
Déploiement du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à base de sulfadoxine-pyriméthamine dans les communautés : guide du terrain



Organisation
mondiale de la Santé

Déploiement du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à base de sulfadoxine-pyriméthamine dans les communautés : guide du terrain



**Organisation
mondiale de la Santé**

Déploiement du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à base de sulfadoxine-pyriméthamine dans les communautés : guide du terrain [Community deployment of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine: a field guide]

ISBN 978-92-4-009569-4 (version électronique)

ISBN 978-92-4-009570-0 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé 2024**

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Déploiement du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à base de sulfadoxine-pyriméthamine dans les communautés : guide du terrain [Community deployment of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine: a field guide]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogue à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements	v
Abréviations	vi
Glossaire	vii
1. Introduction	1
1.1 Informations générales et objectif	1
1.2 Élaboration du guide de terrain et public cible	3
2. Recommandations de l’OMS	4
2.1 Recommandations de l’OMS sur le TPIg	4
2.2 Recommandations de l’OMS concernant les SPN pour que la grossesse soit une expérience positive	6
2.3 Recommandations de l’OMS pour les programmes d’ASC	7
2.4 Médicament de choix pour le TPIg, surveillance de la résistance et de l’efficacité	8
2.5 Approvisionnement en SP de qualité homologuée pour le TPIg	8
3. c-TPIg	9
3.1 Qu’est-ce que le c-TPIg ?	9
3.2 Qui est éligible pour le c-TPIg ?	9
3.3 Où le c-TPIg doit-il être mis en œuvre ?	11
4. Planification	13
4.1 Inclusion du c-TPIg dans les plans stratégiques nationaux de lutte antipaludique	13
4.2 Analyse de la situation	13
4.3 Budgétisation et mobilisation des ressources pour le c-TPIg	14
4.4 Coordination et coopération : rôles et responsabilités aux différents niveaux	16
4.5 Plan de mise en œuvre du c-TPIg	16
5. Mise en œuvre	19
5.1 Formation	19
5.1.1 Matériels de formation	19
5.1.2 Formation en cascade	19
5.2 Fidélisation des ASC	20
5.3 Communication pour le changement social et comportemental	21
5.3.1 Collaboration des parties prenantes et messages généraux	21
5.3.2 Matériel de plaidoyer et de communication	23
5.4 Gestion intégrée de la chaîne d’approvisionnement	23
5.4.1 Plan de gestion de la chaîne d’approvisionnement	23
5.4.2 Quantification des produits	24
5.4.3 Conservation de la SP	24
5.5 Supervision formative	25

5.6	Activités basées dans la communauté	28
5.6.1	Plans d'action communautaire pour la mise en œuvre du c-TPIg	28
5.6.2	Cartographie de la communauté	29
5.6.3	Sélection des ASC en fonction de la taille de la population cible	30
5.6.4	Rôle des OSC	31
5.6.5	Activités des ASC	32
6.	Suivi et évaluation	37
6.1	Cadre de performance pour le S et E	37
6.2	Indicateurs et collecte des données	37
6.3	Outils de collecte des données : révision, impression, diffusion et formation	40
6.4	Collecte, analyse et utilisation des données	40
	Références	42
Annexe 1.	Documents pertinents provenant du manuel de mise en œuvre du projet TIPTOP	45
Annexe 2.	Résultats des projets pilotes pour le c-TPIg	46
Annexe 3.	Exemple de fiche de stock de l'ASC	49
Annexe 4.	Exemple de registre de communauté/village	50
Annexe 5.	Feuille de comptage des soins aux femmes enceintes dans la communauté	51
Annexe 6.	Exemple de carte de la patiente	53

Figures, tableaux et encadrés

Fig. 1.	Pourcentage de femmes enceintes consultant un service de soins prénatals au moins une fois et recevant le TPIg, par nombre de doses de SP, en Afrique subsaharienne, 2010–2021	2
Fig. 2.	Continuum de soins entre la communauté et les structures de SPN	9
Fig. 3.	Exemple de disque de grossesse	11
Fig. 4.	Carte complète de la communauté montrant les caractéristiques géographiques et les ressources locales dans un village du district de Kenge, en République démocratique du Congo	30
Tableau 1.	Sélection de recommandations pour les SPN concernant le PPG	6
Tableau 2.	Exemple de budget pour la mise en œuvre du c-TPIg	15
Tableau 3.	Exemples de responsabilités et d'activités en fonction du niveau administratif	17
Tableau 4.	Exemples de types de supervision dans un programme de c-TPIg	26
Tableau 5.	Exemples d'indicateurs pour le c-TPIg	38
Tableau 6.	Éléments de données et sources pour les indicateurs du c-TPIg	39
Encadré 1.	Actualisation en juin 2022 des lignes directrices de l'OMS sur le TPIg pour le paludisme	5
Encadré 2.	Rémunération des ASC et accords contractuels	21
Encadré 3.	Supervision formative pour les programmes d'ASC	25
Encadré 4.	Sélection des ASC pour la formation initiale	31
Encadré 5.	Taille de la population cible et programmes relatifs aux ASC	31
Encadré 6.	Eau potable	35

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier Emmanuel Otolorin (Jhpiego) qui a été chargé d'élaborer la première version du présent guide. Les experts qui suivent ont apporté leurs contributions à la rédaction de ce document : Maud Majeres Lugand, Medicines for Malaria Venture (pour les informations sur le conditionnement de la sulfadoxine-pyriméthamine) ; Herbert Onuoha (Jhpiego) et Franco Pagnoni, ISGlobal (pour le chapitre sur le suivi et l'évaluation) ; ainsi qu'Elaine Roman, Jhpiego (pour ses contributions à plusieurs sections et à la révision du projet). Quelques éléments du guide, en particulier le Chapitre 5, sont tirés de versions antérieures du cours de formation sur les interventions basées en communauté, publié par l'OMS et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose en 2012.

L'OMS tient également à remercier les membres du groupe d'experts qui ont participé à la consultation technique pour évaluer les données probantes sur la délivrance du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse dans les communautés et qui ont revu la version initiale et apporté des contributions : Constance Bart-Plange, Consultante indépendante pour la santé publique à Accra (Ghana) ; Kassoum Kayentao, Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme à Bamako (Mali) ; et Larry Slutsker, Consultant, Global Health (États-Unis d'Amérique).

L'OMS exprime sa reconnaissance aux personnes qui suivent pour avoir revu la version avancée du guide : Christina Maly, Jhpiego (pour ses apports dans la section portant sur les indicateurs et la collecte des données ; Maria Barreix Etchegoimberry, OMS, Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (pour la révision du chapitre 6) et Elizabeth Arlotti-Parish, Jhpiego (pour ses apports sur les aspects relatifs au genre).

À l'OMS, Andrea Bosman et Silvia Schwarte du Programme mondial de lutte contre le paludisme, ont coordonné la rédaction et la finalisation du présent guide, avec les contributions de Peter Olumese (appartenant aussi à ce Programme).

Ce guide du terrain a été produit avec l'aide financière d'Unitaid.

Abréviations

ASC	agent de santé communautaire (ou relai communautaire)
CCSC	communication pour le changement social et comportemental
c-TPIg	traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse basé dans la communauté
GTT	groupe de travail technique
MII	moustiquaire imprégnée d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSC	organisation de la société civile
PPG	paludisme pendant la grossesse
S et E	suivi et évaluation
SIS	système d'information sanitaire
SP	sulfadoxine-pyriméthamine
SPN	soins prénatals
TIPTOP	Transformation du traitement préventif intermittent pour une grossesse optimale (Transforming Intermittent Preventive Treatment for Optimal Pregnancy)
TOD	traitement (ou thérapie) sous observation directe
TPIg	traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
TPIg-SP	TPIg à la sulfadoxine-pyriméthamine

Glossaire

**animation du fœtus
(« quickening »)**

Les premiers mouvements du fœtus ressentis par la femme ; ils indiquent une grossesse d'au moins 16 semaines. La pratique d'administrer le TPIg-SP à ce stade implique de laisser la femme enceinte et le fœtus sans protection contre le paludisme pendant une durée inutilement longue, le phénomène dépendant de la perception individuelle de la femme et du moment où cette animation se produit. Néanmoins la première dose de TPIg peut être donnée dès que possible au second trimestre de la grossesse (13^e semaine).

contre-indications du TPIg

Le TPIg-SP n'est pas recommandé aux femmes enceintes avant la 13^e semaine de la grossesse, à celles présentant une maladie aiguë sévère, à celles qui sont incapables de prendre des médicaments par voie orale, qui ont reçu une dose de SP dans les 30 jours précédents ou qui sont allergiques à l'un des composants de la SP. Le TPIg-SP ne doit pas être administré à des personnes recevant un médicament contenant des sulfamides en traitement ou en prophylaxie, dont le co-trimoxazole (triméthoprimé et sulfaméthoxazole) pour le VIH. On a montré que des doses élevées d'acide folique (doses quotidiennes de 5 mg ou plus) neutralisent l'efficacité antipaludique de la SP et seules des présentations faiblement dosées (0,4 mg par jour) devraient être administrées parallèlement à la SP.

disque de grossesse

Petit calendrier utilisé pour déterminer à la fois l'âge gestationnel et le terme de la grossesse sur la base de la dernière période menstruelle.

posologie de la SP

La posologie requise de SP pour le TPIg est de 1500 mg/75 mg. Les principales présentations de SP commercialisées sur le marché pour le TPIg contiennent en général 500 mg/25 mg de SP par comprimé, de sorte qu'il faut trois comprimés pour obtenir la dose complète.

**posologie du TPIg à la
sulfadoxine pyriméthamine
(TPIg-SP)**

Le TPIg-SP ne doit pas être administré avant la 13^e semaine de la grossesse à cause du risque accru de malformations fœtales. Il devrait démarrer le plus tôt possible au deuxième trimestre de la grossesse. Il faut administrer au moins trois doses de TPIg-SP pendant la grossesse. Les doses peuvent être données jusqu'au moment de l'accouchement, à condition de respecter un intervalle d'au moins un mois entre chaque dose.

quantification	Dans le contexte du c-TPIg, la quantification détermine les quantités de SP et d'autres produits requis pour le TPIg-SP, en tenant compte des services dispensés à la fois dans les établissements de SPN et dans la communauté par les ASC formés.
soins prénatals (SPN)-1	Première consultation dans un établissement de SPN, dans l'idéal le plus tôt possible pendant la grossesse.
SPN-4	Quatrième consultation dans un établissement de SPN pendant la grossesse
TPIg dans la communauté (c-TPIg)	Administration de SP de qualité garantie pour le TPIg aux femmes enceintes éligibles par les ASC au niveau de la communauté. Le c-TPIg complète la délivrance du TPIg-SP dans les établissements de SPN. L'approche du c-TPIg a pour but de combler les lacunes entre les consultations des SPN dans la couverture du TPIg et il permet aux ASC de sensibiliser les femmes enceintes à la nécessité de se rendre dans une structure de SPN pour bénéficier de services complets dans ce domaine.
traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg)	Administration du traitement par un antipaludique à intervalles prédéterminés, que la femme enceinte soit infectée par le paludisme ou non. L'infection paludique pendant la grossesse entraîne un risque substantiel pour la mère, mais aussi pour le fœtus et le nouveau-né.
TPIg-1	Première dose de TPIg-SP
TPIg-2	Deuxième dose TPIg-SP
TPIg-3	Troisième dose de TPIg-SP
TPIg-3+	Trois doses ou plus de TPIg-SP (dans l'idéal, elles ne devraient pas être regroupées, mais désignées comme TPIg-4, TPIg-5, TPIg-6, etc.)
traitement sous observation directe (TOD)	Fourniture ou administration du TPIg-SP en présence d'un professionnel de santé ou de l'agent de santé communautaire (ASC) pour veiller à ce que la dose correcte de SP (composée de 3 comprimés de SP, chacun dosé à 500 mg/25 mg SP, pour la posologie totale requise de 1500 mg/75 mg SP) soit prise par les femmes enceintes.

1. Introduction

1.1 Informations générales et objectif

À l'échelle mondiale, le paludisme constitue toujours un défi majeur pour la santé publique et il est source de morbidité, de mortalité et de baisse de la productivité économique. Le *Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde* estime que 249 millions de cas et 608 000 décès imputables au paludisme se sont produits dans 85 pays et territoires d'endémie en 2022. Les femmes et les enfants sont souvent les groupes les plus vulnérables (1).

L'infection paludique pendant la grossesse entraîne des risques substantiels pour la femme enceinte, pour son fœtus et pour le nouveau-né. Pour la femme enceinte, elle peut aboutir à une forme grave de la maladie, au décès et à la séquestration placentaire du parasite, qui peut entraîner une anémie maternelle. Elle expose la mère à un risque accru de décès avant et après l'accouchement et elle est un facteur important de naissances d'enfants mort-nés ou prématurés. L'infection du placenta peut aussi causer une croissance insuffisante du fœtus, un faible poids à la naissance, ce qui peut provoquer des retards de croissance de l'enfant et des problèmes cognitifs. C'est aussi un facteur de risque majeur de mortalité périnatale, néonatale et infantile (2-4).

En 2022, dans 33 pays¹ de transmission modérée à élevée dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), on a estimé qu'il y a eu 35,4 millions de grossesses, dont 12,7 millions (36 %) ont été exposées à l'infection palustre. En fonction des sous-régions de l'OMS, la prévalence de l'exposition au paludisme pendant la grossesse a été la plus élevée en Afrique de l'Ouest, où environ 6,4 millions (39,3 %) des 16,2 millions de femmes enceintes selon les estimations ont eu une infection palustre et en Afrique centrale, où environ 3,4 millions (40,1 %) des 8,3 millions de femmes enceintes ont été infectées. La prévalence de cette infection a été plus faible dans les sous-régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe (27 %) que dans les autres sous-régions en 2022 ; toutefois on y a recensé un nombre de femmes infectées (2,9 millions) similaire à celui de l'Afrique centrale (3,4 millions) (1).

L'OMS recommande un ensemble d'interventions pour lutter contre le paludisme et ses effets pendant la grossesse : promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), prise en charge adaptée des cas au moyen d'un diagnostic rapide et du traitement efficace du paludisme chez la femme enceinte et administration du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine pendant la grossesse (TPIg-SP) dans les zones d'endémie du paludisme.

Le TPIg-SP prévient les conséquences négatives du paludisme pour les mères et leurs fœtus (5,6). Pourtant, en 2022, la couverture du TPIg-3 a été de 42 %, bien en dessous de la cible de 80 % (Fig. 1) (1). Cela souligne un nombre important d'opportunités manquées pour le TPIg, ainsi que le besoin d'approches novatrices pour délivrer ce traitement aux femmes enceintes, à leurs enfants et pour surmonter les barrières et les obstacles existants.

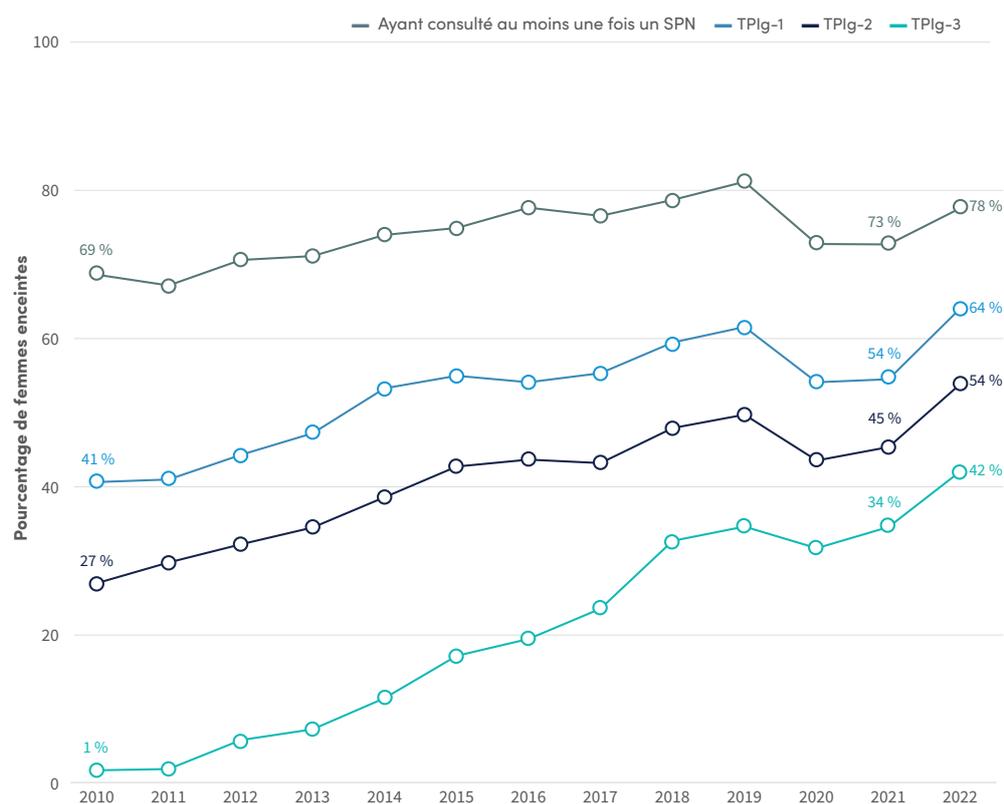
Le petit poids de naissance est un grand facteur de risque de mortalité néonatale et infantile et le fait d'éviter un grand nombre de cas aura un impact considérable sur la mortalité des enfants toutes causes confondues. S'il n'y avait pas eu de chimioprévention spécifique du paludisme pendant la grossesse, on estime que l'exposition à l'infection paludique aurait entraîné 914 000 cas de nouveau-nés avec un petit poids de naissance

1 Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

en 2022, contre environ 393 000 selon les estimations avec les niveaux actuels de couverture du TPIg dans les trois sous-régions. La sous-région de l'Afrique de l'Ouest supporte environ la moitié (55,1 %) de la charge des nouveau-nés avec un faible poids à la naissance dû à l'infection paludique pendant la grossesse.

En prenant en compte l'impact actuel du TPIg, on estime que l'insuffisance pondérale à la naissance a été évitée pour environ 512 000 nouveau-nés. Si toutes les femmes enceintes consultant des services de SPN au moins une fois pendant leur grossesse recevaient une dose unique du TPIg, et si les niveaux de couverture du TPIg-2 et TPIg-3 restaient les mêmes, on éviterait 60 000 cas supplémentaires de petit poids de naissance, ce qui réduirait la charge résiduelle du problème dû au paludisme à 332 000. Si la couverture du TPIg-3 correspondait aux niveaux de couverture de SPN-1, en supposant que les consultations suivantes des SPN se maintiennent à un niveau aussi élevé, on éviterait alors 164 000 cas de petit poids de naissance de plus, ramenant ainsi la charge résiduelle du problème dû au paludisme pendant la grossesse à 229 000. Enfin, si la couverture du TPIg-3 passait à 90 % de toutes les femmes enceintes, 221 000 cas supplémentaires seraient évités et la charge restante du problème du petit poids de naissance dû au paludisme pendant la grossesse serait de 172 000 cas.

Fig. 1. Pourcentage de femmes enceintes consultant un service de soins prénatals au moins une fois et recevant le TPIg, par nombre de doses de SP, en Afrique subsaharienne, 2010–2021



SP : sulfadoxine-pyriméthamine ; SPN : soins prénatals ; TPIg : traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ; TPIg -1 : première dose de TPIg ; TPIg -2 : deuxième dose TPIg ; TPIg -3 : troisième dose de TPIg.

Source : Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde (1).

En résumé, le TPIg-SP est recommandé depuis longtemps par l'OMS et même si les tendances mondiales ont révélé une hausse lente de la couverture du TPIg-3 au cours de la dernière décennie, 58 % des femmes enceintes ne bénéficient toujours pas de cette intervention protectrice. Le présent guide porte sur la possibilité de réduire le plus possible ces opportunités manquées en augmentant la couverture du TPIg au moyen d'une approche à base communautaire (c-TPIg), afin de compléter le déploiement actuel du TPIg-SP dans les services de SPN. Cette approche s'aligne sur les recommandations publiées dans les lignes directrices publiées par l'OMS le 3 juin 2022 : *WHO guidelines for malaria, 3 June 2022 (7,8)*.

1.2 Élaboration du guide de terrain et public cible

Le présent guide décrit les étapes essentielles et donne des orientations aux pays pour l'adoption et le déploiement du c-TPIg de manière à l'intégrer dans le système de santé existant. Il a été élaboré à partir des discussions et des conclusions de la consultation technique de l'OMS pour évaluer les données factuelles sur la délivrance du TPIg à base communautaire, organisée du 21 au 23 juin 2022 (9). Les données examinées à cette consultation ont comporté celles générées dans le cadre du projet TIPTOP (Transforming Intermittent Preventive Treatment for Optimal Pregnancy) financé par Unitaid, ainsi que celles provenant des expériences d'autres pays où le c-TPIg a été expérimenté. Il s'appuie sur les meilleures pratiques et les enseignements tirés des expériences pilotes de mise en œuvre dans huit pays africains : Burkina Faso, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigeria, République démocratique du Congo, Sénégal et Sierra Leone.

La version initiale du guide a été rédigée par un consultant mandaté par l'OMS ayant participé à la mise en œuvre du projet TIPTOP dans huit pays africains pilotes ; certaines sections de cette version ont été élaborées en collaboration avec des partenaires du projet TIPTOP ayant tous participé à la consultation technique de l'OMS en juin 2022. Elle a ensuite été revue par les membres d'un groupe d'experts lors de cette consultation.²

Une version révisée a ensuite été distribuée comme version préliminaire à la réunion du groupe de travail sur le paludisme pendant la grossesse, organisée par le Partenariat RBM en septembre 2023, et les observations additionnelles (reçues par Jhpiego et le Département OMS Santé sexuelle et reproductive et recherche) ont été intégrées à la version finale.

Le présent guide de terrain vise au niveau national toutes les parties intéressées impliquées dans la prestation des services pour la mère et l'enfant, c'est-à-dire, les responsables politiques nationaux et locaux et les acteurs de mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme, de la santé maternelle, de la santé de l'enfant, de la santé reproductive, des programmes de santé communautaires, ainsi que les organisations non gouvernementales et d'autres organismes.

Les pays décidant d'introduire le c-TPIg sont invités à adapter les orientations données dans le présent document à leurs contextes nationaux et locaux.

2 Tous les experts participant à la consultation technique de l'OMS ont présenté leurs déclarations d'intérêts qui ont été examinées par le Secrétariat de l'OMS. Un membre a signalé un conflit d'intérêts, qui a été jugé comme n'étant pas pertinent pour les sujets à l'ordre du jour soumis à décision. Une recherche diligente a été faite et n'a pas permis de mettre à jour des faits importants non déclarés par les experts.

2. Recommandations de l'OMS

La mise en œuvre du TPIg dans les communautés (c-TPIg) doit se fonder sur trois documents principaux de l'OMS.

- L'OMS a publié des lignes directrices, *WHO guidelines for malaria, 3 June 2022 (7)*, pour améliorer la prévention et le contrôle du PPG et. La section 2.1 du présent guide récapitule les principaux aspects des recommandations actualisées pour le TPIg, et indique comment améliorer la couverture au-delà des consultations des SPN par la délivrance au niveau local par les agents de santé communautaires (ASC).
- La section 2.2 porte sur la nécessité d'augmenter le nombre de contacts avec les femmes enceintes, suite aux *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (10)*, publiées en 2017. Celles-ci ont introduit un modèle à huit contacts, remplaçant le précédent modèle de quatre consultations dans les SPN.
- La section 2.3 reprend les Directives de l'OMS sur la politique de santé au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires (11), publiées en 2018 et incluant les principes essentiels concernant le c-TPIg.

De plus, les sections 2.4 et 2.5 présentent les médicaments utilisés pour le TPIg, le besoin de surveiller la résistance et l'efficacité de la chimioprévention et la nécessité de s'approvisionner en produits de qualité homologuée.

2.1 Recommandations de l'OMS sur le TPIg

Le TPIg consiste à administrer un traitement par un médicament antipaludique à intervalles prédéterminés, que la femme enceinte soit infectée ou non par le paludisme. L'objectif est de prévenir les conséquences d'une infection pendant la grossesse pour la mère, son fœtus et le nouveau-né. L'Encadré 1 indique les orientations actualisées de l'OMS sur le TPIg (en juin 2022) et comprend une nouvelle recommandation portant sur les inégalités concernant l'accès aux SPN. Des facteurs socio-démographiques, tels que l'âge, la situation maritale, la religion et la résidence en milieu urbain ou rural, peuvent influencer sur l'accès au TPIg. De plus, les obstacles liés au système de santé et des facteurs socio-économiques, comme l'éducation, l'emploi et l'indice de richesse, ont été signalés comme ayant une forte influence sur l'utilisation du TPIg-SP (12).

Encadré 1. Actualisation en juin 2022 des lignes directrices de l'OMS sur le TPIg pour le paludisme (7)

Dans les zones d'endémie du paludisme, toutes les femmes enceintes doivent recevoir un médicament antipaludique à intervalles prédéterminés, pour réduire la charge de morbidité due au paludisme pendant la grossesse et les issues défavorables de la grossesse et de la naissance.

- La SP a été largement utilisée en chimioprévention du paludisme pendant la grossesse et reste efficace pour améliorer les principaux résultats de la grossesse.
- Le TPIg-SP doit démarrer dès que possible au second trimestre, mais pas avant la 13^e semaine de grossesse.
- Les doses doivent être administrées à au moins un mois d'intervalle, l'objectif étant que les femmes reçoivent au moins trois doses.
- Les contacts avec les SPN restent une plateforme importante pour la délivrance du TPIg. Lorsqu'il existe des inégalités dans les SPN et leur couverture, on peut envisager d'autres méthodes de délivrance (comme le recours aux ASC) en veillant à maintenir la fréquentation des SPN et à s'occuper des inégalités sous-jacentes dans la prestation des SPN.
- En général, le TPIg est très efficace par rapport à son coût, largement accepté, la délivrance est faisable et il se justifie par un grand nombre de données probantes recueillies pendant plusieurs décennies.

Pour faciliter le déploiement du TPIg, il faut tenir compte de plusieurs aspects pratiques.³

- La SP doit être mise à disposition dans les services de SPN, de façon que les femmes enceintes aient un accès immédiat au TPIg-SP lors des soins ordinaires.
- Une dose complète de TPIg-SP est de 1500 mg/75 mg SP (soit trois comprimés à 500 mg/25 mg SP).
- Dans l'idéal, la SP doit être administrée sous observation directe (TOD) pour s'assurer que les femmes enceintes prennent bien la totalité de la dose requise.
- Le TPIg-SP peut être donné jusqu'à l'accouchement, en respectant l'intervalle d'un mois entre deux doses.
- Si une femme se présente dans un service de SPN avec des symptômes de paludisme, ces derniers doivent être examinés avant d'administrer le TPIg-SP. Si la femme est testée positive pour le paludisme, à l'examen microscopique ou à un test de diagnostic rapide, elle doit être traitée en appliquant les directives nationales de prise en charge des cas de paludisme. Si le test est négatif, la femme recevra le TPIg-SP.
- Le TPIg-SP n'est pas recommandé pour les femmes enceintes :
 - avant la 13^e semaine de grossesse à cause du risque accru de malformations fœtales,
 - présentant une maladie aiguë sévère,
 - incapables de prendre des médicaments par voie orale,
 - qui, au cours des 30 jours précédents, ont pris une dose de l'un des principes actifs utilisés pour le TPIg,
 - qui sont allergiques à tout composant de la SP.
- Le TPIg-SP ne doit pas être administré à des personnes prenant un médicament contenant un sulfamide en traitement ou en prophylaxie, dont le co-trimoxazole (triméthoprime et sulfaméthoxazole) pour le VIH. Il a été démontré que des doses élevées d'acide folique (dose quotidienne à partir de 5 mg) contrecarrent l'efficacité antipaludique de la SP et seules des présentations faiblement dosées (0,4 mg/jour) peuvent être administrées en même temps que la SP.
- La SP pour le TPIg est en général très bien tolérée. De faibles effets secondaires transitoires, nausées, vomissements, faiblesse et vertiges, ont été signalés par certaines femmes, en particulier après la première dose de SP. Les études ont démontré que ces effets secondaires tendent à s'atténuer lors de la prise des doses suivantes (13, 14). Les effets secondaires doivent être discutés ouvertement avec les femmes enceintes et pris en charge par les SPN.
- Les informations sur le TPIg doivent être totalement accessibles pour les femmes enceintes. Comme pour toutes les interventions sanitaires, il faut obtenir le consentement de la femme enceinte avant de lui administrer le TPIg.

³ Les informations pratiques pour la recommandation du TPIg récapitulées ci-dessus sont décrites en détail dans les lignes directrices de l'OMS : *WHO guidelines for malaria, 3 June 2022 (7)*.

2.2 Recommandations de l'OMS concernant les SPN pour que la grossesse soit une expérience positive

Les SPN sont la plateforme de délivrance de nombreuses interventions préventives et curatives pendant la grossesse, dont celles pour la prévention et le contrôle du PPG. Les recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, publiées en 2016 (en 2017 pour la version française), comportent 39 recommandations relatives à cinq types d'interventions : interventions nutritionnelles, évaluation de la mère et du fœtus, mesures préventives, interventions pour les symptômes physiologiques courants et interventions au niveau des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des SPN (10).

En ce qui concerne le paludisme et le TPIg, les recommandations ont été compilées dans le Tableau 1, notamment la recommandation E.7 sur le calendrier des contacts avec les SPN qui en préconise au moins huit. Ces contacts peuvent avoir lieu dans un établissement de santé ou dans la communauté, dans la mesure où certains services essentiels sont dispensés à la femme enceinte lors de la rencontre. Le modèle de 8 contacts remplaçant l'ancien modèle de quatre visites aux SPN recommandé auparavant, il augmente le nombre des occasions pour fournir le TPIg-SP aux femmes enceintes.

Tableau 1. Sélection de recommandations pour les SPN concernant le PPG

Intervention	Recommandation	Type de recommandation
Notes de consultation détenues par les femmes	E.1 : Il est recommandé que chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins, ainsi que le vécu de sa grossesse.	Recommandée
Continuité des soins sous la direction de sages-femmes	E.2 : Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connues soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien.	Recommandation spécifique au contexte
Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien	E.4.2 : Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés, ainsi que des visites prénatales à domicile, sont recommandés pour améliorer l'utilisation des SPN et les résultats de santé périnatale, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.	Recommandation spécifique au contexte
Calendriers des prises de contact pour les SPN	E.7 : Des modèles de SPN prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.	Recommandée

Source : reproduit à partir des *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (10).

2.3 Recommandations de l'OMS pour les programmes d'ASC

L'approche du c-TPIg entre dans les lignes directrices générales de l'OMS visant à promouvoir la prestation des interventions plus proches des communautés pour assurer l'équité ainsi que la rapidité des services. On trouvera des informations détaillées dans les *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires (11)*, parues en 2018, qui approfondissent 15 recommandations dans les domaines suivants :

- sélection à des fins de formation initiale
- durée de la formation initiale
- compétences figurant dans le programme de formation initiale
- modalités de la formation initiale
- certification fondée sur les compétences
- supervision formative
- rémunération
- accords contractuels
- progression de carrière
- taille de la population cible
- collecte et exploitation des données
- types d'ASC
- engagement communautaire
- mobilisation des ressources communautaires
- disponibilité des fournitures.

Le présent guide du c-TPIg sur le terrain donne plusieurs références croisées particulièrement pertinentes avec le guide des ASC en ce qui concerne la rémunération et les contrats, la supervision formative, la sélection des ASC et la taille de la population cible (cf. Encadrés 2, 3, 4 et 5).

On trouvera davantage d'informations sur l'engagement des communautés dans *Community engagement : WHO health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people (15)*, et dans l'article d'information de l'OMS *Using behavioural sciences to support community engagement in Africa (16)* (en anglais seulement).

2.4 Médicament de choix pour le TPIg, surveillance de la résistance et de l'efficacité

La SP est le médicament de choix pour le TPIg. Elle a été largement utilisée pour ce traitement et on a montré qu'elle était efficace, sûre, bien tolérée, disponible et pas chère. On peut l'administrer facilement en dose unique sous observation directe et elle doit continuer à être utilisée dans les zones de résistance élevée à la SP.⁴ L'OMS recommande que le médicament utilisé pour le TPIg soit différent de ceux utilisés pour le traitement antipaludique de première intention.

Il semble que le TPIg-SP sélectionne des mutations de résistance à l'antifolate associées à des augmentations faibles à modérées de la pharmacorésistance. Il n'y a en revanche pas de données convaincantes sur la sélection favorisant des mutations clés, telles que dhpsA581G (une mutation dans les gènes de *P. falciparum* codant l'enzyme dihydroptéroate synthase de *P. falciparum*), associée à la perte d'efficacité du TPIg-SP (17). On manque de preuves pour supprimer le TPIg-SP dans les régions où la prévalence de dhpsA581G dépasse le seuil de 10 % (18). Bien que la capacité du TPIg-SP pour faire disparaître les infections existantes et en prévenir de nouvelles soit compromise dans les zones de résistance élevée à très élevée, l'intervention permet tout de même encore de faire baisser la fréquence des cas d'insuffisance pondérale à la naissance et de l'anémie maternelle. Par conséquent, le TPIg-SP doit continuer à être utilisé dans les zones de forte résistance à la SP jusqu'à ce que l'on découvre des alternatives plus efficaces pour la chimioprévention du paludisme (7).

Les pays doivent surveiller la résistance de la SP et son efficacité prophylactique. En 2022, l'OMS a publié un protocole d'étude *Malaria chemoprevention efficacy study protocol* (19) pour évaluer l'efficacité protectrice de la SP pour le TPIg et d'autres interventions de chimioprévention. Le protocole adapte certains des principes et pratiques sous-tendant la surveillance de l'efficacité thérapeutique pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité des médicaments utilisés en chimioprévention du paludisme.

2.5 Approvisionnement en SP de qualité homologuée pour le TPIg

L'OMS recommande de n'utiliser pour le TPIg que de la SP de qualité prouvée (c'est-à-dire conforme aux normes internationales, comme la Pharmacopée internationale). La liste des produits préqualifiés par l'OMS est régulièrement mise à jour et peut être consultée en ligne (20). Des informations complémentaires sont disponibles dans la Liste du Fonds mondial, *List of malaria pharmaceutical products classified according to the Quality Assurance Policy*, également mise à jour régulièrement et accessible en ligne (21).

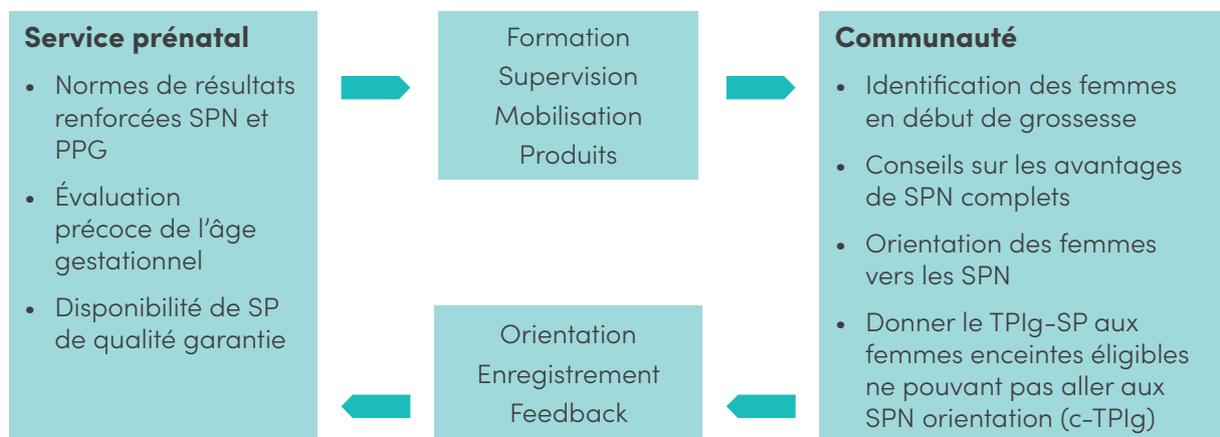
4 Le TPIg avec la SP reste aussi efficace dans les régions où les haplotypes de mutant quintuple de *Plasmodium falciparum* pour la SP ont une forte prévalence. Il faudrait mener de nouvelles études sur la relation entre les marqueurs de la résistance à la SP et l'efficacité du TPIg, en particulier dans les zones où la transmission et donc l'immunité maternelle ont sensiblement décliné ces dernières années. Un lien entre des haplotypes de mutant sextuple de *P. falciparum* et la baisse du poids à la naissance a été signalé dans des études observationnelles sur quelques sites en Afrique de l'Est. De nouvelles études sont nécessaires pour évaluer ce point et pour élaborer les stratégies de prévention les meilleures et les plus rentables dans les zones de résistance très élevée à la SP (17).

3. c-TPIg

3.1 Qu'est-ce que le c-TPIg ?

Il consiste à faire administrer, au niveau communautaire par des ASC formés, de la SP de qualité garantie pour le TPIg à toutes les femmes enceintes éligibles. Il complète la délivrance de la SP dans les établissements de SPN. Cette approche a pour but de combler le fossé entre la fréquentation des SPN et la couverture du TPIg (cf. Fig. 1) : elle permet aux ASC de sensibiliser les femmes enceintes à la nécessité de se présenter aux SPN pour y recevoir des services complets. La Fig. 2 illustre l'approche unissant les communautés et les structures de SPN pour le continuum des soins.

Fig. 2. Continuum de soins entre la communauté et les structures de SPN



SPN : soins prénatals ; PPG : paludisme pendant la grossesse ; SP : sulfadoxine-pyriméthamine ; TPIg-SP : traitement préventif intermittent à la SP pendant la grossesse ; c-TPIg : TPIg basé dans la communauté.

Source : *Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook (22)*.

Dans certains pays, les politiques nationales permettent aux ASC d'administrer la première dose du TPIg (TPIg-1), tandis que dans d'autres le TPIg-1 doit être donné par un personnel soignant au cours d'une consultation des SPN, les ASC ne pouvant que donner les doses suivantes (TPIg-2+).

3.2 Qui est éligible pour le c-TPIg ?

Le TPIg-SP doit être administré à toutes les femmes enceintes dans les zones d'endémie du paludisme, quel que soit le nombre de grossesses qu'elles aient pu avoir (7). Cette recommandation de l'OMS, publiée en juin 2022, facilite la mise en œuvre du c-TPIg par des ASC formés, le nombre de grossesses n'ayant pas à être pris en compte pour la femme enceinte. L'ASC formé détermine l'éligibilité de la femme enceinte à recevoir le c-TPIg-SP selon la politique nationale et sur la base de l'âge gestationnel, des antécédents d'allergies et de réactions indésirables, des traitements concomitants et de la date de la prise de la dernière dose de SP. Les critères suivants d'inclusion et d'exclusion s'appliquent au c-TPIg à la SP.

Critères d'inclusion (un ASC peut donner une dose de SP à la femme enceinte)

- **Âge gestationnel** : la femme doit être enceinte d'au moins 13 semaines pour pouvoir recevoir la SP. L'ASC peut obtenir l'âge gestationnel à partir des documents de grossesse de la femme ou il peut le déterminer sur la base du premier jour de la dernière période menstruelle en utilisant un disque de grossesse (Fig. 3). Si la femme enceinte n'est pas sûre de la date de sa dernière période menstruelle ou si l'âge gestationnel est incertain, l'ASC peut demander si l'animation du fœtus s'est produite (si la femme a ressenti pour la première fois les mouvements fœtaux ; si l'enfant a commencé à bouger dans son ventre) ; les mouvements du fœtus indiquent une grossesse d'au moins 16 semaines. Il faut noter que, si la pratique standard dans certains pays consiste à administrer la première dose de TPIg-SP au moment de l'animation du fœtus, elle peut laisser la femme enceinte et le fœtus sans protection pendant une durée inutilement longue, compte tenu des variations dans la perception des mouvements du fœtus par les femmes et du moment où ils se produisent. La période entre 13 et 20 semaines est cruciale pour ce qui est des conséquences négatives irréversibles du PPG, à un moment où les densités parasitaires sont les plus élevées et où la prévention du paludisme a des bénéfices majeurs (23).
- **Médicaments contenant des sulfamides** : l'ASC doit vérifier que la femme enceinte n'a pas pris l'un d'entre eux au cours des quatre semaines précédentes, ce qui inclut toute dose antérieure de SP pour le TPIg. L'ASC doit également vérifier que la femme enceinte ne présente pas d'allergies aux médicaments contenant des sulfamides et n'a pas eu de réaction indésirable à l'un d'entre eux.⁵

Critères d'exclusion (un ASC ne doit pas donner une dose de SP à la femme enceinte)

- **Âge gestationnel** : la femme est enceinte depuis moins de 13 semaines, sa dernière période menstruelle est inconnue, ou la femme enceinte n'a pas encore senti l'enfant bouger dans son ventre (animation du fœtus).
- **Médicaments contenant des sulfamides** : la femme enceinte a pris un de ces médicaments au cours des quatre dernières semaines (y compris une dose antérieure de SP pour le TPIg), elle est allergique à un des composants de la SP ou à des médicaments contenant des sulfamides ou elle a eu un effet indésirable à l'un d'entre eux.

Le TPIg-SP ne doit pas être administré à des personnes prenant un médicament contenant un sulfamide en traitement ou en prophylaxie, dont le co-trimoxazole (triméthoprime et sulfaméthoxazole) pour le VIH.

- **Autres médicaments** : la femme enceinte a eu une réaction indésirable sévère à toute médication antérieure.

On a montré que des doses élevées d'acide folique (5 mg ou plus par jour) contraient l'efficacité antipaludique de la SP et seules des présentations faiblement dosées (0,4 mg/jour) peuvent être administrées parallèlement à la SP.

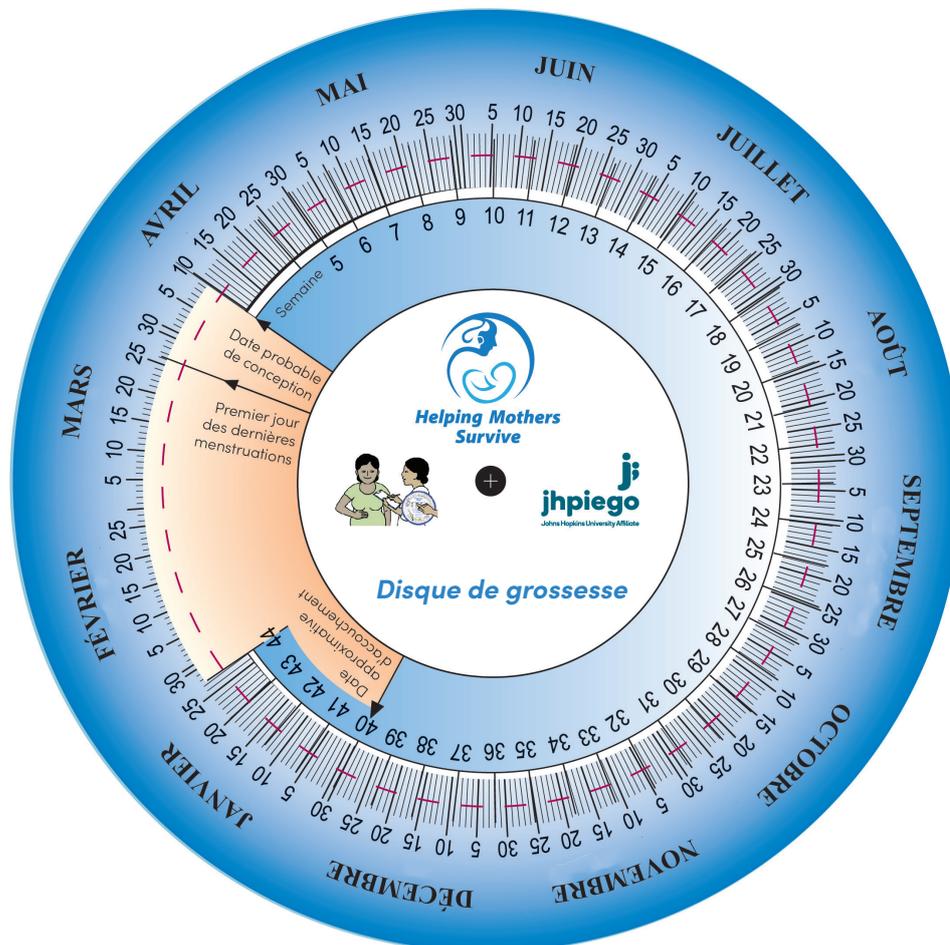
- **Autres considérations** : le TPIg-SP n'est pas recommandé pour les femmes enceintes atteintes d'une forme simple du paludisme, de maladie aiguë sévère ou pour celles dans l'incapacité de prendre des médicaments par voie orale.

L'ASC doit adresser la femme enceinte à un service de SPN pour une évaluation complète et les soins à donner.

5 Des exemples de ces médicaments sont la sulfadoxine-pyriméthamine (e.g. Fansidar, G-Cospe) et le triméthoprime/sulfaméthoxazole (ex. : Bactrim, Septrin).

La Section 5.6.5 donne des indications détaillées sur les activités de l'ASC. L'Annexe 1 fournit un exemple d'aide pour le travail des ASC afin de déterminer l'éligibilité au c-TPIg-SP.

Fig. 3. Exemple de disque de grossesse



Source : Jhpiego/TIPTOP, 2018. Adapté du programme de survie de la mère et de l'enfant, financé par l'USAID et dirigé par Jhpiego.

3.3 Où le c-TPIg doit-il être mis en œuvre ?

La mise en œuvre du c-TPIg peut contribuer à augmenter la couverture du TPIg-SP dans les pays d'endémie du paludisme. Il sera envisagé dans les zones où la couverture par le TPIg dans les établissements de santé est faible, où la fréquentation des SPN est élevée (donc là où il y a une forte proportion d'occasions manquées) et où les facteurs politiques et programmatiques sont favorables à l'introduction du c-TPIg. Il faudra également tenir compte de facteurs contextuels, tels que les valeurs et les préférences des utilisateurs finaux, ainsi que les coûts, la couverture et la pérennité d'autres plateformes de délivrance.

Des études pilotes du c-TPIg (cf. Annexe 2) ont reconnu plusieurs facteurs favorisant celui-ci et pouvant servir de principes d'orientation pour la sélection des zones de mise en œuvre :

- une politique sanitaire nationale existante incluant la prévention du PPG ;
- un programme existant d'ASC avec des effectifs suffisants pouvant être déployés dans les zones qu'ils desservent ;

- des réseaux opérationnels d'ASC, intégrés dans des systèmes de santé pour absorber de nouvelles activités, comme le déploiement du TPIg dans les communautés ;
- une politique nationale de transfert et de partage des tâches permettant aux ASC de délivrer des médicaments, dont la SP pour le c-TPIg ;
- des zones de faible couverture du TPIg malgré des services opérationnels de SPN – les expériences du projet pilote TIPTOP indiquent qu'une approche pour la délivrance du c-TPIg aura plus de chance de réussir si elle est mise en œuvre dans des zones ayant initialement une faible couverture du TPIg (cf. les expériences de TIPTOP en Annexe 2) ;
- une intégration faisable du c-TPIg avec les services de SPN, les programmes publics basés dans les communautés, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de suivi et d'évaluation (S et E) ;
- une gestion opérationnelle de la chaîne d'approvisionnement pour garantir la disponibilité ininterrompue de la SP dans les établissements de SPN et pour les ASC où le c-TPIg sera mis en œuvre ;
- l'acceptabilité de l'approche pour les communautés qui en bénéficient et une forte appropriation de leur part ; et
- une bonne collaboration entre toutes les parties prenantes aux différents niveaux, et particulièrement un fort engagement des programmes de lutte antipaludique, de santé reproductive, de santé maternelle, de santé de l'enfant et des programmes d'ASC.

4. Planification

4.1 Inclusion du c-TPIg dans les plans stratégiques nationaux de lutte antipaludique

Dans la plupart des pays, le c-TPIg constituera une nouvelle approche pour délivrer une intervention existante (TPIg-SP) déjà incluse dans les directives et documents nationaux. Pour l'obtention de fonds internationaux et nationaux, le c-TPIg doit être adopté au niveau politique comme une nouvelle stratégie de délivrance et être inclus dans le plan stratégique national de lutte antipaludique, les plans opérationnels annuels et dans les politiques et directives nationales pour les programmes de santé reproductive et de soins de santé primaires.

L'adoption politique du c-TPIg doit impliquer les programmes du ministère de la santé chargés de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et de la nutrition, ainsi que ceux qui s'occupent des services communautaires. Une fois approuvé par les programmes de santé reproductive et de soins de santé primaires, le c-TPIg doit être inclus dans le plan stratégique national de lutte antipaludique.

Pour garantir la réussite de la mise en œuvre, aucun effort ne sera épargné pour planifier la coordination, l'intégration des services et la collaboration à tous les niveaux du système de santé existant, y compris au niveau communautaire. Les deux programmes publics essentiels pour le PPG sont le programme national de lutte antipaludique et la division de la santé reproductive au ministère de la santé, chargée de la programmation de la santé maternelle et néonatale dans le pays. Tous les partenaires techniques, d'exécution et de financement concernés doivent être informés de la formation ou de la réactivation d'un groupe de travail technique national, dirigé par le gouvernement et travaillant principalement sur le PPG (GTT-PPG). Cet organisme peut être dupliqué aux niveaux sous-nationaux lorsque la prestation des soins de santé a été convenablement décentralisée. Dans la plupart des pays, des GTT existent déjà et ils peuvent être mobilisés pour travailler spécifiquement sur le PPG, en impliquant les programmes et parties prenantes concernées au sein du ministère de la santé.

4.2 Analyse de la situation

Il faut entreprendre une analyse de la situation au niveau national et sous-national pour évaluer la préparation des établissements de santé et des communautés à délivrer des services de qualité pour le PPG. Une plateforme opérationnelle pour les SPN est essentielle pour la délivrance des interventions recommandées en matière de prévention et de contrôle du PPG.

L'analyse de la situation doit chercher à déterminer les paramètres suivants :

- L'évaluation des activités en cours en matière de PPG, dont les interventions mises en œuvre, là où elles le sont, les bénéficiaires ciblés et les résultats escomptés ; les partenaires du développement impliqués, le niveau de leur appui ; et les activités de création de la demande en cours ;
- la fonctionnalité du système de santé communautaire existant sur lequel fonder le c-TPIg ; l'analyse de la situation doit cartographier les ASC disponibles susceptibles d'être recrutés pour le c-TPIg, avec la participation des communautés (cf. Section 5.6) ;
- les obstacles relatifs au genre et au cadre socioculturel pour l'acceptation du TPIg au niveau des établissements, ainsi que pour les services communautaires en général ;

- les connaissances et les compétences des agents de santé au niveau des services/établissements de SPN, ce qui implique :
 - la réalisation d'une évaluation rapide de référence des établissements de santé, pour comprendre les connaissances, attitudes et compétences des soignants sur le PPG et déterminer comment les interventions disponibles sont mises en œuvre pour réduire la charge du PPG ;
 - l'examen des compétences et des pratiques pour la tenue des dossiers et le S et E, ainsi que les dossiers sur les formations antérieures et leur efficacité pour les soignants qui peuvent être formés pour devenir des formateurs ou superviseurs d'ASC ; et
 - la cartographie des soignants dans les zones cibles pour le c-TPIg, point très important compte tenu des pénuries mondiales de ressources humaines pour la santé ; les résultats peuvent influencer sur le recrutement et le redéploiement des personnels ;
- la disponibilité de SP de qualité garantie, sa continuité étant cruciale pour la mise en œuvre du c-TPIg ; l'analyse de la situation doit identifier les lacunes et les solutions visant à garantir un approvisionnement ininterrompue des fournitures pour le TPIg et le c-TPIg, ce qui implique :
 - une compréhension du processus d'approvisionnement de la SP y compris qui achète la SP et quand, le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, les conditions de stockage dans les établissements de santé, les modalités de remise des médicaments aux ASC pour la distribution dans les communautés et l'état de la pharmacovigilance dans les zones cibles ;
 - l'approvisionnement en SP de qualité garantie (informations données en Section 2.5) ; et
 - le fait de veiller à ce que les médicaments soient soumis à des systèmes publics de gestion des approvisionnements, pour garantir leur distribution de dernier kilomètre jusqu'aux utilisateurs finaux, les établissements de santé/les services de SPN ;
- les systèmes d'information sanitaire (SIS) existants, savoir si des outils de collecte des données sont présents (registres des SPN, de travail/accouchements, formulaires de rapport mensuels récapitulatifs, SIS communautaire et formulaires d'orientation des patients), si les registres du SIS sont à jour, quel est le niveau de la sous-notification ou de la surnotification, s'il existe un SIS communautaire pouvant être actualisé pour intégrer les SPN et les rapports sur le TPIg ; l'analyse de la situation doit identifier les lacunes et les solutions pour mettre à jour tous les formulaires et les modèles requis de façon à saisir les données au niveau communautaire (pour une analyse appropriée).

Là où c'est possible, par exemple pour la charge du paludisme ou la couverture du TPIg, le pays doit disposer déjà de données et l'utilisation des données les plus actuelles doit être assurée. D'autres informations utiles, y compris l'évaluation des établissements, l'évaluation des connaissances des prestataires de SPN et les interviews des superviseurs d'ASC, peuvent être obtenues à partir du système SARA de l'OMS (*WHO Service availability and readiness assessment*) (24).

4.3 Budgétisation et mobilisation des ressources pour le c-TPIg

Il convient d'élaborer un plan de mise en œuvre chiffré du c-TPIg et de l'utiliser pour la mobilisation des ressources au cas où des déficits de financement sont identifiés. Le Tableau 2 montre un exemple (non exhaustif) de lignes budgétaires à envisager et à lister, avec les coûts unitaires correspondants, les coûts totaux des lignes et leurs sources de financement.

Tableau 2. Exemple de budget pour la mise en œuvre du c-TPIg

Activité	Coût unitaire	Coût total	Source de financement	Observations
Achats				
Produits (SP ; boîtes de rangement fermant à clé pour les ASC ; T-shirts, sacs à dos, tenue ; eau potable ; moustiquaires, etc., selon les cas)
Achat et transport (y compris les coûts de l'assurance et du fret)
Distribution dans le pays
Formation				
Rédaction, impression et diffusion des matériels de formation et des fiches d'aide
Formation des formateurs, formation au niveau des districts/formation des points focaux SPN, formation des ASC
Recyclage par niveau
Supervision				
Rédaction, impression et diffusion des matériels pour les superviseurs
Formation des superviseurs aux différents niveaux
Recyclage des superviseurs aux différents niveaux
Coûts pour couvrir les visites de supervision, les transports, l'hébergement, les allocations, etc.
Rémunération/motivation des ASC				
Rémunérations/salaires/allocations pour les ASC
Frais de transport, de téléphone et autres compensations
Plaidoyer et communication pour le changement social et comportemental (CCSC)				
Élaboration et diffusion de matériels adaptés pour la CCSC (avec un budget suffisant pour les réunions de revue, les séances photo, l'impression, les déplacements/transports, la distribution dans les zones desservies, etc.)
Campagnes de sensibilisation au niveau communautaire
S et E et surveillance				
Révision/élaboration et diffusion de formulaires de S et E et de surveillance (avec un budget suffisant pour les réunions d'examen, l'impression, les déplacements/transports, la distribution dans les zones desservies, etc.)
Outils numériques pour le traitement des données (par exemple des tablettes pour le transfert des données)
Formations sur la saisie, le traitement, l'analyse et l'interprétation des données
Supervision

4.4 Coordination et coopération : rôles et responsabilités aux différents niveaux

La réussite de la mise en œuvre du c-TPIg nécessite une coordination et une collaboration optimale des différents acteurs à tous les niveaux du système des soins de santé. Le c-TPIg doit être bien intégré dans les systèmes existants, tels que la prestation communautaire, les achats et la chaîne d'approvisionnement, la transmission des rapports et le S et E, afin de garantir les synergies et la pérennité du programme.

La coordination entre les niveaux est facilitée en définissant clairement et en communiquant les rôles et responsabilités complémentaires aux différents acteurs le long du continuum de mise en œuvre du c-TPIg. Le Tableau 3 illustre les responsabilités et les tâches selon le niveau administratif.

4.5 Plan de mise en œuvre du c-TPIg

La planification du c-TPIg a pour objectif de déterminer où, quand et comment celui-ci sera mis en œuvre. Elle requiert la réalisation d'une analyse de la situation, telle que décrite dans la Section 4.2 ; ses résultats viendront étayer l'élaboration du plan de mise en œuvre du c-TPIg. Dans les pays n'ayant pas d'expérience antérieure du c-TPIg, la mise en œuvre peut démarrer dans quelques zones pilotes et les enseignements tirés de cette phase pourront ensuite être utilisés pour orienter une application du c-TPIg plus généralisée et spécifique du pays.

Un plan de mise en œuvre doit couvrir au minimum les domaines suivants :

- la coordination de la mise en œuvre au niveau du pays, des régions, des districts et des communautés (cf. Section 4.4) ;
- le chiffrage des coûts et la budgétisation, y compris les plans de rémunération des ASC (cf. Sections 4.3 et 5.2) ;
- un plan complet pour le plaidoyer et la sensibilisation/mobilisation/ engagement des communautés (cf. Section 5.3) ;
- un plan de formation en cascade, avec des rôles et responsabilités clairement définis à chaque niveau (cf. Section 5.1) ;
- un plan détaillé pour la supervision formative (cf. Section 5.5) ;
- un plan de gestion intégrée de la chaîne d'approvisionnement, avec une planification suffisante pour la distribution des médicaments et autres fournitures nécessaires, des matériels de formation, des formulaires de notification, etc. (cf. Sections 5.4 et 6.3) ;
- un plan détaillé de S et E (cf. Chapitre 6) ;
- la pharmacovigilance ; et
- les marqueurs moléculaires de la pharmacorésistance et le suivi de l'efficacité de la chimioprévention pour la SP (cf. Section 2.4).

Tableau 3. Exemples de responsabilités et d'activités en fonction du niveau administratif

Niveau	Intervenants	Responsabilités	Exemples d'activités
National	GTT PPG national	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance globale, coordination et supervision de la mise en œuvre du c-TPIg Mobilisation des ressources S et E pour l'amélioration continue de la mise en œuvre du c-TPIg 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et engager les principales parties prenantes Intégrer le c-TPIg dans les politiques nationales et les documents pertinents Budgétiser et trouver les financements pour toutes les activités requises et les produits nécessaires Mener une analyse de la situation et préparer le plan de mise en œuvre du c-TPIg Surveiller la gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris la quantification, l'achat et la diffusion de tous les produits requis Examiner et actualiser ou élaborer les matériels de formation pour le c-TPIg, les supports pour le travail et les outils de supervision, enregistrement et notification Organiser la formation des formateurs aux niveaux (infra)nationaux Assurer une supervision formative Mener le plaidoyer, donner des informations, assurer la communication au niveau national et procéder à la CCSC Contrôler régulièrement et évaluer les données ; les utiliser pour actualiser la mise en œuvre du c-TPIg (sur la base des enseignements qui ont été tirés) Coordonner le suivi de la résistance/de l'efficacité préventive Surveiller la pharmacovigilance et la prise en charge des réactions indésirables (sévères)
Infranational	Autorités sanitaires régionales/ des États	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la formation et la remise à niveau Supervision et organisation de la mise en œuvre du c-TPIg au niveau régional ou à celui des États 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la surveillance et la supervision managériales et financières Veiller à la disponibilité à la fourniture suffisante de produits pour la mise en œuvre du c-TPIg Mener le plaidoyer au niveau régional et procéder à la CCSC Organiser des réunions avec les parties prenantes Faire des formations et des remises à niveau Expliquer l'approche du c-TPIg aux équipes sanitaires des districts
	Équipe de gestion de la santé du district	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de la mise en œuvre du c-TPIg au niveau des communautés Supervision de la mise en œuvre du c-TPIg au niveau des structures de SPN 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions avec les parties prenantes Former/remettre à niveau les prestataires de SPN/les personnels soignants Distribuer la SP de qualité garantie et les autres produits ainsi que les formulaires aux structures de SPN/établissements de santé dans les zones desservies Mener la CCSC Planifier et organiser la supervision de la mise en œuvre du c-TPIg Suivre les progrès du c-TPIg et résoudre les problèmes Préparer les rapports techniques et financiers requis

Niveau	Intervenants	Responsabilités	Exemples d'activités
Structure de SPN/ établissement de santé	Personnels des structures de SPN/ des établissements de santé participant à la mise en œuvre du c-TPIg dans la zone desservie	<ul style="list-style-type: none"> Supervision de la mise en œuvre du c-TPIg au niveau communautaire Contact avec les communautés et leur mobilisation Prestations de services complets de SPN, dont le TPIg-SP Diagnostic et traitement des cas de paludisme Prise en charge des événements indésirables, avec la notification pour alimenter le système national de pharmacovigilance 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions avec toutes les parties prenantes, dont les communautés, pour expliquer la mise en œuvre et le déploiement du c-TPIg Soutenir l'identification des ASC pour le c-TPIg-SP Former ou remettre à niveau les ASC Assurer une supervision formative des ASC et résoudre les problèmes susceptibles de se présenter Gérer les stocks de SP au niveau des SPN et des ASC ; gérer le (ré)approvisionnement en SP et autres matériels pour les ASC Collecter et analyser les formulaires de rapports remplis par les ASC Notifier les événements indésirables au médecin responsable du district Identifier, étudier et rapporter les inquiétudes des communautés
Communauté	Chefs/ membres des communautés	<ul style="list-style-type: none"> Appropriation du c-TPIg par la communauté Mobilisation et engagement de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Sélectionner les ASC (cf. Section 5.6.3) Engager les organisations de la société civile Entreprendre un auto-contrôle de la communauté
	ASC	<ul style="list-style-type: none"> Prestation des services relatifs au PPG et au TPIg pour les membres de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Mener à bien les activités des ASC (cf. Section 5.6.5 pour les détails) : <ul style="list-style-type: none"> Assurer l'éducation et l'information des femmes enceintes et de leurs familles Identifier les nouvelles grossesses Adresser les femmes enceintes aux SPN Administrer la SP sous TOD aux femmes enceintes éligibles Surveiller et gérer les stocks de SP Enregistrer et faire les rapports

5. Mise en œuvre

5.1 Formation

5.1.1 Matériels de formation

Les représentants des programmes de santé de la mère et de l'enfant/de santé reproductive, de lutte antipaludique et des ASC doivent être impliqués dans l'élaboration des nouveaux matériels de formation pour le PPG et les ASC. En plus des éléments techniques sur le PPG, les SPN et l'administration du TPIg-SP, l'enregistrement et la transmission des rapports, le programme de formation doit aussi porter sur les compétences pour la communication interpersonnelle, la mobilisation des communautés pour créer la demande, renforcer la prise de conscience locale et sensibiliser les femmes en âge de procréer/les femmes enceintes et leurs familles pour atteindre une couverture optimale du TPIg-SP et des SPN. Les matériels requis comportent des manuels de formation pour les formateurs et les apprenants, des aides pour le travail, des formulaires de collecte des données et du matériel pour le changement de comportement social. Il convient de calculer bien avant la formation la quantité suffisante de matériels requis en fonction du niveau de la formation en cascade (cf. Section 5.1.2) et du public cible pour laisser le temps de le produire, de l'imprimer, de le distribuer et de le diffuser à temps dans les sites requis. On envisagera également la traduction des matériels dans les langues locales et le recours à des pictogrammes validés en cas de faibles niveaux d'alphabétisation. Tous les matériels doivent être revus et amendés régulièrement sur la base des enseignements tirés lors des sessions de formation précédentes. Le programme doit également inclure l'identification des obstacles liés au genre ou à des aspects socioculturels pour l'acceptation du TPIg et des services de santé communautaires et proposer les connaissances, aptitudes et compétences permettant d'aider les femmes enceintes à les surmonter.

5.1.2 Formation en cascade

La formation doit être organisée en cascade (en conformité avec les autres stratégies de formation dans le pays) et prendre en compte les tâches respectives requises de la part des différents personnels impliqués dans la mise en œuvre du c-TPIg à chaque niveau du système. Par exemple :

- aux niveaux national et infranational : formation des formateurs et des formateurs principaux ;
- au niveau des établissements de SPN : formation de soignants référents/points focaux (prestataires de SPN basés dans les établissements) et formation des superviseurs d'ASC, sélectionnés parmi les soignants les plus performants pour les SPN, sur la base des scores avant et après test ; et
- au niveau des communautés : formation des ASC.

La durée de la formation des ASC variera d'un pays à l'autre, en fonction du programme de formation de base des ASC, qui peut éventuellement déjà inclure des modules sur le PPG (par exemple un aperçu détaillé des objectifs d'apprentissage pour le c-TPIg, cf. Annexe 1). Les deux ou trois derniers jours de la formation des ASC serviront à cartographier les ressources de la communauté (cf. Section 5.6.2). Avec le registre de la communauté, il est facile de déterminer et de comparer la population de la zone desservie avec les chiffres du recensement ou les projections démographiques, ce qui est important pour les indicateurs de couverture (par exemple le pourcentage de femmes

enceintes qui, dans la zone desservie, ont reçu trois doses de TPIg). À la fin de leur formation, les ASP doivent :

- pouvoir dispenser l'éducation sanitaire et les conseils pour prévenir et combattre le PPG, suspendre et utiliser correctement les moustiquaires et faire connaître les avantages des SPN et du TPIg ;
- savoir que la SP évite le PPG, mais n'a pas une efficacité de 100 %, de sorte que la femme enceinte doit aller se faire soigner si elle présente de la fièvre ou des symptômes, même si elle a bénéficié du TPIg-SP ;
- savoir que la SP ne sert qu'à la prévention du PPG et n'est pas recommandée pour le traitement du paludisme ;
- pouvoir délivrer correctement le TPIg-SP et conseiller les femmes enceintes sur la fréquentation des SPN, sur les possibilités d'avoir un diagnostic et un traitement précoces et sur le moment auquel elles doivent revenir pour une nouvelle dose de TPIg-SP ;
- savoir que les SPN sont essentiels pour les services supplémentaires requis pendant la grossesse ;
- pouvoir identifier les grossesses en cours ou nouvelles dans la communauté et faire des visites à domicile ;
- savoir contrôler l'éligibilité des femmes enceintes pour recevoir la SP et administrer le médicament sous TOD ;
- savoir identifier et appliquer correctement les motifs pour adresser les femmes enceintes aux SPN (par exemple, adresser celles qui présentent de la fièvre à l'établissement de santé pour l'évaluation et le traitement potentiel du paludisme ou de toute autre maladie ; reconnaître les réactions indésirables aux médicaments et la nécessité de SPN complets, etc.) ;
- savoir remplir les formulaires et enregistrer les informations (par exemple, le registre des ASC, les fiches de SPN des patientes, les formulaires d'orientation, les cartes de rendez-vous, la saisie des données dans les outils SIS de la communauté) ; et
- savoir gérer les stocks de tous les produits requis, dont la SP et les matériels qui leur sont fournis pour leur usage dans la communauté.

C'est généralement une bonne pratique d'évaluer la formation à tous les niveaux (par exemple, à l'aide de tests faits avant et après la formation) et de déterminer ce qu'il faut faire si les apprenants échouent au test après la formation. Tous les ASC doivent participer à des sessions régulières de remise à niveau.

5.2 Fidélisation des ASC

La fidélisation des ASC et les ressources financières pour soutenir l'approche du c-TPIg sont particulièrement importantes pour l'efficacité du programme. Les pays doivent mettre en place des mesures au niveau des communautés pour renforcer cet élément. Autant que possible, les ASC doivent être rémunérés par le gouvernement et recevoir un salaire mensuel.

Les pays trouveront des recommandations détaillées sur les compensations pour les ASC et leur motivation dans *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires* (cf. Encadré 2).

Encadré 2. Rémunération des ASC et accords contractuels (11)

Recommandation 7A : L'OMS recommande de rémunérer les ASC en exercice selon un système de gratification financière correspondant aux exigences et à la complexité du travail réalisé, au nombre d'heures de travail, à leur formation et aux rôles qu'ils endossent.

Recommandation 7B : L'OMS suggère de ne pas rémunérer exclusivement ou majoritairement les ASC selon des incitations fondées sur les performances.

Recommandation 8 : L'OMS recommande de fournir aux ASC rémunérés un accord écrit précisant leurs rôles et leurs responsabilités, leurs conditions de travail, leur rémunération, et leurs droits en tant que travailleurs.

Si une rémunération régulière n'est pas faisable, une subvention est nécessaire afin de garantir la disponibilité des ASC pour exécuter leurs tâches. Il faut envisager le paiement des frais de transport et leur facilitation pour assister aux séances régulières de travail à l'établissement de SPN auxquels ils sont rattachés pour le (ré)approvisionnement en SP, la transmission des données et la coordination.

De plus, les compensations pour les ASC peuvent inclure, sans s'y limiter, le paiement d'une allocation mensuelle ; les remboursements des frais de transport et des dépenses liées aux téléphones portables, la reconnaissance sociale par des matériels avec logo comme des T-shirts, des casquettes, des sacs à dos ; et la distribution de bottes et de vêtements de pluie pendant la saison des pluies ; etc.

5.3 Communication pour le changement social et comportemental

Plusieurs actions sociales dans les communautés et modèles de participation montrent que l'engagement actif de la communauté dans la distribution des produits de santé et l'intensification des interventions (en collaboration avec le système de santé) peuvent renforcer les liens entre les personnels soignants dans les établissements et la communauté. On sait que les communautés jouent un rôle crucial dans la surveillance du paludisme et on peut leur donner les moyens d'en réduire la charge par des activités adaptées de communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Celle-ci ne se limite pas à l'information, à l'éducation et à la communication ; à la communication sur le changement comportemental ; et à la promotion de la santé. La CCSC inclut la mobilisation sociale et reconnaît que les comportements ont besoin d'un environnement social favorable.

Les informations, les croyances et l'expérience jouent un rôle significatif dans le comportement de recherche des soins et il est important de veiller à ce que les femmes enceintes, leurs familles et la communauté soient bien informées à la fois des conséquences négatives de la charge du PPG et des solutions disponibles et peu coûteuses pour remédier à ce problème. Les femmes enceintes, leurs familles et la communauté doivent acquérir un ensemble de facultés et de comportements pour éviter le paludisme, savoir comment accéder aux diagnostics et aux médicaments adaptés, aux MII, aux services curatifs et préventifs et percevoir que leur environnement est favorable.

5.3.1 Collaboration des parties prenantes et messages généraux

Les programmes de lutte antipaludique et de santé reproductive devraient diriger les efforts de communication en collaboration étroite avec les programmes de soins de santé primaire qui reposent fortement sur la participation communautaire. D'autres parties prenantes à solliciter peuvent inclure les autorités sanitaires des districts, les prestataires de services dans les établissements de santé et le comité de développement de la communauté ou son équivalent. Les programmes de c-TPIg devraient prendre en

compte les aspects suivants au moment de planifier l'engagement des communautés et les programmes de CCSC :

- renforcer les connaissances et stimuler le dialogue dans la communauté ;
- identifier les obstacles liés au genre et socioculturels pour les services s'occupant du PPG ; fournir des stratégies pour les surmonter ;
- promouvoir les changements essentiels dans les attitudes ;
- créer une demande d'informations et de services et plaider pour des comportements adéquats de recherche des soins ;
- promouvoir les services de prévention, de soins et d'appui et améliorer les compétences des membres de la communauté et le sentiment d'autonomie.

Le plan de mobilisation sociale et de CCSC devrait être élaboré et exécuté avant et pendant le déploiement et la mise en œuvre du c-TPIg. Les messages généraux doivent couvrir au minimum les aspects suivants :

- les avantages de la fréquentation précoce et suivie des SPN, de dormir sous des MII de longue durée et d'utiliser la SP pour le TPIg, en tant qu'intervention peu coûteuse ayant un grand impact ;
- la sécurité de la prise de SP par les femmes enceintes après le premier trimestre, qu'elle soit donnée dans une structure de SPN ou dans la communauté ;
- le fait que la SP a un pouvoir de prévention et n'est pas recommandée pour le traitement du paludisme ;
- le fait que la SP est en général très bien tolérée et qu'elle protège la mère et l'enfant, qu'il y a néanmoins un risque de réactions indésirables, en général bénignes et transitoires, avec des conseils sur ce qu'il faut faire s'il s'en produit ; cela inclut l'élaboration d'un plan pour la gestion des rumeurs ;
- le moment et le calendrier de la prise de SP pour le TPIg ;
- les raisons d'administrer la SP sous TOD que ce soit dans une structure de SPN ou dans la communauté ;
- le fait que la communauté sache que les ASC ont reçu une formation spécifique pour le c-TPIg-SP et qu'ils ont à leur disposition des médicaments préventifs de qualité garantie ;
- les avantages d'adresser les patientes de la communauté aux établissements de santé pour augmenter la couverture des SPN et du TPIg ;
- l'importance pour les femmes enceintes de respecter l'orientation recours donnée ; et
- la politique nationale déterminant qui doit et ne doit pas recevoir le TPIg-SP au niveau communautaire ; dans certains pays, les politiques rendent obligatoire la délivrance de la première dose de SP dans des structures de SPN, tandis que d'autres permettent aux ASC de démarrer l'administration de la SP dans la communauté pour les femmes enceintes éligibles. Les doses suivantes peuvent ensuite être données dans la communauté (cf. Sections 3.1 et 3.2).

Les activités de CCSC doivent être planifiées et exécutées dans le cadre du plan général national de CCSC du programme de lutte antipaludique.

5.3.2 Matériel de plaidoyer et de communication

Le matériel de plaidoyer et de communication doit être préparé dans un langage culturellement adapté et facile à comprendre, être testé sur le terrain et soigneusement revu avec l'assistance d'experts locaux. Il doit être traduit dans les principales langues locales le cas échéant. Les activités de communication seront mises en œuvre en s'adressant à diverses parties prenantes, telles que les chefs politiques, traditionnels et religieux ; les organisations à base communautaire, dont les groupes de femmes ; les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs ; les agents de santé basés dans la communauté et dans les établissements et les volontaires. Il faut planifier toutes les activités de plaidoyer, telles que des visites ou des réunions dans les communautés quand et où elles sont appropriées et susceptibles d'avoir le plus d'impact. D'autres canaux de communication incluent la radio, la télévision, les médias imprimés, ainsi que les marchés et d'autres rassemblements. On envisagera le recours aux réseaux sociaux, compte tenu de leur efficacité et de leur portée potentielle. En outre, les réunions dans les communautés, les conférences et les autres activités d'éducation sanitaire, telles que les séances de théâtre ou de marionnettes dans les villages, doivent comporter des discussions sur la prévention du paludisme.

5.4 Gestion intégrée de la chaîne d'approvisionnement

5.4.1 Plan de gestion de la chaîne d'approvisionnement

La quantification correcte des produits, leur achat en temps voulu et leur distribution dans toutes les zones desservies, la conservation correcte à tous les niveaux du système (y compris à celui des ASC) et le réapprovisionnement rapide des ASC sont autant d'éléments essentiels à la réussite de la mise en œuvre des programmes de c-TPIg. En collaboration avec l'entrepôt central des médicaments, le programme national de lutte antipaludique devrait planifier toutes les activités requises de façon à bien les intégrer dans la chaîne nationale existante d'approvisionnement en médicaments, depuis les achats jusqu'au dernier kilomètre de la distribution à l'utilisateur final. Cela doit impliquer l'élaboration d'un plan de gestion de la chaîne d'approvisionnement ayant pour but la disponibilité ininterrompue de SP de qualité garantie (pour en savoir plus, voir la section 2.5 sur l'approvisionnement en SP) et des autres produits requis au niveau des établissements de SPN comme à celui des communautés. On accordera une attention particulière à la fourniture des produits dans les zones difficiles d'accès, en tenant compte des difficultés géographiques, infrastructurelles, météorologiques et saisonnières spécifiques (par exemple les fortes pluies, les routes impraticables/les rivières infranchissables lors de la saison des pluies) dans les zones où il est prévu de mettre en œuvre le c-TPIg. Là où l'analyse de la situation de base a révélé des lacunes dans le flux des produits indispensables pour les utilisateurs finaux, il faut déterminer les causes principales des retards et les obstacles à surmonter pour prendre des mesures correctives. Les gestionnaires de la santé doivent veiller à ce que de la SP de qualité garantie (potentiellement conditionnée spécifiquement pour les femmes enceintes⁶) figure dans la liste d'achats du pays et soit commandée à temps pour éviter les ruptures de stocks au niveau des établissements de SPN, ce qui se traduirait par des ruptures de stocks également dans les communautés.

6 Le projet TIPTOP a évalué l'impact d'une présentation de SP ayant un conditionnement conçu spécifiquement pour ce contexte. La présentation existante sous forme de plaquette de trois comprimés sous blister a été actualisée en y apposant une image de femme enceinte et en indiquant l'indication du TPIg sur la plaquette elle-même. De plus, la boîte contenant les plaquettes se présente avec davantage de couleurs, une image de femme enceinte et une posologie donnant les mois de grossesse et le moment où la prise des comprimés est sans danger. L'évaluation de ce conditionnement modifié a indiqué une acceptabilité plus grande de la SP pour le TPIg. L'illustration informait que le produit était spécifiquement pour les femmes enceintes et a contribué à la perception de son innocuité. Toutefois, l'étude a également révélé que les femmes enceintes pouvaient avoir une préférence pour ce nouveau conditionnement, ce qui pourrait affecter la perception de la SP présentée autrement ou sans conditionnement (par exemple dans un établissement de santé utilisant de la SP prise dans de grands flacons), ou la perception et la confiance dans d'autres médicaments fournis lors des consultations des SPN (1). Des informations complémentaires sur le conditionnement adapté sont disponibles en ligne (25).

5.4.2 Quantification des produits

La quantification exacte doit comporter les quantités requises de produits à la fois au niveau des établissements de SPN et au niveau communautaire pour un approvisionnement et une distribution intégrés.

Il existe plusieurs produits de SP de qualité garantie sur le marché (cf. Section 2.5) avec différentes présentations et conditionnements pour renforcer l'observance du traitement par les patients, comprimés dispersibles, à goût modifié, plaquettes de trois comprimés. Les facteurs qui suivent devront être pris en compte pour la quantification :

- l'estimation du nombre de femmes enceintes dans les zones retenues pour la mise en œuvre du c-TPIg/zones desservies (communauté/village, zone de santé, district, région) ;
- la dose ciblée par femme enceinte, pour le TPIg-3 (trois doses de SP par femme enceinte, comportant trois comprimés de SP à 500 mg/25 mg de SP par dose pour atteindre la posologie recommandée de 1500 mg/75 mg de SP par dose) considérée comme un minimum ; la dose ciblée spécifique dans un pays peut être plus élevée, le TPIg-SP pouvant être administré jusqu'à l'accouchement dans la mesure où chaque dose est donnée à au moins un mois d'intervalle ;
- les quantités de SP requises par ASC pour le c-TPIg-SP (fourniture initiale) dans chaque zone desservie ;
- les quantités de SP requises dans les établissements de SPN, en tenant compte à la fois du TPIg dans les SPN et du réapprovisionnement des ASC pour le c-TPIg ;
- les stocks déjà disponibles en fonction de l'administration régulière du TPIg-SP dans les établissements de SPN, y compris les quantités restantes de l'année précédente ; il est à noter que la durée de conservation de la SP préqualifiée par l'OMS est de 24 à 36 mois, selon le fournisseur retenu (cf. Section 2.5) ; et
- le stock tampon de 10 % (pour prendre en compte les erreurs de calcul, le gaspillage, l'expiration des produits, les pertes, les vols, les délais de livraison, etc.).

La quantification correcte des besoins en produits associés (sachets d'eau, moustiquaires, boîtes fermant à clé pour la conservation de la SP au niveau des ASC, sacs à dos, T-shirts, casquettes, etc.) doit être également prise en compte et planifiée en temps voulu.

Les cycles de quantification et d'achat doivent démarrer bien avant la mise en œuvre prévue et le déploiement du c-TPIg (au moins un an à l'avance), pour permettre une planification correcte, l'achat et la diffusion (fabrication des produits/délais de livraison, transport/livraison au point d'entrée, autorisations/dispenses réglementaires selon le cas, en fonction des taxes et droits d'importation). Il faut prévoir un temps suffisant pour le contrôle de la qualité, les essais par lot et la distribution dans le pays et jusqu'au dernier kilomètre. Des obstacles potentiels devraient aussi être envisagés, comme une disponibilité limitée des conteneurs, la congestion des ports et les pénuries de personnel (comme cela a été le cas pendant et après la pandémie de COVID-19).

5.4.3 Conservation de la SP

Les administrateurs de la santé doivent faire attention aux conditions de stockage de la SP que ce soit au niveau des structures de SPN ou à celui des communautés. En général, les critères qui suivent s'appliquent à la conservation de la SP :⁷

- Ne pas conserver à plus de 30 °C.
- Conserver les comprimés sous plaquettes thermoformées dans la boîte ou le carton fournis.

⁷ Les notices d'information des patients pour les produits préqualifiés par l'OMS peuvent être consultées en passant par la page Web du Programme de préqualification de l'OMS (20).

- Protéger de la lumière et de l'humidité.
- Garder ce médicament hors de vue et de portée des enfants.
- Ne pas utiliser ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte ou la plaquette.⁸
- Ne pas utiliser ce médicament si vous notez des signes visibles de détérioration.
- Ne pas jeter de médicaments dans les eaux usées ou les déchets ménagers. Demandez à votre prestataire de soins de vous débarrasser des médicaments dont vous n'avez plus l'usage. Ces mesures contribuent à la protection de l'environnement.

Les ASC doivent être équipés de boîtes de conservation adaptées et fermant à clé pour garder les médicaments à l'abri de la chaleur, de l'humidité et d'un accès et d'une utilisation non autorisés. Cela veut dire également de mettre les médicaments à l'abri des enfants et des animaux domestiques.

5.5 Supervision formative

La supervision efficace a pour rôle de soutenir la mise en œuvre du c-TPIg en veillant à ce que les activités soient exécutées conformément aux procédures reconnues. L'Encadré 3 donne les principes directeurs généraux recommandés par l'OMS pour la supervision formative des programmes d'ASC. Il convient de préparer un plan de supervision avec les listes de contrôle appropriées.

Encadré 3. Supervision formative pour les programmes d'ASC (11)

Recommandation 6 : L'OMS suggère d'adopter les stratégies de supervision formative suivantes dans le cadre des programmes relatifs aux ASC :

- assurer un ratio approprié entre superviseurs et personnes supervisées, permettant un soutien significatif et régulier
- s'assurer que les superviseurs reçoivent une formation appropriée
- encadrer et accompagner les ASC
- recourir à l'observation de la prestation de service, des données sur les performances et des retours d'information de la communauté
- donner la priorité à l'amélioration de la qualité de la supervision.

Une formation appropriée des superviseurs doit également inclure des informations sur le rôle des genres, la supervision formative sensible aux questions de genre et les dynamiques de pouvoir dans la supervision.

La supervision après la formation est optimale lorsqu'elle est faite par les facilitateurs (y compris les points focaux pour le c-TPIg) qui ont mené la formation (cf. Section 5.1.2). Il convient de mettre en place une supervision formative intensive, en particulier aux premiers stades de la mise en œuvre du c-TPIg, de façon à identifier et à résoudre rapidement les problèmes. Au niveau des communautés, la remise à niveau (si nécessaire) peut être offerte sur site aux ASC qui rencontrent des difficultés.

La supervision formative pour le c-TPIg doit faire partie d'un système existant de supervision formative intégrée. Le Tableau 4 dresse la liste des différents types de supervisions formatives pour le c-TPIg ; les pays doivent adapter et adopter ces approches dans le cadre de leur système de supervision formative intégrée.

⁸ La durée de conservation des produits actuellement préqualifiés par l'OMS va de 24 à 36 mois.

Tableau 4. Exemples de types de supervision dans un programme de c-TPIg

Type de supervision	But	Site	Fréquence	Outils requis
Professionnel de santé pour le c-TPIg à l'établissement de SPN/Le superviseur des ASC rencontre tous les ASC des zones desservies par l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les rapports des ASC sur la prestation des services et les données sur les orientations des patients Collecter la liste des femmes enceintes de la communauté n'ayant pas fait leurs consultations des SPN. Élaborer un plan pour leur rendre visite à domicile afin de les encourager à se rendre au service de SPN et, le cas échéant, évaluer leur éligibilité pour recevoir la prochaine dose du TPIg Réapprovisionner les ASC en stock de SP de qualité, sur la base de la consommation du mois précédent (nombre de plaquettes vides de SP), ainsi que pour les autres matériels requis Discuter des difficultés et des mesures pour y remédier Dans certains pays, le point focal de l'établissement de santé pour le c-TPIg est aussi habilité à rembourser les frais de déplacement des ASC ou à leur fournir une allocation mensuelle lors de la réunion de supervision formative 	Établissement de santé	Mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> Registre SIS de la communauté Fiche de stock pour la SP (cf. Annexe 3) Liste de contrôle pour la supervision formative mensuelle des ASC (cf. Annexe 1)
Supervision des ASC entre pairs ^a	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les données du c-TPIg avant de les transmettre à l'établissement de santé Examiner l'administration de SP sous TOD 	Domicile de l'ASC ou réunion dans la communauté	Mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> Registre SIS de la communauté Fiche de stock pour la SP (cf. Annexe 3)
Professionnel de santé pour le c-TPIg à l'établissement de SPN / le superviseur des ASC leur rend visite sur leur lieu de travail ou de prestation du service ^b	<ul style="list-style-type: none"> Examiner la conservation de la SP par l'ASC et la tenue des fiches de stock Observer la fourniture de la SP sous TOD aux femmes enceintes éligibles Examiner les données et l'enregistrement des données du service Offrir à l'ASC une formation sur le lieu de travail si nécessaire 	Domicile ou communauté de l'ASC	Mensuelle (à démarrer dès que possible après la formation de l'ASC)	<ul style="list-style-type: none"> Registre SIS de la communauté Fiche de stock pour la SP (cf. Annexe 3) Liste de contrôle pour la fourniture de SP

Type de supervision	But	Site	Fréquence	Outils requis
Les superviseurs du bureau de santé du district chargés des ASC rendent visite au professionnel responsable du c-TPIg dans l'établissement de SPN/le superviseur des ASC	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'état d'avancement du projet dans l'établissement de santé Examiner l'état d'avancement du projet dans la communauté 	D'abord l'établissement de santé puis visite conjointe des ASC dans la communauté	Régulière	<ul style="list-style-type: none"> Exemple de liste de contrôle pour la prévention du PPG dans les établissements de santé (cf. Annexe 1)
Réunions d'examen des données au bureau de santé du district	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les données Examiner les stocks de SP Discuter des difficultés et des mesures pour y remédier 	Bureau de santé du district	Trimestrielle	<ul style="list-style-type: none"> Examen du registre récapitulatif des SPN
Visites conjointes de supervision à l'établissement de santé par les membres du GTT PPG (ministère de la santé et partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les stocks de SP Observer les compétences cliniques pour les SPN (éducation en santé, estimation de l'âge gestationnel, détermination de l'éligibilité à recevoir la SP, fourniture de la SP sous TOD etc.) Évaluer la qualité des données 	Établissement de santé	Trimestrielle	<ul style="list-style-type: none"> Liste de contrôle pour la supervision externe Liste de contrôle pour l'évaluation de la qualité des données Fiche de stock pour la SP (cf. Annexe 3) Liste de contrôle pour l'observation des compétences cliniques
Supervision à distance pendant la pandémie de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Rappeler aux soignants et aux ASC les tâches essentielles et la transmission des données 	Réseaux mobiles	Hebdomadaire ou mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> SMS ou Skype Mentorat par mobile

a Certains pays ont adapté la supervision des ASC entre pairs comme stratégie d'amélioration de la qualité des données des ASC soumises lors des réunions mensuelles. Les homologues superviseurs des ASC sont en général sélectionnés à partir de la liste des ASC cultivés et performants, auxquels on donne ensuite une formation complémentaire pour aider les autres ASC dans l'exécution de leurs tâches.

b Les visites de supervision externe par les formateurs basés dans l'établissement sont dirigées par le ou les points focaux pour le c-TPIg.

5.6 Activités basées dans la communauté

Le processus de planification du c-TPIg a pour but principal d'établir un partenariat entre les membres de la communauté et le personnel soignant dans le service de SPN/ l'établissement de santé local. Les concepts essentiels de l'engagement communautaire sont le développement d'une relation, la participation à la prise de décision et le renforcement des capacités. Il faut que les membres de la communauté soient pleinement impliqués dans la planification et le déploiement des activités liées au c-TPIg. L'avantage de celui-ci pour le système de santé est la diminution de la charge de travail des personnels soignants, les communautés prenant la responsabilité de l'intervention. Le contact accru entre les membres de la communauté et les soignants améliore les relations humaines et augmente l'utilisation des services de santé.

Les professionnels de santé servant de points focaux pour le c-TPIg dans les structures de SPN sont formés pour nourrir ce lien. Ils tiendront des réunions informelles ou contacteront les responsables de la communauté et le personnel de santé pour réunir des connaissances de base et non biaisées de la communauté et de ses caractéristiques, ce qui contribuera à déterminer comment mettre en œuvre le c-TPIg avec succès. Pour connaître la communauté et les perspectives de ses membres, les points focaux parmi les soignants doivent, si nécessaire, demander l'assistance d'un responsable respecté de la communauté basé au siège du district. Cette collecte d'informations peut aider à faciliter l'accès à la communauté ou alerter ceux qui sont chargés de mettre en œuvre le c-TPIg sur les obstacles potentiels ou la résistance à ce traitement qui doivent être surmontés. Des exemples de responsables locaux potentiels à approcher pour accéder à la communauté sont le chef de village, les ASC et les guérisseurs, les leaders des organisations de la société civile (OSC), le secrétaire de la communauté, les enseignants, les directeurs d'écoles, les chefs religieux ou d'opinion, les cheffes d'organisations féminines et d'autres intermédiaires obligés.

5.6.1 Plans d'action communautaire pour la mise en œuvre du c-TPIg

L'élaboration d'un plan pour la mise en œuvre du c-TPIg suppose de définir le problème du PPG (avec les apports de la communauté) et d'identifier les services disponibles pour prévenir et combattre ce problème. Cette tâche inclut l'identification des rôles de la communauté dans l'accès aux services disponibles. Il sera demandé aux représentants de la communauté d'en rencontrer tous les membres, afin de s'assurer de la participation de tous les segments et de discuter du plan d'action communautaire.

Il convient de collecter les informations sur la situation, les forces et les faiblesses des activités de lutte antipaludique dans la communauté. Pour obtenir une connaissance plus approfondie d'une communauté spécifique, il est utile de revoir les résultats d'interventions antérieures dirigées par les communautés dans la zone desservie, d'en discuter et de comprendre les raisons de leur succès ou de leur échec. De plus, il faut rappeler aux membres de la communauté qu'il ne suffit pas qu'une personne ait reçu la SP ; il faut que les femmes enceintes l'aient prise en suivant les recommandations pour la prévention du paludisme. Il est également important de souligner que la femme enceinte satisfaite apporte son soutien à l'identification d'autres femmes enceintes éligibles dans la communauté et les oriente vers l'ASC pour qu'elles obtiennent des avantages similaires.

La communauté et le personnel du service de santé doivent décider des jours, des horaires et des moyens qui conviennent pour la distribution des produits de santé. Pour l'administration du c-TPIg, l'ASC peut soit faire du porte à porte, soit tenir une réunion pour la distribution dans un lieu central pour toutes les femmes enceintes repérées. Une autre possibilité consiste à ce que les femmes enceintes demandent les services de c-TPIg quand elles en ont besoin et aillent au domicile de l'ASC pour recevoir leurs produits. Les activités planifiées doivent être documentées dans le plan d'action communautaire.

Les personnels soignants focaux pour le c-TPIg dans le service de SPN doivent assurer le suivi avec les communautés pour veiller à ce que le plan d'action communautaire soit bien mis en œuvre, pour résoudre les conflits ou problèmes éventuels, pour

décider des interventions visant à résoudre les difficultés constatées et pour discuter de tout problème éventuel et des succès (cf. Tableaux 3 et 4 pour en savoir plus sur les responsabilités et la supervision).

5.6.2 Cartographie de la communauté

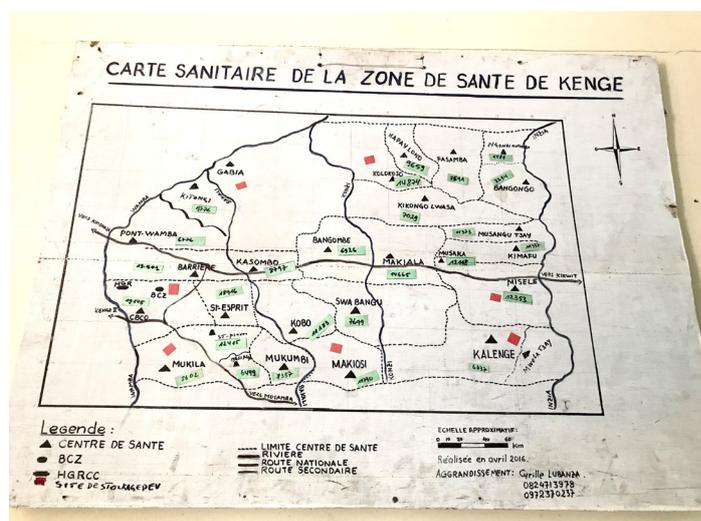
Elle permet de savoir où vivent les gens, où sont les femmes enceintes, où se trouvent les problèmes ou les zones difficiles d'accès et de connaître les ressources locales existantes et les organisations susceptibles de mener des interventions similaires. La cartographie ne se limite pas à une localisation ; il s'agit d'une activité conjointe avec la communauté au cours de laquelle tous les membres peuvent en savoir plus sur leur communauté, notamment pour ce qui est des problèmes et des ressources, par exemple, la qualité, l'équité des services et l'accès à ceux-ci.

La cartographie d'une communauté doit aider à identifier :

- la localisation des ressources essentielles pour la santé et le développement qui sont chères à la communauté, comme les établissements de santé, les guérisseurs, les accoucheuses traditionnelles, les points de vente des médicaments, les écoles, les postes de police, les marchés et les églises ou les mosquées ;
- les personnes et organisations essentielles dans la communauté pouvant promouvoir les activités du c-TPIg, comme les responsables locaux, les chefs religieux, les leaders d'opinion, les OSC locales, etc. – de la même façon, identifier les personnes ou groupes qui y sont potentiellement opposés, ainsi que les barrages routiers ;
- les principales subdivisions de la communauté, telles que les quartiers ou les clans ;
- les ressources (personnes et organisations) dont disposent les femmes, notamment celles qui sont enceintes, pour obtenir des conseils et des aides (c'est-à-dire où elles vont et vers qui elles se tournent pour obtenir un appui financier, émotionnel ou autre) ; et
- les associations de femmes et les groupes de soutien.

Les résultats des activités de cartographie doivent être documentés. Dans l'idéal, une carte de la communauté sera dessinée (cf. l'exemple de la Fig. 4) et conservée dans la communauté.

Fig. 4. Carte complète de la communauté montrant les caractéristiques géographiques et les ressources locales dans un village du district de Kenge, en République démocratique du Congo



Avec l'aimable autorisation de Silvia Schwarte

5.6.3 Sélection des ASC en fonction de la taille de la population cible

Les communautés doivent sélectionner leurs ASC à partir d'un pool existant ou en identifiant de nouveaux volontaires qui seront formés à cette fonction. Les membres de la communauté décident des critères de sélection des ASC en suivant les conseils des points focaux pour le c-TPIg à l'établissement de SPN et des représentants du bureau de santé du district, en prenant en compte la taille de la population cible (nombre escompté de femmes enceintes dans la zone desservie/registres des grossesses). Les informations provenant de la cartographie de la communauté seront utilisées pour identifier les types de personnes convenant le mieux au rôle d'ASC pour la programmation en matière de PPG et pour le c-TPIg. Cette cartographie peut aussi aider à identifier les sous-communautés (circonscriptions, clans, familles, quartiers) à partir desquelles et pour lesquelles les ASC peuvent être sélectionnés.

Les communautés doivent sélectionner des personnes auxquelles elles peuvent se fier et qu'elles respectent. Les critères de sélection peuvent tenir compte de facteurs tels que l'âge, le sexe, la durée de résidence dans la communauté, la capacité à lire et à écrire dans la langue locale et les traits de personnalité (par exemple, la fiabilité). Les communautés peuvent également mettre des conditions d'appartenance à un genre, par exemple décider qu'elles préfèrent des femmes comme ASC pour délivrer les interventions en matière de PPG, tandis que les hommes pourront distribuer les moustiquaires ou d'autres fournitures. Si la formation se tient à proximité du village de résidence des ASC, les coûts seront réduits au minimum, quel que soit le nombre d'ASC qui sont formés.

La personne focale pour le c-TPIg dans l'établissement de SPN associé dresse la liste des ASC retenus et vérifie auprès d'eux qu'ils sont effectivement intéressés et qu'ils acceptent de servir d'ASC pour les activités du c-TPIg.

Il faut également prendre en compte la taille de la population cible au moment de sélectionner les ASC, conformément aux principes fondamentaux décrits dans les *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires* (cf. Encadrés 4 et 5).

Encadré 4. Sélection des ASC pour la formation initiale (11)

Recommandation 1A : L'OMS suggère d'utiliser les critères suivants pour sélectionner les ASC qui recevront une formation initiale :

- un niveau minimal de formation approprié au vu de la tâche ou des tâches demandées ;
- l'appartenance à la communauté cible et l'acceptation par celle-ci ;
- l'égalité des sexes selon le contexte (envisager la discrimination positive pour sélectionner de préférence des femmes afin de les autonomiser et, si culturellement pertinent, d'assurer l'acceptabilité des services par la population ou le groupe cible) ; et
- les qualités, capacités et valeurs personnelles, l'expérience de vie et les expériences professionnelles des candidats (par exemple, les aptitudes cognitives, l'intégrité, la motivation, les compétences interpersonnelles, un engagement démontré en faveur du service communautaire et une mentalité de service public).

Encadré 5. Taille de la population cible et programmes relatifs aux ASC (11)

Recommandation 10 : L'OMS suggère d'utiliser les critères suivants pour déterminer la taille de la population cible dans le cadre des programmes relatifs aux ASC.

Critères à adopter dans la plupart des contextes :

- la charge de travail escomptée, basée sur l'épidémiologie et la demande prévue de services ;
- la fréquence des contacts requis ;
- la nature et les contraintes de temps des services fournis ;
- la durée hebdomadaire attendue de l'engagement des ASC (tenant compte du temps consacré à la formation, aux tâches administratives et aux autres exigences, en dehors de la prestation de services) ; et
- la géographie locale (y compris la proximité des ménages, la distance jusqu'à la clinique et la densité de population).

Critères pouvant être pertinents dans certains contextes :

- les conditions météorologiques et climatiques ;
- la disponibilité et le coût du transport ;
- la sécurité des personnels de santé ;
- la mobilité de la population ; et
- les ressources humaines et financières disponibles.

5.6.4 Rôle des OSC

Elles sont des parties prenantes cruciales dans les efforts de la communauté pour prévenir et combattre le PPG. Si certaines des OSC existantes peuvent déjà jouer un rôle important dans la lutte contre la maladie, il est fortement conseillé de se mettre en contact avec elles pour former des partenariats relatifs au c-TPIg. En dehors des OSC axées sur la santé, il est important de contacter d'autres organisations susceptibles de travailler avec les femmes enceintes, comme celles s'occupant des droits de la femme ou les groupes d'autonomisation économique des femmes. Voici des exemples de rôles que les OSC peuvent jouer dans la mise en œuvre du c-TPIg :

- diffusion d'une communication culturellement adaptée sur les changements de comportement en rapport avec le paludisme à l'aide de plateformes locales et en collaboration avec les ASC ;
- distribution de matériels d'information, d'éducation et de communication sur le paludisme auprès des femmes enceintes et des ménages, en collaboration avec les ASC et les prestataires de soins basés dans les établissements ;
- identification et fourniture d'un appui aux communautés difficiles d'accès et établissement de liens avec les établissements de santé et le programme de c-TPIg ;
- identification, renforcement et/ou revitalisation des comités locaux de développement ; s'il n'en existe pas, travailler avec la communauté ou les prestataires de services pour en créer un ;
- mobilisation et éducation des femmes en âge de procréer pour retrouver et noter leur dernière période menstruelle normale, afin de faciliter l'estimation de l'âge gestationnel ;
- plaider pour une appropriation du programme de c-TPIg par la communauté ;

- identification des obstacles à la mise en œuvre de la prise en charge du paludisme dans la communauté et les partager avec la communauté pour proposer des solutions ; et
- formation des ASC au suivi et à l'orientation des femmes vers les établissements de santé.

On planifiera de donner des orientations aux OSC sur le c-TPIg dans le cadre du système intégré de prestations pour le paludisme afin de compléter les services de SPN. Les OSC seront formées à utiliser les outils adaptés de la formation nationale et les ressources pour l'apprentissage des ASC, dont les modules de supervision formative, afin de s'assurer que les ASC travaillent bien dans les limites de la formation qu'ils ont reçue. Il est important de veiller à traiter toutes les OSC sur un pied d'égalité en ce qui concerne les compensations et autres avantages pour leur participation aux activités du c-TPIg.

5.6.5 Activités des ASC

Les ASC sont des membres de leurs communautés et font régulièrement des visites à domicile dans les zones qu'ils couvrent. Le registre communautaire dresse la liste des membres de chaque foyer selon l'âge, le sexe et le statut des grossesses. Ensuite, le suivi des femmes enceintes peut être fait au moyen de conseils et de sessions d'éducation sanitaire sur les SPN, le PPG, le TPIg, la détermination de l'âge gestationnel en semaines à l'aide d'un disque de grossesse, le contrôle de l'éligibilité pour prendre une dose de SP, la fourniture de la SP (si la femme est éligible), l'orientation de toutes les femmes enceintes vers un établissement de SPN et l'inscription des services fournis dans le registre.

Avant d'aller voir les femmes enceintes à domicile, les ASC doivent revoir la carte de la communauté et le registre des femmes enceintes pour contrôler si de nouveaux noms et adresses ont été inscrits (nouvelles grossesses) et rayer les noms de celles qui ont accouché. Le cas échéant, ils doivent aussi examiner les dossiers sur les visites précédentes dans la zone pour voir si des activités de suivi sont requises. L'ASC doit porter une tenue marquant sa fonction si elle existe (T-shirt, casquette, etc.), de façon à pouvoir être facilement identifié comme ASC formé et autorisé.

L'ASC doit également vérifier que son sac ou son sac à dos contient bien tout le matériel requis pour le c-TPIg, comme des outils pour son travail (par exemple un tableau à feuilles mobiles pour le conseil), les documents d'information à distribuer aux patientes, les plaquettes de comprimés de SP de qualité garantie, le registre de l'ASC ou le registre SIS de la communauté, les fiches pour les SPN, les cartes de rendez-vous, les formulaires d'orientation, un disque de grossesse, un carnet de notes, un stylo et, en option (selon le contexte du pays et la zone desservie), des sachets d'eau potable, des gobelets en carton et des moustiquaires.

La visite se fera en suivant les six étapes décrites ci-après, dont la détermination par l'ASC formé de l'éligibilité de la femme enceinte pour bénéficier du c-TPIg-SP (cf. Section 3.2 pour les critères détaillés d'inclusion et d'exclusion). Les chefs et les membres des communautés doivent être avertis des visites régulières et de la distribution de SP.

Étape 1. Conseils sur le PPG, le TPIg et les SPN

- Informez la femme enceinte et sa famille des effets du PPG et des avantages du TPIg-SP, idéalement en utilisant un tableau à feuilles mobiles. Insistez sur l'importance des SPN précoces et des visites régulières aux SPN pendant toute la grossesse, ainsi que sur celle de doses régulières de TPIg-SP jusqu'au moment de l'accouchement pour protéger à la fois la mère et l'enfant. Insistez sur la vulnérabilité particulière des femmes enceintes et les conséquences négatives irréversibles du PPG entre les semaines 13 et 20 de la grossesse, lorsque les densités parasitaires sont les plus élevées et que l'on peut obtenir des bénéfices majeurs avec la prévention du paludisme (23,26–27). Donnez aux femmes enceintes et à leurs familles des documents d'information sur le PPG et le TPIg (l'Annexe 1 en donne un exemple).
- Conseillez les femmes sur les avantages qu'elles ont toutes à consulter les SPN. Toutes les femmes enceintes, quel que soit l'âge gestationnel, doivent être adressées à l'établissement de santé pour bénéficier d'une évaluation et de SPN complets. Idéalement, toute femme enceinte doit se faire examiner dans un établissement de santé au cours du premier trimestre de la grossesse (avant la 13^e semaine) pour les soins précoces.
- Donnez des conseils sur l'importance de la détection précoce du paludisme clinique et du traitement rapide au moyen de médicaments adaptés, en application des directives nationales.
- Soyez à l'écoute des inquiétudes éventuelles de la femme quant à sa possibilité de bénéficier des SPN ou d'autres services relatifs au PPG et aidez-la à élaborer des stratégies pour y remédier.

Étape 2. Fourniture des MII (le cas échéant)

- Demandez si la femme enceinte a reçu une MII et si elle dort à l'abri de celle-ci chaque nuit. Si elle n'a pas eu de moustiquaire et si vous savez que l'établissement de santé en a en réserve, informez la femme enceinte et adressez-la ainsi que ses enfants au point de distribution des MII.
- Soyez à l'écoute des inquiétudes éventuelles de la femme quant à sa capacité d'utiliser une MII chez elle et aidez-la à élaborer des stratégies pour remédier à ces problèmes.
- Instruisez les membres de la famille sur la manière d'installer et d'entretenir une MII selon les dispositions prises pour dormir par la femme enceinte et/ou les autres membres de la famille (lit, natte, autres).
- Aidez la femme enceinte à suspendre sa moustiquaire et conseillez-lui de dormir dessous chaque nuit.
- Prévoyez de revenir voir la femme 4 semaines plus tard pour vérifier si elle a bien dormi à l'abri de sa moustiquaire toutes les nuits.

Étape 3. Détermination de l'éligibilité pour recevoir la SP

- La femme doit être enceinte depuis au moins 13 semaines pour être éligible et recevoir la SP. Vérifiez le dossier de grossesse de la femme ; s'il n'y en a pas, demandez-lui la date du premier jour de ses dernières règles et utilisez un disque de grossesse (cf. Fig. 3) pour déterminer l'âge gestationnel.

Si la femme enceinte n'est pas sûre de la date de sa dernière période menstruelle normale ou de son âge gestationnel, demandez-lui si elle a déjà senti les premiers mouvements du fœtus. Si c'est le cas, cela indique une grossesse d'au moins 16 semaines et que l'on peut lui donner de la SP. On notera cependant que si la pratique standard dans de nombreux pays est d'administrer la première dose de TPIg-SP au moment où le fœtus s'anime, cette manière de procéder peut laisser la femme enceinte et son fœtus sans protection pendant une longue durée qui dépend des perceptions de la mère et du moment où le fœtus commence à bouger (21).

Si la femme enceinte n'est pas sûre de la date de ses dernières règles et que le fœtus n'a pas encore bougé, il faut l'adresser aux SPN pour une évaluation complète et les soins nécessaires.

- Contrôlez si la femme prend des médicaments contenant des sulfamides ou d'autres traitements (cf. Section 3.2). Demandez aux femmes enceintes de vérifier les médicaments qu'elles prennent et si elles n'ont pas pris de médicaments contenant des sulfamides au cours des quatre dernières semaines, ce qui inclut toute dose antérieure de SP pour le TPIg. Dans ce cas, revoyez le dossier de grossesse de la femme pour confirmer la date des doses antérieures éventuelles de SP pour le TPIg. Vérifiez deux fois avec la femme enceinte qu'elle n'est pas allergique aux sulfamides et qu'elle n'a pas eu de réactions indésirables à aucun médicament contenant des sulfamides ou à d'autres médicaments.

N'administrez pas la SP pour le TPIg si la femme enceinte :

- est allergique à l'un des composants de la SP ou si elle a eu une allergie à des médicaments contenant des sulfamides ;
- a reçu un médicament contenant un sulfamide au cours des quatre dernières semaines, y compris une dose antérieure de SP pour le TPIg et d'autres sulfamides en traitement ou en prophylaxie, dont le co-trimoxazole (triméthoprime et sulfaméthoxazole) pour le VIH ;
- a eu une réaction indésirable à un médicament contenant un sulfamide ; ou
- a présenté une réaction indésirable sévère à toute autre médication antérieure.

Parlez à la femme enceinte de l'acide folique : on a montré qu'à forte dose (5 mg par jour ou plus), l'acide folique contrecarrerait l'efficacité antipaludique de la SP, de sorte que seules des présentations faiblement dosées (0,4 mg par jour) peuvent être administrées en même temps que la SP.

Si l'un des critères qui précèdent s'applique à la femme enceinte, adressez-la aux SPN pour une évaluation complète et les soins nécessaires.

- Si la femme enceinte souffre d'une maladie avec fièvre ou si elle est incapable de prendre des médicaments par voie orale, adressez-la à un établissement de SPN pour une évaluation complète et les soins nécessaires.

L'Annexe 1 donne un exemple de support pour aider les ASC à déterminer l'éligibilité au c-TPIg-SP.

Étape 4. Fourniture de la SP sous TOD aux femmes enceintes éligibles

- Vous avez déterminé que la femme enceinte remplit les conditions pour recevoir une dose de SP de qualité garantie. Informez-la qu'elle a le droit de refuser tout traitement et demandez-lui son consentement oral pour prendre la SP pour le TPIg.
- Soyez à l'écoute des inquiétudes qu'elle pourrait avoir sur la prise de SP et répondez-y avec compassion et empathie.
- Ayez à disposition un gobelet d'eau potable (cf. Encadré 6).
- Donnez à la femme enceinte une dose de SP sous TOD (c'est-à-dire surveillez que la femme avale bien la dose correcte de SP avec de l'eau. Notez que, pour le TPIg, la dose complète de SP est de trois comprimés à 500 mg/25 mg SP, soit une posologie totale requise de 1500 mg/75 mg SP).
- Conservez la plaquette des comprimés de SP consommés et gardez-la pour l'enregistrement des données et le réapprovisionnement à l'établissement de santé/à la clinique de SPN lors de votre prochaine visite de supervision avec votre point focal.

Encadré 6. Eau potable

La disponibilité d'eau potable salubre est cruciale pour la délivrance des doses de SP sous TOD. Malheureusement, de nombreux établissements de santé et ménages dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne disposent pas de cette infrastructure. Les eaux de puits profonds et de forage ne sont salubres qu'après avoir été traitées (par exemple par filtration et ébullition, purification et conservation dans de bonnes conditions). Voici quelques options pouvant être envisagées pour avoir de l'eau potable sûre :

- Lors des visites prénatales, informez les femmes enceintes sur les moyens de purifier l'eau par ébullition et filtration et demandez-leur d'apporter une bouteille d'eau traitée lorsqu'elles viennent dans la clinique de SPN ou se préparent à la visite de l'ASC pour prendre la SP.
- Donnez l'accès à des sachets d'eau vendus dans le commerce lorsque les femmes enceintes peuvent en acheter auprès d'un vendeur qui sera également chargé de l'élimination des sachets vides en plastique ou biodégradables.
- Investissez dans des distributeurs d'eau potable ou des purificateurs d'eau vendus dans le commerce, ainsi que dans la fourniture de petits gobelets en carton dans les établissements de santé (néanmoins, le maintien de ce service peut présenter des difficultés compte tenu des financements souvent insuffisants des établissements de santé et des problèmes de comptabilité).

En cas de ressources financières insuffisantes, les gestionnaires de la santé peuvent obtenir un appui de la part de la communauté, des OSC ou des partenaires du développement. On pourra également approcher les organismes d'entreprises, les églises ou les mosquées pour soutenir les efforts visant à fournir de l'eau potable aux établissements de santé.

Lorsque les doses de SP sont fournies par des ASC lors de visites à domicile, les femmes enceintes peuvent si possible se servir de leur source d'eau potable habituelle sans devoir recourir à des interventions spéciales.

Étape 5. Documentation et orientation

- Mettez à jour la fiche de SPN de la femme enceinte pour indiquer le nombre de doses de TPIg-SP administrées.
- Mettez à jour le registre de l'ASC pour y inscrire le nom de la femme, le numéro de sa fiche/dossier SPN et le nombre de doses de TPIg-SP administrées.
- Remplissez une carte de rendez-vous aux SPN pour la femme enceinte et adressez-la à l'établissement le plus proche. Les motifs pour l'y adresser peuvent être les suivants :
 - recevoir le TPIg-1 ou les doses de SP de suivi (en vertu de la politique en vigueur dans le pays) ;
 - bénéficier de services complets de SPN ;
 - bénéficier de l'évaluation et des soins requis pour une maladie constatée ;
 - recevoir une moustiquaire imprégnée d'insecticide si la femme enceinte n'en a pas déjà eu une et si la politique nationale est d'en fournir gratuitement à toutes les femmes enceintes ;
 - l'âge gestationnel n'est pas clair ; et
 - il y a eu un antécédent de réaction indésirable ou d'allergie à un médicament contenant un sulfamide.
- Rappelez à la femme enceinte de prendre sa prochaine dose de SP quatre semaines plus tard dans l'établissement de SPN le plus proche ; informez-la de la date ou, dans l'idéal écrivez-lui ou marquez-lui la date de sa prochaine prise de SP. Planifiez la prochaine visite à la femme enceinte quatre semaines plus tard pour vérifier son comportement en matière de soins (vérifiez si elle s'est bien rendue dans l'établissement de santé pour les SPN et le TPIg et si elle utilise sa moustiquaire).

Étape 6. Conseils après le TPIg

- Demandez à la femme enceinte si elle a des questions et, si c'est le cas, donnez-lui les réponses. Si vous ne connaissez pas une réponse, conseillez-lui de poser la question à un professionnel de santé du service de SPN. Prenez-en note et parlez du problème à votre point focal aux SPN de façon à résoudre le problème et à pouvoir répondre la prochaine fois que cette question sera posée.
- Profitez de la visite pour inviter la femme enceinte et sa famille aux activités qui auront lieu dans la communauté sur le PPG (par exemple des représentations scéniques ou des discussions), le cas échéant.

L'Annexe 1 donne un exemple de liste détaillée de contrôle pour les ASC fournissant le c-TPIg-SP.

6. Suivi et évaluation

6.1 Cadre de performance pour le S et E

Un cadre robuste de performance pour le S et E est essentiel pour évaluer et confirmer l'efficacité de la méthode du c-TPIg en ce qui concerne l'augmentation de la couverture du TPIg tout en maintenant la fréquentation des SPN.

Les activités programmatiques de S et E démarrent avant la mise en œuvre du projet et se poursuivent pendant toute sa durée. Les résultats de l'évaluation de base (cf. Section 4.2) doivent orienter la conception et la planification des activités de S et E. Le suivi de routine se poursuit pendant la mise en œuvre et contrôle les progrès par rapport aux indicateurs essentiels de performance (cf. Section 6.2) au moyen de la tenue des dossiers et d'une transmission régulière des résultats. Un bon système de S et E pour le c-TPIg utilise à la fois les systèmes d'information sanitaire de routine et les enquêtes périodiques sur les ménages. De plus, des audits ou vérifications des données lors de la supervision de routine des ASC doivent être faits. La supervision est essentielle pour améliorer la qualité des données et la cohérence des rapports.

Le cadre de performance pour le S et E doit guider la collecte et l'analyse des données relatives aux ressources, processus, produits, résultats et impacts du programme, en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données pour que la mise en œuvre et les résultats du programme soient meilleurs. Le cadre définit comment faire la démonstration de la couverture du programme et de la qualité de sa mise en œuvre et comment l'impact du c-TPIg est évalué. Il permet aussi d'identifier les points de blocage et peut orienter les actions correctives nécessaires à mener tant du point de vue logistique que technique.

6.2 Indicateurs et collecte des données

Les programmes de c-TPIg impliquant un continuum de soins et de services entre les communautés et les établissements de santé, les indicateurs du c-TPIg comportent à la fois des éléments au niveau des communautés et à celui des établissements. Il n'est pas nécessaire d'en développer de nouveaux ; on peut les retenir à partir des éléments existants dans les données des SIS ou dans des programmes similaires antérieurs. Cela permet de faire des comparaisons entre les régions et les pays. On trouvera des informations utiles dans le document interorganisations *Monitoring and evaluation of malaria in pregnancy services: practical tips and recommended indicators* (28).

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des programmes de c-TPIg sont classés en indicateurs de ressources de processus, de produit, de résultat et d'impact (cf. Tableau 5). Leur conception doit suivre le modèle « SMART », c'est-à-dire qu'ils doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et obtenus en temps utile. Les sources de données pour le c-TPIg comprennent les communautés et les établissements, dans le cadre du SIS ordinaire dans certains pays (cf. Tableau 6).

Tableau 5. Exemples d'indicateurs pour le c-TPIg

Exemples d'indicateurs	Collecte des données
Indicateurs de ressources	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'ASC dans la zone desservie par le programme • Ratio ASC/nombre de femmes enceintes escomptées dans la zone desservie par le programme • Nombre d'établissements opérationnels de SPN dans la zone desservie par le programme • Nombre de doses de SP obtenues pour la distribution 	<p>Suivi au niveau du programme</p>
Indicateurs de processus	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations, dont le c-TPIg, faites pour les ASC • Nombre de formations, dont le c-TPIg, faites pour les personnels soignants • Nombre de campagnes de plaidoyer et de CCSC menées pour le c-TPIg 	<p>Suivi au niveau du programme</p> <p>Suivi au niveau du programme</p> <p>Suivi au niveau du programme</p>
Indicateurs de produit	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnels soignants formés à délivrer le c-TPIg • Nombre d'ASC formés soumettant activement des rapports • Nombre de femmes enceintes adressées aux SPN par un ASC • Nombre / pourcentage de femmes enceintes venues aux SPN après avoir été adressées par des ASC • Nombre de femmes ayant reçu le TPIg au niveau communautaire, réparties par dose reçue (par ex. : 1, 2, 3, 4+) • Nombre de femmes en âge de procréer ayant connaissance du service de TPIg fourni par les ASC • Nombre d'ASC ayant un stock suffisant de SP • Nombre de structures de SPN ayant un stock suffisant de SP 	<p>Suivi au niveau du programme</p> <p>Collecte régulière de données ASC</p> <p>Collecte régulière de données ASC</p> <p>Collecte régulière de données SPN</p> <p>Collecte régulière de données ASC</p> <p>Enquête périodique sur les ménages</p> <p>Collecte régulière de données ASC</p> <p>Collecte régulière de données SPN</p>
Indicateurs de résultat	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes ayant reçu le TPIg au niveau communautaire, réparties par dose reçue (par ex. : 1, 2, 3, 4+) et selon le lieu où elle a été reçue (SPN ou communauté) • Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins quatre consultations de soins prénatals (SPN4+) • Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au minimum huit contacts avec les SPN • Pourcentage de femmes enceintes démarrant tôt les SPN (selon la définition du pays) • Pourcentage des femmes enceintes escomptées fréquentant les SPN (réparties selon la consultation) • Pourcentage des femmes enceintes escomptées démarrant tôt les SPN 	<p>Enquête périodique sur les ménages</p> <p>Collecte régulière de données des SPN, estimations de la population</p> <p>Collecte régulière de données des SPN, estimations de la population</p>
Indicateurs d'impact	
<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de nouveau-nés ayant un petit poids de naissance (moins de 2500 grammes) • Nombre de cas de paludisme évités • Nombre de vies sauvées 	<p>Collecte régulière des données de maternité</p> <p>Obtenu par modélisation</p> <p>Obtenu par modélisation</p>

Tableau 6. Éléments de données et sources pour les indicateurs du c-TPIg

Éléments de données	Source(s)	Responsable/utilisateur
c-TPIg par dose	• Registre communautaire (cf. Annexe 4)	ASC
	• Fiche de comptage illustrée des ASC (cf. Annexe 5)	ASC
	• Fiche pour les patients (cf. Annexe 6)	Prestataire SPN/ASC
	• Formulaire récapitulatif mensuel des ASC	ASC
TPIg à l'établissement de santé par dose	• Registre SIS SPN	Prestataire SPN
Fréquentation des SPN par nombre de visites	• Registre SIS SPN	Prestataire SPN
Naissances par sexe et poids	• Registre SIS des accouchements	Prestataire SPN
Femmes enceintes adressées aux SPN par les ASC	• Formulaire d'orientation des patients	ASC/ Prestataire SPN
	• Registre communautaire (cf. Annexe 4)	ASC
	• Registre SIS SPN	Prestataire SPN
Femmes enceintes venues aux SPN après avoir été adressées par les ASC	• Formulaire d'orientation	ASC/ Prestataire SPN
	• Registre communautaire (cf. Annexe 4)	ASC
	• Registre SIS SPN	Prestataire SPN
ASC formés	• Rapport de formation	Formateur
	• Base de données (par exemple, Excel)	Responsable S et E du ministère de la santé
ASC formés soumettant leur rapport mensuel	• Formulaire récapitulatif mensuel des ASC	Superviseur des ASC
Stocks de SP des ASC pour le c-TPIg	• Fiche de stock des ASC (cf. Annexe 3)	ASC
Stock de SP pour le TPIg au niveau de l'établissement	• Fiche de stock de l'établissement	Prestataire SPN

Les ASC formés visitent les foyers et se servent des outils suivants :

- les registres communautaires (cf. Annexe 4), pour documenter et mettre à jour le recensement des membres des foyers, avec les femmes enceintes dans leur village et les services reçus à ce jour ;
- les fiches de comptage illustrées des ASC (cf. Annexe 5), une alternative au registre communautaire ; ces fiches sont destinées aux ASC qui ne savent pas lire et écrire pour compter les femmes enceintes et les services reçus, comme les orientations, les conseils sur le PPG, l'administration de SP, l'état des stocks de produits et les messages de CCSC (NB. : les fiches de comptage illustrées ont comme limite l'impossibilité de vérifier les clients et l'expérience sur le terrain a montré que, parfois, les ASC peuvent compter et signaler des clients imaginaires juste pour avoir un rapport à présenter ; on peut l'éviter en instaurant un registre communautaire permettant la vérification des membres des foyers) ;
- les formulaires d'orientation, pour aider à documenter l'orientation des femmes vers un établissement de santé pour y recevoir des SPN complets et un feedback ; et
- les fiches de stock (cf. Annexe 3), pour tenir un inventaire de la SP.

Les personnels soignants des établissements documentent les services sur le PPG et les produits fournis par les établissements de santé à l'aide des outils suivants :

- un registre national SIS SPN ;
- des cartes ou fiches de rendez-vous aux SPN, pour documenter les dates des rendez-vous et le nombre des doses de SP reçues ;
- une fiche de stock de la SP, pour documenter l'approvisionnement, la distribution de la SP et l'état du stock ; et
- les formulaires d'orientation complétés, émanant des ASC.

6.3 Outils de collecte des données : révision, impression, diffusion et formation

Avant de commencer la mise en œuvre, les outils existants de collecte des données doivent être revus pour voir s'ils permettent bien de saisir les indicateurs retenus pour le c-TPIg ou s'il est nécessaire de les réviser. Les changements doivent être entrepris et bien intégrés dans le cadre du système existant. Le cas échéant, les outils révisés passeront par une phase pilote de tests sur un échantillonnage d'ASC et de structures de SPN et le retour d'information orientera leur finalisation.

L'étape suivante consiste à planifier l'impression et la distribution des outils. Cela suppose d'abord la quantification en prenant en compte le nombre d'ASC/la population de femmes enceintes, le nombre d'établissements de santé/de services de SPN et le prochain cycle anticipé d'impression. Une fois déterminé le nombre d'outils requis à imprimer, la procédure nationale d'obtention doit être suivie pour imprimer et diffuser les outils et les manuels pour les utilisateurs.

Une fois que les outils sont prêts à être utilisés, l'étape importante suivante est de former les responsables focaux du S et E, les personnes chargées de saisir les données et les ASC sur la structure et l'utilisation des outils. Pour les ASC, il est recommandé d'organiser la formation dans les communautés, de façon que les populations locales en aient connaissance ; cela peut renforcer l'acceptation future des ASC par les communautés où ils travailleront.

6.4 Collecte, analyse et utilisation des données

À la fin de chaque mois, les ASC utilisent leur formulaire récapitulatif mensuel pour faire le rapport des services fournis, de la distribution de SP et de l'état du stock de SP. Ce rapport est présenté au superviseur de l'établissement de santé qui les encadre lors d'une réunion mensuelle de validation des données rassemblant tous les ASC. Celle-ci sert à faire une vérification conjointe des rapports des ASC avec les données enregistrées.

Au niveau de l'établissement de santé, les prestataires de SPN documentent la fréquentation des SPN et les services fournis, dont le nombre de femmes enceintes s'étant présentées munies de formulaires d'orientation délivrés par les ASC. À la fin de chaque mois, ces services sont enregistrés dans le formulaire récapitulatif mensuel du SIS.

Les données sont analysées et interprétées au niveau du district comme au niveau national ; le feedback et les informations rétrospectives doivent être mis à la disposition des établissements de SPN et des ASC. Les données des établissements et du c-TPIg sont analysées à l'aide de tableaux, de diagrammes ou de graphiques simples sur un tableau mural de visualisation des données, fournis dans les outils à utiliser. Autrement, on peut prendre du papier cartonné pour dessiner les tableaux, les diagrammes et les graphiques. L'analyse des résultats sera communiquée aux prestataires de SPN, aux ASC

et aux représentants des communautés tels que les présidents ou secrétaires des comités de développement de quartier et discutée avec eux.

Les résultats de l'analyse des données doivent être présentés et discutés lors d'une réunion ordinaire de l'établissement et des participants de la communauté. Ces discussions peuvent dégager les tendances, les évolutions et les communautés dont les besoins ne sont pas satisfaits, ce qui peut servir à orienter les décisions pour améliorer le programme.

Pour orienter les décisions, les données doivent être de bonne qualité, définie par leur exhaustivité, leur validité, leur présentation en temps utile, leur fiabilité, leur intégrité et leur précision. L'évaluation périodique (par exemple trimestrielle) de la qualité des données est un processus de vérification de celle-ci, d'évaluation du système qui produit ces données et d'élaboration de plans d'action pour améliorer à la fois la qualité des données et le système de S et E.

Références

1. World malaria report 2023. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374472>, consulté le 2 décembre 2023).
2. Guyatt HL, Snow RW. Malaria in pregnancy as an indirect cause of infant mortality in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2001;95:569–76. doi:10.1016/S0035-9203(01)90082-3.
3. Guyatt HL, Snow RW. Impact of malaria during pregnancy on low birth weight in sub-Saharan Africa. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17:760–9. doi:10.1128/cmr.17.4.760-769.2004.
4. Walker PGT, ter Kuile FO, Garske T, Menendez C, Ghani AC. Estimated risk of placental infection and low birthweight attributable to *Plasmodium falciparum* malaria in Africa in 2010: a modelling study. *Lancet.* 2014;2:E460–7. doi:10.1016/S2214-109X(14)70256-6.
5. Menéndez C, Bardají A, Sigauque B, Sanz S, Aponte JJ, Mabunda S et al. Malaria prevention with IPTp during pregnancy reduces neonatal mortality. *PLoS One.* 2010;5:e9438. doi:10.1371/journal.pone.0009438.
6. Eisele TP, Larsen DA, Anglewicz PA, Keating J, Yukich J, Bennett A et al. Malaria prevention in pregnancy, birthweight, and neonatal mortality: a meta-analysis of 32 national cross-sectional datasets in Africa. *Lancet Infect Dis.* 2012;12:942–9. doi:10.1016/S1473-3099(12)70222-0.
7. WHO Guidelines for Malaria (Lignes directrices de l’OMS sur le paludisme), 3 juin 2022. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354781>, consulté le 22 août 2023). La dernière version des lignes directrices unifiées sur le paludisme, considérée commun un document en évolution constante, peut être consultée sur <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/guidelines-for-malaria>, consulté le 7 novembre 2023.
8. Updated WHO recommendations for malaria chemoprevention among children and pregnant women. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/news/item/03-06-2022-Updated-WHO-recommendations-for-malaria-chemoprevention-among-children-and-pregnant-women>, consulté le 22 août 2023).
9. Technical consultation to assess evidence on community-based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366329>, consulté le 22 août 2023).
10. Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/259584>, consulté le 22 août 2023).
11. Directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/325564>, consulté le 22 août 2023).

12. Rodriguez E, Ahn J, van Eijk A, Gutman J. Contextual factors influencing intermittent preventive treatment in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP) uptake. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ; 2022 (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6559914>, consulté le 22 août 2023).
13. Clerk CA, Bruce J, Affipunguh PK, Mensah N, Hodgson A, Greenwood B et al. A randomized, controlled trial of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine, amodiaquine, or the combination in pregnant women in Ghana. *J Infect Dis.* 2008;198:1202–11. doi:10.1086/591944.
14. Tagbor H, Bruce J, Browne E, Randal A, Greenwood B, Chandramohan D. Efficacy, safety, and tolerability of amodiaquine plus sulphadoxine-pyrimethamine used alone or in combination for malaria treatment in pregnancy: a randomised trial. *Lancet.* 2006;368:1349–56. doi:10.1016/S0140-6736(06)69559-7.
15. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>, consulté le 1^{er} novembre 2023).
16. Using behavioural sciences to support community engagement in Africa. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/using-behavioural-sciences-to-support-community-engagement-in-africa>, consulté le 1^{er} novembre 2023).
17. Intermittent screening and treatment in pregnancy and the safety of ACTs in the first trimester: recommendations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338496>, consulté le 23 août 2023).
18. Plowe CV. Malaria chemoprevention and drug resistance. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://zenodo.org/records/6535545>, consulté le 23 août 2023).
19. Malaria chemoprevention efficacy study protocol. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/360908>, consulté le 23 août 2023).
20. Medicines (finished pharmaceutical products/biotherapeutic products) – prequalification [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://extranet.who.int/pqweb/medicines/prequalified-lists>, consulté le 23 août 2023).
21. Medicines [site web]. Genève : Fonds mondial ; 2023 (<https://www.theglobalfund.org/en/sourcing-management/quality-assurance/medicines/>, consulté le 23 août 2023).
22. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore : Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consulté le 23 août 2023).
23. Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/259955>, consulté le 23 août 2023).

24. Service availability and readiness assessment (SARA). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-\(sara\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara))), consulté le 23 août 2023).
25. Faye, SLB, Lugand, MM. Participatory research for the development of information, education and communication tools to promote intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in the Democratic Republic of the Congo, Nigeria and Mozambique. 2021;Malar J 20, 223. doi.org/10.1186/s12936-021-03765-4.
26. Chico RM, Chaponda EB, Ariti C, Chandramohan D. Sulfadoxine-pyrimethamine exhibits dose-response protection against adverse birth outcomes related to malaria and sexually transmitted and reproductive tract infections. Clin Infect Dis. 2017;64:1043-51. doi:10.1093/cid/cix026.
27. Brabin BJ. The risks and severity of malaria in pregnant women. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1991 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/61511>), consulté le 24 août 2023).
28. Bill & Melinda Gates Foundation, Centers for Disease Control and Prevention, The Global Fund, Impact Malaria, Jhpiego, Liverpool School of Tropical Medicine et al. Monitoring and evaluation of malaria in pregnancy services: practical tips and recommended indicators. Geneva: RBM Partnership to End Malaria; 2020 (<https://endmalaria.org/sites/default/files/Malaria%20in%20Pregnancy%20Monitoring%20and%20Evaluation%20ENGLISH.pdf>), consulté le 24 août 2023).

Annexe 1. Documents pertinents provenant du manuel de mise en œuvre du projet TIPTOP

Le lecteur pourra retrouver les documents et appendices qui suivent dans le document intitulé *Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook (1)* (en anglais) :

- Listes de contrôle pour les ASC fournissant le TPIg-SP (Checklists for CHWs providing IPTp-SP: Appendice A, page 52) :
 - Liste de contrôle 1 pour l'interaction des ASC avec les femmes enceintes afin d'administrer la première dose du TPIg (Checklist 1: For CHW interaction with pregnant women to give first IPTp dose)
 - Liste de contrôle 2 sur la façon pour les ASC de mener une visite de suivi d'une femme enceinte enregistrée (Checklist 2: For CHW to conduct a follow-up visit with a registered pregnant woman)
- Les objectifs d'apprentissage pour le manuel de mise en œuvre du TPIg (Learning objectives for the IPTp implementation handbook : Appendice B, page 59)
- Document d'information pour les patients (Patient education handout : Appendice C, page 65)
- Les aides pour fournir le TPIg-SP (Job aids for providing IPTp-SP : Appendice D, page 67)
- La liste de contrôle pour la supervision formative mensuelle des ASC (Checklist for monthly supportive supervision of CHWs : Appendice E, page 69)
- La liste de contrôle pour la supervision de la prévention du PPG dans les établissements de santé (Supervision checklist for the prevention of MIP in health facilities : Appendice F, page 71)

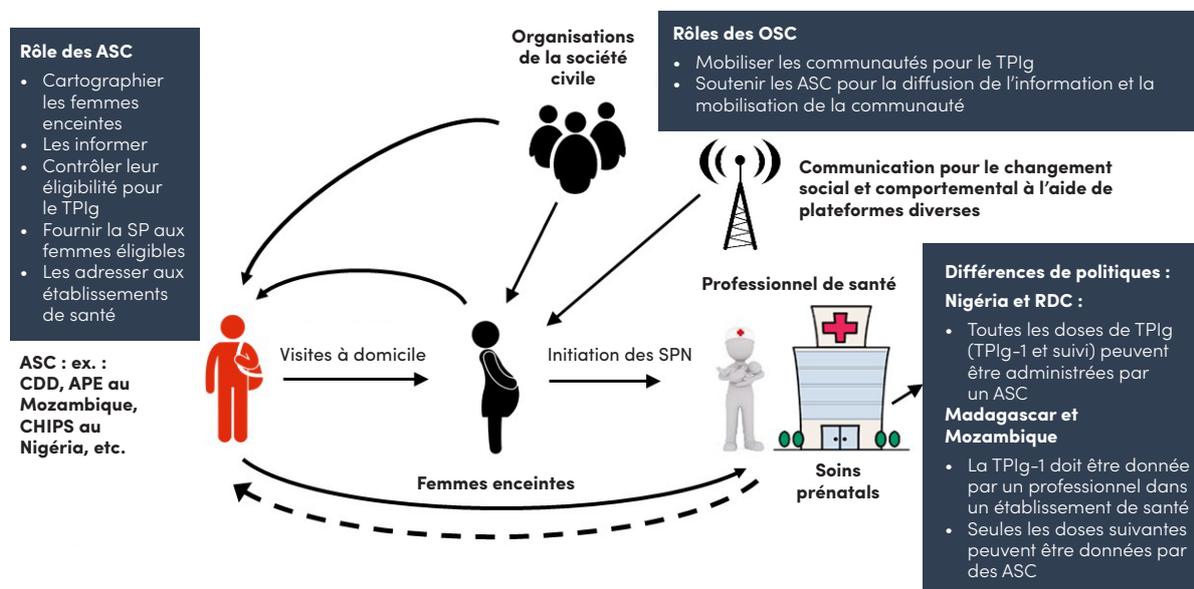
Référence

1. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore: Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consulté le 23 août 2023).

Annexe 2. Résultats des projets pilotes pour le c-TPIg

Le projet TIPTOP, financé par Unitaid, était une grande étude couvrant plusieurs pays pour évaluer la prestation du TPIg à base communautaire dans quatre pays d'Afrique à forte charge de morbidité due au paludisme, en se fondant sur le renforcement du système de santé, le renforcement des capacités et l'engagement des communautés. Le projet s'est déroulé de 2017 à 2022 et deux résultats essentiels ont été évalués : la couverture du TPIg et la fréquentation des SPN. Le projet TIPTOP avait pour but d'améliorer la prise du TPIg-3 parmi les femmes enceintes éligibles dans les districts désignés de chaque pays, sans réduire le nombre des visites aux SPN, et de produire des données factuelles pour déterminer la faisabilité, l'acceptabilité et le rapport coût/efficacité du c-TPIg. Il a utilisé une approche dite « sans occasions manquées » permettant à toutes les femmes enceintes éligibles d'accéder au TPIg-SP, que ce soit dans leurs communautés ou aux SPN. Le projet a été axé sur l'exploitation de partenariats, de la communauté aux établissements au niveau national ; sur l'élargissement de l'accès à la SP de qualité garantie ; sur l'augmentation de la demande dans les communautés, parmi les soignants et les autorités ; et sur l'utilisation des données pour diriger l'orientation du projet. La Fig. A2.1 résume les rôles des différents intervenants, dont le ASC et les OSC, dans la mise en œuvre du c-TPIg. Le projet TIPTOP a conclu que le c-TPIg a contribué à augmenter sensiblement la couverture totale du TPIg sans influencer négativement sur la fréquentation des SPN (cf. Fig. A2.2). On trouvera plus d'informations sur le projet TIPTOP, ses conclusions et ses résultats dans le manuel de mise en œuvre, le rapport d'évaluation de fin de subvention et la page sur l'héritage de TIPTOP (la section « Measurement and Learning » (mesures et enseignements) dresse la liste de tous les articles de recherche publiés à partir du projet TIPTOP) (1-3).

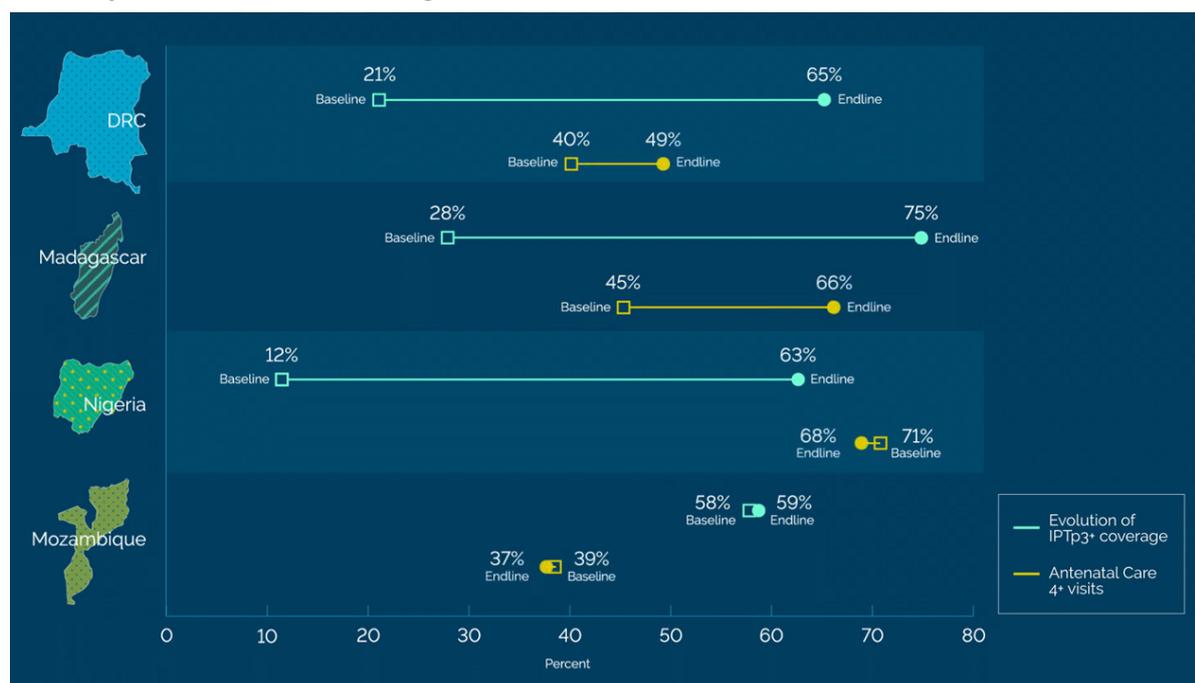
Fig. A2.1. Aperçu général de l'approche « sans occasions manquées » du projet TIPTOP



APE : agentes polyvalentes elementaires; ASC : agents de santé communautaires ; CDD : distributeur dirigé par la communauté ; CHIPS : influenceurs, promoteurs et service de santé dans la communauté ; c-TPIg : traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse dans la communauté ; Moz : Mozambique ; OSC : organisations de la société civile ; RDC : République démocratique du Congo ; SP : sulfadoxine- pyriméthamine ; SPN : soins prénatals ; TPIg1 : première dose de TPIg-SP.

Source : adapté de *Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook (1)*.

Fig. A2.2. Comparaison entre les données de départ (baseline) et de fin (endline) du projet TIPTOP pour la couverture du TPIg-3+ et de SPN-4+



DRC : (RDC) République démocratique du Congo ; IPTp 3+ : (TPIg3+) : trois doses ou plus de SP pour le TPIg ; ANC4+ : (SPN4+) : quatre visites ou plus aux SPN.

Source : Jhpiego (3).

D'autres études ont montré que l'inclusion de programmes à base communautaire peut renforcer sensiblement l'accès effectif à la prévention du paludisme et, plus généralement, aux soins de santé primaires. Elle peut aussi améliorer la fréquentation des SPN, notamment en l'associant à des interventions au niveau de l'offre (4–6). Des détails supplémentaires sur les expériences faites au Burkina Faso, au Malawi, au Sénégal et en Sierra Leone sont donnés dans *Technical consultation to assess evidence on community-based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria* (7–9).

Références

1. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore: Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consulté le 23 août 2023).
2. BroadImpact. Transforming IPT for Optimal Pregnancy (TIPTOP) project and output 1 of the Supply Side Grant: end-of-grant evaluation report. Genève : Unitaïd; 2021 (<https://unitaid.org/assets/TIPTOP-Project-End-of-Grant-Evaluation-Full-Report-August-2021.pdf>, consulté le 25 août 2023).
3. A TIPTOP legacy [site web]. Maryland: Jhpiego; 2023 (<https://www.jhpiego.org/a-tiptop-legacy/>, consulté le 24 août 2023).
4. Okeibunor JC, Orji BC, Brieger W, Ishola G, 'Dipo Otolorin E, Rawlins B et al. Preventing malaria in pregnancy through community-directed interventions: evidence from Akwa Ibom State, Nigeria. *Malar J*. 2011;10:227. doi:10.1186/1475-2875-10-227.

5. Mbonye AK, Schultz Hansen K, Bygbjerg IC, Magnussen P. Effect of a community-based delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy on treatment seeking for malaria at health units in Uganda. *Public Health*. 2008;122:516–25. doi:10.1016/j.puhe.2007.07.024.
6. Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. Impact of community-based interventions for the prevention and control of malaria on intervention coverage and health outcomes for the prevention and control of malaria. *Infect Dis Poverty*. 2014;3:25. doi:10.1186/2049-9957-3-25.
7. Technical consultation to assess evidence on community-based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366329>, consulté le 22 août 2023).
8. Gutman JR, Stephens DK, Tiendrebeogo J, Badolo O, Dodo M, Burke D et al. A cluster randomized trial of delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy at the community level in Burkina Faso. *Malar J*. 2020;19:282. doi:10.1186/s12936-020-03356-9.
9. Rubenstein BL, Chinkhumba J, Chilima E, Kwizombe C, Malpass A, Cash S et al. A cluster randomized trial of delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy at the community level in Malawi. *Malar J*. 2022;21:195. doi:10.1186/s12936-022-04216-4.

Annexe 5. Feuille de comptage des soins aux femmes enceintes dans la communauté

Feuille de comptage des soins aux femmes enceintes dans la communauté Page 1 of 4



Volunteer health worker activity tally card

Date.....

Year.....

Community/Village.....

Ward name.....

State.....

Month.....

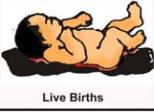
Volunteer health worker's Name.....

Facility volunteer is assigned.....

LGA.....

Volunteer's Unique ID Number.....

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

Ante-natal care	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 Pregnant women	New identified	Adolescent Girls					
		Adult Women					
	Follow up	Adolescent Girls					
		Adult Women					
 Deliveries	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 Live Births	Boys						
	Girls						

Feuille de comptage des soins aux femmes enceintes dans la communauté Page 2 of 4

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 Still Births							
 Premature babies/small babies seen and referred (Low birth Weight <2.5kg)	Boys						
	Girls						
 Babies placed in skin to skin/ Kangaroo position & referred	Male						
	Female						
 Clients that received Family Planning services	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 Pregnant women referred for ANC for the first time by Community Volunteer	Adolescent Girls						
	Adult Women						

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 <p>Pregnant women referred for ANC for the follow up by Community Volunteer</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for tetanus toxoid</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Number of women seeking care and treatment for Urine/Stool incontinence referred</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for IPT</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women who took CIPT1</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 <p>Pregnant women who took CIPT2</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women who took CIPT3+</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women given Misoprostol</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for postnatal care within 2 days after delivery</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Babies referred for postnatal care within 2 days after delivery</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						

LGA : zone d'administration locale ; TBA : accoucheuse traditionnelle ; FBM : établissements ou travailleurs d'une mission religieuse ; SBA : agent de santé qualifié pour les accouchements ; CBHV : volontaire de la santé basé dans la communauté ; ANC : (SPN) soins prénatals ; IPT : (TPI) traitement préventif intermittent ; CIPT1 : (c-TPI) première dose de TPI dans la communauté ; CIPT2 : deuxième dose de c-TPI ; CIPT3+ : trois doses ou plus de c-TPI.

Source : reproduit avec l'autorisation du HMIS national du Nigéria (pas disponible en ligne).

Annexe 6. Exemple de carte de la patiente

PREVENT MALARIA DURING PREGNANCY

Sleep under an insecticide treated net

Take a first dose of Fansidar after you feel the baby move

Take a second dose of Fansidar at least one month later

Take a third dose of SP at least one month later

Malaria is bad for your health and the health of your unborn child

Name of Health Facility:

MINISTRY OF HEALTH

PATIENT'S REFERENCE CARD

Name: _____

Hospital No: _____

Date: _____

Date du contact avec la patiente	Adressée par un ASC (✓)	Service délivré Écrire (TPIg-1, TPIg-2, TPIg-3, TPIg-4, etc. ou autre service délivré)	Où ? Écrire S (SPN) ou D (Domicile)	Prochain rendez-vous aux SPN		
				Date	Heure	Signature

Note : Nombre total de doses de TPIg jusqu'au moment de la naissance : _____
 Nombre total de contacts avec les patientes jusqu'au moment de la naissance : _____

ASC : agent de santé communautaire ; TPIg-1 : première dose de traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ; TPIg-2 : deuxième dose de TPIg ; TPIg-3 : troisième dose de TPIg ; TPIg-4 : quatrième dose de TPIg ; SPN : soins prénatals.

Source : reproduit avec l'autorisation de TIPTOP au Nigeria (pas disponible en ligne).

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Programme mondial de lutte contre le paludisme
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : GMPinfo@who.int

