

**Partenariat RBM
Groupe de travail sur le paludisme
pendant la grossesse Vingt-
troisième réunion annuelle Genève,
Suisse
Rapport de la réunion des 12 et
13 septembre 2023**

Renforcer les partenariats pour combler les lacunes du MiP

Objectifs de la réunion :

- Discuter des possibilités de donner la priorité aux MIP dans le cadre d'une plateforme ANC plus large.
- Partager, diffuser et discuter des nouvelles recherches et innovations sur les MIP ayant des implications pour la programmation des MIP.
- Diffuser les enseignements tirés de l'expérience des pays en matière d'amélioration de la couverture des interventions du programme MIP
- Élaborer le plan d'action du GT pour 2024

Jour 1 :

Remarques préliminaires :



"Aucune femme ne devrait mourir du paludisme. Il est tout à fait possible d'éradiquer le paludisme. Il faudra faire preuve d'innovation et travailler de manière multisectorielle. Je nous mets au défi d'oser rêver d'un jour où aucune femme, aucun enfant ne mourra du paludisme. Nous sommes à la croisée des chemins. Le paludisme peut être le point d'entrée du renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires. C'est possible. Osons rêver. Et poursuivons la lutte.

Dr. Michael Charles, PDG du RBM

"Les attentes de l'OMS sont les suivantes

- Soutenir la diffusion et la mise en œuvre des nouvelles orientations de l'OMS sur les MIP*
- Aider les pays à accroître la couverture du TPI pour protéger les mères et leurs bébés*
- Renforcer les partenariats existants et en créer de nouveaux, notamment en impliquant fortement les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et d'autres programmes.*

Nous attendons avec impatience les résultats de cette réunion en vue de renforcer les partenariats pour atteindre des objectifs communs et soutenir les pays dans la lutte contre le paludisme pendant la grossesse".

Dr. Daniel Ngamije, Directeur du BPF de l'OMS



Soutien plus large à la plate-forme de l'ANC

1a. Accélérer une approche sexo-spécifique de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, Deborah Atobrah, CEGENSA, Université du Ghana

- Il est important d'utiliser des approches transformatrices en matière de genre dans les interventions des MiP. Le fait de travailler avec des femmes ne signifie pas automatiquement qu'une intentionnalité de genre est employée.
- Le plaidoyer est l'un des principaux moyens d'accélérer l'adoption d'une approche équitable entre les hommes et les femmes pour éradiquer les maladies infectieuses de manière durable et transformatrice.
- L'agenda de plaidoyer pour une intervention MiP sensible au genre doit respecter les priorités suivantes :
 - Accélérer la représentation équilibrée des hommes et des femmes au sein des instances dirigeantes des MiP, en mettant l'accent sur le renforcement de la volonté politique en faveur d'une représentation équilibrée des sexes au sein des instances dirigeantes des MiP parmi les décideurs politiques, les chercheurs, les scientifiques et la main-d'œuvre.
 - Déployer des champions du genre et du paludisme (MiP) stratégiquement positionnés pour soutenir et influencer la prise de décision en partenariat avec les agences gouvernementales, les organisations concernées et les communautés.
 - Les considérations de genre dans la recherche et le développement sur le paludisme doivent être nuancées pour tenir compte de l'hétérogénéité, en prêtant attention aux conditions particulières des femmes enceintes et allaitantes.
 - Adapter les programmes de prévention, d'éducation, de diagnostic et de traitement du paludisme aux dynamiques locales en matière de genre pour les femmes enceintes.
 - Créer des voies de participation et d'avancement professionnel équitables pour le personnel chargé de la lutte contre le paludisme, y compris les agents de santé communautaires. Cela devrait inclure le renforcement des compétences et des capacités des agents de santé communautaires et du personnel des cliniques en ce qui concerne les stratégies et les politiques de prévention et de traitement de la MiP propres à chaque pays et tenant compte des spécificités de chaque sexe.

Discussion :

Q : Que pensez-vous de la rémunération des ASC ?

- Il s'agit du travail. Ils doivent être rémunérés pour le travail qu'ils accomplissent. Cela nous ramène à la question des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé des femmes et qui sont sous-rémunérées et sous-évaluées.
- Les personnes impliquées dans ce travail devraient être rémunérées. Il s'agit d'une intersection entre le genre et la classe. De nombreuses femmes travaillant dans les communautés n'ont pas un niveau d'éducation élevé et sont moins autonomes ; il est donc injuste de leur demander de travailler pour un salaire faible ou nul. Certains gouvernements pensent qu'il devrait s'agir d'un travail d'amour, mais les économies sont très dures dans les sociétés traditionnelles et elles doivent donc être rémunérées de manière adéquate.

Q : Comment les pays ont-ils commencé à aborder et à soutenir la rémunération des ASC ?

- Expérience au Rwanda : Dépend des cycles de financement pour soutenir les campagnes de lutte contre le paludisme. Une réflexion a été entamée sur la manière de mettre en place un régime de dénombrement prévisible. Même à 10 \$/mois, le pays ne pouvait pas faire face à la situation. La réforme a consisté à réduire le nombre d'ASC de manière à ce qu'il y ait 2 ASC pour 100 ménages. Ils se sont également efforcés d'améliorer leurs connaissances, de les former à davantage d'interventions et de travailler avec des partenaires prêts à financer et à motiver les ASC. Un bon pourrait être fourni aux hommes pour qu'ils accompagnent les femmes à la consultation prénatale - cela se fait pour la PTME et pourrait fonctionner pour le TPI afin d'éliminer les hommes en tant qu'obstacle aux services de consultation prénatale.

- Comment changer le paradigme culturel selon lequel les femmes s'occupent du foyer et les hommes des moyens de subsistance ?
 - Si nous comprenons très bien, des recherches montrent que lorsque la valeur d'un secteur augmente, les hommes sont plus nombreux à s'y engager. Au niveau institutionnel, des opportunités adéquates et un avancement de carrière contribueront à encourager les femmes.
 - C'est ici que nous examinons les approches sexospécifiques de la lutte contre le paludisme.

1b. Écouter la voix des femmes : Une approche centrée sur le client pour prévenir le paludisme pendant la grossesse grâce aux soins prénatals, Elizabeth Arlotti-Parish, Jhpiego

1. Qu'est-ce que c'est que cette histoire de genre ?

- a. Genre : Rôles, responsabilités, droits, obligations, attentes et relations de pouvoir associés au fait d'être une femme ou un homme. Ces considérations de genre varient en fonction du contexte et de l'époque, et peuvent changer au fil du temps.
- b. Continuum d'intégration du genre :
 - i. Les programmes qui *ne tiennent pas compte de la dimension de genre* partent du principe que les personnes de sexe différent sont confrontées aux mêmes défis et aux mêmes opportunités. Lorsque nous prenons en compte le genre, on parle de *sensibilisation au genre*.
 - ii. Les programmes de sensibilisation au genre s'inscrivent dans un continuum : exploitation du genre, adaptation au genre, transformation du genre.
 - iii. Exploitation du genre : renforcement des normes négatives en matière de genre et des déséquilibres de pouvoir
 - iv. Adaptation au genre : travailler dans le respect des normes existantes en matière de genre
 - v. Transformateur de genre : travailler pour changer les normes de genre vers des rôles et des relations plus égaux entre les personnes de différents genres.
 - vi. Exemple : *S'adapter* : Un projet reconnaît que les hommes ont un pouvoir de décision au sein du foyer et souhaite donc les encourager à se rendre aux consultations prénatales avec leurs femmes. *Exploitation* : Le projet décide de donner la priorité aux couples qui viennent ensemble, tandis que les femmes qui viennent seules doivent attendre. Cela renforce la norme selon laquelle le temps d'un homme est plus important que le temps d'une femme, et décourage les femmes qui viennent seules (qui n'ont peut-être pas de partenaire, ou dont le partenaire peut être violent, etc.) *Transformateur* : Le projet invite les couples à participer à des sessions de groupes communautaires qui se réunissent séparément et plus tard ensemble, pour discuter de la CPN ainsi que des normes de genre et de la communication au sein du couple.

2. Considérations de genre pour l'utilisation des services MiP

- a. Obstacles à la prise en charge précoce des soins prénatals : Les femmes ne sont pas les principaux décideurs en ce qui concerne leur propre santé et ne contrôlent pas non plus les ressources (pour le transport et les autres paiements). Les maris peuvent retarder la première visite pour ne pas avoir à payer trop de voyages à la clinique.
- b. Les femmes recourent aux soins traditionnels sous la pression de leur belle-mère ou parce qu'elles savent que les prestataires traditionnels seront disponibles et ne les jugeront pas si elles se présentent en retard. La disponibilité est une question de genre en raison des multiples charges qui pèsent sur le temps des femmes. Le comportement du prestataire est une question de genre car il existe une différence de pouvoir entre la femme et le prestataire (même s'il s'agit d'une femme) qui n'existerait pas si le client était un homme.
- c. IPTp : Les femmes n'aiment pas le goût/les effets secondaires, et les prestataires ne prennent pas cette préoccupation au sérieux. Les femmes estiment également que le DOT est coercitif et semble les priver de leur libre arbitre.
- d. Comment aborder ces questions ? Impliquer les décideurs de manière à ne pas renforcer les déséquilibres de pouvoir, envisager des modalités de service alternatives (heures de service différentes, sensibilisation), formation (pour les prestataires et les superviseurs) sur la communication interpersonnelle et les soins respectueux.

3. Prise en compte de la dimension de genre dans la prestation de services des MIP
 - a. Obstacles sociaux, de mobilité et d'éducation pour les femmes en tant que prestataires de soins, y compris les ASC dans une grande partie de l'Afrique de l'Ouest

- b. Les rôles productifs, reproductifs et communautaires des prestataires féminins entravent leur progression professionnelle
- c. Même lorsque les cadres sont majoritairement féminins, les décideurs sont majoritairement masculins. Il est donc difficile pour les femmes de mettre en œuvre de nouveaux protocoles une fois qu'elles ont été formées. Les cas de harcèlement et d'abus sexuels dans l'environnement de travail entraînent l'absentéisme et une mauvaise qualité des soins.
- d. Comment aborder ces questions ? Préconiser des changements de politique pour faciliter le recrutement de prestataires féminins, modifier les modalités de formation (par exemple, faible dose-haute fréquence) et planifier les besoins des stagiaires (par exemple, prévoir un budget pour les nounous des participantes ayant des enfants en bas âge), inclure la sauvegarde dans toutes les formations des prestataires

Discussion :

Nous devons commencer à voir ces conversations en termes de stratégies déployées et nous devons également réfléchir à la manière d'impliquer les hommes.

- Q : Tous ces changements permettraient d'améliorer la programmation et la couverture IPTp/ANC qui en résulterait, mais les pays ont actuellement du mal à s'assurer qu'ils disposent de SP. Avez-vous des conseils peu coûteux qui pourraient aider les pays à mettre en œuvre certains de ces changements sans les coûts associés, car ce sont les choses qui sont supprimées en premier ?
 - De nombreuses stratégies n'ont pas de coût associé : Ex - formation des PNLP au Mali : Possibilité d'ajouter une session sur le genre lors de l'examen de la stratégie nationale pour les MIP. L'ajout d'un contenu sur le genre à une formation peut se faire sans coût supplémentaire.
 - Q : Harcèlement sexuel : La formation à la protection est intégrée à chaque formation, quel qu'en soit le contenu. Il est très important de parler de la manière de traiter ce problème et de le signaler. Comment faire en sorte que cela soit intégré ?
 - Les donateurs peuvent montrer la voie en insistant pour que chaque formation comprenne une session sur la protection. C'est la bonne chose à faire, mais cela a aussi un impact sur la qualité de la prestation de services.
 - Lorsque nous réfléchissons à nos interventions, il existe des options à plusieurs volets. La communication, la compassion et l'empathie sont tout aussi importantes que les compétences cliniques.
 - Les pays envisagent de réviser leurs plans pour y inclure des aspects liés au genre. Nous pourrions également aller au-delà de la formation et réviser les outils de supervision pour voir comment nous traitons les aspects liés au genre au niveau des installations. Quels sont les aspects à inclure ?
 - Si les superviseurs n'accordent pas la priorité à ces compétences, elles sont mises de côté. Les superviseurs peuvent être formés aux questions de genre, tout comme les prestataires de soins de santé. En outre, il est important de former les superviseurs au rôle du genre dans le processus de supervision - à quoi ressemble la dynamique lorsque le superviseur est un homme et que la personne supervisée est une femme ? - est importante.
- 1c. Évaluation rapide du genre de la PMI-S, développement et mise en œuvre de stratégies, IniAbasi Nglass, MSH
- Pour que les interventions contre le paludisme intègrent la dimension du genre, cinq domaines clés sont d'une grande importance :
 - Programmes (secteurs public et privé) : Qui fait quoi au niveau national et au niveau des États ? Possibilités d'harmoniser les efforts de programmation conjointe et de combler les lacunes.
 - Les personnes : Les champions clés ou potentiels du genre à mobiliser

- La communication : Possibilités d'harmoniser et d'amplifier les messages
- Partenariats intersectoriels : Lien avec les équipes chargées des questions d'égalité entre les hommes et les femmes, les partenaires communautaires ?
- Mesure : Comment ce travail est-il pris en compte et utilisé pour éclairer la prise de décision ?

Discussion :

- Q : Dans quelle mesure la désagrégation perturbe-t-elle la qualité des données ? Quel est l'impact sur la qualité de vos données ? Chaque colonne devant être remplie par un ASC crée la possibilité d'interrompre la qualité des données.
 - Il est difficile d'obtenir des données séparées par sexe à grande échelle, mais c'est plus facile au niveau de la communauté. Les superviseurs des ASC procèdent à l'analyse des données et à la saisie des données relatives au sexe.
 - La question de l'agrégation des données sexuelles au niveau communautaire reste un problème, mais le fait d'impliquer les superviseurs pour augmenter les chiffres rapportés est une information très utile et contribue à résoudre les problèmes de qualité des données.
- Q : Si l'on se contente d'agréger les sexes, on risque de passer à côté de beaucoup de choses. Par exemple, certaines interventions ne sont acceptables que pour les femmes qui ne sont pas enceintes. Les questions relatives au premier et au troisième trimestre sont très différentes. Et ce sont des choses qui peuvent ne pas être divulguées au niveau de la communauté, mais plutôt au niveau de l'établissement. Avez-vous des idées sur la manière de tenir compte de cette situation ?
 - Nous n'avons pas encore isolé les plaintes une par une pour savoir comment elles sont associées à l'âge gestationnel, par exemple. Les partenaires de création de la demande ont des approches communautaires à différents stades, de sorte qu'ils s'occupent des femmes enceintes comme d'un groupe distinct, ciblé par des messages de création de la demande différents et des critères différents pour l'orientation vers les établissements de santé. L'analyse est basée sur la saisonnalité du paludisme afin d'examiner les services fournis.

1d. Santé maternelle et paludisme : possibilités de collaboration et d'intégration, Meredith Mikulich, USAID

- La mortalité maternelle et néonatale stagne depuis 2015
- Une attention particulière a été accordée à l'augmentation des taux de fréquentation des CPN-4 (et maintenant des CPN-8), mais la couverture n'est pas suffisante si la qualité des soins n'est pas au rendez-vous.
- Un certain nombre de priorités stratégiques de la santé publique se prêtent à une collaboration avec les programmes de lutte contre le paludisme :
 - Soins prénatals (ANC)
 - Soins de maternité respectueux (SMR)
 - Anémie, hémorragie du post-partum (HPP), sang sécurisé
 - Systèmes de soins

Discussion :

- Le lien entre l'anémie et le paludisme est très important. Les recommandations sur l'acide folique (mise à jour à venir) sont les suivantes : L'OMS recommande d'utiliser l'acide folique et la supplémentation en fer en combinaison avec la SP.
 - Les études sur le TPI suggèrent que le niveau de supplémentation devrait être suffisant. Il s'agit d'un domaine qui nécessite davantage d'études.
 - La plupart des études ont exclu les femmes souffrant d'anémie sévère, mais l'acide folique à faible dose est en fait la dose recommandée.
- Cette présentation souligne la réalité du parcours des femmes. Le MiP n'est qu'un élément d'une réalité plus vaste et plus complexe pour les femmes enceintes. Nous avons besoin de plus de collègues MH à la table. Si nous n'allons de l'avant qu'avec ce seul élément et qu'il est cloisonné, nous ne serons pas en mesure de répondre aux besoins des femmes.

Politique et pratique de l'ANC

2a. Optimisation de la mise à l'échelle de la CPN de groupe en tant qu'outil stratégique pour améliorer

la norme et la couverture des soins dans 104 établissements sur la MiP et la rétention de la CPN dans l'État de Nasarawa, Nigeria, Eberechukwu Ede, Jhpiego

- L'introduction de G-ANC a été temporellement associée à des augmentations de la couverture des visites de soins prénatals et de l'IPTp-SP au niveau de l'établissement.
- Mise en œuvre en "conditions réelles" de la CPN de groupe d'un modèle de soins cohérent avec les tendances positives observées au cours des phases de mise à l'échelle.
- La poursuite de l'extension de G-ANC devrait être considérée comme une stratégie réalisable pour améliorer l'adoption d'autres interventions préventives fondées sur des données probantes au cours de la grossesse.
- Étendre les soins prénatals de groupe à un plus grand nombre d'États et d'établissements afin d'accroître la couverture.
- Modifier le modèle pour l'adapter aux installations à faible volume.
- L'État améliore la disponibilité des PS en déployant de nouveaux efforts pour minimiser les ruptures de stock
- Tirer parti de la plateforme de soins prénatals de groupe pour renforcer la prévention, le dépistage et le traitement d'autres infections, telles que la syphilis, le VIH, etc.

Discussion :

Nous devons chercher des moyens d'améliorer la couverture des soins prénatals.

Ruptures de stock : Les premières poussées ont exercé une pression sur les stocks de PS et de nombreuses actions de plaidoyer ont été menées par l'intermédiaire des GTT sur le paludisme afin d'augmenter l'offre.

- Q : Aviez-vous une liste de critères pour regrouper les femmes ?
 - Les femmes ont été regroupées par âge gestationnel.
 - Q : La CPN de groupe peut-elle aller au-delà des établissements de santé ?
 - On parle beaucoup des groupes d'ACA au niveau communautaire, qui font l'objet d'un projet pilote dans certaines régions.
 - D'autres formes sont les soins postnatals (PNC) de groupe.

2b. Résultats des CPN de groupe au Bénin, Julie Gutman, CDC

- La CPN de groupe est un nouveau modèle de prestation de services qui intègre des évaluations cliniques, un apprentissage participatif et un soutien par les pairs ; nous avons mené une étude au Bénin pour déterminer si ce modèle améliorerait l'adoption de la CPN et du TPIp.
- Dans l'ensemble, la participation au programme GANC a été beaucoup plus faible que prévu : seulement 15,6 % dans le groupe d'intervention.
- Il n'y a pas eu de différence dans la prise de CPN4 ou de TPIp3 entre les bras d'intervention et de contrôle au niveau du cluster (c'est-à-dire de l'établissement de santé), peut-être en raison d'une faible participation à la GANC.
- Les personnes qui ont participé à la GANC ont bénéficié d'une couverture plus élevée de la CPN4 et du TPIp3 que celles qui ont suivi la CPN standard.
- Les obstacles rencontrés au niveau des patients, des prestataires et du système, notamment le manque de personnel disponible, la durée des réunions et la nécessité d'un bon système de rappel pour les sessions, ont eu un impact sur les inscriptions, mais ceux qui ont participé ont trouvé que GANC était une expérience positive.
- Les analyses futures évalueront les obstacles, les facilitateurs et les exigences du système afin d'obtenir une compréhension plus nuancée de la faisabilité et de l'impact de la GANC au Bénin et de fournir des conseils pour améliorer le succès d'une éventuelle mise en œuvre future.
- De manière plus générale, il convient d'envisager la suppression des frais de consultation prénatale dans les établissements de santé du secteur public afin d'améliorer le taux de consultation prénatale dans son ensemble.

Discussion :

- Q : L'étude a-t-elle porté sur l'âge des participants dans les cohortes ?
 - Les exigences comprennent l'âge minimum pour obtenir le consentement. En fonction

du pays et de l'établissement, vous pouvez vérifier s'il est possible pour les adolescents d'avoir une cohorte. Dans beaucoup d'endroits, il n'y a que 20 à 30 nouveaux patients par mois. Cette étude suggère que nous devons réfléchir aux problèmes liés à la mise en œuvre de G-ANC pour qu'elle soit réussie, le premier étant le nombre de femmes visitant l'établissement pour pouvoir avoir des groupes de taille adéquate.

2c. Analyse multi-pays de la politique de soins prénatals de l'OMS sur la prévention du paludisme pendant la grossesse, Bolanle Olapeju, Uniformed Sciences University

- La politique de l'OMS en matière de soins prénatals (2016) recommande au moins huit visites de soins prénatals (CPN).
- Les données d'enquêtes multinationales menées depuis 2016 révèlent la persistance de tendances sous-optimales en matière de soins prénatals et suggèrent un impact minime de cette politique sur l'IPTP3.
- La politique devrait être complétée par des conseils clairs sur la manière d'améliorer les soins prénatals. Il peut s'agir d'approches prometteuses telles que les soins prénatals en groupe, la communication sur les changements sociaux et comportementaux et le renforcement des systèmes de santé.

Discussion :

- Q : Comment faire en sorte que les femmes ne soient pas surchargées par leur participation à G-ANC ?
 - Nous devons mener des recherches sur la mise en œuvre afin de concevoir un programme interactif qui encourage les femmes à se rendre à la consultation prénatale, mais qui n'interfère pas avec leurs autres responsabilités.
 - Nous avons la possibilité de proposer un strict minimum en termes de temps et de définir les éléments de base permettant à G-ANC d'obtenir un ensemble de services adaptés aux besoins des femmes.
 - En général, dans un environnement normal de CPN, les femmes attendent pendant de longues périodes, de sorte que l'organisation de séances de groupe à une heure spécifique pour une session spécifique (par exemple 90 minutes) pourrait contribuer à alléger le fardeau que représente le temps pour les femmes dans leur vie quotidienne. Le temps total ne serait alors pas supérieur à la durée combinée d'une visite normale de CPN et de la période d'attente.
 - Il est nécessaire d'examiner l'efficacité - fournir des services complets tout en laissant le temps à ces relations de se développer.

2d. Équité des services de soins prénatals, Atlantique, Bénin et Geita, Tanzanie, 2021-2022, Anna Munsey, CDC

- Nous avons comparé les indicateurs de fréquentation des CPN et de qualité des soins dans le cadre de deux structures de financement de la santé différentes
- Les femmes les plus riches et les plus éduquées effectuent plus de consultations prénatales que les plus pauvres et les moins éduquées, mais les femmes de toutes les catégories socioéconomiques n'atteignent pas le nombre minimum de consultations recommandé dans les deux domaines.
 - Dans les deux endroits, l'éducation est le facteur le plus important dans la fréquentation des centres de soins prénatals
- Des lacunes dans la qualité des services de soins prénatals ont été identifiées dans les deux régions.
 - En Atlantique, au Bénin, où les femmes paient une redevance par visite, les indicateurs sont légèrement plus élevés et ne varient pas en fonction du statut socio-économique.
 - À Geita, en Tanzanie, les indicateurs sont plus faibles et varient en fonction du statut socio-économique.
- Des inégalités opérationnelles ont également été identifiées. Les personnes plus aisées et plus instruites ont des temps d'attente plus courts dans les deux sites.
- Au Bénin, la réduction des frais d'utilisation pourrait réduire les inégalités. En Tanzanie, la formation et l'équipement du personnel de santé pourraient améliorer la qualité des soins.

Discussion :

- Q : Si une femme riche et une femme pauvre viennent dans l'établissement, êtes-vous en train de dire qu'il y a une différence dans la qualité des soins ?
 - Oui, cela a été le cas pour la Tanzanie.

Une plongée plus profonde dans la programmation du C-IPTp : Apprendre des pays et des partenaires

1a. Guide de terrain (copie préliminaire) : Déploiement communautaire du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse avec la sulfadoxine-pyriméthamine, S. Schwarte, OMS

Discussion :

- Q : L'un des critères d'exclusion est la présence d'une mère enceinte séropositive, mais ce critère n'est pas mentionné dans les critères d'éligibilité au TPI. Il sera difficile pour les femmes de le révéler.
 - Il est inclus dans les critères d'exclusion en précisant que les personnes recevant des médicaments contenant des sulfamides ne doivent pas bénéficier de la PS.
 - Les pays qui pilotent le C-IPTp ont abordé cette question dans leur planification. Dans certains cas, c'est la raison pour laquelle certains pays ont exigé que le TPIp1 soit administré dans l'établissement afin d'essayer d'identifier et de suivre ces femmes.
- Q : Comment les pays sauront-ils qu'il est rentable pour eux de mettre en œuvre le C-IPTp dans une région plutôt que dans une autre ? Il y a tellement d'interventions parmi lesquelles choisir, mais il est difficile de faire un choix.
 - Il n'existe pas de ligne de couverture rigide permettant de savoir quand il est préférable et rentable d'utiliser le C-IPTp, malheureusement.
 - Le montant des coûts dépend de la base des programmes communautaires existants dans une région donnée et du niveau d'effort existant pour la programmation au niveau communautaire.
 - Les pays où la couverture du TPI est élevée peuvent encore avoir des poches/zones où la couverture est faible et où le C-IPTp pourrait être avantageux.
- Q : Il semble que le C-IPTp puisse entraîner une absence de synergie entre la communauté et l'établissement, y compris une baisse de la fréquentation des centres de soins prénatals. Comment peut-on atténuer ces effets ?
 - Nous insistons sur le fait que cet exercice doit être complémentaire de l'ANC, et non le remplacer.
 - L'ANC reste nécessaire pour un paquet complet et global.
 - Le C-IPTp ne remplace pas la CPN. L'ANC est le pilier.
 - Le lien est la carte de santé maternelle. Les systèmes de données permettent aux ASC et aux prestataires de soins prénatals de savoir si une femme est éligible ou non et d'assurer le suivi nécessaire.
 - Les visites mensuelles de supervision par les relais communautaires et les prestataires de soins de santé sont également essentielles au maintien de ce lien.
- Q : Quand le guide sera-t-il disponible ?
 - L'OMS met la dernière main à l'élaboration du guide de terrain et le diffusera ensuite sous forme de publication finale.

3b. Traitement Préventif Intermittent Pendant La Grossesse au Niveau Communautaire (TPIg-c), Yacouba Nombre, MOH Burkina Faso

Discussion :

- Q : La quinine est toujours mentionnée comme traitement pour les femmes enceintes au cours du premier trimestre (1st), mais ce n'est plus la recommandation de l'OMS pour le premier trimestre (1st). Pourquoi la quinine est-elle encore utilisée au Burkina Faso ?
 - Cette question doit faire l'objet d'une discussion collective au sein du ministère de la santé. Nous sommes au courant des orientations, mais nous n'avons pas encore adopté le changement.

3c. L'histoire du Nigeria avec C-IPTp : Apprentissage de la mise en œuvre, Emmanuel Shekerau, MOH Nigeria Discussion :

- Q : Existe-t-il une différence entre la prestation de services au niveau de la communauté et la prestation de

services au niveau de l'établissement de santé ?

- La prestation de services communautaires est principalement axée sur la promotion. Elles fournissent principalement des interventions préventives - par le biais de l'ICCM, elles traitent la pneumonie, le paludisme sans complication, la diarrhée et orientent ensuite les cas graves. Dans le cadre du C-IPTp, ils sont orientés vers l'établissement de santé pour bénéficier de services complets.

3d. L'histoire du Bénin avec C-IPTp : Apprentissage de la mise en œuvre, Camille Houetohoussu, MOH Bénin

3e. L'histoire de Madagascar avec TPI-c : Apprentissage de la mise en œuvre, Brune Estelle Ramiranirina, MOH Madagascar

Discussion :

- Q : Selon les directives de l'OMS, le C-IPTp devrait être mis en œuvre dans les régions où la CPN est élevée et le TPIp faible, mais nous constatons, d'après les présentations de ces pays, que la CPN est faible et que le C-IPTp a été couronné de succès. Est-il possible de réviser les conseils ? La formulation du guide de terrain doit-elle être nuancée ?
 - Avec TIPTOP, l'ANC4 a augmenté en RDC et à Madagascar, mais a légèrement diminué au Mozambique et au Nigeria. Cela montre qu'il y a des différences entre les régions. Les lignes directrices ne fixent pas de seuil pour la couverture des CPN/IPTp. Il s'agit d'une orientation souple qui précise qu'une plate-forme de CPN solide doit être mise en place.
- Q : Au Bénin, donnez-vous des PS au niveau communautaire ?
 - Les relais communautaires ne distribuent pas de médicaments au niveau de la communauté. Ce sont les infirmières qui délivrent les PS.
- Q : Quels mécanismes de retour d'information mettons-nous en place pour recueillir les sentiments des communautés que nous servons et des femmes qui bénéficient de la PS dans leur foyer ?
 - Une étude anthropologique a été réalisée pendant le projet TIPTOP pour tester l'acceptabilité du C-IPTp par les prestataires de soins de santé, les ASC et les femmes enceintes : <https://gh.bmj.com/content/7/11/e010079>
- Q : Lorsque vous donnez la PS aux ASC, que font-ils des médicaments périmés ? Existe-t-il un système permettant de s'assurer qu'ils ne sont pas administrés aux femmes enceintes ? Et comment signalez-vous les réactions aux médicaments ?
 - Au Nigeria, les ASC sont liés à un établissement de santé et aux prestataires de soins (FEFO) Forced to Expire, Forced Out (contraints d'expirer, contraints de partir). Les ASC ne reçoivent généralement pas de PS sur le point d'expirer car ils en reçoivent de petites quantités. Chaque mois, un rapport de données indique la quantité de PS utilisée au cours du mois et un nouvel approvisionnement leur est donné en fonction de la consommation, de sorte qu'il ne devrait pas y avoir d'excédent de PS qui ne soit pas utilisé en temps voulu.
 - Les relais communautaires sont formés à l'identification des effets secondaires potentiels de la SP et à la nécessité d'orienter toute femme enceinte ressentant un effet négatif directement vers un centre de santé, où l'événement sera alors signalé.

3f. Mise à jour sur les produits d'assurance qualité, Maud Majeres

Lugand, MMV 3g. L'achat de PS par le PMI, Susan Youll, PMI

3h. Approvisionnement du Fonds mondial en produits pharmaceutiques, Anne-Sophie Briand, Fonds mondial

Discussion générale :

- Q : Coût des comprimés durs par rapport aux comprimés dispersibles. Le goût peut parfois être un obstacle à la prise de médicaments par les femmes. Peut-on envisager d'examiner cette question ?
 - Lorsque les pays font leurs exercices budgétaires, ils doivent prendre en compte le coût supplémentaire des comprimés dispersibles.
 - Il y a plus de fabricants, donc plus de concurrence, et nous espérons pouvoir faire mieux dans ce domaine.
 - La demande des pays pour les comprimés dispersibles étant faible, l'équipe chargée

de la lutte contre le paludisme ne promeut pas très activement les comprimés dispersibles et il n'y a pas eu de demandes.

des pays. Peut-être ne savent-ils pas que ces produits sont disponibles et que leur goût est meilleur, ou peut-être est-ce une question de coût.

- Peut-être qu'étant donné qu'il s'agit de nouveaux produits, l'information doit être diffusée au fur et à mesure.
- Le comprimé doit être ajouté à de l'eau, il faut donc disposer d'une bonne source d'eau.
- Q : La forme dispersible est-elle plus absorbable que la forme non dispersible ?
 - Non, parce qu'ils doivent démontrer la bioéquivalence.
- Q : Pourquoi passe-t-on des plaquettes thermoformées aux grands bacs ?
 - Il s'agit d'une question purement financière - les grands bacs coûtent moins cher que les blisters et les acheteurs choisissent souvent l'option la moins onéreuse.

Symposiums de recherche : Quoi de neuf dans le MiP

4a. Protection contre le paludisme après l'administration du vaccin PfSPZ avant la conception, Halimatou Diawara, Sara A. Healy, Alassane Dicko, Patrick E. Duffy, Sanaria

- Le profil de sécurité du vaccin PfSPZ le rend intéressant pour une utilisation pendant la grossesse
- Le vaccin PfSPZ préconceptionnel a été bien toléré et n'a posé aucun problème de fertilité ou de grossesse.
- Des schémas vaccinaux PfSPZ de quatre semaines (permettant une immunisation rapide) ont permis de prévenir la parasitémie à Pf et le paludisme clinique pendant deux saisons sans rappel.
- Des vaccins PfSPZ d'une durée de quatre semaines ont permis de prévenir le paludisme de grossesse pendant près de deux ans.
- PfSPZ L'efficacité du vaccin nécessite un traitement antipaludique présumé avant la vaccination.
- La vaccination préconceptionnelle est une nouvelle stratégie pour réduire le fardeau du paludisme pendant la grossesse

4b. Le développement de vaccins PfSPZ pour la prévention du paludisme de grossesse, Thomas L. Ritchie, Stephen L. Hoffman, Sanaria

- Les plateformes de vaccins contre le sporozoïte (SPZ) de *Plasmodium falciparum* (Pf) comprennent le PfSPZ radio-atténué (vaccin PfSPZ), le PfSPZ chimio-atténué (PfSPZ-CVac) et le PfSPZ génétiquement atténué (GA). Tous ces vaccins sont fabriqués par Sanaria Inc. selon un processus presque identique, conforme aux BPF, qui utilise des moustiques aseptiques comme bioréacteurs, purifie la PfSPZ par dissection manuelle et filtration, et stabilise la PfSPZ par cryoconservation en phase vapeur dans l'azote liquide.
- Le principal exemple d'atténuation génétique est le vaccin PfSPZ-LARC2, un parasite compétent pour la répllication et arrêtant tardivement le stade hépatique (LARC), fabriqué en supprimant deux gènes (*mei2* et *linup*) nécessaires à la transformation en stades sanguins asexués. Le vaccin PfSPZ-LARC2 entrera en phase clinique en 2024.
- Compte tenu de la protection de 41 à 86 % contre la parasitémie à Pf chez les femmes maliennes en âge de procréer (WOCBP) assurée par un traitement de quatre semaines de vaccin PfSPZ (voir la présentation précédente) et de l'excellente sécurité du vaccin, Sanaria, en partenariat avec le Laboratory of Malaria Immunology and Vaccinology (LMIV), NIAID, NIH, prévoit de développer le vaccin PfSPZ en vue d'une homologation pour la prévention du paludisme pendant la grossesse.
- Les scénarios d'utilisation comprennent la primo-vaccination des adolescentes avec renforcement pendant la grossesse ou la primo-vaccination pendant le premier trimestre de la grossesse (ou les deux stratégies combinées).
- Le prochain essai clinique prévu pour le vaccin PfSPZ est une étude d'innocuité chez les femmes enceintes, débutant au troisième trimestre puis passant au deuxième trimestre, soutenue par les résultats bénins d'une étude de toxicologie reproductive chez le lapin et par

une évaluation favorable de la FDA.

- Le vaccin PfSPZ-LARC2 pourrait supplanter le vaccin PfSPZ s'il atteint les objectifs de sécurité équivalente et d'efficacité améliorée.

4c. Quantifier l'impact du paludisme pendant la grossesse sur l'anémie maternelle, Sequoia Leuba, Imperial College London

- Nous avons estimé l'impact global du paludisme pendant la grossesse sur l'anémie maternelle.
- Le taux d'hémoglobine diminue au cours de la grossesse, il est encore plus bas en cas de paludisme positif, et l'impact du paludisme sur la concentration d'hémoglobine s'atténue avec la gravidité, en particulier dans les zones où la transmission du paludisme est la plus élevée.
- En raison de l'immunité spécifique à la grossesse, la réduction de l'hémoglobine associée au paludisme diminue avec chaque grossesse infectée.
- Nous avons extrapolé les schémas à travers l'Afrique pour estimer que le paludisme est responsable de 700 000 femmes supplémentaires souffrant d'anémie sévère (hémoglobine < 7 g/dL), toutes gravidités confondues, et que plus de 50 % de ce fardeau concerne les primigestes.
- Nous appliquerons ce cadre pour développer des mesures plus larges, notamment la mortalité maternelle et les années de vie corrigées du facteur invalidité.

4d. Traitement préventif intermittent à la dihydroartémisinine-pipéraquline contre le paludisme pendant la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH, Hellen Barsosio, KEMRI

- L'ajout d'un TPIp mensuel avec un antipaludéen efficace et bien toléré à longue durée d'action comme la dihydroartémisinine-pipéraquline (DP) à la norme de soins avec le cotrimoxazole quotidien non supervisé (CTX) dans les zones de forte résistance aux antifolates a le potentiel d'améliorer considérablement la chimioprévention du paludisme chez les femmes enceintes vivant avec le VIH sous cART à base de dolutégravir et devrait être pris en compte dans les politiques.

4e. Modélisation PBPK pour soutenir le développement clinique des antipaludiques chez les femmes enceintes, N. Abba Geiser

- Des lacunes importantes subsistent pour répondre aux besoins des femmes en âge de procréer dans les pays où le paludisme est endémique. L'initiative "Malaria in Mothers and Babies" (MiMBa) du MMV vise à combler ces lacunes.
- La pharmacocinétique peut être affectée par la grossesse ; il est donc important d'anticiper les changements potentiels des concentrations sanguines des médicaments chez les femmes enceintes, afin d'ajuster éventuellement la dose et de réduire ainsi le risque d'échec du traitement ainsi que les problèmes de sécurité.
- La modélisation pharmacocinétique basée sur la physiologie (PBPK) peut prédire les concentrations sanguines du médicament chez les femmes enceintes et aider à répondre à la nécessité d'ajuster la dose. Elle fait partie de la stratégie de développement du MiMBa et permettra d'optimiser la conception des essais pendant la grossesse, d'évaluer la nécessité de mener des études sur l'allaitement et de produire des données permettant d'informer correctement sur l'utilisation des antipaludiques chez les femmes enceintes et les mères allaitantes.
- L'objectif final est d'accélérer et d'optimiser les traitements disponibles pour les femmes enceintes et allaitantes et d'informer les politiques et les décisions.

Malheureusement, il ne restait plus de temps pour la discussion. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter directement les présentateurs.

Jour 2 :



Nnenna Ogbulafor, membre du conseil consultatif national

Appel à l'action du MiP

2a. Mise à jour de la campagne "Speed Up IPTp Scale Up", Abena Poku-Awuku, MIMV

- En 2022, le groupe de travail MiP a lancé la campagne "Speed Up Scale Up IPTp" afin d'améliorer l'accès des femmes enceintes au traitement IPTp en Afrique.
- Plus de 1000 personnes ont signé une lettre dans le cadre de la campagne appelant les décideurs à fournir à toutes les femmes enceintes éligibles le traitement préventif contre le paludisme dont elles ont besoin.
- Un livre portant les signatures a été remis à l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme lors d'un point presse et d'une cérémonie de remise des prix du paludisme au sommet de l'Union africaine de 2023.
- Dans le cadre de la réunion de l'Organisation des Premières Dames d'Afrique pour le développement à l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2023, nous organisons un événement de passation de pouvoir et inviterons quatre Premières Dames d'Afrique (de l'Est, de l'Ouest, du Centre et du Sud) à se faire les championnes de la campagne dans leur région.
- Nous prévoyons également une campagne pilote au Kenya afin d'augmenter l'utilisation des traitements préventifs contre le paludisme par les femmes enceintes et les jeunes filles du pays.

Conseil consultatif national

1a. Rapport : Conseil consultatif national sur le paludisme pendant la grossesse, Nnenna Ogbulafor, NMEP Nigeria

- Le conseil consultatif national (CCN) est une initiative du groupe de travail du programme pluriannuel pour l'innovation (PPI) ; il a été créé en 2021.
- L'objectif général est d'améliorer les résultats du programme MiP et de renforcer le partenariat et la collaboration entre les pays membres.
- Les pays pionniers sont les suivants : le Nigeria, le Ghana, la Sierra Leone, l'Ouganda, le Burkina Faso et le Burundi.
- Au total, 21 pays africains sont impliqués dans le réseau national.
- Chacun des six pays membres de l'OEC a mis en place son réseau régional et organise des réunions en fonction des besoins.
- Les discussions des réunions thématiques pour les réseaux nationaux s'articulent autour d'une série de questions relatives aux MiP.

ACTION : Les représentants du ministère de la santé doivent faire savoir à Kristen ou aux coprésidents s'ils souhaitent rejoindre le pays.

Utilisation des données pour les décisions de programmation du programme MiP

3a. PME et MiP, Molly Robertson, Fonds mondial

- L'adaptation et la stratification des interventions au niveau infranational deviennent de plus en plus importantes à mesure que les ressources sont limitées.
- Les liens entre les groupes de travail SME et MiP peuvent potentiellement aider à déterminer comment les mesures dans MiP peuvent nous aider à déterminer la stratification de la charge ainsi que les concepts de stratification des mesures de qualité

d'intervention peuvent aider à cibler l'amélioration de la qualité.

- Il est important de déterminer les domaines spécifiques de chevauchement afin que nous puissions nous aligner sur les aspects clés de notre plan de travail et nous soutenir mutuellement.

Discussion :

- Quels sont les indicateurs de la boîte à outils ? Voir l'outil de la boîte à outils ici : https://endmalaria.org/sites/default/files/Malaria%20Matchbox%20Tool_en_web.pdf
 - L'enquête Matchbox a été utilisée par les pays et financée par le Fonds mondial pour étudier les comportements avec certains aspects des groupes à risque - en essayant d'étudier les groupes mal desservis. Il serait bon d'y jeter un coup d'œil et de réfléchir à ce que cela signifie pour les comportements concernant les visites de soins prénatals, les comportements de prise de traitement et aussi ce que cela nous apportera pour comprendre les groupes à risque.
 - Le genre devrait être ajouté car il n'est pas spécifiquement mentionné et il serait utile de l'intégrer afin que les pays l'envisagent d'une manière plus intégrée. La question de l'égalité entre les hommes et les femmes a fait l'objet d'une discussion de haut en bas et devrait être davantage abordée à la base.

3b. Utilisation des données pour les décisions de programmation du MiP : WHO ANC SMART Guideline to advance guideline implementation and data use, Maria Barreix, OMS

- Les lignes directrices intelligentes constituent une nouvelle approche de l'utilisation des recommandations cliniques, de santé publique et de données à l'ère numérique. Au cœur des Smart Guidelines se trouve un ensemble complet de composants de santé numérique réutilisables (par exemple, normes, accès à la bibliothèque de codes, algorithmes, spécifications techniques et opérationnelles) qui transforment le processus d'adaptation et de mise en œuvre des recommandations afin de préserver la fidélité et d'accélérer l'adoption des recommandations.
- Chaque "couche" de l'approche des lignes directrices SMART offre des éléments personnalisables qui peuvent être intégrés dans les systèmes de santé des pays, ce qui permet d'améliorer les soins et l'analyse (en établissant des éléments de données normalisés et en améliorant les données individuelles à agréger pour les indicateurs nationaux et mondiaux).
- Lorsqu'ils sont appliqués dans le contexte des systèmes de santé nationaux, les éléments de chaque couche peuvent contribuer à améliorer la qualité des données, l'ensemble des systèmes et, en fin de compte, les services de santé.

Discussion :

- Q : Nous recommandons un contact de 13 semaines - est-ce inclus ?
 - Ce point est inclus dans le document d'orientation. Vous constaterez que l'OMS laisse les pays définir la manière dont ils effectueront les 9 contactsth (au niveau de la communauté, etc.), de sorte que l'OMS utilise officiellement le modèle à 8 contacts.
- Q : Où se trouve la recommandation pour les 3 doses ?
 - Il est prévu d'inclure trois doses. Les lignes directrices qui précisent quels services doivent être fournis à quel moment comprennent un tableau avec les 8 contacts et le premier listé est à 13 semaines avec la possibilité d'administrer 6 doses.
- Q : Sommes-nous sur le point de définir ce qu'est un contact ?
 - Le modèle à 8 contacts est axé sur l'amélioration de la qualité et l'établissement d'une relation entre le prestataire et la femme enceinte, par exemple : les soins prénatals de groupe. Ce modèle est encore un peu nébuleux en termes de mesure, mais l'OMS tente de développer des indicateurs de qualité.
- Q : Les kits de données semblent axés sur la fourniture du TPI par les établissements de santé. Envisagez-vous d'intégrer le TPI au niveau communautaire dans les kits de données ?

- Ils ne développent actuellement aucun outil numérique pour la communauté, mais le kit d'adaptation numérique peut être personnalisé pour inclure des données au niveau de la communauté. Il n'est pas explicitement destiné aux données communautaires, mais nous devons inclure toutes les données pour avoir une vue d'ensemble.
- Q : Où peut-on trouver ces recommandations ?

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Q : L'outil d'adaptation concerne-t-il les lignes directrices nationales ou les lignes directrices mondiales de l'OMS ?
 - Le document original est générique et correspond aux lignes directrices de l'OMS, mais l'OMS mène des recherches sur la mise en œuvre afin de l'adapter. Le kit d'adaptation numérique est destiné à être adapté au niveau des pays pour leur permettre de collecter des données, soit par le biais d'un outil numérique, soit par le biais d'un registre. Il y aura également des kits pour d'autres domaines de la santé (VIH, tuberculose, etc.).
- Q : Dans le cadre d'une consultation de CPN de 10 minutes, est-il possible pour le prestataire de santé d'utiliser l'outil et d'avoir du temps pour la consultation ?
 - Nous n'essayons pas d'alourdir la charge de la collecte de données et nous cherchons à adapter l'outil afin de fournir de meilleurs services de santé et d'améliorer l'utilisation des données grâce à des tableaux de bord permettant de suivre les femmes dans le temps puisque toutes les informations les concernant sont réunies en un seul endroit, et donc de fournir des services de meilleure qualité dans l'ensemble.

3c. Utilité des participants aux consultations prénatales en tant que population de surveillance sentinelle à Geita (Tanzanie) et à Rarieda (Kenya), Anna Munsey, CDC

- Les taux de positivité des tests de CPN collectés systématiquement ont été comparés aux enquêtes transversales auprès des ménages pour les enfants de moins de 5 ans (Geita) et à l'enquête continue sur les indicateurs du paludisme (cMIS) pour tous les âges (Rarieda).
 - À Geita, les tendances de la positivité des tests chez les personnes ayant bénéficié d'une CPN permettaient de prédire les tendances de la positivité des tests chez les enfants lorsqu'elles étaient évaluées au niveau du conseil. Dans cette région, le manque de données sur les lieux de résidence des personnes ayant bénéficié d'une CPN a masqué les associations au niveau de la zone de recrutement de l'établissement de santé.
 - À Rarieda, l'utilité de la surveillance des soins prénatals a été renforcée par la collecte du lieu de résidence des participants aux soins prénatals, ce qui a permis d'améliorer la valeur prédictive des données sur les soins prénatals au niveau de la zone desservie par les établissements de santé par rapport aux données de Geita. Les tendances en matière de positivité des tests de CPN à Rarieda ont démontré l'impact de deux campagnes de distribution de moustiquaires.
- À Geita, nous avons également étudié l'utilité des données des questionnaires recueillis auprès des personnes ayant participé aux consultations prénatals pour suivre l'application des interventions. Les résultats ont mis en évidence un manque de possession et d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les femmes qui en sont à leur première grossesse. Cependant, les taux différentiels de recherche de soins, de dépistage du paludisme et de traitement du paludisme rapportés par les personnes ayant assisté aux consultations prénatals par rapport aux femmes interrogées dans les ménages font craindre que le biais de désirabilité sociale n'affecte leurs réponses de manière disproportionnée.

Discussion :

- Q : Quels services MiP ont été examinés lors de la surveillance des CPN - Posez-vous des questions sur l'IPTp lors des CPN ?
 - Ces mesures sont prises lors de la première visite de la CPN, de sorte que de nombreuses personnes n'ont pas encore reçu leur première dose de SP et que la plupart de ces mesures ont été prises pendant que les personnes attendaient leur visite.
- Q : Pourquoi est-ce important pour le MiP ?
 - Cela revient à renforcer la CPN dans son ensemble et à ajouter des interventions à la CPN pour que des ressources supplémentaires puissent être consacrées à la CPN.

- Q : Prévoyez-vous d'effectuer cette opération avec différents paramètres de transmission afin de voir la correspondance avec des paramètres de transmission plus faibles ?
- Q : Patrick Walker a présenté des données concernant la RDC. Que faut-il pour que le taux de positivité des tests de CPN soit pris en compte dans la surveillance de manière plus rationnelle, de sorte que nous n'ayons pas à prouver la même chose encore et encore ?

- Les CDC ne prennent pas de décisions politiques - ils sont en train d'analyser une étude multi-pays qui fournira des données spécifiques sur les lieux de transmission afin d'éclairer la politique de l'OMS.

3d. Utilisation du dépistage du paludisme basé sur les soins prénatals pour reconstruire les tendances de la transmission et du fardeau au sein de la communauté, Joseph Hicks, Imperial College London

- La surveillance systématique du paludisme au niveau national lors de la première consultation prénatale, telle qu'elle est menée en Tanzanie, nous permet de suivre les tendances de la prévalence à une résolution spatiale et temporelle plus fine, bien au-delà de ce qui était disponible jusqu'à présent.
- Des modèles mécanistes peuvent être utilisés pour reconstituer les tendances de la transmission et de la charge de morbidité, tant pour les femmes enceintes que pour la communauté.
- Ce cadre permet de déduire la saisonnalité avec une fiabilité démontrée au Sahel et donne confiance pour extrapoler les tendances là où la saisonnalité est moins prévisible.
- L'application de ces tendances à des scénarios politiques alternatifs fournit des informations vitales pour la prise de décision au niveau infranational : quelles interventions doivent être appliquées, quand et où ?

Discussion générale :

- Est-il pratique, pour des professionnels de la santé déjà surchargés, de collecter ces données par rapport à la valeur ajoutée qu'elles apportent ?
 - 98% des femmes enceintes se font dépister - cela permet de voir les tendances dans les régions où le paludisme est très peu répandu.
 - Le PNLP de Tanzanie l'a utilisé comme l'un des ensembles de données lorsqu'il a procédé à la stratification.
 - Nous avons pu traiter un grand nombre de femmes asymptomatiques qui auraient eu des contre-indications avec le TPI.
- Quelles sont les possibilités d'en faire des politiques ou des lignes directrices de l'OMS ?
 - Toute décision politique serait fondée sur la valeur potentielle de ce dépistage pour les femmes enceintes, car celles qui ont des parasites seront traitées.
 - Vous fournissez aux femmes enceintes des informations sur leur santé et elles peuvent se faire soigner.
 - Il y a ensuite l'aspect des soins éclairés : prendre une décision en connaissance de cause sur les mesures à prendre en cas de parasitémie palustre.
 - Des estimations sont fournies à l'OMS chaque année et elles donnent une bonne indication de la situation, mais il serait tellement préférable que les femmes enceintes elles-mêmes nous informent de ce qu'elles vivent pour que nous puissions faire ces estimations.
 - Il existe un fort potentiel de contribution à la modélisation de certains des principaux indicateurs d'impact pour les femmes enceintes inclus dans le rapport mondial de l'OMS sur le paludisme (par exemple, le nombre de cas de paludisme évités).
 - La faisabilité devra également être prise en compte.
 - Dépistage et traitement intermittents - il y a des raisons pour lesquelles cette pratique n'est pas généralisée (il est prouvé que le dépistage au lieu du TPI est inférieur au TPI).
 - Il est nécessaire de disposer de données permettant de déterminer si la détermination de la parasitémie initiale à l'ANC1 et le TPIp sont plus bénéfiques que ce que nous faisons actuellement.

- Il s'agirait d'une étude très vaste et très coûteuse pour suivre les femmes tout au long de leur grossesse
- Nous savons qu'il y a des avantages évidents à ce que les gens connaissent leur statut - à quel moment les données seraient-elles suffisantes pour faire avancer les choses ?

- Il se peut que cela ne soit pas réalisable partout. Il faut savoir qu'il est possible de le mettre en œuvre.
 - L'utilisation des données est très pratique - s'il existe un moyen plus fluide de mettre ces données à la disposition des pays, l'OMS pourrait-elle également le faire ?
 - Les équipes de l'OMS chargées des BPF et de la santé maternelle et infantile doivent collaborer.
 - Peut utiliser les données pour déterminer où mettre en œuvre le TPI/C-IPTp aux niveaux sous-national et national.
- Du point de vue des systèmes de soins prénatals, des questions se posent quant à la manière d'en faire bénéficier toutes les femmes enceintes.
 - En renforçant le système et en améliorant les soins, nous pourrions peut-être faire en sorte que davantage de femmes se rendent à la consultation prénatale et connaissent leur état de santé au-delà du paludisme.
- Quelle est l'utilisation de ces données ? Comment le faire comprendre à ceux qui collectent les données afin que les utilisateurs/collecteurs voient une valeur dans ce qu'ils collectent ?
 - Elle influence ce qu'ils font. Nous devons changer le discours pour que les gens comprennent comment cela contribuera à améliorer la qualité des services.
- Pourquoi ne recueillons-nous pas de données sur l'utilisation des moustiquaires ? Devrions-nous penser que les jeunes femmes adolescentes ont accès aux moustiquaires ?
 - Les CDC étudient des tendances similaires pour l'utilisation des moustiquaires et devraient disposer de plus d'informations à ce sujet.
- Comment créer un système dans lequel les femmes sont responsabilisées et ne sont pas considérées comme des participantes passives - comment leur donner un certain pouvoir dans notre approche de la collecte de données ?
 - Lorsque nous considérons les femmes qui seront les plus désavantagées, une enquête sur les téléphones portables sera un groupe biaisé. La possession de téléphones portables par les femmes est très variable.
 - La plateforme de CPN vous permet de réaliser une enquête impartiale sur toutes les femmes qui participent à la CPN - nous savons que dans de nombreuses communautés, au sein d'une communauté spécifique, le taux de participation est proche de 95 à 98 %.
 - Des travaux sont en cours sur l'autosurveillance de la tension artérielle, l'autosurveillance des analyses d'urine. La plupart des données proviennent de pays à revenu élevé et il s'agit d'un nouveau domaine, mais c'est l'une des choses que l'OMS étudie en termes de soins prénatals globaux.
 - Le suivi communautaire pourrait être un moyen d'inclure ces particularités dans la discussion.
- Autres questions/réflexions :
 - Indicateur IPTp3 : Que faisons-nous au sujet du dénominateur pour ces calculs ? La fréquentation des centres de soins prénatals comme dénominateur pose problème.
 - Pourquoi la santé reproductive ne discute-t-elle pas du TPIp ? Il ne devrait pas s'agir uniquement d'une discussion sur le paludisme autour de cet indicateur, car il s'agit de faire en sorte que les femmes enceintes reçoivent les soins appropriés.
 - Nous avons un dossier de suivi et d'évaluation du MIP qui a été élaboré en 2019, mais il n'a pas progressé parce qu'il reste des questions sur le dénominateur qui doivent être résolues avant que nous puissions aller de l'avant.

Exploiter de manière innovante les possibilités offertes par le secteur privé pour améliorer l'accès aux produits de base des MIP - exemples d'initiatives en matière de santé numérique

4a. Augmentation des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse au Kenya grâce à l'engagement du secteur privé, Edna Anab et Samuel Nderi, Kasha
Kasha est une plateforme de distribution du dernier kilomètre pour l'accès à la santé. Aperçu de haut niveau de Kasha :

- Kasha fournit des produits pharmaceutiques, des articles ménagers et des produits de santé de consommation discrètement aux consommateurs à faibles revenus en Afrique, directement au consommateur ainsi que par l'intermédiaire de pharmacies, de détaillants, d'établissements et dans les communautés.
- Kasha propose un large éventail de produits intégrés qui soutiennent la santé à tous les stades de la vie, qu'il s'agisse de la santé du nouveau-né et de l'enfant, de la santé maternelle, du planning familial, de la santé sexuelle et reproductive, des maladies non transmissibles (par exemple l'hypertension et le diabète), ainsi que de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, entre autres.

Résumé du partenariat :

- Kasha est une plateforme numérique de vente au détail et de distribution du dernier kilomètre qui fournit des produits de santé et des produits ménagers aux consommateurs, aux revendeurs, aux pharmacies, aux hôpitaux et aux cliniques.
- Kasha a livré 35 millions de produits au Rwanda et au Kenya. Kasha travaille également avec des entreprises qui lui servent de canal de distribution et de services HealthTech.
- Kasha a récemment établi un partenariat avec Medicines for Malaria Ventures (MMV) afin d'accroître les services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse au Kenya grâce à l'engagement du secteur privé.
- Notre partenariat a été mis en œuvre dans deux sous-comtés de Kisumu où les cas de paludisme et de grossesses précoces sont élevés et où l'accès aux établissements de santé est limité, ainsi que dans l'ensemble du Kenya par le biais d'activités de promotion de la santé en ligne.

Réalisations

- Campagne hors ligne : formation de 20 agents et distribution de matériel IEC approuvé par le ministère de la santé.
- Campagne en ligne : + 2 millions de personnes
- Clinique improvisée : 5 camps médicaux et 2 journées de dialogue sur la malaria. Plus de 1 000 personnes et 109 femmes enceintes ont été touchées.
- Formation de 34 pharmaciens
- Autres formations : L'équipe de santé de Kasha et l'équipe d'assistance à la clientèle
- Membre des groupes de travail techniques nationaux du ministère de la santé sur le paludisme (changement de comportement social, gestion des cas de paludisme et paludisme pendant la grossesse).
- Fait partie du comité de pilotage technique du ministère de la santé pour

la journée mondiale contre le paludisme Plan de mise à l'échelle

- Reproduire les activités du programme MIP dans d'autres comtés du Kenya où l'incidence du paludisme est élevée (lakebase).
- et région côtière)
- Élargir le champ d'application pour se concentrer sur d'autres interventions de lutte contre le paludisme afin de soutenir la vision de l'éradication du paludisme au Kenya :
- Q : Pouvez-vous préciser le rôle de l'agent communautaire ?
 - Les agents sont formés pour agir en tant que promoteurs de la santé et pour soutenir la livraison d'un produit sur le dernier kilomètre. Ils préservent la confidentialité en ne connaissant pas le produit qu'ils livrent.
- Q : Comment se déroule l'interaction entre le client et l'agent ?
 - Ils viennent des mêmes communautés et l'agent explique les produits qu'il est en mesure de fournir pour résoudre les problèmes d'accès aux produits.
 - Les clients peuvent passer commande par plusieurs canaux, y compris un centre d'appel, afin de préserver la confidentialité.
 - L'agent reçoit alors un colis pré-emballé qu'il livre au client.
- Le volet "paludisme pendant la grossesse" a été ajouté récemment

- Quel est le modèle économique de KASHA ?
 - Acheter et vendre une gamme de produits et les agents perçoivent une commission ; l'ajout du produit MiP au panier élargit donc l'accès, ce qui contribuera à la durabilité.
 - Les agents font partie du réseau KASHA et sont intégrés dans la plateforme.

- **ACTION : Veuillez faire part de vos questions supplémentaires à Maud.**

4b. Maisha Meds : Infrastructure numérique pour le traitement du paludisme dans le secteur privé, Victoria Goodfellow, Maisha Meds

- Les patients paient pour les soins qu'ils peuvent se permettre plutôt que pour ceux dont ils ont besoin, et renoncent donc souvent à des tests ou achètent des traitements partiels ou de qualité inférieure.
- Une part importante des dépenses des bailleurs de fonds de la santé mondiale est consacrée aux subventions des fabricants ou à l'achat de produits de base, mais souvent, ces subventions ne profitent pas pleinement au patient.
- Il a été prouvé que les subventions accordées directement aux patients entraînent un changement de comportement - dans le cas du paludisme, un essai contrôlé randomisé réalisé avec l'université de Berkeley a montré que cette approche entraînait une augmentation de plus de 300 % des tests et des gains en termes de soins appropriés (réduction du nombre de patients atteints de paludisme qui achètent des ACT).
- La technologie de Maisha Meds a été conçue pour offrir des incitations directes aux prestataires et aux patients. Chaque mois, environ 15 000 patients ont accès à des soins subventionnés grâce à notre réseau d'établissements.
- Nous disposons d'un financement du BMGF et de l'USAID pour atteindre 950 000 patients atteints de paludisme au cours des 36 prochains mois au Kenya, au Nigeria et en Ouganda.
- Les avantages sont les suivants : augmentation des revenus et accès à des produits de meilleure qualité pour les pharmacies ; réduction de l'accès à des soins de qualité pour les patients ; possibilité de cibler les financements et visibilité sur le dernier kilomètre pour les bailleurs de fonds.
- Notre offre de données comprend une visibilité sur les tendances de distribution des produits de base, les prix et les marges à un niveau granulaire dans l'ensemble de notre réseau.
- Les cas d'utilisation actuellement à l'étude sont les interventions soutenant la thérapie de première ligne multiple et les interventions pour les fièvres non paludéennes ; nous pourrions envisager de soutenir des interventions supplémentaires concernant le paludisme pendant la grossesse s'il y a un avantage clinique et un intérêt de la part des financeurs.

Discussion :

- Q : MAISHA Meds peut-elle faire quelque chose pour favoriser l'utilisation accrue de PS préqualifiés ?
 - L'élément incitatif était initialement essentiel, mais l'élément de gestion de la chaîne d'approvisionnement est extrêmement important. Si le financement est en place, les pharmaciens pourraient être incités à stocker et à distribuer ces produits.
- Q : Pensons-nous que la SP est utilisée pour le TPI ou le traitement ?
 - On suppose que c'est pour le TPI, mais on ne peut pas le dire. À moins d'avoir un programme qui incite les pharmaciens à collecter ces données sur les femmes enceintes, nous ne pourrions pas le savoir avec certitude.
- Q : Les groupes qui identifient les femmes enceintes ne bénéficiant pas encore de soins prénatals et les dirigent vers l'établissement peuvent-ils être encouragés ?
 - Il existe une certaine expérience en la matière : MAISHA Meds pendant COVID a étudié l'utilisation des vaccins COVID en utilisant des codes de référence et des incitations pour les ASC afin d'inciter les gens à venir se faire vacciner dans le secteur public. Cela peut donc également être envisagé.
- Q : Cherchez-vous également à détecter la présence de médicaments contrefaits ?
 - Ils suivent la marque/le fabricant qui passe par le réseau. Ils ne procèdent à aucun contrôle. Ils constatent qu'il y a plus souvent des médicaments de qualité inférieure que des contrefaçons.
- Q : Quels sont les besoins à mettre en œuvre au niveau national ? Si un pays s'intéresse de plus près au secteur privé, quelles sont les étapes à suivre pour conseiller les pays ?

- ACTION : Veuillez vous entretenir avec Victoria à ce sujet. MAISHA Meds s'intéresse à d'autres pays que le Kenya, la Tanzanie et le Nigeria.
- Q : Lorsque les patients achètent des médicaments en vente libre, existe-t-il un moyen de vérifier la conformité de l'emballage ? Les médicaments sont-ils accompagnés de conseils aux patients ?

- Nous encourageons les pharmaciens à fournir le bon emballage et à demander aux gens de prendre des photos pour s'assurer qu'ils reçoivent le bon traitement.
- Former les pharmaciens à la qualité et à une éducation plus large à une gestion solide et efficace des cas.

5a. Soins prénatals dans le cadre des soins de santé primaires, Ashley Malpass, USAID/PMI

- Les soins prénatals sont nécessaires pour garantir aux femmes enceintes le meilleur niveau de santé et de bien-être possible, mais ces services ne sont souvent pas pris en compte dans les discussions sur les soins de santé primaires (SSP) et la couverture sanitaire universelle (CSU).
- Bien que le taux de fréquentation des CPN1 soit élevé, les taux de fréquentation des CPN4+ et 8+ sont nettement inférieurs aux objectifs.
- Il existe de nombreux obstacles à la fréquentation des services de soins prénatals, mais l'un d'entre eux n'est pas suffisamment pris en compte : les services de soins prénatals ne sont pas disponibles dans tous les établissements de santé au moins cinq jours par semaine, ce qui limite le lieu et le moment où les femmes peuvent bénéficier de ces services.
- Les participants peuvent plaider en faveur d'une plus grande disponibilité des soins prénatals dans le cadre des discussions sur les soins de santé primaires et la santé publique dans le pays.

Discussion :

- Q : Comment pouvons-nous sensibiliser les communautés, le gouvernement et les établissements à l'existence de la CPN ?
 - Il y a deux aspects : le manque de disponibilité ou la disponibilité limitée, sur lesquels nous pouvons travailler par le biais d'un plaidoyer politique pour que chaque établissement fournisse des soins prénatals cinq jours par semaine.
 - Ex : afficher un calendrier des services de CPN dans l'établissement.
- Manque de sensibilisation à la CPN : les prestataires de soins de santé et les ASC doivent contribuer à faire connaître l'importance de la CPN, mais aussi savoir quand ces services sont disponibles.
- En Ouganda, l'accent est davantage mis sur la qualité des soins prénatals. Par exemple, une femme ayant déjà subi trois césariennes se retrouve en travail au lieu d'être préparée à une nouvelle césarienne. Cela devrait être détecté lors des consultations prénatales. Nous devons nous assurer que les femmes ont accès à l'ensemble des soins prénatals prescrits par l'OMS.

5b. Action de masse multisectorielle contre le paludisme (MAAM) pour une grossesse sans paludisme, Peter Mbabazi,

- Développement
 - Le paludisme est une cause et un résultat de la pauvreté, l'émancipation économique des femmes réduit le paludisme (MFPED, Parlement, Président).
- Professionnel
 - Activités extérieures des femmes de 5 heures du matin à la mi-nuit, prise en compte de la dynamique du ménage, (Hommes, Covt local)
- Comportementale
 - Communication appropriée sur les risques et sensibilisation continue pour améliorer l'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes (ABCDE)
 - "Suis-je exempt de paludisme aujourd'hui ?", utilisation des gardiens pour atteindre les femmes enceintes (chefs de famille, écoles, VHT, femmes pairs, femmes enceintes, dirigeants).
- Nutritionnel
 - Anémie, carences en fer, en vitamine B12, en acide folique, approvisionnement à domicile en lait, en œufs, en légumes (feuilles de citrouille), à portée de main de chaque PW (VHT, leaders).
- Accès aux soins de santé

- Accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux services de santé à la portée du personnel de santé publique (ministère de la santé, gouvernement local, secteur privé).
- Fournitures médicales essentielles, médecine rapide, ressources humaines (ministère de la santé, gouvernement local, secteur privé)

- Soins prénatals précoces et recherche de soins (diagnostic et traitement dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre) (ministère de la santé, gouvernement local, secteur privé)
- Données
 - Les données pourraient être saisies automatiquement dans le cadre de la prestation de services de soins prénatals de routine et interconnectées avec les systèmes nationaux de gestion de l'information sur la santé, ce qui permettrait de soutenir en temps réel les communautés, les établissements et les agents de santé qui fournissent ces services (DHIS, HMIS).
- Contrôle vectoriel
 - Amélioration de la couverture des MILD, des IRS et des larvicides, réduction des sites de reproduction (ministère de la santé, gouvernement local, secteur privé)
- Logement
 - L'amélioration de l'habitat réduit le paludisme chez les femmes enceintes (logement, gouvernement local, maires et conseillers municipaux)

Visitez la page du MSWG <https://endmalaria.org/our-work-working-groups/multi-sectoral-action>

5c. SBC pour l'initiation précoce de la CPN, Angela Acosta, JHU CCP

- La SBC englobe tout ensemble d'interventions destinées à favoriser l'adoption de comportements sains et à influencer les normes sociales qui sous-tendent ces comportements.
- Les données de l'enquête sur le comportement face au paludisme montrent que les facteurs associés à l'initiation précoce des soins prénatals varient considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, ce qui souligne l'importance d'adapter les interventions de SBC au contexte.
- En connaissant ces associations, nous pouvons élaborer un ensemble diversifié d'interventions de communication et de non-communication adaptées à ces facteurs.
- Les interventions en matière de communication devraient viser à renforcer les connaissances complètes et exactes, l'auto-efficacité, les attitudes positives à l'égard du TPIp et la communication avec les partenaires.
- Les interventions non liées à la communication peuvent consister à collaborer avec les partenaires de la prestation de services afin d'automatiser le dépistage des grossesses et l'orientation des patientes et de rendre les services de soins prénatals plus accessibles aux communautés.

Discussion :

- Q : Pouvez-vous expliquer en quoi l'advocacy et le SBC diffèrent et comment nous devrions considérer les deux ?
 - La principale différence réside dans le fait que le plaidoyer est principalement destiné à rassembler la volonté politique et à obtenir des engagements financiers, alors que la SBC est axée sur le changement des comportements.
 - Il s'agit d'un continuum - pour les décideurs politiques, un changement de comportement est également nécessaire pour parvenir à un changement de volonté politique.
- Q : D'autres pays adoptent-ils les soins préconceptionnels ?
 - Le Kenya l'a intégré dans ses lignes directrices adoptées à partir de celles de l'OMS.
 - Il est important de disposer de zones transversales pour discuter des stratégies utilisées pour inciter les femmes en âge de procréer à se faire soigner.
- Q : Le Nigeria mène une étude pour voir si le G-ANC peut permettre aux femmes de bénéficier de soins prénatals plus tôt. La MBS a utilisé 4 mois comme CPN précoce, mais au Nigeria nous utilisons 13 semaines. Pourquoi la MBS utilise-t-elle 4 mois ?
 - C'est la façon dont les questions sont énumérées dans l'EDS et l'EIP, de sorte que l'EIP a utilisé la norme de 4 mois. Cela donne une indication sur les soins prénatals

précoces, mais la façon dont les femmes interprètent cette question n'est pas claire.

- Le fait que les enfants soient les défenseurs des familles est une bonne stratégie.
- L'importance de la prévention de l'infection avant la consultation prénatale ne peut être négligée. Pouvez-vous utiliser ces données pour déterminer pourquoi l'utilisation des moustiquaires n'est pas plus élevée ? Cela pourrait-il être inclus dans le paquet préconceptionnel ?

- Nous devons parler davantage des questions d'accès et de la manière de maintenir un accès universel continu, y compris pour les personnes en période préconceptionnelle, car elles sont les moins prioritaires.
- Breakthrough Action recueille des données sur l'utilisation des filets dans le cadre du MBS.
- L'économie comportementale a contribué à modifier les comportements des prestataires de soins de santé en ce qui concerne le respect des directives relatives au dépistage du paludisme. Cette approche pourrait-elle également être utilisée pour inciter les femmes enceintes à se rendre rapidement aux consultations prénatales ?
 - Il existe un processus permettant d'étudier comment l'économie comportementale peut être appliquée à différents comportements dans différents contextes, ce qui pourrait donc être possible.

Plan d'action

Engagements :

Ministères de la santé :

Groupe 1 : pays francophones et lusophones

- Restitution des résultats des travaux de la dernière réunion du MiP RBM.
- Mise en place d'un groupe de travail technique sur la prévention du paludisme pendant la grossesse et inclusion de toutes les parties prenantes (programme de santé reproductive, santé mentale...).
- Plaidoyer pour le recrutement d'ASC supplémentaires afin de couvrir l'ensemble du pays.
- Plaidoyer en faveur de la gratuité des soins prénatals.
- Mettre en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement du paludisme pendant la grossesse.
- Plaidoyer pour le financement de la diffusion de spots et de micro-programmes en langues locales sur l'importance de la CPN au cours du premier trimestre de la grossesse.

Groupe 2 : Pays anglophones

Mobilisation des ressources pour les produits de base :

- Établir des déficits de financement pour tous les produits destinés à la lutte contre le paludisme, en particulier les produits de santé publique.
- Demander au gouvernement de débloquer des fonds pour le SP.
- Veiller à ce que la SP et les autres produits antipaludiques figurent sur la liste des médicaments essentiels.
- Coordonner les prévisions, la quantification et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.
- Plaidoyer soutenu auprès du gouvernement et de l'OMS pour la préqualification des

prestataires de services locaux. Coordination des parties prenantes :

- Cartographie des parties prenantes inter et intra ministérielles.
- Réunions régulières de coordination avec les

parties prenantes. Amélioration de la qualité des soins :

- Opérationnalisation des équipes de qualité des soins de santé maternelle et infantile.
- Mettre en œuvre, suivre et documenter les actions des équipes d'amélioration de la qualité, y compris les préoccupations exprimées lors des entretiens avec les clients à la sortie de l'hôpital.
- Contrôler la mise en œuvre des approches d'amélioration de la

qualité. Adaptation/adoption de politiques :

- Élaboration de lignes directrices spécifiques à chaque pays en fonction du contexte local.
- Assurer l'élaboration et la mise en œuvre des plans de travail opérationnels

annuels. Renforcer le code de conduite éthique :

- Sensibiliser ou former les travailleurs de la santé à la fourniture de soins respectifs.
- Renforcer l'évaluation des performances du personnel.
- Mécanismes de récompense fondés sur des données probantes.

Mise en œuvre :

- Diffuser la boîte à outils SBC CHW/IM MiP existante pour l'intégrer dans la promotion des soins

- prénatals et les interventions MiP.
- Soutenir les groupes de travail techniques au niveau national

- Établir des normes/mesures de qualité des soins/de la supervision de soutien
- Tirer parti des projets/ressources existants pour soutenir le déploiement des nouvelles politiques
- Renforcer les capacités des PNM en matière de genre
- Intégrer les MIP dans les initiatives en faveur de la santé des adolescents

Chercheurs :

- Examiner les données du MBS
 - Des enquêtes qualitatives pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles les femmes ne viennent pas et ce qui leur permettrait de venir.
- Dialogues sur l'engagement communautaire pour identifier des solutions
- MMV s'engage à identifier de nouveaux médicaments sûrs au cours du premier trimestre
- Recherche sur la meilleure façon de communiquer avec les femmes enceintes (études qualitatives sur le genre)
- Recherche de mise en œuvre pour identifier les moyens d'améliorer l'accès aux soins
- Recherche formative sur ce qui est nécessaire pour encourager les adolescents à aller à l'école
 - Préféreraient-ils des soins spécifiques aux adolescents plutôt que des groupes mixtes avec des femmes plus âgées ?
- Avec le GT, réfléchissez à la manière de concevoir la recherche sur la mise en œuvre.

Donateurs :

- Continuer à soutenir le secrétariat du groupe de travail RBM MIP
- Soutenir (dans la mesure du possible avec le soutien des pays) la participation des représentants du ministère de la santé à la réunion annuelle (PNLP et MHP).
- Coordination entre les donateurs (Fonds mondial, PMI) et le ministère de la santé pour s'assurer que les besoins en produits de santé publique pour le TPI sont satisfaits.