvre des interventions de PPG, ni des prestataires de services. Ils devraient donc faire un effort pour intégrer les interventions de paludisme dans les programmes de santé reproductive et santé de l'enfant dans le but de réussir. Les gestionnaires de programmes devraient aussi renforcer les systèmes de gestion de l'information sur la santé et utiliser les données disponibles pour la prise de décisions, fournissant du feedback aux niveaux inférieurs du système de prestation de soins de santé. Les ressources du Fonds mondial devraient être utilisées pour renforcer les capacités des systèmes sanitaires pour améliorer le contrôle du paludisme, du VIH et de la tuberculose. La plupart des propositions pour le Fonds mondial dans la région africaine n'incluent pas adéquatement les questions de PPG. Pour assurer une attention adéquate aux programmes de PPG, les gestionnaires de programmes de SR devraient être impliqués dans le développement d'avant-projets et du processus pour soumettre des demandes des PNLP au Fonds mondial. Les participants ont noté le manque de transparence entre le Fonds mondial et les partenaires de RBM.

Les participants ont suggéré que le programme NMCP devrait prendre l'initiative d'impliquer le personnel de la Division de la santé reproductive et la santé de l'enfant et interagir avec eux pour stimuler leur intérêt au contrôle du paludisme chez les femmes enceintes et leurs enfants et appuyer ces programmes de manière efficace en fournissant des programmes et l'appui et les ressources nécessaires, dont la formation pour soutenir la mise en œuvre.

En résumé, les problèmes clés furent le besoin d'une collaboration plus étroite des programmes de NMC avec les programmes de SR et l'appui pour la réalisation d'interventions de PPG au sein des programmes de SR. Il s'agit de voir comment les réseaux sous-régionaux pour le PPG peuvent contribuer au développement d'avant-projets pour les soumettre au Fonds mondial et bénéficier de ses ressources ; comment améliorer les points faibles du processus de sollicitation de fonds, aux yeux des participants – étant donné qu'une grande proportion des subventions pour le paludisme sont à risque, et le besoin d'un plus grand effort d'augmenter les capacités du personnel responsable de la mise en œuvre de programmes.

Troisième jour : 12 octobre 2006

Le Docteur John Chimumbwa a fourni un sommaire des discussions et présentations du deuxième jour avec des clarifications subséquentes. Son sommaire fut suivi d'une discussion de la question de savoir comment les réseaux sous régionaux des RBM et de PPG pourraient travailler ensemble.

Renforcer les partenariats pour le PPG aux niveaux mondial, régional et national

Président : Docteur Juliana Yartey

Une question clé débattue était de savoir si MIPESA et RAOPAG peuvent collaborer dans le cadre des réseaux sous-régionaux EARN et WARN. Pourraient-ils participer en tant que groupes de travail spéciaux au sein de ces réseaux sous-régionaux ? On a convenu que l'adhérence à MIPESA est incluse théoriquement au sein d'EARN en tant que réseau sous-régional pour RBM ; donc, MIPESA pourrait opérer en tant que sous-groupe au sein d'EARN. Certains participants, pourtant, ont soutenu fermement que les réseaux de PPG risqueraient de perdre leur mandat en dedans des réseaux sous-régionaux plus répandus de RBM. Le Docteur Chimumbwa a mentionné que les sous-groupes reçoivent une petite quantité de ressources pour les appuyer et que ces ressources pourraient probablement être augmentées pour inclure les réseaux de PPG si ceux-ci opéraient dans le cadre des sous-groupes de RBM.

Pour ce qui est de la mobilisation, RAOPAG a déclaré que cette organisation a besoin d'être reconnue par le Bureau régional de l'OMS et acquérir un statut juridique en tant qu'entité avant d'être en mesure de s'adresser à certaines organisations, telles que l'Union européenne, pour solliciter des fonds. RAOPAG va tenir une réunion générale annuelle pour décider du son statut juridique et son organigramme. Ils ont, pourtant, déjà développé des avant-projets et ils demandent l'appui immédiat des partenaires.

MIPESA s'est adressé à MACEPA (Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa) et a l'intention d'explorer la possibilité de mobiliser des ressources d'autres organismes, tels que la JICA et l'UNICEF. Le Comité de gestion de MIPESA va se réunir en novembre 2006 pour réexaminer ses fonctions et sa valeur ajoutée et pour réviser leur stratégie pour mobiliser les ressources nécessaires pour le soutenir.

Sommaire des Recommandations

1. Renforcer la collaboration entre le NMC et les programmes de SR
 - La mobilisation des ressources pour le PPG devrait impliquer les programmes de NMC et de SR
 - Le NMCP devrait inclure la santé reproductive dans le développement d'avant projets pour le Fond mondial pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et autres agences de financement. (Pour le Fond mondial, la SR devrait être listé comme bénéficiaire.)
 - Les ressources pour le PPG au sein des programmes de contrôle du paludisme devraient être mises à la disposition des Divisions de santé de la reproduction pour être mises en œuvre.

- Le programme national de contrôle du paludisme (NMCP) et le programme de Santé de la reproduction devraient plaider ensemble pour le PPG et s'assurer que le paludisme est inclus dans les plans pour la santé reproductive et vice versa.
 - Les gestionnaires de programmes de paludisme et de santé de la reproduction devraient être mutuellement impliqués dans leurs réunions respectives. La SR devrait être impliquée dans des programmes inter-pays de paludisme de l'OMS et le personnel de paludisme devrait être impliqué dans les réunions annuelles du Groupe de Travail des partenaires, la réunion de Gestionnaires de programmes et la réunion des Conseillers régionaux. Le partenariat RBM devrait établir de solides liens avec le Partenariat pour la Santé maternel et néonatale (PMNCH) et autres partenaires de SR qui s'intéressent au PPG.
 - Le Forum du partenariat RBM au niveau national devrait avoir un sous-comité pour le PPR, présidé par la SR.
 - Tenir des réunions régulières, par exemple, trimestrielles, ou biannuelles pour passer en revue les plans conjoints, etc. ...
 - Les gestionnaires de NMCP devraient plaider pour augmenter la responsabilité de la SR pour les activités nationales de PPG dans les pays impliqués.
 - Le Secrétariat du RBM facilitera l'augmentation de partenariats au niveau national pour appuyer le PPG et les interventions y afférents.
2. Renforcer la collaboration entre les réseaux de PPG et ceux de RBM et de SR
- Inclure les réseaux de PPG en tant que groupe spécialisé au sein des réseaux sous-régionaux (opportunité pour le plaidoyer interne) et permettre le fonctionnement des groupes de PPG lors des réunions des réseaux sous-régionaux.
 - Les partenaires devraient soutenir une réunion conjointe entre MIPESA et RAOPAG pour promouvoir des échanges d'expériences Sud-Sud et la collaboration entre les deux réseaux avant la prochaine réunion du Groupe de Travail de PPG, projetée provisoirement pour avril 2007. Etant donné les contraintes financières actuelles, les participants à la réunion ont vivement conseillé aux partenaires d'appuyer la participation des membres de MIPESA et de RAOPAG à ladite réunion.
3. Dissémination de l'information et le matériel techniques
- L'OMS fournira la guidance et les directives pour les protocoles de surveillance de la résistance à la SP des femmes enceintes et pour soumettre un rapport à la prochaine réunion.
 - L'OMS développera et disséminera une fiche d'information sur la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent et le PPG.
 - Le président du Groupe de travail de PPG et le Secrétariat devrait s'assurer que les recommandations de l'OMS concernant la résistance à la SP et la mise en œuvre du TPI soient disséminées à tous les pays par l'intermédiaire des bureaux nationaux de l'OMS, et des bureaux des réseaux sous-régionaux et des coalitions pour le PPG.
 - L'information sur la recommandation de l'OMS concernant l'utilisation des TCA lors du deuxième et troisième trimestre de grossesse devrait être largement disséminée .

- Les partenaires compléteront et dissémineront les directives et outils afférents tel que le Guide de mise en œuvre de programmes de PPG.

4. Plaidoyer pour le PPG

- Le Groupe de Travail pour le PPG devrait intensifier son plaidoyer pour le PPG pour nous permettre d'accomplir les buts mondiaux et atteindre les cibles se rapportant à la santé maternelle et infantile.
- Le Groupe de Travail pour le PPG devrait plaider pour que le PPG soit considéré comme étant une grave maladie et pour qu'il soit prise en charge immédiatement.

Impliquer les associations professionnelles dans le PPG **Professeur Friday Okonofua, FIGO**

Le Docteur Friday a présenté sa vue générale du besoin d'impliquer les associations professionnelles dans le PPG. Les différentes associations professionnelles telles que la société des obstétriciens/gynécologues, les associations de sages-femmes, de pédiatres et de santé des enfants, les associations médicales nationales et internationales et l'association des professionnels de la pharmacie représentent un groupe de professionnelles hautement compétents avec une représentation et adhérence mondiales. Ces associations sont liées par des directives et principes communs assurant la diffusion facile de connaissances et de croyances parmi les professionnels et elles offrent une excellente opportunité pour une collaboration Nord-Sud sur les thèmes se rapportant au PPG. Les domaines spécifiques auxquels les associations professionnelles peuvent contribuer sont : la formation de base, la certification professionnelle ; la recherche et la création de nouvelles connaissances en matière de PPG ; le plaidoyer ; la supervision et l'évaluation (dont l'assurance de la qualité et l'évaluation de la performance). Le Docteur Friday a donné quelques exemples concrets de ce que les associations pourraient faire dans chacun de ces domaines. Il a souligné particulièrement les idées sur les possibilités dont dispose la FIGO pour aborder le PPI dans les pays membres. Ces suggestions incluent mener un recensement des besoins au niveau de la contribution du paludisme à la morbidité et mortalité maternelles et néonatales dans les pays membres ; promouvoir les programmes de recyclage visant à augmenter les capacités pour le TPI et les MII dans les pays membres ; mener de la recherche opérationnelle pour promouvoir la mise à l'échelle de l'utilisation du TPI et des MII dans les pays membres affectés ; utiliser le Journal de la FIGO pour documenter les meilleures pratiques se rapportant au contrôle du PPG aux niveaux national et international ; persuader son Congrès international sur la Santé de Femmes de se consacrer à la dissémination des nouveaux résultats de la recherche, des constatations et des interventions en matière de PPG.

Mise à jour des outils **Docteur Koki Agarwal, ACCESS**

Le Docteur Agarwal a présenté le *Paquet de ressources sur le paludisme* qui est actuellement sous révision. Elle a demandé aux participants de fournir des suggestions sur ce qu'il faut inclure dans la prochaine version. Elle a également

présenté la version préliminaire du *Guide de Mise en œuvre du Programme de PPG* et elle a invité les participants à envoyer leur feedback au Programme ACCESS.

Procès verbal de la réunion du Groupe de Travail PPG, avril 2006

Le groupe a passé en revue le procès verbal de la dernière réunion, qui s'est tenue à Dakar en avril 2006, et après avoir offert des suggestions pour des amendements et corrections, il a approuvé le procès verbal.

Dissémination des rapports des réunions du Groupe de Travail PPG: Le procès verbal doit être disséminé sur une large échelle à tous les intéressés, dont les pays au-delà d'EARN et de WARN.

Prochaines étapes

En conformité avec la constitution du Groupe de Travail RBM PPG, qui dit que le Secrétariat demeurera avec l'organisation de la présidence, on a décidé que le Secrétariat du Groupe de Travail PPG sera muté d'ACCESS aux programmes de l'OMS/SR et Paludisme.

La prochaine réunion est prévue pour avril 2007. L'équipe du Bénin a demandé d'accueillir la prochaine réunion au Bénin. Plusieurs participants ont mentionné le fait que les trois dernières réunions se sont déroulées en Afrique de l'Ouest (au Ghana, Sénégal et Nigéria) et que pour cette raison la prochaine réunion devrait avoir lieu dans un pays de l'Afrique du Sud ou de l'Est. Il importe de communiquer l'annonce de la prochaine réunion assez tôt que possible, pour permettre aux participants de se préparer de manière adéquate.

Liste des Participants en Annexe A.

Participants: Annex 1