

RENCONTRE ANNUELLE DE L'ALLIANCE CPS

28 Fév - 02 Mars 2023 | Conakry, Guinée



Sommaire

Session I : Introduction	3
Allocution d'ouverture	3
Session II : Enseignements tirés par les pays – Accès aux communautés difficiles à atteindre	6
Burkina Faso	6
Tchad	6
Guinée-Bissau	7
Mali	7
Niger	8
Session III : Enseignements tirés par les pays – Banalisation et pérennisation de la CPS	9
Cameroun	9
Guinée	9
Togo	10
Sénégal	11
Session IV : Enseignements tirés par les pays – Numérisation de la CPS	12
Bénin	12
Gambie	13
Ghana	14
Nigeria	15
Manuel de digitalisation de la CPS	15
Session V : Enseignements tirés par les pays – Présentation de la CPS, nouveaux pays, nouvelles géographies	17
Côte d'Ivoire	17
Mauritanie	18
Mozambique	19
Ouganda	19
Mise à jour, importance et implication des conclusions de l'étude au Mozambique et en Ouganda	20
Session VI : Planification des pays pour la campagne de CPS 2023	21
CPS en Afrique de l'Ouest : perspectives d'une équipe d'assistance régional	21
Guide de mise en œuvre de la CPS fourni par l'OMS : mises à jour émanant de la nouvelle édition	22
Session VII : Chimio-prévention du paludisme : autres outils de prévention pour le contrôle et l'éradication du paludisme	23
Recommandation de l'OMS concernant le vaccin RTS,	23
Chimio-prévention du paludisme pérenne (PMC) : mise à jour de divers projets pilotes	24
Paysage de la chimio-prévention du paludisme : analyse des besoins et de la demande de ressources de CPS et de PMC en Afrique subsaharienne	24
Éléments à prendre en compte concernant l'adoption future de la CPS	25
Fonds mondial - Mise à jour du financement de la chimio-prévention	25
Session VIII : Mises à jour des projets de CPS	26
OPT-SMC	26
Projet OPT-SMC au Cameroun - Quel est l'effet des rappels effectués par les chefs de famille auprès des familles éligibles concernant l'adoption de la SP-AQ ?	26
Approche d'évaluation de la qualité de l'administration du médicament SP-AQ aux enfants de 3 à 59 mois dans le district de Djioula, Mali	27
Facteurs contribuant à l'adoption de la CPS au Nigeria	28
Projet Impact CPS	29
Projet Impact CPS au Nigeria - Soutien et résultats	29
Mise en œuvre d'un cycle supplémentaire de CPS et élargissement aux enfants de 5 à 9 ans (Niger)	29
Mali : Adaptation de la CPS – Combien de sites faut-il prévoir par district sanitaire ?	30
Projet Impact CPS en Guinée	30
PMI Mali	31
PMI Niger	31
Priorités de recherche de l'Alliance CPS	32
Administration massive de médicaments (AMM) de DHA PQ et de primaquine afin de réduire le nombre de cas de paludisme dans les zones de transmission modérée à faible au Sénégal	33
Mise au point de triples combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le paludisme simple	34
Futur paysage de la chimio-prévention du paludisme	35

Session I : Introduction

La rencontre annuelle 2023 de l'Alliance CPS (SMC Alliance) marque le 10e anniversaire de la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Il s'agit de la 5e réunion organisée par l'Alliance. La session inaugurale de la rencontre a été animée par Ibrahima Sanoh, responsable de la communication auprès du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en Guinée. Saif Kaidi, chef de cabinet du ministère de la Santé, le Dr Bachira, consultant auprès du ministère de la Santé, le professeur Alioune Camara, directeur du PNLN, M. Jean Konan du bureau national de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Guinée et le Dr Seneman Gany étaient présents. À ce jour, quinze pays mettent déjà en œuvre la CPS de manière systématique tandis que plusieurs autres lancent actuellement un projet pilote à ce sujet. Dix-sept pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Niger, Madagascar, Sénégal, Tchad, Togo, Ouganda) ont participé à la rencontre annuelle de 2023. ■

Allocution d'ouverture

Dr. Alioune Camara – Guinée

Dans son allocution d'ouverture, le Dr Camara, qui dirige le PNLN de Guinée, a remercié l'Alliance CPS (SMC Alliance) d'avoir accueilli la rencontre qui marquait le 10e anniversaire de la CPS en Guinée. Il a rappelé que sous l'impulsion du gouvernement, des partenaires internationaux et des parties prenantes, la CPS avait pu être lancée en 2015 en Guinée. Les enseignements tirés de cette mise en œuvre ont ensuite permis d'étendre la CPS en 2017. Grâce au soutien de tous les acteurs de l'intervention, en 2022, 1,7 million d'enfants ont bénéficié de la CPS et les taux de couverture ont atteint près de 99 %. Même si l'intervention a été interrompue en Guinée en 2019, grâce au soutien des partenaires et à la résilience du système de santé du pays, la Guinée continue de bénéficier de la CPS. Pour conclure, le Dr Camara a remercié le chef du cabinet du Ministère de la santé pour sa présence, ainsi que tous les participants pour leur présence et leur participation. Il a également remercié le Dr Tchouatieu et Medecine Malaria Venture (MMV) pour avoir organisé cet événement.

Dr. Bachir Kanté - Ministre de la santé, Guinée-Bissau

Le Dr Kanté a souhaité la bienvenue en Guinée à toutes les personnes présentes, au nom du ministre de la Santé et du Premier ministre de la République de Guinée. Il a également remercié l'équipe locale qui a travaillé d'arrache-pied avec le ministère afin que tous leurs efforts consentis s'avèrent payants. Il a confirmé que le paludisme était une priorité nationale et que le gouvernement travaillait d'arrache-pied à la mise en place de stratégies et d'interventions dans le but d'atteindre les objectifs de contrôle et d'éradication du paludisme. Il a déclaré que la Guinée prenait également note de ses responsabilités en matière de cofinancement et espérait que les résultats de la rencontre annuelle de l'Alliance contribueraient à donner de l'élan aux efforts d'éradication du paludisme dans le pays. Au nom du Ministère de la santé, il a remercié tous les participants d'avoir accepté l'invitation.

Erin Eckert – SMC (CPS)

Erin Eckert, l'actuelle coprésidente, a déclaré que l'Alliance était une organisation collaborative regroupant tous les programmes de mise en œuvre de la CPS, ainsi que l'OMS, partenaire en matière d'élaboration des politiques. Le groupe se réunit tous les mois afin de planifier les activités, de coordonner le travail, d'obtenir le soutien des donateurs et de veiller à ce que les pays continuent de bénéficier de la CPS. En outre, en 2022, l'OMS a modifié ses directives afin de permettre une mise en œuvre plus vaste de la CPS.

Elle a ensuite présenté les objectifs de la rencontre pour la semaine, notamment le passage en revue des résultats des campagnes des années précédentes en matière de couverture et les prévisions détaillées pour 2023 et 2024. Les participants découvriront également les meilleures pratiques en matière de mise en œuvre de la CPS et de numérisation des campagnes. La rencontre leur donnera aussi l'occasion d'écouter les rapports sur les projets en cours, de passer en revue les enseignements tirés des campagnes de l'année dernière et d'étudier la manière dont ces enseignements peuvent être mis en application les années suivantes. Elle a insisté sur le fait que cette année marque le 10^e anniversaire de l'intervention de la CPS dont la mise en œuvre a débuté en 2013. Elle a encouragé les pays à profiter de la rencontre pour renforcer leurs interactions avec leurs collègues.

Dr. Jean-Konan Kouame - Organisation mondiale de la santé, bureau de Guinée-Bissau

Le Dr Konan, représentant du bureau de l'OMS en Guinée-Bissau, a déclaré que la CPS comptait parmi les stratégies mises en place pour atteindre un niveau élevé d'impact dans la lutte contre le paludisme, maladie qui demeure un défi sanitaire et un problème socio-économique nuisible pour le développement de l'Afrique. Il a déclaré qu'en 2022, les progrès en matière de lutte contre le paludisme et d'éradication de cette maladie avaient stagné. Le paludisme a un impact considérable sur la santé et les moyens de subsistance en Afrique subsaharienne. Près de 246 000 personnes ont perdu la vie à cause du paludisme en Afrique subsaharienne.

En 2022, malgré la pandémie de COVID-19, le nombre de cas de paludisme a diminué. Pour autant, le fardeau du paludisme (en ce qui concerne le nombre de cas) en Afrique demeure élevé, puisqu'il représente près de 94 % du fardeau mondial et 96 % du nombre de décès. S'il faut bien sûr rappeler les efforts consentis, il ne faut pas pour autant oublier le fait que la communauté mondiale de lutte contre le paludisme n'a que sept ans pour atteindre les objectifs fixés pour 2030 par l'OMS. Pour avoir un impact, toutes les stratégies de lutte contre le paludisme doivent être mises en place et il est essentiel de veiller à ce que les ressources humaines nécessaires soient disponibles pour atteindre les objectifs. La direction du pays doit renforcer les stratégies adaptées au contexte national. Tout au long de la vie du patient, ses soins doivent être centralisés. En outre, il est nécessaire d'avoir confiance et d'investir dans l'innovation.

Dr. Peter Olumese – Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'Organisation mondiale de la santé

Le Dr Olumese a présenté la stratégie actualisée de chimioprévention et a passé en revue avec le groupe les recommandations, tant nouvelles qu'actualisées. Il a indiqué que les directives individuelles, intervention par intervention, avaient été remplacées par un format consolidé. Les directives autonomes, intervention par intervention (3^e édition des directives pour le traitement du paludisme et directives de lutte contre les vecteurs du paludisme) ont été regroupées au sein d'un document unique, disponible sur le site Web de l'OMS.

Les recommandations actualisées en matière de chimioprévention ne précisent plus ni les groupes d'âge, ni les seuils d'intensité de la transmission, ni le nombre de doses ou de cycles, ni les médicaments spécifiques. Les PNLN sont encouragés à tenir compte des données locales afin de déterminer comment adapter au mieux les stratégies de chimioprévention aux besoins locaux et de déterminer les groupes d'âge à cibler, ainsi que le moment de la prise, la fréquence et la nature des médicaments.

Pour autant, des informations supplémentaires à ces sujets seront fournies à mesure qu'elles deviendront disponibles par le biais de manuels pratiques. Ces derniers aideront les pays à définir ces paramètres sur la base de leur contexte épidémiologique et saisonnier. Le guide pratique de mise en œuvre de la CPS mis à jour fournit ces informations supplémentaires. Il s'agit notamment de la transmission saisonnière du paludisme qui demeure inchangée (c'est-à-dire quatre mois consécutifs au cours desquels plus de 60 % des cas annuels de paludisme sont recensés), et de la prévalence du paludisme d'un taux d'attaque clinique de $\geq 0,1$ épisode de paludisme par enfant dans les groupes cibles. Il est recommandé d'administrer la CPS aux enfants appartenant à des groupes d'âge exposés au risque de paludisme grave. Dans la plupart des régions, ces enfants ont moins de 5 ans et demeurent par conséquent la principale population cible.

Un cinquième cycle est recommandé si plus de 10% du fardeau annuel du paludisme sont concentrés sur un mois parmi les quatre mois de la saison. La modélisation a montré que les avantages d'un sixième cycle sont souvent minimes. Il ne fait par conséquent pas partie des recommandations. Remarque : dans un même pays, il est possible d'avoir à la fois des zones dans lesquelles trois cycles ou cinq cycles sont nécessaires. La Sulfadoxine Pyriméthamine + Amodiaquine (SP-AQ) demeure l'option recommandée en matière de CPS.

En ce qui concerne les autres interventions de chimioprévention, il a fait savoir que le manuel d'informations concernant la mise en œuvre du passage de la chimioprévention du paludisme pérenne (PMC) à la PMCCare est toujours en cours d'élaboration. De même, il est prévu d'élaborer des manuels de mise en œuvre concernant le traitement préventif intermittent chez les enfants d'âge scolaire (TPIsc) et la chimioprévention du paludisme après la sortie de l'hôpital (PDMC) pour les enfants atteints de paludisme et d'anémie grave lorsque les éléments probants nécessaires deviendront disponibles.

Une question a été posée concernant le suivi des effets indésirables associés à la CPS. Le Dr Olumese a répondu que le déploiement de la CPS devrait constituer l'une des interventions visant à renforcer les systèmes et structures nationaux de pharmacovigilance. Par conséquent, nul n'est besoin de créer un système de pharmacovigilance distinct, propre à la CPS. Pour autant, sur la base des éléments probants historiques concernant le nombre de doses de CPS administrées, il est possible d'avancer que le nombre de cas d'effets indésirables graves associés à la CPS est négligeable.

Charlotte Eddis - Sous-groupe de suivi et d'évaluation de l'Alliance CPS

Mme Eddis a présenté les travaux du sous-groupe de suivi et d'évaluation et la boîte à outils qui a été mise au point et publiée en ligne sur le site Web de l'Alliance CPS. Elle a encouragé les pays à recourir à la boîte à outils et à partager leurs points de vue la concernant. Elle a également fourni des informations à propos du prochain webinar organisé par le groupe. Elle a encouragé les pays à faire part de leurs idées pour d'autres webinaires consacrés à des sujets et à des méthodes de suivi et d'évaluation susceptibles d'être mises en œuvre à l'avenir.

Céline Audibert – Medicines for Malaria Venture

Le Dr Audibert a présenté des informations concernant les données de CPS fournies par les pays sur la base des campagnes 2022. Elle a fait remarquer que certains pays étaient encore au stade de validation de leurs données et qu'il faudrait donc attendre encore avant de les recevoir. Depuis 2012, 832 millions de traitements ont été utilisés dans le cadre de la CPS et 47,9 millions d'enfants ont bénéficié de cette intervention. En ce qui concerne la couverture, elle a encouragé les pays à discuter des enseignements tirés et des difficultés rencontrées dans l'obtention des taux de couverture. Elle a ajouté que depuis 2012, 3 500 districts avaient mis en œuvre la CPS. Certains pays en sont actuellement au 5e cycle. ■

Session II : Enseignements tirés par les pays – Accès aux communautés difficiles à atteindre

Burkina Faso

Présentation du Burkina Faso - Dao Boulaye, PNLP du Burkina Faso



La CPS a été adoptée en 2014 au Burkina Faso avant d'être étendue en 2018. Depuis 2018, la CPS est associée à la vaccination et au dépistage de la malnutrition. En 2022, le PNLP a commencé à mettre en œuvre la CPS de juin à octobre avec cinquante-neuf districts mettant en œuvre quatre cycles de CPS, tandis que les dix-neuf autres en ont organisé cinq. En 2021, le projet pilote de numérisation n'a pas pu être mis en œuvre en raison de problèmes de sécurité. Dans les régions où la sécurité constituait un problème, le PNLP a fait appel à du personnel de sécurité et à des distributeurs communautaires afin de délivrer la CPS en porte-à-porte. Des discussions se tiennent aussi entre le district et la communauté. Certains districts qui ont mis en œuvre cinq cycles ont connu des problèmes de sécurité, si bien que les projets pilotes n'ont pas pu être étendus.

Pour atteindre les populations déplacées et districts difficiles d'accès, et évaluer leurs besoins, l'équipe a lancé un recensement en avril. Des efforts ont également été déployés afin d'améliorer la livraison des approvisionnements destinés à la mise en œuvre. L'équipe a aussi eu recours à des hélicoptères et à des escortes de sécurité pour pouvoir se rendre dans les zones difficiles. Ses membres ont également organisé des formations pour les distributeurs communautaires. Des programmes de formation ont aussi été organisés au sein des établissements de santé. Les agents de santé communautaires ont eux aussi pris part aux programmes de formation. Pour autant, la communication entre les agents et les communautés n'a pas été de tout repos. Pour y remédier, l'équipe s'est rendue physiquement dans les communautés et a utilisé les canaux existants, tels que les crieurs publics.

Le PNLP éprouve encore des difficultés à atteindre tous les enfants ciblés. Par ailleurs, ses membres ont parfois dû faire face à des problèmes de diffusion d'informations sur les smartphones en raison de pertes de connectivité. En ce qui concerne le paiement, le PNLP s'efforce d'utiliser l'argent mobile. Pour autant, cela s'accompagne souvent de difficultés lorsqu'il faut retirer de l'argent pour les distributeurs communautaires. Pour la micro-planification, il est nécessaire de prendre en compte les coûts non planifiés, comme le coût du carburant et du transport, afin de refléter les coûts réels.

Tchad

Présentation du Tchad - Kodbessé Boulotigam, PNLP du Tchad



En 2022, le PNLP du Tchad a commencé la campagne de CPS à la mi-juillet, et l'a terminée autour de la deuxième semaine d'octobre. Un plan similaire est prévu pour 2023. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre en 2022 et il en sera de même en 2023. Les enfants de moins de cinq ans ont été ciblés. Vingt-sept districts sont gérés par Malaria Consortium, les autres par le Fonds mondial, l'UNICEF et MSF. La CPS est mise en œuvre du centre vers le nord du Tchad.

Le PNLP a l'intention d'identifier les jeunes et de les former à distribuer la CPS. Les nomades sont très difficiles à atteindre du fait des conflits qui existent entre agriculteurs, des inondations et de l'accès limité aux zones difficiles. Le PNLP prévoit par conséquent de former des agents sédentaires ou plusieurs nomades pour atteindre les populations nomades. Ces difficultés rendent ardu l'accès aux enfants éligibles et l'administration de leurs deuxième et troisième doses. Aucune innovation ou stratégie de distribution pratique n'est prévue pour les nomades.

Le PNLP souhaite mener une étude afin de trouver une stratégie de distribution de médicaments adaptée à la population nomade du fait de ses déplacements perpétuels pendant la période de distribution des médicaments. Les membres du programme souhaitent également mener une étude sur les effets de la prise des médicaments de la CPS, en particulier des deuxième et troisième doses par les enfants.

Guinée-Bissau

Présentation pour la Guinée-Bissau – Ould Ahmed Mohammed, PNLP de Guinée-Bissau



La CPS a été mise en œuvre dans quatre régions clés sur la base d'une stratégie de porte-à-porte pendant six jours sur quatre cycles. En 2022, le PNLP a atteint un taux de couverture de 93,1 %. La CPS cible les enfants de 3 à 59 mois et est délivrée par les agents communautaires. Le PNLP a également mis en place la collecte de données sur tablettes. Ainsi, un suivi des équipes de distributeurs a été possible. Les interventions de sensibilisation passent par les médias sociaux et la radio. Au début de la campagne de CPS, toutes les fournitures sont acheminées jusqu'aux agents en vue d'être ensuite distribuées dans les zones désignées. Les agents communautaires connaissent bien les communautés qu'ils desservent et suivent les populations mobiles afin d'avoir accès aux enfants de ces communautés.

Le PNLP a l'intention de mener les études suivantes : collaboration avec les PNLP du Sénégal et de la Guinée afin de synchroniser les dates de la campagne de CPS et l'échange de données, et évaluation de l'impact de la CPS dans les régions cibles (Bafatá, Gabú et Tombali).

Mali

Sensibilisation des zones difficiles d'accès au Mali – Aissata Kone, PNLP du Mali



Le programme de CPS 2022 au Mali a débuté la troisième semaine de juillet et s'est poursuivi jusqu'à la deuxième semaine d'octobre. Trois cycles de CPS ont été mis en œuvre dans certains districts et quatre dans d'autres. Un programme pilote de cinq cycles a été mis en œuvre dans seulement deux districts sanitaires.

Parmi les zones les plus difficiles d'accès, citons les zones de conflit armé ou occupées par des groupes armés. En effet, elles rejettent parfois les campagnes de masse. Citons aussi les zones d'extraction de l'or du fait des mouvements de population mobiles et incontrôlés, les zones inondées, les zones nomades présentant de longues distances à parcourir et les zones difficiles d'accès en raison du mauvais état des routes.

Toutes les régions du Mali sont concernées par les problèmes de sécurité. En 2022, le pays comptait de nombreuses populations déplacées, venues du Niger et de la Mauritanie. La COVID-19 a elle aussi compliqué la mise en œuvre. Dans les zones de conflit, les armées gèrent les zones de sécurité et le réseau routier n'est pas bon. Des outils mobiles ont été mis en place afin de couvrir les populations mobiles et difficiles d'accès. Dans les zones occupées par des groupes armés, des interventions de sensibilisation ont été menées avant le lancement de la CPS. Le PNLP collabore également avec les forces de sécurité et de défense, et les organisations humanitaires pour permettre l'acheminement des fournitures jusqu'à ces zones. Dans les régions minières où les populations sont très mobiles, les médicaments de la CPS sont administrés la nuit ou pendant les pauses.

Le PNLP prévoit aussi de travailler en étroite collaboration avec les chercheurs d'or, car les régions minières sont difficiles à couvrir entièrement. Les membres du programme souhaitent aussi travailler avec des sociétés pharmaceutiques qui pourront les aider à fournir des médicaments. Les équipes de mise en œuvre doivent également s'agrandir afin d'être plus efficaces.

Niger

Présentation pour le Niger - Ibrahim Ouba, PNLP du Niger

En 2022, la CPS a été mise en œuvre de juillet à novembre au Niger. Certains districts mettent en œuvre quatre cycles, d'autres cinq. La CPS a ciblé les enfants âgés de trois mois à cinq ans dans soixante-sept districts en 2022. Il en sera de même pour 2023. Des taux de couverture de 104-105 % ont été atteints pour les trois premiers cycles. Ce pourcentage a toutefois chuté à 84 % lors du quatrième cycle. Toutefois, dans certaines régions, les données n'étaient pas disponibles pour évaluer les taux de couverture. Des subventions ont également été proposées à certains ménages afin de contribuer à atteindre les objectifs fixés. La CPS a aussi été associée au dépistage de la malnutrition.

En ce qui concerne les innovations, une équipe Technologies de l'information et de la communication pour le développement a été mise en place. Cette équipe a formé des responsables, des formateurs et des formateurs de formateurs en matière de CPS. L'évaluation des données est en cours. Des difficultés subsistent empêchant l'obtention de données de haute qualité. On est en droit d'espérer que la collecte de données numériques contribuera à résoudre ce problème. Lors de la mise en œuvre des interventions de collecte de données numériques, l'équipe a été confrontée à la maîtrise de l'application de collecte de données par les superviseurs et distributeurs locaux, ainsi qu'à l'absence des enfants dans les ménages lors de la distribution.

Pour améliorer la qualité de la mise en œuvre de la CPS, les capacités des distributeurs doivent être renforcées et les horaires des visites de distribution doivent être adaptés aux moments où les familles se trouvent chez elles. Le suivi et l'évaluation de la CPS doivent eux aussi être améliorés. Des distributeurs et agents ou acteurs de la distribution doivent aussi être recrutés. Étant donné que la prise des deuxième et troisième doses à la maison n'est pas chose aisée, une surveillance des ménages peut s'avérer nécessaire. L'équipe collabore également avec les autorités afin de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité. Ses membres prévoient aussi de recourir à une mise en œuvre à la fois fixe et mobile. Des études d'impact sont également nécessaires. ▣



Session III : Enseignements tirés par les pays – Banalisation et pérennisation de la CPS

Cameroun

Présentation pour le Cameroun - Dominique Bomba - PNLP du Cameroun



La CPS a été mise en œuvre pour la première fois en 2016 au Cameroun. En 2022, l'intervention a été mise en œuvre de la mi-juillet à la mi-octobre pour les districts mettant en œuvre quatre cycles et jusqu'à la mi-novembre pour les districts en administrant cinq. La CPS a visé les enfants âgés de trois mois à cinq ans. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre dans trente-huit districts, tandis que cinq cycles ont été mis en œuvre dans neuf districts.

Le PNLP a fait face à une baisse et à un manque de financement de la part de certains organismes de financement. Le PNLP s'est donc lancé dans une stratégie visant à accroître l'appropriation par le système de santé et les communautés de la mise en œuvre de la CPS et à déterminer une stratégie de mise en œuvre acceptable pour le système de santé. À la suite de cet exercice, le PNLP a mis au point une stratégie de distribution routinière de la SP-AQ, c'est-à-dire en s'appuyant sur les ressources du système de santé.

Parmi les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la CPS au cours de cette période, citons le suivi de l'administration de la SP-AQ en respectant les intervalles de 28 jours entre les cycles, la répartition de la charge de travail et des activités quotidiennes pour les agents de développement communautaire, le remplacement des bénévoles absents et le maintien de la motivation chez les bénévoles pendant toute la durée de l'intervention.

L'équipe s'appuie sur Kobocollect pour collecter des informations au format numérique. Certaines régions du pays font face à des problèmes de sécurité du fait de la présence du groupe Boko Haram. Dans les régions dépourvues d'agents communautaires, de nouveaux agents doivent être formés. Le PNLP a également l'intention de travailler sur l'appropriation de la CPS par la communauté et sur les mesures d'incitation à destination des agents communautaires afin d'améliorer la mise en œuvre de l'intervention.

Guinée

Présentation pour la Guinée - Yaya Barry - PNLP de Guinée

En Guinée, le cycle de CPS a débuté en juillet et s'est terminé en octobre. Il devrait en être de même en 2023. Cependant, à Dabola, le cycle de CPS a débuté en juin et s'est terminé en octobre. L'intervention cible les enfants âgés de 3 à 59 mois. La mise en œuvre de la CPS s'effectue dans deux zones. Les principaux partenaires qui soutiennent le PNLP de Guinée sont le Fonds mondial et le PMI. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre dans seize districts sanitaires, tandis que cinq cycles ont été mis en œuvre à Dabola. Le PMI couvre sept districts. Le Fonds mondial collabore également avec Plan International. La mise en œuvre de la CPS est souvent intégrée à d'autres interventions. Au niveau communautaire, des agents sont chargés de l'administration de la CPS, de la gestion des cas de paludisme, de la vaccination ou des soins aux femmes enceintes. En 2022, l'équipe a testé près de 3 000 cas de suspicion de paludisme et a traité les enfants par sécurité. Le taux de couverture de la CPS a été faible en raison du nombre insuffisant d'approvisionnements.

En ce qui concerne les interventions d'innovation, le PNLP a décidé de se concentrer sur le recensement. Les principales interventions consistent à assurer l'archivage électronique des données afin d'améliorer la planification des campagnes de CPS, à améliorer la mise en œuvre de la CPS en facilitant l'accès rapide

des parties prenantes aux données pour la prise de décision, à améliorer la supervision de proximité et de district, à réduire la quantité de documents papier utilisés, à suivre le stock de SP-AQ et d'outils de la CPS à tous les niveaux, et à assurer l'exhaustivité et la cohérence des données.

En ce qui concerne la numérisation des données de CPS, l'équipe migrera les données de la plate-forme nationale, actuellement Commcare, vers DHIS2. Les données sont saisies au niveau de l'établissement de santé et sont regroupées. Actuellement, il est difficile d'atteindre les zones reculées. L'équipe a également l'intention d'atteindre les régions minières et a identifié des interventions susceptibles d'aider à l'accès et à la couverture. Pour améliorer la couverture, le personnel local doit être formé afin de s'adapter au mode de vie (heures de présence à la maison, mobilité, etc.) des zones locales. Une autre difficulté rencontrée par l'équipe concerne l'acheminement des approvisionnements vers les zones ciblées. Le PNLP a envisagé de réduire le nombre d'enfants traités sur la période d'administration de huit jours afin de réduire la charge de travail des agents et des équipes de distribution et ainsi d'améliorer l'efficacité. L'équipe a également mis au point une stratégie de micro-planification. L'équipe reste confrontée à des difficultés de respect des délais.

La Guinée a reçu le soutien du projet OPT-SMC en ce qui concerne la mise en œuvre de la CPS dans les communautés minières. Pour ce faire, il a fallu collaborer avec les agents locaux dans les communautés minières et faire participer les chefs de famille aux activités de suivi.

Togo

Présentation pour le Togo - Tinah Atcha-Oubou - PNLP du Togo



En 2022, le PNLP du Togo a commencé la mise en œuvre de la CPS le 1er juillet et l'a achevée le 4 octobre. Quatre cycles de CPS ont été administrés et des taux de couverture de 92,1 % ont été atteints. La plate-forme DHIS2 sert de référentiel national pour les données de santé et permet également de saisir les données de CPS.

L'équipe a l'intention de décentraliser la gestion de la CPS. Dans plusieurs régions, l'équipe a été confrontée à des problèmes d'insécurité dus à la présence de groupes djihadistes. Les populations déplacées ont été traitées dans leur région d'accueil au sein de leur famille ou ont été regroupées dans des lieux spécifiques. Le PNLP souhaiterait adapter prochainement la stratégie de CPS afin de couvrir les zones d'insécurité croissante dans la Savane.

Des bases de données seront également mises à disposition pour le suivi linéaire. Le Togo s'est aussi lancé dans des études de faisabilité concernant la combinaison de la CPS avec d'autres interventions, le renforcement de l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre de la CPS et l'identification d'études visant à mettre en évidence l'impact de la CPS.

Parmi les principaux problèmes que le PNLP tente de résoudre, citons la normalisation de l'expression des besoins, en particulier au niveau opérationnel (micro-planification), la facilitation de la collecte de données dans les ménages, le suivi de la mise en œuvre à partir de tableaux de bord intégrés, la facilitation de la supervision et du suivi de la mise en œuvre effective de cette activité, et la disponibilité de la base de données, permettant le suivi linéaire du traitement des enfants en fonction des cycles.

Parmi les thèmes de recherche que l'équipe aimerait aborder, citons la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration de la CPS au système de santé communautaire de routine au Togo. Le Ministère de la santé et Malaria Consortium se sont entendus sur ce point. Le PNLP s'efforce également de contrôler les coûts et d'améliorer la qualité du traitement en faisant de la CPS une intervention de routine. Le PNLP réalise en parallèle une étude qualitative à visée formative, menée dans trois zones de chaque district mettant en œuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire (PCIME-C).

Sénégal

Présentation pour le Sénégal - Standeur Naby Kaly, PNLP du Sénégal



Au Sénégal, la CPS a été mise en œuvre de juin à septembre dans seize districts de cinq régions. Des taux de couverture de 93 à 98 % ont été atteints. Le PNLP du Sénégal s'efforce de faire en sorte que les communautés s'approprient les interventions afin qu'elles s'impliquent dans les activités de planification et de formation. Il est également prévu de réaliser une étude pilote afin de voir s'il est possible d'intégrer la CPS à d'autres interventions sanitaires de routine.

3 900 cas d'effets secondaires indésirables ont été observés en 2022, contre 1 900 en 2021. 42 % de ces effets secondaires ont été observés chez des enfants âgés de 12 à 59 mois, 52 % chez des enfants âgés de 5 à 10 ans et les 6 % restants chez des enfants âgés de 0 à 11 mois. Des médicaments ont été mis à disposition rapidement afin de gérer les effets secondaires. L'offre de soins de santé gratuits a aussi permis d'accroître l'adhésion à la CPS. La mise en œuvre du porte-à-porte a elle aussi contribué à accroître l'adhésion et à gérer les effets secondaires. La mise à contribution d'autres secteurs (développement communautaire, jeunesse, éducation, etc.) a permis aux chefs de famille et aux mères d'être informés de l'intérêt et de l'importance d'un traitement complet et d'un dépistage précoce des symptômes. Le PNLP compte également inciter les fabricants de médicaments de CPS à identifier les raisons pour lesquelles des taux plus élevés d'effets indésirables sont observés chez les enfants plus âgés.

L'équipe a aussi l'intention d'étendre la CPS à d'autres districts. Ses membres doivent également se synchroniser avec les pays limitrophes afin de bénéficier d'avantages mutuels et d'un effet de synergie. Dans le cadre de la collaboration transfrontalière, le PNLP organise depuis deux ans des rencontres avec la Guinée et la Guinée-Bissau. Un projet similaire a été étudié avec la Gambie et le Sénégal. À des fins de rationalisation, la CPS doit également être intégrée à d'autres interventions sanitaires communautaires. L'équipe voudrait aussi atteindre les communautés minières et compte travailler en ce sens.

Le PNLP espère à l'avenir : mesurer la couverture théorique dans tous les districts sanitaires, solliciter un financement pour la mise en œuvre de l'administration massive de médicaments dans les districts sanitaires du sud et du sud-est du pays, numériser les données de la CPS (projet pilote dans un district en 2023), allier la CPS au dépistage actif du paludisme (projet pilote dans un district en 2023). ▣



Session IV : Enseignements tirés par les pays – Numérisation de la CPS

Bénin

Présentation pour le Bénin - Dr. William Houndjo - PNLP du Bénin



Le Bénin a mis en œuvre la CPS de juin à septembre 2021 et 2022 dans la plupart des régions. L'intervention a toutefois été mise en œuvre de juillet à octobre dans l'Alibori. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre dans deux districts, visant les enfants âgés de 3 à 59 mois, tandis que trois cycles ont été mis en œuvre dans cinq régions. Les résultats obtenus en matière de taux de couverture étaient de 52,1 % en 2022. En 2023, ce taux devrait atteindre 60 %. Le PNLP compte former des acteurs opérationnels et assurer la supervision des agents communautaires. Chaque jour, des ateliers de planification des données sont organisés afin d'examiner les données et de remédier aux incohérences. Lorsque des valeurs aberrantes sont identifiées, l'équipe tente de remédier aux incohérences et organise des réunions d'examen des données.

L'application Red Rose a été utilisée pour aider à la numérisation et, au moyen d'une carte, elle aide également à la réorientation. L'application Red Rose peut également être utilisée pour déterminer les taux de couverture et aider à identifier les zones qui n'ont pas été couvertes. Elle permet aussi de saisir des données en temps réel. En ce qui concerne les effectifs, les étudiants et agents qui peuvent facilement travailler sur un smartphone ont été sélectionnés pour cet exercice. Des chargeurs solaires ont été achetés afin de permettre d'alimenter les smartphones.

Les zones disposant d'un accès à Internet doivent être identifiées en vue de la synchronisation des données. L'équipe a mené des opérations de sensibilisation au sein de la communauté afin de veiller à ce que leurs interlocuteurs comprennent pourquoi ils utilisent les smartphones. Au Bénin, une méthode mixte (porte-à-porte et poste fixe) a été utilisée pour la numérisation. La mise à contribution d'un fournisseur ou d'un sous-fournisseur a également augmenté le coût de la numérisation. Par ailleurs, cette méthode a permis de tirer beaucoup d'avantages des données en temps réel en matière de qualité des données et d'utilisation des données existantes, par exemple les données sur les ménages, provenant des campagnes de distribution de moustiquaires pour les campagnes de CPS. Pour autant, ces avantages n'ont pas été quantifiés.

Parmi les principales difficultés rencontrées par le PNLP, citons le manque de ressources et l'indisponibilité de certaines personnes pour les quatre cycles. L'équipe a également organisé le suivi de la CPS pour les enfants de dix semaines à vingt-quatre mois. Les informations fournies par les agents de santé communautaires doivent également être validées. En outre, l'application pour smartphone a connu plusieurs bugs. Il est nécessaire de plaider davantage en faveur de l'intégration du financement de la numérisation de la CPS au budget de la santé et du paludisme.



Gambie

Présentation pour la Gambie - Olimatou Kolley – PNLP de la Gambie



La numérisation des données de santé pour la CPS en Gambie a débuté en 2014. Elle a déjà été utilisée en 2014 pour des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA). Un taux de couverture de 97 % a été atteint pour les campagnes de distribution de MILDA. La Gambie se divise en trois zones : rouge (nombre élevé de cas de paludisme), jaune (nombre modéré) et verte (aucun cas de paludisme). CRS a fait l'acquisition de smartphones et a formé les agents communautaires à la saisie des données. Pour sélectionner un dénominateur, une micro-planification est réalisée au début de toute campagne de CPS. Les résultats obtenus sont utilisés comme dénominateur. La Gambie utilise également en tant que dénominateur le nombre d'enfants recensés dans la communauté.

L'équipe a adopté l'outil iPhone builder, ce qui lui a permis d'améliorer sa rapidité d'exécution, de collecter des données en temps réel et d'améliorer la qualité des données. En 2017, iPhone builder, jugé trop compliqué et peu convivial, a ensuite fait place à Commcare. ce dernier est toujours en cours d'utilisation pour la CPS et la distribution de moustiquaires aux femmes enceintes. En 2017, des iPads Apple ont été échangés contre des appareils portables compatibles avec l'application Commcare. Des identifiants personnalisés ont été créés et des formations ont également été organisées. L'utilisation d'appareils portables dans le cadre de plusieurs campagnes permet d'optimiser les ressources.

Toutefois, il est nécessaire de contracter un abonnement et de payer une cotisation pour pouvoir accéder à l'application Commcare. Les outils d'analyse de données de cette appli sont également limités. Pour résoudre ces difficultés, l'équipe a adopté DHIS2 afin de s'aligner sur les rapports des partenaires. Cette application permet de collecter des données en temps réel au moyen d'un enregistreur de données. Elle permet également d'analyser des données. DHIS2 est un outil open source gratuit qu'il est facile de personnaliser. Il s'agit également de la principale plate-forme de reporting du Ministère de la santé. Le PNLP a incité ses partenaires à s'aligner sur son reporting. DHIS2 sert également au suivi des données sur la COVID-19. Le Ministère de l'éducation l'utilise aussi en tant que plate-forme de gestion de l'éducation. On y trouve par ailleurs des outils d'analyse de données intégrés. Des programmes de formation ont été organisés concernant DHIS2.

DHIS permet également d'assurer le suivi des enfants qui n'ont pas été couverts en les comparant aux données nationales disponibles. Des équipes informatiques sont disponibles pour aider à la mise en œuvre. L'assistance technique est assurée par WhatsApp. L'équipe collabore également avec les gestionnaires de données régionaux afin de fournir une assistance de niveau 3.

DHIS2 a facilité le suivi sur le terrain. Les équipes analysent les données à la fin de chaque journée. Des pistes d'audit sont disponibles pour identifier les erreurs commises en retournant dans les communautés pour recouper les données.

En 2023, la plate-forme DHIS2 sera étendue à l'ensemble du pays. Le suivi et l'évaluation, ainsi que les partenaires locaux œuvrent aussi à cet élargissement. Une étude a été menée afin d'évaluer et de sélectionner l'appli à utiliser. Le Ministère de la santé utilise aussi DHIS2 pour la surveillance de la Covid-19 et la vaccination contre cette maladie, ainsi que pour la gestion de l'éducation.

Le PNLP de la Gambie est confronté à plusieurs limitations en matière de numérisation. Certaines régions sont dépourvues d'accès Internet. Les serveurs présentent des capacités insuffisantes, ce qui entraîne des problèmes de sauvegarde. L'équipe a donc l'intention de mettre au point des solutions personnalisées afin d'atténuer les problèmes de performance et de fonctionnalité.

Ghana

Présentation pour le Ghana - Ihsan Issaka Abubakar - PNLP du Ghana

En 2022, la CPS a été mise en œuvre de la dernière semaine de juin à la deuxième semaine d'octobre. Ce calendrier sera maintenu en 2023. En 2022, la CPS a été mise en œuvre pour la première fois dans les régions du Bono et d'Oti. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre, en priorité à destination des enfants âgés de 3 à 59 mois. En 2022, le taux de couverture a été de 89,8 %. Pour 2023, l'objectif à atteindre est de 90 %.

Les enfants âgés de 59 mois (autrement dit, atteignant la limite d'âge) ont été autorisés à terminer la campagne même s'ils dépassaient la limite d'âge à l'issue du premier cycle.

Pour identifier un dénominateur, le Ghana s'appuie sur des données de recensement de la population et des habitations, ventilées par district. Pour autant, lors de l'enregistrement des ménages, le PNLP s'est rendu compte que le nombre de ménages pris en compte dans les données du recensement était largement inférieur au nombre de ménages enregistrés. Cette erreur va être corrigée.

L'équipe a utilisé son application interne du nom de SiCapp pour la collecte de données sur la CPS. Elle compte poursuivre avec cette application. SiCapp est une plate-forme Android à utiliser sur les téléphones Samsung. Avant de passer à SiCapp, l'équipe utilisait des registres papier qui risquaient d'être détruits en cas de fortes pluies. SiCapp a permis d'accélérer la collecte des données, de contrôler la couverture en temps voulu et d'améliorer la qualité des données collectées. Elle a permis également de ne plus avoir à imprimer les registres. Les bénévoles peuvent également suivre leurs performances avant qu'elles n'atteignent le niveau du district ou des sous-niveaux. Pour les cycles suivants, les données ne sont mises à jour que si nécessaire.

Pour améliorer son utilisation, l'équipe va mettre à jour l'application SiCapp afin de la rendre plus flexible et plus conviviale pour les agents communautaires. Elle prévoit également de lier SiCapp à la plate-forme DHIS2 afin de synchroniser les données. Davantage de tablettes sont nécessaires pour accélérer la collecte des données et des chargeurs sont requis pour les zones où l'accès à l'électricité est limité. L'un des principaux problèmes a été la difficulté à obtenir les coordonnées géographiques de certaines régions en raison d'une piètre connectivité Internet. L'équipe compte collaborer avec les fournisseurs de télécommunications afin d'améliorer la connectivité Internet dans ces régions.

Parmi les difficultés rencontrées, citons : lorsque la CPS est distribuée dans des régions accidentées qui abritent souvent des communautés très pauvres, il est difficile de recruter des agents de santé communautaires, capables d'utiliser des téléphones Android et l'application. Autres difficultés : le manque de fiabilité de l'électricité ou de l'alimentation électrique dans certaines communautés, la piètre connectivité Internet pour la synchronisation des données, ainsi que le manque de tablettes Android et de chargeurs ou leur mauvais état. Aucune étude n'a été menée concernant la résistance aux médicaments ou l'efficacité des traitements.

Nigeria

Présentation pour le Nigeria – Emmanuel Shekarau – Centre de liaison pour la CPS, PNEP du Nigeria

En 2022, la CPS a été mise en œuvre de la première semaine de juin à la troisième semaine d'octobre au Nigeria. Ce calendrier peut varier d'un État à l'autre. Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre dans seize États, tandis que cinq cycles sont mis en œuvre dans cinq autres. En 2022, 383 zones d'administration locale étaient couvertes. Soixante-treize zones d'administration locale ont mis en œuvre cinq cycles. L'intervention a ciblé les enfants âgés de 3 à 59 mois.

Le programme national d'élimination du paludisme (PNEP) est responsable de la numérisation de la CPS et des activités de routine au Nigeria. Cela implique de recourir aux TIC4D (technologies de l'information et de la communication) qui s'appuient sur l'approche BYOD (Bring Your Own Device) pour étendre la numérisation aux États retenus.

Grâce aux données transmises en temps réel, il a été possible de prendre des décisions étayées et d'effectuer un suivi éclairé. Les ID uniques ont quant à eux permis le suivi précis des enfants ayant reçu la SP-AQ. Les données du système d'information géographique (SIG) ont permis d'identifier les activités suspectes et de renforcer le suivi et la supervision pendant la mise en œuvre. La numérisation de la gestion des ressources de SP-AQ permettra d'améliorer la gestion des responsabilités les concernant. Contrairement à l'ancien système de documentation papier, le recours à la technologie a permis d'améliorer les processus de paiement rapide.

La numérisation de la CPS a été pilotée en 2021 et étendue à quatre-vingt-treize districts dans quatre États du pays. La numérisation a permis d'améliorer la gestion de la qualité des données et de faciliter les processus de paiement des agents de santé communautaires. Elle a également permis d'améliorer la gestion des ressources, ainsi que le suivi quotidien des stocks et de la consommation. Elle permet aussi un rapprochement quotidien des données. Par le passé, les ruptures de stock de ressources ont entravé la mise en œuvre des quatre cycles. L'application utilisée est installée sur les appareils personnels des agents de santé communautaire, car l'acquisition d'appareils pour équiper tous les agents serait coûteuse.

Les parties prenantes ont tardé à adopter la technologie au niveau de l'État, ce qui a retardé la mise en œuvre de la CPS, en particulier celle du premier cycle. Dès le deuxième cycle, tous les problèmes avaient été résolus. La disponibilité limitée des réseaux mobiles rend difficile la communication des données en temps réel pendant la mise en œuvre. Certains distributeurs de santé communautaire ne respectaient pas les critères de sélection et vont devoir suivre une formation supplémentaire. Des problèmes sont également survenus lorsque les distributeurs de médicaments communautaires ont apporté des dispositifs incompatibles qui n'ont pas pu être utilisés pour l'appli.

Manuel de digitalisation de la CPS

Vyvyenne Chigboh – Catholic Relief Services

Plusieurs pays ont commencé à numériser les données pour la CPS. CRS, au travers de discussions avec l'équipe du projet OPT-SMC, ainsi qu'avec l'AMP (Alliance for Malaria Prevention - Alliance pour la prévention du paludisme), a établi qu'il manquait des outils pour aider les pays à passer à la numérisation. Ce manuel de numérisation de la CPS a été élaboré afin d'aider les pays à adopter, à étendre et à rendre opérationnelles les campagnes numériques. Ce manuel n'est pas un guide pratique, mais il présente les éléments et recommandations clés pour la mise en œuvre de campagnes numériques à grande échelle. Il propose des définitions, des liens et des ressources provenant d'organisations soutenant la numérisation.

Il explique la distinction qui peut être faite entre le terme numériser, qui signifie rendre un format papier numérique, et digitaliser, qui signifie mettre à jour le mode de distribution par le biais de campagnes intégrées. Il explique par ailleurs que les campagnes numériques permettent de prendre de meilleures décisions plus rapidement, que les investissements se trouvent rentabilisés à grande échelle et qu'il est possible de bénéficier d'une plus grande responsabilisation et d'une plus grande efficacité. Sur la base de l'étude de cas de la Gambie, le manuel présente par ailleurs des expériences de mise en œuvre de campagnes numériques pour les pays qui souhaitent les mettre en œuvre ou les étendre. Il fournit des recommandations concernant le nombre de personnes nécessaires pour une campagne numérique en fonction de l'envergure de la campagne.

Il présente aussi les critères de mise en œuvre d'une campagne de numérisation. On y trouve également des suggestions de contenu pour la formation du personnel à la mise en œuvre d'outils de numérisation pour les campagnes de CPS et de MILDA.

La formation doit être adaptée à la situation spécifique du pays dans lequel la campagne est mise en œuvre. À la fin de chaque chapitre, le manuel fait des recommandations. Il fournit divers éléments permettant d'intégrer la technologie aux campagnes de lutte contre le paludisme. Parmi ces éléments clés, citons la macro-planification, la micro-planification, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la formation, la communication, l'enregistrement et la distribution, ainsi que le suivi et l'évaluation. Le manuel fournit aussi des recommandations pour la gestion des appareils, notamment des suggestions sur l'endroit où stocker les appareils, la gestion des cartes SIM, les mises à jour des applications et la distribution aux distributeurs. Des recommandations sont également faites concernant la nécessité de mener des campagnes de numérisation et la manière de mettre en œuvre des projets pilotes et d'élargir les processus, ainsi que sur le type de technologies à envisager pour les campagnes de numérisation. Le manuel souligne que la qualité des données commence par le personnel et le type de formation qu'il reçoit, ainsi que par le type de technologie utilisée. L'AMP propose aussi un guide utile concernant l'exploitation des outils numériques dans les campagnes. □



Session V : Enseignements tirés par les pays

– Présentation de la CPS, nouveaux pays, nouvelles géographies

Président : Christian Rassi – Malaria Consortium

Côte d'Ivoire

Présentation pour la Côte d'Ivoire - Jacques Agnon Yoffoua – PNLP de la Côte d'Ivoire



En 2022 la Côte d'Ivoire a mis en œuvre la CPS à grande échelle pour la première fois dans deux districts. Un projet pilote avait déjà été mis en œuvre en 2021. Les principaux objectifs du projet pilote consistaient à déterminer l'acceptabilité et la faisabilité de cinq cycles de CPS pour les familles et les agents de santé, et de mesurer l'impact de la stratégie de CPS sur l'incidence du paludisme au sein de la population cible. Ce projet pilote a été mené dans le district de Dikodougou, dans le nord de la Côte d'Ivoire. La Côte d'Ivoire a décidé d'explorer la chimioprévention du paludisme aussi bien pérenne que saisonnière. Cinq aires de santé ont été couvertes. L'étude a porté sur des enfants âgés de 3 à 59 mois. La CPS a été mise en œuvre dans le cadre de cinq cycles, de juillet à novembre, à raison de trois jours par cycle. Le premier jour de chaque cycle, le médicament a été fourni par un agent de santé, puis administré à l'enfant par l'aidant les deuxième et troisième jours.

Le premier cycle a permis d'atteindre un taux de couverture de plus de 50 %, tandis que le troisième cycle s'octroyait des taux de couverture et des niveaux d'adhésion plus élevés. L'amélioration de la conformité à partir de la troisième visite témoigne du soutien de la population et de la persévérance des agents de santé qui ont mis en œuvre des stratégies avancées afin d'atteindre autant d'enfants que possible. La réputation d'efficacité de la CPS a permis d'obtenir une meilleure adoption parmi les agents de la santé et la population.

L'une des principales difficultés rencontrées a été l'absence des enfants retenus par les travaux agricoles. Une stratégie de sensibilisation a donc été mise en œuvre afin d'atteindre les enfants. Sur la base des résultats de l'étude pilote, le PNLP a conclu que la CPS pouvait être étendue à d'autres districts sanitaires. Pour 2023 et 2024, la CPS sera mise en œuvre dans deux districts (Dikodougou et Kabakala) au travers de cinq cycles. Une stratégie de sensibilisation est nécessaire pour atteindre les enfants dans les zones difficiles d'accès.

En 2023, un document normatif et un plan de suivi et d'évaluation vont être préparés. Il sera nécessaire également de répertorier la logistique nécessaire. En 2024, la CPS sera élargie et la phase pilote de la numérisation débutera en 2024. Les agents de santé qui n'ont pas accès aux paiements numériques recevront des paiements en espèces. Pour une meilleure adoption future, une campagne de sensibilisation durable est en cours d'élaboration. En 2024, il sera également nécessaire de mettre en place une assistance technique lorsque le programme débutera. Des consultants nationaux et internationaux devront alors être recrutés. En ce qui concerne les projets de recherche, des projets concernant l'impact et le rapport coût/efficacité sont envisagés.

Parmi les priorités de recherche envisagée, citons une évaluation de l'impact et du rapport coût/efficacité de la mise en place de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans les zones éligibles du nord de la Côte d'Ivoire, et l'optimisation de la CPS avec les agents de santé communautaires.

Mauritanie

Présentation pour la Mauritanie - Dr. Abdallahai Ely Salem – PNLP de Mauritanie



Le PNLP de la Mauritanie est tout récent puisqu'il a été créé au début du mois de février 2023. La CPS, pour sa part, a été mise en œuvre en Mauritanie pour la première fois en 2021. La campagne a été différée d'un mois en raison de la saison des pluies. Le Fonds mondial constitue le principal partenaire du PNLP. Près de 87 000 enfants ont été traités lors de la campagne 2021. En 2022, quatre cycles ont été couverts, mais tous les enfants n'ont pas eu accès au traitement en raison de fonds limités. Le PNLP prévoit d'entreprendre un projet de recensement afin de connaître le nombre d'enfants qui pourraient bénéficier de la CPS. Aucune résistance aux médicaments de la CPS n'a été enregistrée.

Le sud-ouest de la Mauritanie compte beaucoup de réfugiés venus des pays voisins, comme le Mali, fuyant les conflits armés et actes terroristes. Il était donc difficile auparavant de mettre en œuvre la CPS dans les zones où vivaient les réfugiés. Le PNLP est désormais en mesure de mettre en œuvre la CPS auprès des enfants de ces régions. Le PNLP du Mali a lui aussi envoyé un médecin afin de venir en aide aux réfugiés en Mauritanie pendant la campagne de CPS, ce qui a contribué à la mise en œuvre de la campagne auprès de ces enfants. Les réfugiés ont par ailleurs été recensés et intégrés au système de santé.

Alors que le PNLP était censé lancer la campagne de CPS en 2023, il a dû faire face à un manque de fonds. En effet, l'organisation qui soutient le PNLP a annoncé qu'elle n'était plus en mesure de le faire. Le PNLP est par conséquent en quête d'autres partenaires prêts à contribuer à la mise en œuvre de la CPS pour 2023. Le programme souffre aussi d'un manque d'accès à des véhicules. Il a par ailleurs été difficile de motiver les distributeurs communautaires à mettre en œuvre les troisième et quatrième cycles du fait des retards de paiement. Sans oublier que la population mauritanienne est très mobile : il a donc été très difficile de se lancer dans un recensement. Le PNLP va former son personnel afin qu'il puisse surmonter ces problèmes.

Le PNLP a déclaré qu'il commencerait désormais à planifier les campagnes à temps et qu'il mettrait en œuvre des activités de sensibilisation et de communication avant chaque passage. Cela permettra également d'améliorer la mise en œuvre de la distribution mobile et d'identifier un moyen adéquat de garantir le paiement des parties prenantes communautaires. Il est nécessaire également d'estimer correctement la population ciblée par la distribution mobile.



Mozambique

Présentation pour le Mozambique - Regina Passe, PNLP du Mozambique



Le PNLP du Mozambique a mis en œuvre la CPS de janvier à avril 2022, pendant la saison des pluies. Quatre cycles ont été distribués dans quatre districts. Lors de la phase pilote (décembre 2020 - mars 2021), la CPS a été distribuée dans deux districts. Deux autres districts ont été ajoutés par la suite. En 2022, la campagne a ciblé 115 000 enfants. Le cycle 2023, qui était quant à lui en cours au moment de la rencontre, cible 1,3 million d'enfants. En 2022, le taux de couverture a atteint 69 à 71,6 %. Le PNLP a également l'intention d'intégrer la numérisation au programme de CPS. Au cours de la mise en œuvre de la CPS, l'équipe a veillé à ce que les enfants qui n'avaient pas été vaccinés le soient.

En 2022, l'équipe a tenté d'étudier le niveau de résistance aux médicaments de la CPS. Autre objectif de l'étude pilote : identifier l'approche la plus efficace pour mettre en œuvre la CPS. Un essai clinique randomisé a été mené dans le district de Nampula sur des enfants de 3 à 59 mois afin d'évaluer l'efficacité de la CPS. La province de Nampula a été retenue du fait du caractère saisonnier de la transmission du paludisme dans cette région. Cela a permis à l'équipe de tirer des enseignements. Un système de suivi et d'évaluation a également été mis en place afin de repérer les effets indésirables.

Après un an de mise en œuvre, les conclusions de l'étude indiquent que la CPS présente de nombreux avantages pour la santé. Sur la base des résultats de l'étude, on peut conclure que la mise en œuvre de la CPS est efficace et réalisable. Pour autant, les données sur les marqueurs de résistance et sur l'efficacité de la SP-AQ en matière de chimioprévention sont encore en cours d'analyse. Il ne sera possible de tirer des conclusions solides concernant la pertinence de la CPS dans la région que lorsque ces résultats seront disponibles, plus tard cette année.

En ce qui concerne les difficultés, l'équipe a surtout peiné à appliquer les critères d'éligibilité des enfants ciblés. Autre problème : de nombreux enfants étaient déjà infectés par le paludisme et ne pouvaient par conséquent pas recevoir le traitement. L'équipe souhaite connaître le taux de couverture maximal possible en cas d'extension de la CPS. L'espoir repose dans la numérisation de la CPS qui devrait permettre d'atténuer certains de ces problèmes, ainsi que les difficultés liées à l'utilisation d'un système papier. Il a parfois été difficile de payer les agents communautaires en espèces.

Le PNLP espère collaborer avec les acteurs et les autorités locales, ainsi qu'avec des partenaires à la mise en œuvre de la CPS. Une sensibilisation est également essentielle afin de garantir l'adhésion de la communauté. L'équipe compte s'adresser à des professionnels de santé pour aider à traiter et à protéger les enfants contre le paludisme dans les zones non couvertes par la CPS. De même, il va falloir recruter et former davantage de superviseurs et d'agents de santé. Des ressources supplémentaires doivent également être consacrées à la supervision.

Ouganda

Présentation pour l'Ouganda, Anthony Nuwa, Malaria Consortium (au nom de Jane Nabakooza - PNLP de l'Ouganda)



Le plan stratégique de réduction et d'éradication du paludisme en Ouganda 2021-2025 a retenu l'intervention de la CPS afin d'accélérer les progrès réalisés dans l'éradication du paludisme. La modélisation mise au point par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse indique que la CPS pourrait être une stratégie réalisable pour la prévention du paludisme dans la région de Karamoja, en Ouganda, qui est une zone de transmission du paludisme à forte prévalence et à forte saisonnalité.

Le PNLP de l'Ouganda a mis en œuvre la CPS pour la première fois en mai 2022. La campagne s'est achevée en septembre 2022. Cinq cycles ont ainsi été distribués dans huit districts. Le traitement a été administré à des enfants de 3 à 59 mois. Pour le projet pilote initial, le choix s'est porté sur la région de Karamoja qui présente le taux de prévalence du paludisme le plus élevé du pays. Au cours de la première

phase (2021), 80 000 enfants ont été ciblés contre 250 000 pour la deuxième phase en 2022. L'équipe a également mis en œuvre des études visant à évaluer la couverture de la CPS par le biais d'une enquête de fin de cycle réalisée auprès des ménages. Une étude sur les marqueurs de résistance a été menée, ainsi qu'une étude de faisabilité et d'acceptabilité de la CPS. D'autres études ont été menées, notamment concernant l'efficacité de la chimioprévention, une étude d'innocuité et un essai clinique randomisé par groupe, afin de mesurer l'efficacité de la CPS avec la SP-AQ. La dihydroartémisinine-pipéraquline (DP) a été étudiée en tant que traitement alternatif.

Les résultats obtenus lors de la phase de mise en œuvre ont révélé une baisse significative du paludisme : les taux de paludisme étaient inférieurs de 92 % chez les enfants qui avaient reçu la CPS par rapport aux autres. En comparant la SP-AQ et la DP, l'essai randomisé par groupes a montré que les enfants du groupe SP-AQ encouraient 94 % de risques en moins de connaître un épisode de paludisme confirmé par un TDR, contre 96 % pour les enfants du groupe DP, ce qui indique que la DP n'est pas significativement plus efficace que la SP-AQ. En outre, 90 % des enfants n'avaient jamais connu d'épisode de paludisme plusieurs mois après le traitement. En comparaison, dans la zone de contrôle, 85 % des enfants ont connu au moins un épisode et 60 % en ont connu au moins deux au cours de la période de suivi. Aucun changement concernant le niveau des marqueurs de résistance n'a été constaté. Une surveillance continue va avoir lieu afin de contrôler l'émergence potentielle d'une résistance. Les conclusions des études en matière d'efficacité de la chimioprévention, ainsi que d'innocuité et de marqueurs de résistance n'ont pas encore été reçues.

L'équipe a l'intention de mettre en œuvre la CPS dans neuf districts en 2023 et de mener des études supplémentaires. Parmi les sujets d'étude potentiels, citons la combinaison de la CPS avec d'autres interventions, le dépistage et le traitement de masse (MSAT - mass screening and treatment), le vaccin contre le paludisme et les MILDA, sans oublier l'évaluation de l'impact de la CPS chez les enfants plus âgés et l'étude du fardeau global du paludisme dans la région de Karamoja.

Mise à jour, importance et implication des conclusions de l'étude au Mozambique et en Ouganda

Craig Bonnington, Malaria Consortium

Selon les constatations, la mise en œuvre de la CPS en Ouganda et au Mozambique au cours des deux années de l'étude a permis de réduire de manière significative le paludisme chez les enfants éligibles au traitement sur la base de leur âge. La CPS s'est donc avérée très efficace dans ces pays. Le niveau des marqueurs de résistance n'a pas évolué au cours de la première année dans les deux pays, bien que nous ayons eu connaissance d'une forte présence de marqueurs de résistance dans ces régions avant la mise en œuvre de la CPS. D'autres études sont toutefois nécessaires afin d'établir le véritable état de la résistance. Nous devons également étudier plus avant la relation qui existe entre la maladie et l'infection. Autrement dit, la SP-AQ prévient-elle réellement le paludisme et si oui, comment ? Plus nous comprendrons l'efficacité chimiopréventive de la SP-AQ dans différentes zones géographiques, plus nous serons en mesure de prédire l'efficacité future de la CPS et de formuler des recommandations pour ou contre la mise en place de ces campagnes dans ces zones.

Les résultats en matière d'efficacité de la chimioprévention au Mozambique et en Ouganda seront disponibles plus tard cette année. Les résultats de l'étude d'innocuité de la DP (dihydroartémisinine-pipéraquline) chez les nourrissons pour l'Ouganda seront eux aussi disponibles plus tard cette année. Les résultats seront présentés dans des forums adaptés et les implications pour la politique et la pratique de la CPS feront l'objet de discussions avec les parties prenantes nationales et mondiales. ■

Session VI : Planification des pays pour la campagne de CPS 2023

CPS en Afrique de l'Ouest : perspectives d'une équipe d'assistance régionale

Dr. William Bosu – OOAS

La région de l'Afrique de l'Ouest endosse une part disproportionnée du fardeau mondial du paludisme. En effet, en 2022, l'Afrique de l'Ouest à elle seule comptabilisait près de 50 % des cas de paludisme recensés dans le monde (120 millions sur 247 millions) et 53 % des décès dus au paludisme à travers le monde (327 000 sur 619 000). La CPS constitue l'une des principales interventions déployées pour réduire le fardeau du paludisme. Plus de 3 500 districts d'Afrique de l'Ouest mettent en œuvre la CPS, ce qui représente une augmentation significative par rapport aux années précédentes.

En 2021 et 2022, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé a effectué onze visites de soutien dans les pays d'Afrique de l'Ouest qui mettent en œuvre la CPS. En 2022, elle a ainsi visité le Togo, le Bénin, le Niger, le Ghana et le Nigeria avec pour objectifs : découvrir les processus de planification, les expériences sur le terrain, l'analyse des données liées aux campagnes de CPS, en savoir plus sur la numérisation des campagnes de CPS, participer à la supervision de la CPS, participer à l'examen des performances quotidiennes en matière de distribution des médicaments, la promotion de la santé, la nutrition, l'évaluation des enfants, la promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la gestion des refus et des effets secondaires, assurer une assistance dans la collecte, la compilation, le contrôle de la qualité et la diffusion des données et fournir au besoin une assistance technique.

Ces visites ont permis d'établir que le Bénin, le Ghana et le Niger ont organisé leurs campagnes de sensibilisation au mois de mars, tandis que le Nigeria commence en juillet et le Togo en septembre. Le nombre de jours par cycle varie de trois jours au Bénin et au Togo, à sept jours au Ghana, en passant par quatre jours au Niger et au Nigeria. Le Bénin et le Ghana ont exclusivement mis en œuvre des campagnes de porte-à-porte, tandis que les autres pays ont adopté des stratégies mixtes ou fixes. Tous les pays ont organisé des réunions de planification régulières avant les examens de performance. Aucun programme n'a été mis en place concernant l'envoi des fournitures avant la campagne. Aucune pénurie d'approvisionnement n'a été signalée. Seul le Niger a combiné la CPS avec le dépistage de la malnutrition et l'éducation concernant les moustiquaires.

Parmi les bilans positifs, citons : les mères dont les enfants ont bénéficié de la CPS savaient comment administrer les médicaments. Les aidants ont confirmé que des bénévoles leur avaient rendu visite les deuxième et troisième jours afin de vérifier qu'ils avaient administré les médicaments. Des groupes WhatsApp ont été utilisés afin d'aider à la collaboration transfrontalière entre le Niger et le Nigeria.

Certains aspects pourraient être améliorés. Bien que les agents de santé aient affirmé que des interventions de sensibilisation avaient été menées au sein des communautés, certains n'avaient jamais entendu parler de la CPS. Dans quelques ménages, les mères avaient gardé les médicaments et ne les avaient pas administré à leurs enfants le deuxième ou le troisième jour. En ce qui concerne la sensibilisation, certains aidants n'avaient pas entendu parler de la campagne et celle-ci était peu visible au niveau des directions régionales et locales de la santé. Le recensement des habitations n'a pas non plus été systématique. Il convient en outre de s'entendre sur ce que signifie le recensement des habitations. Par exemple, le nombre d'enfants éligibles dans un ménage n'a pas été noté dans le cadre du recensement des habitations. Remarque : l'enregistrement manuel des données est toujours en vigueur. Dans certains cas, l'administration de la CPS n'a pas été notée du tout dans les carnets de santé maternelle et infantile (SMI) ou l'a été de manière incohérente. Aucune autre analyse des causes et de la répartition des refus n'a été effectuée ou résolue. Les refus n'ont pas fait l'objet d'une vérification adéquate afin d'en comprendre les

raisons. La communication concernant les mesures à prendre en matière de pharmacovigilance s'est montrée insuffisante. Il n'y a pas non plus eu de gestion systématique des déchets.

La numérisation a été mise en œuvre dans tous les pays à l'exception d'un. Les données étaient synchronisées le soir et examinées le soir même ou le lendemain.

Il est recommandé de retenir des distributeurs communautaires au sein des communautés locales. En effet, ils connaissent déjà les membres des ménages et peuvent les inciter à accepter la CPS. Ils devraient également être rémunérés de manière adéquate afin d'être motivés par la réussite de l'intervention. Dans la mesure du possible, la rémunération des agents de santé communautaires dans les zones difficiles d'accès devrait être plus élevée que celle de leurs homologues officiant dans des zones facilement accessibles. Un système d'enregistrement dynamique doit également être adopté afin de permettre d'administrer le traitement aux enfants présents dans cette communauté même s'ils n'y vivent pas à l'année ou à ceux des régions limitrophes. La pharmacovigilance des effets indésirables de l'administration des médicaments doit être renforcée. Il faut identifier les domaines qui requièrent davantage d'attention et y consacrer davantage de ressources.

Guide de mise en œuvre de la CPS fourni par l'OMS : mises à jour émanant de la nouvelle édition

Dr. Peter Olumese, Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'Organisation mondiale de la santé

Il convient de tordre le cou à une idée reçue, à savoir celle qui voudrait que la CPS ne soit pas limitée et que les pays puissent la mettre en œuvre comme ils l'entendent : ce n'est pas le cas. En effet, si certaines anciennes restrictions ont été assouplies, l'OMS indique que les pays doivent toujours se référer au nouveau manuel de terrain afin d'obtenir des informations correctes concernant l'administration de la CPS et en comprendre les restrictions.

Les meilleures pratiques en matière de mise en œuvre de la CPS ont été compilées dans le guide de terrain mis à jour. La section 1 est une introduction, la section 2 présente les définitions, les modifications apportées au guide et les spécificités fondées sur des données probantes nécessaires pour faciliter l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre au niveau national, tandis que la section 3 fournit des conseils pour les politiques nationales concernant le nombre de cycles de CPS, l'élargissement des tranches d'âge et les zones géographiques ciblées. La section 4 aborde la planification et la mise en œuvre, tandis que la section 5 porte sur le suivi et l'évaluation. Le guide se termine par des références et des outils. L'OMS va aider les pays à mettre à jour les outils et conseils nationaux sur la base de ce guide mondial.

Concernant les lieux où la CPS peut être mise en œuvre, l'OMS recommande que la CPS soit distribuée dans les zones où la transmission du paludisme est hautement saisonnière. Les pays doivent donc vérifier la saisonnalité du paludisme avant de décider de mettre en œuvre la CPS. Par conséquent, l'intervention ne doit pas être mise en œuvre dans les zones où le paludisme n'est pas hautement saisonnier.

En ce qui concerne le Mozambique et l'Ouganda, le paludisme n'est pas hautement saisonnier partout. Pour autant, certaines régions du Mozambique et de l'Ouganda peuvent présenter des zones où la transmission est très saisonnière et où la CPS peut alors convenir. Pour les autres régions, le PNLP doit identifier la bonne combinaison de mesures à prendre pour protéger la population contre le paludisme. En ce qui concerne l'efficacité de la protection assurée par les médicaments, les pays doivent décider de l'application si les médicaments actuels ne sont pas aussi efficaces qu'ils devraient l'être. □

Session VII : Chimio-prévention du paludisme : autres outils de prévention pour le contrôle et l'éradication du paludisme

Recommandation de l'OMS concernant le vaccin RTS,S

Dr. Rafik Okine, Organisation mondiale de la santé

Le vaccin RTS,S est un vaccin à quatre doses administré à partir de l'âge de cinq mois dont trois doses sont administrées à quatre semaines d'intervalle. La quatrième dose est administrée 12 à 18 mois après la troisième dose et peut être administrée à n'importe quel âge jusqu'à cinq ans. Les pays peuvent choisir d'administrer la quatrième dose à l'âge de quinze mois si cela coïncide avec l'âge auquel d'autres vaccins sont réalisés. Jusqu'à cinq doses peuvent être administrées. Pour maximiser l'impact de la vaccination, le calendrier doit coïncider avec la période à laquelle la transmission du paludisme est la plus forte. La réponse immunitaire atteint son maximum après la troisième dose et diminue avant la quatrième dose.

Le vaccin peut être administré en même temps que les vaccins pentavalents (DTP/hépatite B/Haemophilus influenzae type b), le VPO, la rougeole, la rubéole, la fièvre jaune, le rotavirus et le vaccin conjugué antipneumococcique. En février 2023, 1,3 million d'enfants avaient reçu au moins une dose du vaccin RTS,S. Le vaccin peut également être intégré à d'autres interventions telles que la vermifugation, l'apport de suppléments en vitamine A et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. La durée de conservation du vaccin est de trente-six mois à une température de stockage comprise entre +2 °C et +8 °C. Il est sensible à la congélation et à la lumière.

Le vaccin peut être administré dans le cadre d'une campagne, d'une approche hybride, des programmes élargis de vaccination (PEV) ou en fonction de l'âge de l'enfant. Une stratégie de vaccination en milieu scolaire peut être mise en œuvre pour les enfants de deux ans. Avec l'option hybride, les trois premières doses sont administrées par âge dans le cadre du PEV de routine (en fonction de l'âge) et les doses annuelles (rappel saisonnier) sont administrées dans le cadre d'une campagne de vaccination avant la saison correspondant au pic de transmission. La quatrième dose est ensuite administrée dans le cadre d'une campagne. Des campagnes de communication intensifiées sont nécessaires. Le vaccin doit être intégré à des campagnes dont la couverture est satisfaisante afin d'augmenter la couverture et l'impact. La durée de protection assurée par le vaccin est en cours d'étude.

Les conclusions sommaires des études pilotes indiquent qu'il est possible de mettre en place le vaccin, et que l'adoption et la couverture ont été bonnes. Le vaccin est considéré comme étant sûr. Les données de l'essai clinique de phase 3 au Burkina Faso et au Mali, où la CPS a été associée au vaccin, montrent également des niveaux d'efficacité plus élevés.

Le vaccin ne remplace aucune autre intervention contre le paludisme, car il doit être administré en complément. L'efficacité de la complémentarité est plus élevée que celle du vaccin seul ou de la CPS seule. Comme la propension au paludisme demeure importante au-delà de l'âge de trois ans, il est nécessaire de mettre en place des interventions de prévention du paludisme. Les enfants qui n'ont pas été vaccinés contre le paludisme peuvent être orientés vers la CPS. L'UNICEF a obtenu 18 millions de doses de vaccin de la part de GSK. Toutefois, ce chiffre reste insuffisant par rapport au nombre d'enfants qui doivent être protégés contre le paludisme. L'OMS a effectué une analyse de stratification afin de déterminer les zones où l'accès au vaccin est le plus nécessaire.

Chimioprévention du paludisme pérenne (PMC) : mise à jour de divers projets pilotes

Meredith Center, projet PLUS

Le projet PLUS est un projet de chimioprévention du paludisme pérenne (PMC) qui a été lancé en novembre 2022 en Côte d'Ivoire, en décembre 2022 au Bénin et au Cameroun, et en février 2023 au Mozambique. Ce projet prendra fin en 2025. Ses objectifs sont les suivants : au Bénin, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Mozambique, le projet concevra en collaboration, mettra en œuvre et évaluera des modèles de PMC adaptés au pays et intégrés aux systèmes de santé existants. Il contribuera également à l'évaluation et à l'adoption de politiques en RDC, au Ghana et en Zambie. Contrairement à la CPS qui s'appuie sur une combinaison de SP et d'AQ, le projet PLUS utilise uniquement la SP (formulation dispersible pédiatrique), bien que l'OMS ne recommande pas de recourir à la SP seule en tant que monothérapie. Les pays sont en cours de formation et le projet est mené par les PNLP. L'intervention a été lancée en Côte d'Ivoire et au Mozambique à la mi-février.

Le Cameroun a adopté un modèle de PMC comprenant l'apport de suppléments en vitamine A tous les six mois. À partir de l'âge de six mois, une vaccination contre la rougeole est ajoutée. La Côte d'Ivoire utilise un modèle à cinq contacts. Outre la CPS, la Côte d'Ivoire administre la PMC et le vaccin du PEV aux enfants âgés de 18 mois et plus. Le Mozambique associe le PMC aux vaccins de routine du PEV, à l'apport de suppléments en vitamine A et à la vermifugation.

Une étude visant à démontrer l'impact de l'intervention a été menée par plusieurs partenaires. L'étude portait sur l'adoption de la politique, l'évaluation du processus et l'évaluation de l'impact. Les enseignements et éléments probants du projet, ainsi qu'une communauté de pratique et un site Web dédié sont disponibles. Des webinaires vont également être organisés. En outre, des outils de mise en œuvre sont disponibles. Les éléments probants issus de l'étude seront eux aussi largement diffusés. D'autres projets de PMC sont en cours en Sierra Leone, au Togo, au Nigeria et en RDC.

Paysage de la chimioprévention du paludisme : analyse des besoins et de la demande de ressources de CPS et de PMC en Afrique subsaharienne

Salome Muchiri – Clinton Health Access Intervention (CHAI)

L'intervention CHAI fait partie du programme mondial de lutte contre le paludisme financé par la Fondation Gates. Ce projet tente de s'appuyer sur des méthodes transparentes pour élaborer des prévisions de l'offre. Les prévisions élaborées comprennent une analyse approfondie sur 10 ans et une autre concernant 2022. L'analyse approfondie porte à la fois sur le PMC et la CPS, mais se concentre sur cette dernière.

L'équipe a également étudié le paysage des ressources utilisées pour la lutte contre le paludisme. Pour identifier les zones concernées par les prévisions de l'OMS, l'équipe a examiné la durée de la transmission du paludisme (plus de 60 %) et la prévalence du *Plasmodium falciparum* (plus de 5 %). Les données fournies par l'Alliance ont été utilisées pour évaluer le nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois et de 5 à 10 ans dans le but de prévoir les approvisionnements. Sur la base des données relatives aux précipitations et à la transmission du paludisme, le projet a identifié certaines régions du Sahel, ainsi que d'autres régions d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe (telles que le Soudan, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda, etc.) qui sont éligibles à la CPS. Pour 2022, le projet avance des chiffres d'environ 75 millions pour les enfants éligibles à la CPS et 159 millions pour les traitements nécessaires. Pour autant, près de 358 millions de traitements seraient nécessaires en 2030 si la CPS était élargie.

Ces prévisions ont été contestées par l'OMS et d'autres partenaires du fait des zones géographiques retenues. Les travaux vont se poursuivre afin d'affiner les prévisions.

Éléments à prendre en compte concernant l'adoption future de la CPS

Des études montrent que le DHA PQ pourrait convenir à la CPS. Malheureusement, le DHA PQ coûte environ 1,5 USD par dose, contre moins d'un dollar par dose pour la SP-AQ. En ce qui concerne l'innocuité, la SP-AQ a prouvé qu'elle était sûre. En revanche, des études d'innocuité doivent encore être menées concernant le DHA PQ.

Compte tenu de l'intérêt soutenu suscité, la consommation devrait augmenter avec l'expansion géographique et la croissance de la population. Toutefois, on pourrait également assister à une stabilisation alors que les pays adoptent des approches de déploiement ciblées ou font face à des contraintes budgétaires. Des alternatives à la SP-AQ sont nécessaires afin de répondre aux problèmes de résistance.

Fonds mondial - Mise à jour du financement de la chimioprévention

Susan Nasr – Fonds mondial

Cette rencontre s'est concentrée sur les objectifs suivants du Fonds mondial en matière de stratégie de lutte contre le paludisme : mettre en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme adaptées au niveau sous-national en s'appuyant sur des données détaillées et en permettant la prise de décisions et le passage à l'action, optimiser la chimioprévention, étendre l'accès équitable à un diagnostic précoce et à un traitement de qualité du paludisme, et progresser en direction de l'éradication et faciliter la prévention de la réapparition du paludisme.

Les fonds consacrés au paludisme ont augmenté de 111,2 millions par rapport à 2020-2022. Pour autant, du fait de l'augmentation du coût des activités, les pays doivent se montrer plus prudents dans l'utilisation des fonds. Les fonds alloués aux quinze pays les plus touchés par le paludisme ont évolué : vingt-deux pays ont vu leurs fonds diminuer, les fonds alloués à onze pays sont restés stables tandis que vingt-neuf pays ont vu leurs fonds augmenter. Il n'existe pas de financement catalytique spécifique pour le paludisme.

À l'exception du vaccin contre le paludisme qui est soutenu par GAVI, les directives mises à jour de l'OMS concernant les options en matière de chimioprévention peuvent être soutenues par le Fonds mondial. Une aide à l'intégration des plates-formes numériques aux programmes de lutte contre le paludisme peut également être apportée.

Il est important de mentionner dans la demande une description claire de l'intervention qui sera soutenue et de l'endroit où elle sera ciblée. En outre, l'ordre des priorités parmi les interventions doit également être clairement indiqué. La prise en compte des enseignements tirés des efforts de chimioprévention antérieurs doit également figurer dans la demande, de même que les éléments à prendre en compte en matière d'intégration à d'autres interventions. Il sera également utile de mettre en évidence les nouvelles interventions de chimioprévention et de soutenir le renforcement des capacités à prendre des décisions étayées. ▣



Session VIII : Mises à jour des projets de CPS



OPT-SMC

Prof. Jean-Louis Ndiaye; Université de Thiès

OPT-SMC est un projet financé par l'EDCTP destiné à renforcer les capacités des PNLP. L'équipe a reçu des propositions de treize pays. Parmi les partenaires du projet, citons les partenaires du PNLP, ainsi que TDR, MMV, LSHTM et l'université de Thiès. Le projet encourage la collaboration entre les pays, la recherche opérationnelle, etc. L'objectif de l'équipe du projet est de procéder au suivi des projets mis en œuvre par les pays et de fournir des recommandations sur la manière de les améliorer.

Projets mis en œuvre/en cours de mise en œuvre : Le Ghana, le Bénin, la Gambie et le Sénégal ont mis en œuvre des projets de suivi et d'évaluation. La Guinée, le Nigeria et le Burkina Faso ont mis en œuvre des projets qualitatifs afin d'étudier les obstacles à l'adoption, tandis que Mali et le Cameroun mettent en œuvre des projets visant à explorer le développement de nouvelles stratégies. Le Niger, le Togo, le Tchad et la Guinée-Bissau étudient également la possibilité d'une adaptation aux groupes cibles par le biais de projets OPT-SMC.

Projet OPT-SMC au Cameroun - Quel est l'effet des rappels effectués par les chefs de famille auprès des familles éligibles concernant l'adoption de la SP-AQ ?

Dr. Ali



Le PNLP a discuté de son projet d'évaluation de la mise à contribution des chefs de famille pour améliorer l'adhésion et l'impact de la CPS dans le nord du Cameroun en ce qui concerne la couverture globale, l'adhésion à la deuxième et à la troisième dose de SP-AQ, la prévalence parasitaire, l'acceptabilité et la faisabilité.

La stratégie de distribution de la CPS est passée d'un poste fixe à une première dose administrée par les agents de santé, puis à la deuxième et à la troisième dose par des aidants. Pour comprendre l'impact de ce changement, la couverture et l'efficacité ont été évaluées.

Dans un premier temps, des rappels ont été envoyés à trois ménages dans chaque zone de santé. Dans un deuxième temps, on a retenu des hommes et femmes qui avaient déjà administré la CPS à leurs enfants et qui étaient respectés au sein de la communauté, ainsi que le responsable du centre de santé. Ces derniers devaient adresser un rappel aux aidants de cinq à six ménages dans chaque zone de santé. Dans un troisième temps, des rappels ont été effectués par l'intermédiaire de crieurs publics qui ont rappelé à la population les doses du deuxième et du troisième jour. 120 chefs de famille non rémunérés ont reçu une formation de 2h30 sur la manière d'effectuer les rappels et de contrôler les effets secondaires.

Une enquête a ensuite été menée auprès de 1 800 ménages avec des questions sur l'adhésion. Une étude parasitaire de base et de fin de cycle avait été menée auparavant. D'autres activités ont été incluses, notamment un questionnaire sur le TDR du paludisme, ainsi que des tests de microscopie et des prélèvements de gouttes de sang séché sur papier filtre. Le taux de couverture des moustiquaires a lui aussi été vérifié.

Les résultats de l'étude de base ont indiqué que la couverture était nettement inférieure à la norme. Ils ont également permis de constater une réduction de la proportion d'enfants ayant reçu la deuxième et la troisième dose de CPS.

Les résultats ont montré que l'adhésion était plus élevée dans la région de contrôle que dans la région de l'intervention. L'adhésion a diminué entre le premier et le quatrième cycle, mais est restée uniformément constante. Il est envisageable de mettre à contribution les chefs de famille et cela augmente l'adhésion des ménages.

Les résultats de l'étude sur la prévalence parasitaire dans la communauté révèlent une prévalence de base et une prévalence des parasites plus élevées dans la zone cible. On peut en déduire une transmission continue au moins un mois avant le début du cycle 1 de la CPS qui se poursuit jusqu'en novembre, un mois après la fin du cycle. L'équipe envisage par conséquent de débiter la CPS un cycle plus tôt afin de réduire le fardeau de la transmission. Un net déplacement du fardeau du paludisme en direction des enfants non ciblés âgés de 5 à 14 ans a été observé. Il pourrait donc être judicieux d'envisager d'étendre la CPS aux enfants âgés de 5 à 14 ans.

Approche d'évaluation de la qualité de l'administration du médicament SP-AQ aux enfants de 3 à 59 mois dans le district de Djioula, Mali

Dr Mady Cissoko, PNLP du Mali



Les résultats de diverses études indiquent que le taux de couverture de la CPS au Mali n'est pas optimal. L'équipe a donc décidé d'évaluer trois modes d'administration de la CPS en procédant comme suit :

Approche traitement directement observé (TDO)

Six zones de santé ont été retenues. Approche standard actuellement utilisée au Mali : les agents communautaires administrent la première dose et les aidants, les deuxième et troisième doses. Pour autant, dans le cadre de l'approche TDO mise en application, les agents administrent les trois doses, souvent dans le cadre d'une campagne de porte-à-porte qui dure généralement cinq jours. Les résultats indiquent que dans la pratique, 94 % des administrations de deuxième et troisième doses ont été effectuées par les agents, contre 6 % par les aidants.

Approche communautaire

Cette approche fait appel à des mobilisateurs sur place qui diffusent le message avant et pendant la campagne. Une enquête a été menée dans le cadre de l'évaluation. Le PNLP a retenu de manière aléatoire un village dans chaque district sanitaire. Dans chaque village, certains ménages ont été retenus de manière aléatoire. Dans la pratique, dans le cadre de l'approche communautaire, la deuxième dose a été administrée par des agents chargés du suivi communautaire, atteignant un taux de couverture de 85 %, contre 83 % pour le taux de couverture de la troisième dose.

Taux de couverture obtenu par approche

L'enquête a porté sur 1 006 enfants. Le coût de la mise en œuvre de quatre cycles de CPS pour l'approche standard s'est élevé à 2 246 euros, contre 2 845 euros pour l'approche communautaire et 3 071 euros pour l'approche TDO.

98 % des parents ont déclaré avoir été informés. Dans le cadre de l'approche communautaire, lorsque les responsables communautaires ont été mis à contribution, 95 % des aidants ont administré la deuxième dose, contre 85 % pour la troisième dose. Pour mettre en œuvre ces approches, le nombre d'agents a dû passer de 28 à 105.

Au départ, l'équipe a manqué de soutien logistique et de superviseurs. En outre, pour obtenir un retour d'information sur les approches, les directives ont dû être adaptées. De meilleurs outils destinés à consigner l'administration de la CPS, par exemple des carnets de note, ont également dû être fournis.

Certains commentaires indiquent que les questions du questionnaire auraient dû être plus claires. Le doute subsiste quant à savoir si les enfants se sentent plus à l'aise lorsqu'ils reçoivent la CPS de la part de leurs parents ou d'un agent de santé.

Cette étude démontre que les acteurs communautaires jouent un rôle très important dans l'administration des médicaments de la CPS aux enfants. La mise à contribution d'agents de santé communautaires pour rappeler aux communautés d'administrer les deuxième et troisième doses a également aidé à l'adhésion. L'approche communautaire a permis un meilleur taux de couverture de l'administration de toutes les doses. Les résultats obtenus dans le cadre de ces études doivent encore être confirmés avant d'être généralisés.

Facteurs contribuant à l'adoption de la CPS au Nigeria

Dr. Nnena Ogbulafor



Des entretiens d'information clés, des entretiens approfondis au niveau des États et des discussions de groupe ont été menés dans la langue locale, au besoin, afin de collecter les données.

Parmi les facteurs qui ont facilité l'adoption de la CPS au Nigeria, citons les attitudes positives des aidants, l'amélioration du goût des médicaments et l'amabilité des distributeurs communautaires de médicaments. Il a été plus facile à la population de faire confiance à des distributeurs communautaires de médicaments déjà connus. Les aidants ont déclaré préférer que la CPS soit fournie en porte-à-porte plutôt qu'en un point fixe.

Certaines mères ont fait part de leur méfiance vis-à-vis de la CPS, pensant qu'elle était susceptible de fragiliser leurs enfants entre autres effets secondaires. La CPS a rencontré d'autres obstacles dont l'ignorance et le scepticisme. Les aidants masculins ont déclaré que les médicaments n'étaient pas suffisamment nombreux pour que tout le monde y ait accès. Parmi les autres obstacles, citons la couverture incomplète, la pénurie de médicaments et la difficulté à se rendre dans les zones difficiles à atteindre. Il s'agit toutefois de cas isolés.

L'étude recommandait de répondre aux préoccupations des aidants et de veiller à un approvisionnement et à une disponibilité suffisants des médicaments et des produits logistiques. Elle recommandait également de motiver les distributeurs de médicaments communautaires.

Le PNLP a pu obtenir des fonds pour la révision des modules de formation, un atelier consacré à la pharmacovigilance et l'élargissement de la numérisation. ▣



Projet Impact CPS



Projet Impact CPS au Nigeria - Soutien et résultats

Chibuzo Oguoma, Malaria Consortium



La CPS a été mise en œuvre pour la première fois dans l'État de Bauchi, au Nigeria, en 2020, dans dix des vingt zones d'administration locale (LGA). Il reste donc dix LGA non couvertes par la CPS dans l'État de Bauchi. Le projet Impact CPS a été mis en œuvre dans les LGA de Ningi et de Tafawa Balewa dans l'État de Bauchi en 2021 et 2022, couvrant deux nouvelles LGA. D'autres LGA ont bénéficié d'un financement de la part d'organismes philanthropiques, si bien que l'ensemble de l'État de Bauchi est désormais couvert. Sur la base des données administratives de couverture, la campagne a permis de traiter davantage d'enfants que prévu dans les LGA du projet Impact CPS. Selon les enquêtes réalisées auprès des ménages par des évaluateurs indépendants, le taux de couverture a atteint 94,5 % dans l'État de Bauchi. Les taux de couverture constatés en 2022 ont été généralement supérieurs à ceux relevés en 2021.

Incidence du paludisme dans les LGA du projet Impact CPSs

Une réduction de l'incidence du paludisme a été constatée après la mise en œuvre de la CPS. Le projet Impact CPS a permis d'étendre la couverture géographique de la CPS. L'élargissement de la couverture géographique a également permis de réduire l'incidence du paludisme dans la zone concernée. D'après les données du HMIS, l'incidence du paludisme a diminué de 16,8 % dans les LGA de Ningi et de Tafawa Balewa en l'espace de deux ans. L'incidence du paludisme a diminué de 34,9 % dans les deux LGA pendant le pic de transmission (de juin à octobre) entre 2020 et 2022.

Mise en œuvre d'un cycle supplémentaire de CPS et élargissement aux enfants de 5 à 9 ans (Niger)

Ibrahim Ouba, PNLN du Niger



Le PNLN du Niger a décidé d'ajouter un cycle supplémentaire de CPS au mois de novembre lors de la campagne 2022 grâce au projet Impact CPS. Quatre districts du Niger ont testé l'organisation d'un cinquième cycle de CPS. L'un de ces districts a élargi l'intervention aux enfants de cinq à neuf ans.

L'équipe a procédé à l'examen des outils de suivi. Des réunions d'évaluation ont été organisées pour chaque cycle afin que l'équipe puisse régler les problèmes rencontrés. Des micro-plans et actions de lobbying ont également été menés afin de promouvoir l'acceptation du projet. Étant donné que tous les districts ne mettaient pas en œuvre la CPS pour les enfants de cinq à neuf ans, les habitants d'autres districts ont amené leurs enfants appartenant à cette tranche d'âge afin qu'ils bénéficient eux aussi de l'intervention.

Ce projet a également permis d'atteindre un groupe cible (les enfants de cinq à neuf ans) qui n'avait pas été pris en compte jusqu'alors concernant la CPS mais qui est fortement touché par le paludisme. Parmi ses autres réalisations, citons : dans le cadre du suivi et de l'évaluation, ce projet a permis une révision des outils, une micro-planification, une mission de supervision collective et des réunions d'évaluation des résultats de la campagne de CPS. Il a aussi permis d'étendre les activités de sensibilisation et de communication, ainsi que la gestion et l'analyse des données.

Mali : Adaptation de la CPS – Combien de sites faut-il prévoir par district sanitaire ?

Mady Cissoko



Le PNLP du Mali a enquêté afin d'identifier le meilleur moment pour déployer la CPS. L'équipe a étudié les profils mensuels de précipitations et l'incidence du paludisme. Le Mali compte des régions dans lesquelles les précipitations ne sont pas saisonnières. D'autres régions présentent des niveaux de paludisme très faibles, avec une intensité de paludisme sporadique pendant la saison des pluies. Dans d'autres districts, en revanche, le fardeau du paludisme est élevé et très saisonnier.

L'équipe a aussi décidé d'examiner les données de suivi du paludisme sur une base mensuelle sur une période pouvant aller jusqu'à cinq ans. Pour autant, les données n'étaient disponibles que sur trois ans. Dans deux districts, il était justifié de mettre en œuvre quatre cycles de CPS sur la base des données disponibles, tandis que dans d'autres, aucune conclusion claire ne pouvait être tirée. Dans un autre district (Diré), la transmission a atteint des niveaux élevés, mais elle s'est étalée sur plusieurs saisons et s'est étendue à divers districts. Sur la base de ces données, le Mali a décidé de débiter la CPS en juillet pour les régions du sud et en août pour les régions du nord. Les cycles varient de trois à cinq mois, d'un district à l'autre.

Projet Impact CPS en Guinée

Haba Moriba, CRS Guinée



En collaboration avec MMV et CRS, la Guinée a mené une étude afin d'évaluer le rapport coût-efficacité d'un cycle supplémentaire de CPS dans le district sanitaire de Dabola. En 2022, l'équipe a mené un projet pilote à Dabola. Des travaux sont également en cours afin de réaliser une analyse comparative, ainsi que pour la mise en place d'un nouveau médicament, Pyramax, pour le traitement du paludisme sans complication.

En règle générale, le taux d'exclusion s'est situé entre 0,4 et 1,8 %. Les cas de paludisme et les décès à Dabola ont également diminué par rapport aux zones de contrôle et avant la mise en œuvre du projet Impact CPS. Toutes les mesures doivent être prises pour agir contre la transmission.

Respectivement, 83 % et 95 % des enfants ciblés ont reçu le traitement en 2021 et 2022 pour les cinq cycles de CPS. La mise en œuvre de ce cycle supplémentaire de CPS a fait l'objet d'une appréciation positive et d'un soutien de la part de la communauté. L'administration des premières doses de SP-AQ par les mères ou les aidants a contribué à réduire le nombre d'enfants qui refusent, rejettent ou vomissent les médicaments. Le suivi pendant et après chaque cycle de CPS a permis d'améliorer le taux de couverture de l'intervention. Au cours des cycles de juillet, le nombre d'enfants éligibles devant être exclus du traitement pour cause de fièvre a également baissé.

Maintenant que le Pyramax, traitement de deuxième intention du paludisme, est disponible, la pression exercée sur l'artéméther-luméfantrine va baisser. Sur la base des enseignements tirés et de l'identification des difficultés au cours des deux premières années du projet, il va être possible d'accroître l'impact de la CPS sur les indicateurs du paludisme.

PMI Mali

Beh Kamate



Cette présentation s'est intéressée à l'historique des paiements au Mali par le biais de l'intervention du PMI. Elle est également revenue sur les réussites et les enseignements tirés. Depuis le début de la CPS au Mali, le PMI avait pour habitude d'effectuer les paiements en espèces. Toutefois, ce mode de paiement n'était pas sûr étant donné que les quantités livrées étaient très importantes.

Cette campagne a permis de constater qu'il fallait varier les moyens de paiement. Une connexion Internet stable est nécessaire pour faciliter les paiements. Il faut également connaître les coordonnées bancaires correctes. Le PMI a mis en place un mécanisme comprenant l'installation d'un comité et la collecte des copies des cartes d'identité des agents de terrain. La campagne a été menée dans le cadre d'une campagne de CPS comportant quatre cycles. Des agents de terrain ont également été formés. Les agents chargés des paiements ont pris contact avec les centres de santé et les documents ont été vérifiés par les agents bancaires. Les documents qui n'ont pas pu être vérifiés ont été renvoyés.

Grâce à ce mécanisme, le PMI a pu payer des milliers d'agents sous trois jours. Les agents financiers ont également pu établir un tableau de bord qui a permis d'identifier les niveaux de paiement effectués. Ce mécanisme de paiement a permis de réduire le nombre d'intermédiaires intervenant dans les paiements et donc le risque de fraude, et d'éliminer les risques de sécurité. Globalement, il a contribué à renforcer la motivation des agents de santé communautaires. Un pourcentage minime (1 %) d'échecs a toutefois été constaté.

PMI Niger

Daniel Koko



Impact CPS apporte son soutien au PNLN du Niger depuis 2018. Au départ, les agents de santé communautaires étaient payés en espèces, mais il était extrêmement dangereux pour eux d'avoir de l'argent liquide sur eux. En outre, certaines parties du Niger ne sont pas accessibles par la route. Autre problème essentiel souvent rencontré : la mauvaise qualité du réseau routier. Par ailleurs, étant donné que le Niger met en œuvre quatre cycles de CPS, l'équipe devait justifier les raisons du paiement pour le premier cycle avant de passer aux cycles suivants, ce qui a différé leur lancement. Il a donc fallu mettre en place un autre mécanisme, capable de résoudre les problèmes susmentionnés.

Le PMI a fait appel à des sociétés chargées de transférer l'argent aux agents communautaires. Ce sont donc les sociétés de transfert de fonds qui ont assumé les risques liés au transport d'argent. En outre, les agents communautaires peuvent ainsi être payés sous 48 heures. Ce mécanisme élimine aussi les pertes de fonds et le besoin d'intermédiaires. Pour autant, le système présentait certains problèmes, tels que des canaux de communication limités entre les agences et les agents de santé. En outre, certains agents de santé ne possédaient pas de compte d'argent mobile.

Enseignements tirés

Le PMI a dû signer des contrats avec des agences de transfert de fonds, ce qui lui a permis de mieux planifier le moment où les transactions allaient débiter. L'augmentation du nombre de sociétés de transfert a aussi favorisé la concurrence et contribué à mieux classer les agences les mieux placées pour travailler avec les différentes communautés. Les réunions préparatoires ont pour leur part aidé les agences à communiquer avec les agents de santé respectifs, ce qui a contribué à renforcer leur motivation.

Des micro-plans validés au niveau national et centrés à tous les niveaux ont été utilisés. Chaque fois qu'un agent de santé communautaire se retire du projet, il est remplacé par un autre et la liste est mise à jour à tous les niveaux. L'agent chargé des paiements s'assure lui aussi que les agents sont physiquement présents au travail. En effet, ils sont payés sur la base de la revue des effectifs présents. Ils sont informés à temps et arrivent à l'heure pour effectuer les paiements.

Par ailleurs, pour ceux qui ne disposaient pas de numéros Orange Money, le PMI a mis au point un outil permettant à un tiers de recevoir les fonds. Dans ce cas, il a été demandé aux agents, ainsi qu'aux tiers de signer un formulaire autorisant le PMI à effectuer les paiements.

Priorités de recherche de l'Alliance CPS

Susana Scott, coprésidente du sous-groupe de recherche de l'Alliance CPS

En septembre 2022, Malaria Consortium a lancé un projet visant à définir les futures priorités de recherche pour la CPS. L'objectif du projet est de parvenir à un consensus concernant la liste des priorités de recherche à moyen terme pour les cinq à dix prochaines années. Trois vagues d'enquête vont être envoyées à l'ensemble des participants par le biais de la méthodologie e-delphi.

Les enquêtes et réponses peuvent être rédigées en anglais ou en français. Les enquêtes s'intéresseront à l'importance de la recherche, au degré de réponse aux questions de recherche spécifiques et à la faisabilité de la recherche. Le premier questionnaire a déjà été envoyé et les résultats ont été analysés.

Concernant la première vague d'enquête, 26 réponses ont été reçues, mais seules 25 contenaient des données. En ce qui concerne les résultats obtenus pour la première enquête, les questions de recherche ont été évaluées selon 1) leur importance, 2) leur faisabilité et 3) la réponse déjà obtenue sur une échelle de Likert à cinq graduations.

Les thèmes de recherche retenus comme étant prioritaires sont ceux visant à évaluer l'impact des traitements et à déterminer dans quelle mesure les enfants peuvent bénéficier de la CPS. Parmi les nouvelles questions proposées, citons notamment l'impact de l'utilisation de différents médicaments, la résistance, les problèmes de surdosage et les effets indésirables qui accompagnent la CPS.

Deux questions ont particulièrement polarisé l'attention : Évaluer les difficultés logistiques auxquelles sont confrontées les campagnes de CPS et évaluer les résultats de la CPS grâce à des visites à domicile à différents moments de la journée.

Par la suite, l'équipe va mettre à jour les données de résultats en fonction des nouvelles réponses. Elle va également dresser la liste des nouvelles questions sur la base des suggestions des experts. Elles seront ensuite incluses dans la deuxième vague. L'équipe prévoit de discuter des réponses de la première vague et de les analyser au sein du sous-groupe de recherche de l'Alliance CPS.



Administration massive de médicaments (AMM) de DHA PQ et de primaquine afin de réduire le nombre de cas de paludisme dans les zones de transmission modérée à faible au Sénégal

Prof. Jean-Louis Ndiaye, Université de Thiès



Le Sénégal a réduit le fardeau du paludisme d'environ 78 %. Malgré ces efforts, les réservoirs de parasites du paludisme ne diminuent pas dans certaines communautés où la transmission du paludisme est élevée et où le paludisme reste endémique. L'équipe a donc étudié le recours à une AMM limitée dans le temps s'appuyant sur la dihydroartémisinine-pipéraquline (DHA-PQ) et une dose unique et faible de primaquine dans le cadre d'un contrôle optimisé comprenant le recours à des moustiquaires, la gestion communautaire des cas et la CPS dans le but de réduire la transmission du paludisme dans les zones à transmission modérée/faible. L'équipe a aussi comparé l'effet d'un recours à une AMM par rapport à la CPS sur le paludisme au niveau des villages afin de déterminer si un niveau d'incidence inférieur à 5 cas pour 1 000 pouvait y être atteint.

Un essai clinique randomisé a été mené dans 60 villages avec une zone tampon de 3 km. Ils ont été divisés en deux groupes : 30 villages dans la zone CPS (contrôle) et 30 villages dans la zone d'intervention AMM. La primaquine a été administrée en une seule fois. Elle a dû être transformée en sirop afin de pouvoir être administrée aux enfants, ce qui a pris du temps. L'AMM a eu lieu un mois avant l'administration de la CPS au moyen d'une approche de porte-à-porte. Des distributeurs à domicile ont été mis à contribution afin de contrôler les personnes quotidiennement. Ce niveau d'incidence a été suivi pendant un an en association avec des moustiquaires distribuées avant l'intervention.

Au moins 80 % des participants ont reçu au moins une dose d'AMM au cours des trois cycles. Le taux de refus s'est élevé à environ 1 à 2 %. Les enfants ont été mieux couverts par la CPS que par l'AMM. Les raisons qui expliquent cet état de fait sont les suivantes : absence due aux jours de marché, activités agricoles, cérémonies traditionnelles et religieuses, etc. En outre, étant donné que nous étions en pleine pandémie de COVID, certaines personnes, en particulier les adolescents et les jeunes, n'étaient pas disposées à prendre les médicaments du fait d'une communication négative dans les médias sociaux.

L'AMM a réduit l'incidence du paludisme de 53 % par rapport à la CPS. Les effets de l'AMM sur l'incidence clinique ont également été plus importants chez les personnes de dix ans et plus. L'effet de l'intervention s'est élevé à environ 70 %. Les observations PCR et microscopiques ont révélé les mêmes tendances.

Aucun changement n'a été observé jusqu'à présent en ce qui concerne les marqueurs moléculaires. Les effets secondaires observés concernant l'AMM ont été plus nombreux que pour la CPS, même s'ils restent mineurs et rares. Autre observation : les enfants de 10 ans et plus se sont davantage plaints d'effets secondaires. On a aussi assisté à une réduction des effets secondaires à mesure que les cycles augmentaient.

Au fil des cycles, l'image de l'AMM auprès des participants s'est améliorée à mesure qu'ils constataient une réduction des cas de paludisme, les avantages supplémentaires qui accompagnent la prévention du paludisme chez les adultes et le goût moins amer des médicaments. Les responsables de confiance dans la communauté ont fait montre eux aussi d'une grande motivation. Les équipes ont pu augmenter leur portée en se rendant dans les ménages tôt le matin et en téléphonant dans les régions éloignées.

En conclusion, l'AMM a été bien acceptée malgré certaines difficultés. L'AMM devrait être étendue à deux autres districts. Une stratégie doit être établie concernant la manière d'atteindre les populations nomades et mobiles. En effet, si elles ne sont pas traitées, elles risquent d'en réinfecter d'autres.

L'OMS a cependant recommandé de ne pas recourir à l'AMM pour réduire la transmission du paludisme, car il a été démontré que celle-ci ne convenait pas à une démarche d'éradication.

Mise au point de triples combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le paludisme simple

Mehul Dhorda – Mahidol University

Une résistance partielle à l'artémisinine s'est développée dans certaines parties de l'Afrique de l'Est. L'étude de la résistance à l'artémisinine montre que les niveaux de résistance peuvent augmenter. Tout d'abord, on a assisté à l'émergence de résistances partielles à l'artémisinine dans plusieurs pays du Grand Mékong, entraînant des taux d'échec supérieurs à 50 %.

En règle générale, une résistance partielle à l'artémisinine diffère l'élimination de la maladie qui nécessite la prise d'un médicament partenaire. Cependant, cela occasionne également une résistance au médicament partenaire à l'avenir. Trois mutations causent l'échec de l'artémisinine. La résistance aux médicaments partenaires et la protection qu'ils assurent doivent être étudiées avec le plus grand soin.

Une étude menée au Cambodge a montré que dans les régions où les taux d'échec de la DHA-PQ sont élevés, le traitement s'est avéré efficace lorsqu'une troisième CTA a été mise en place. Cette nouvelle trithérapie a été bien tolérée. Les avantages des triples CTA dépassent le simple rétablissement du patient : elles permettent également d'assurer la protection de la population contre le paludisme au sens large. Par conséquent, même si les triples CTA peuvent entraîner des effets secondaires mineurs, elles doivent toujours être prises en compte du fait des avantages qu'elles apportent à l'ensemble de la population. Remarque : ces études ont été menées avant qu'une résistance à l'artémisinine ne soit constatée en Afrique de l'Est. Dans l'ensemble, les triples CTA devraient pouvoir différer les CTA à base d'artémisinine. En outre, il est préférable de déployer les triples CTA tôt, plutôt que d'attendre qu'une résistance à l'artémisinine ne se développe.

Le projet DeTACT concerne dix pays. Ces études sont en cours et comprennent des tests d'arthémeter-luméfántrine, d'amodiaquine et d'artésunate amodiaquine. Les études ont été menées auprès de 3 000 patients. Parmi les effets secondaires constatés, citons un risque accru de bradycardie, bien que ce risque n'ait pas été jugé significatif, ainsi que des vomissements et de l'anémie. Des résultats complets devraient nous parvenir fin 2023. Une deuxième étude concernant les triples CTA à dose fixe est en cours d'élaboration. Les résultats sont attendus fin 2024. Les dossiers devraient être soumis à l'OMS fin 2025. Le coût des triples CTA devrait être supérieur à celui des doubles, mais la différence ne devrait pas être extrême.



Futur paysage de la chimioprévention du paludisme

Céline Audibert

Les interventions actuelles de prévention du paludisme incluent le vaccin RTS,S. Parmi les nouveaux produits, citons le vaccin à ARNm, les injectables longue durée et les anticorps monoclonaux. Ces médicaments seront disponibles d'ici huit à dix ans. Pour comprendre quelles interventions et quels produits doivent être administrés et à quel moment, une étude de marché a été menée sur la base de 60 entretiens menés avec des personnes interrogées au niveau central/local des PNLP, des chercheurs universitaires, des partenaires financiers et des décideurs politiques aux 2^e et 3^e trimestres 2022 par l'African Population Health Research Centre (Centre de recherche sur la santé de la population africaine) situé à Nairobi. Les questions ont été adaptées au contexte de chaque pays et au rôle et à l'expérience des participants.

Les conclusions qui ressortent de l'enquête concernant la CPS ont été positives, notamment concernant la confiance dans les essais, la sensibilisation, le soutien financier et des ressources humaines et l'appropriation par les PNLP. Parmi les points négatifs constatés, citons : l'absence de politique, les problèmes liés à l'approvisionnement, les difficultés de mobilisation des ressources financières et humaines, en particulier en période de COVID 19, l'acceptation et l'adhésion.

En ce qui concerne la PMC, l'espoir se concentre sur le développement des programmes PEV existants et la mise en place dans les districts jusqu'alors non éligibles à la CPS. Pour autant, les sujets de préoccupation restent nombreux, parmi lesquels une utilisation excessive de la SP chez les nourrissons, des éléments probants insuffisants, le manque d'implication des décideurs et la concurrence d'autres priorités de santé comme la COVID-19. L'avantage de la PMC est qu'elle peut être administrée toute l'année et dans les zones non éligibles à la CPS.

En ce qui concerne le vaccin RTS,S, les principaux catalyseurs sont les projets pilotes et l'implication de l'approbation de l'OMS. Il s'agit aussi de tirer parti des expériences passées des campagnes de vaccination, de l'engagement communautaire et de l'accès aux installations de transport.

Pour ce qui est des nouvelles interventions, le niveau de connaissances était élevé concernant l'ARNm, faible concernant les injectables longue durée et moyen concernant les anticorps monoclonaux. Du fait de l'attentisme ambiant, les injectables longue durée et anticorps monoclonaux perdent de leur attrait. ▣



Crédits

Editeur SMC Alliance / Alliance CPS 2023

Design Comstone, Geneva

Photographes

Couverture	Carl Craft, MMV
P.6	Unknown, MMV
P.11	Emmanuel Masureka
P.12	Unknown, MMV
P.16	Emmanuel Masureka
P.18	Damien Schumann
P.22	Damien Schumann
P.25	Rawpixel
P.28	Emmanuel Masureka
P.32	Maud Majeres Lugand, MMV
P.34	Unsplash
P.35	Rawpixel