

Réunion annuelle de la SMC Alliance 2024

Résumé des enseignements tirés



Table des matières

Session 1 :	
Mises à jour générales sur la CPS	4
Session II :	
Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Expérience de mise en œuvre initiale	4
Session III : Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Intégration avec d'autres interventions de santé publique	5
Session IV :	
Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Accès aux communautés difficiles à atteindre	5
Session V :	
Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Numérisation	6
Session VI :	
Chimioprévention du paludisme : autres approches de chimioprévention	7
Procès-verbal	9
Ouverture de l'événement	9
Contexte et objectifs de la réunion	9
Allocution d'ouverture du représentant du Partenariat RBM et du bureau national de l'OMS	10
Discours introductif	10
Session I :	
Mises à jour générales sur la CPS	11
Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'Organisation mondiale de la santé	11
Mises à jour du Fonds mondial	12
Session II :	
Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Expérience de mise en œuvre initiale	13
Madagascar	13
Côte d'Ivoire	13
Soudan du Sud	14
Mozambique	15
Ouganda	16

Session III:

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Intégration avec d'autres interventions de santé publique

	17
Burkina Faso	17
Guinée	17
Sénégal	18
Cameroun	19

Session IV:

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Accès aux communautés difficiles à atteindre

	20
Guinée Bissau	20
Kenya	21
Ghana	21
Mauritanie	22

Session V:

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Numérisation

	23
Togo	23
Gambie	24
Benin	25
Tchad	25
Nigéria	26

Session VI:

Chimioprévention du paludisme : autres approches de chimioprévention

	27
Mise à jour de la mise en œuvre du vaccin contre le paludisme par le GAVI	27
Adaptation infranationale de la chimioprévention	28
Gestion intégrée des campagnes de santé	29
Estimation des campagnes de CPS	29
Mises à jour de la communauté de pratique de la CPP	29
Traitement préventif intermittent chez l'enfant d'âge scolaire (TPIe)	31
Projet OPT-SMC	31
Projet Impact CPS	32
Mise à jour des réalisations de la CPS en 2023	32
Sous-groupe de recherche	33
Le sous-groupe sur la communication et le plaidoyer	33
Sous-groupe de suivi et d'évaluation	34

Session I :

Mises à jour générales sur la CPS

- L'objectif principal de la mise en œuvre de la CPS est de réduire la charge du paludisme, plutôt que d'en diminuer la transmission.
- Les nouvelles lignes directrices sur le paludisme offrent aux pays plus de flexibilité pour adapter les interventions de chimioprévention selon leur situation spécifique, afin de maximiser l'impact. Le [guide de terrain de l'OMS sur la CPS](#) doit être utilisé pour orienter ces décisions.
- La SPAQ reste le seul médicament recommandé pour la mise en œuvre de la CPS.
- Le Fonds mondial soutient diverses interventions de chimioprévention du paludisme, notamment le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg), l'administration massive de médicaments (AMM), le traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant d'âge scolaire (TPIe), et la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), entre autres.
- L'introduction d'interventions intégrées, y compris la vaccination, sera encouragée.

Session II :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Expérience de mise en œuvre initiale

- Davantage de ressources (humaines, financières et autres) sont nécessaires pour mener à bien tous les cycles de CPS, la prise en charge médicale des effets indésirables des médicaments et documenter les résultats des campagnes.
- L'implication de tous les segments de la communauté est essentielle pour une mise en œuvre efficace de la CPS.
- Allonger la durée de mise en œuvre, recruter plus d'agents de santé communautaires et augmenter les ressources disponibles contribueraient à améliorer la couverture.
- Une approche centrée sur les soignants, dès l'administration de la première dose de SPAQ, doit être adoptée pour assurer la durabilité du programme.
- Le renforcement des capacités par les pairs est crucial pour améliorer les connaissances des agents de santé bénévoles et des agents de santé communautaires.
- Des formations de recyclage, axées sur la détermination de l'éligibilité de l'enfant, aideraient à éviter d'administrer la CPS à des enfants n'appartenant pas au bon groupe d'âge, et à éviter ainsi les ruptures de stock.
- L'inclusion des agents de santé communautaires dans le circuit de référence pour les enfants malades et/ou fébriles a contribué au suivi efficace des enfants.
- En cas de ressources financières limitées, il est nécessaire d'optimiser le nombre de jours, de superviseurs et de livraisons de stocks, même si cela peut réduire la couverture.
- La résistance à la SP est en augmentation et doit être surveillée de près pour permettre une intervention rapide en cas de besoin.

Session III :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Intégration avec d'autres interventions de santé publique

- L'intégration du dépistage de la malnutrition a permis de sauver de nombreux enfants malnutris pendant la période de soudure, lorsque la nourriture est rare.
- Former les agents de santé à la pharmacovigilance est crucial, et il est également important de motiver les agents travaillant dans les zones à haut risque sécuritaire pour améliorer la couverture et l'adhésion.
- La mobilisation des ressources locales/nationales pour financer la CPS et l'étendre à d'autres districts est essentielle.
- Intégrer le dépistage du paludisme dans les campagnes de CPS pour les enfants présentant des symptômes peut affecter négativement les niveaux de couverture si de nombreux enfants sont infectés par le paludisme.
- Mettre en œuvre la CPS en mode routine pourrait réduire les coûts par rapport au mode campagne de masse, mais cela nécessite un système communautaire bien établi avec une couverture adéquate en agents de santé communautaires bénévoles (CHV).
- Les résultats de couverture peuvent être améliorés si les bénévoles communautaires sont davantage reconnus et acceptés par leur communauté.

Session IV :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Accès aux communautés difficiles à atteindre

- Impliquer les leaders communautaires dans le plaidoyer permet d'atteindre plus facilement les parents et les aidants.
- Un suivi de proximité des équipes de distribution de médicaments a permis de couvrir la majorité des enfants dans les délais prévus par le programme.
- L'implication des réseaux de télécommunications et des radios communautaires peut aider à sensibiliser la population.
- Ajouter des points de distribution supplémentaires, tels que les places de marché, peut aider à atteindre les parents qui ne sont pas à la maison pendant les campagnes en porte-à-porte.
- Dans les zones confrontées à des problèmes de sécurité, les superviseurs doivent être régulièrement formés pour rester conscients des risques et des responsabilités.
- Pour éviter les risques de sécurité pour les bénévoles en cas de conflits ethniques, l'un des principaux critères de sélection des bénévoles est leur appartenance ethnique, afin de prévenir tout conflit potentiel lié à l'ethnicité.

Session V :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Numérisation

- Les pistes d'audit ont permis d'identifier les superviseurs rencontrant des problèmes et ont facilité le suivi.
- La couverture de la CPS a généralement augmenté dans les zones appliquant la politique de santé communautaire, comme au Bénin.
- L'introduction d'outils numériques dans les zones à faible niveau d'éducation des bénévoles peut s'avérer difficile, nécessitant une formation supplémentaire pour ces bénévoles.
- Le suivi des cohortes d'enfants de la CPS peut être amélioré grâce à l'utilisation d'identifiants uniques attribués à chaque enfant.
- Il est essentiel d'informer les aidants sur l'importance de conserver la carte de suivi de l'enfant et les identifiants uniques durant toute la campagne.
- La perte des cartes de suivi ou l'incapacité à retrouver les identifiants uniques assignés aux enfants peut entraîner une réinscription multiple des enfants. Par conséquent, cela peut entraîner une sous-estimation de la couverture complète de la CPS, tout en gonflant les estimations de la couverture d'un seul cycle.
- L'analyse des données pose des défis pour déterminer les dénominateurs appropriés pour le suivi des cohortes, nécessitant une discussion approfondie pour résoudre ce problème.
- Intégrer les campagnes de CPS et MII peut présenter des avantages, notamment pour optimiser les ressources et le temps des agents de santé, ainsi que l'utilisation de la technologie.

Présentations des pays : engagement communautaire

- Impliquer les leaders des populations déplacées dans l'identification et le suivi des enfants déplacés est crucial pour atteindre ces groupes.
- Une communication efficace avec les bénéficiaires est importante pour améliorer la couverture.

Session VI:

Chimioprévention du paludisme : autres approches de chimioprévention

Il n'y a pas de preuve concluante qu'un vaccin soit plus performant qu'un autre, cependant le vaccin R21 est significativement moins coûteux que le vaccin RTSS.

- Les décisions concernant l'introduction d'un vaccin devraient être prises en fonction des caractéristiques programmatiques, telles que l'accessibilité financière et les considérations relatives à l'approvisionnement, afin de faciliter la mise à l'échelle.
- Une planification et une coordination efficaces entre les programmes élargis de vaccination (PEV) et les programmes de lutte contre le paludisme sont nécessaires pour la mise en œuvre du vaccin.

Mesure/Rapport

- Certains pays expriment des inquiétudes quant à l'absence d'un impact clair de la CPS lors de l'analyse des données sur le paludisme rapportées dans le système d'information sanitaire de routine. Le Guide de terrain sur la CPS propose des méthodes d'analyse pour évaluer la continuité de son efficacité. En raison de la complexité des interventions contre le paludisme dans divers contextes et de la qualité variable des données de routine disponibles, ces analyses sont souvent difficiles à réaliser.
- Il n'existe aucune recommandation formelle sur le moment optimal pour arrêter ou réduire la CPS. Les pays pourraient être confrontés à des décisions difficiles en raison de contraintes de ressources. L'interruption ou la réduction de la CPS peut être envisagée lorsque la transmission du paludisme est significativement réduite, lorsque l'impact de la CPS sur la charge de paludisme n'est pas clairement établi en observant les données disponibles, ou lorsque le financement pour la CPS est très insuffisant ou indisponible.
- Les pays qui réduisent ou arrêtent la CPS devraient partager leurs expériences avec la communauté mettant en œuvre la CPS.
- DIGIT a reçu une subvention de 80 millions de dollars pour soutenir les pays dans la mise en place de l'infrastructure de numérisation des campagnes.
- DIGIT ne nécessite aucun coût de licence, est évolutif, et tous les éléments sont réutilisables.
- Le Projet d'Atlas du Paludisme (Malaria Atlas Project, MAP) explore l'utilisation des données programmatiques pour documenter la couverture géographique de la CPS au fil du temps et de réaliser des enquêtes sur la CPS pour déterminer la couverture des groupes cibles.
- MAP effectue également des analyses saisonnières des données et réalise des cartographies ainsi que des analyses géospatiales pour évaluer l'impact de la CPS et planifier sa mise en œuvre.
- La CPP peut s'appliquer dans les zones où la transmission du paludisme est modérée à élevée et n'est pas saisonnière.
- Bien que la CPP était initialement destinée aux nourrissons, de nouvelles données ont démontré l'intérêt de la chimioprévention chez les enfants de 12 à 24 mois. Ainsi, la CPP est désormais envisagée pendant la deuxième année de vie, pour être administrée lors de la vaccination des enfants.

- La communauté de pratique CPP réunit les pays mettant en œuvre la CPP. Le groupe travaille sur la recherche pour l'adoption de politiques, l'évaluation des processus, l'analyse de l'impact, l'évaluation économique et l'évaluation de la pertinence de l'administration de la SP.
- Le TPIe consiste à administrer à intervalles réguliers un médicament antipaludique aux enfants en âge d'aller à l'école. Il est administré aux enfants en âge scolaire, vivant dans des zones à transmission pérenne ou saisonnière, de modérée à élevée.
- Un groupe de travail sur le TPIe est en cours de développement pour réunir les pays intéressés par la mise en œuvre de cette stratégie, et pour engager les parties prenantes de ces pays dans les domaines du contrôle du paludisme, de la santé scolaire et de l'éducation.
- Grâce au projet SMC Impact, près de 200'000 enfants en Gambie ont bénéficié de la CPS.
- Dans le cadre du projet SMC Impact, l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM), en collaboration avec des partenaires locaux, a mené une évaluation économique au Mali, au Niger et en Guinée.
- L'équipe du projet SMC Impact attend les recommandations de l'OMS concernant la nouvelle posologie de la SPAQ pour les enfants plus âgés.
- En 2023, 53 millions d'enfants ont bénéficié de la CPS.
- Depuis 2012, un total de plus d'un milliard de traitements ont été administrés.
- Comparativement à 2012, où seuls 2 pays avaient commencé la CPS, en 2023, 18 pays mettaient en œuvre la CPS dans environ 900 districts.
- Pour rejoindre le sous-groupe de recherche, veuillez contacter **Susana Scott** (Susana.Scott@lshtm.ac.uk); pour le sous-groupe de plaidoyer et de communication, contactez **Ashley Giles** (a.giles@malariaconsortium.org); et pour le sous-groupe de suivi et évaluation (S&E), contactez **Suzanne Van Hulle** (suzanne.vanhulle@cr.org).

Procès-verbal

Ouverture de l'événement

L'Alliance CPS (SMC Alliance) a tenu sa réunion annuelle en 2024, marquant le 11^e anniversaire de la mise en œuvre de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) et constitue la 6^e réunion organisée par l'Alliance. Cet événement s'est déroulé à Abuja, au Nigéria, et a été accueilli par le Programme National d'Éradication du Paludisme (PNEP).

La séance d'ouverture a été dirigée par le Dr André-Marie Tchouatieu, Directeur de l'Accès et de la Gestion des Produits chez Medicines for Malaria Venture, qui assure le secrétariat de la SMC Alliance. Ensuite, le Dr Nnenna Ogbulafor, Responsable de la Gestion des Cas de Paludisme au sein du PNEP du Nigéria, a pris la parole. Elle a accueilli le Dr Chukwuma Anyaike, Directeur de la Santé Publique du Nigéria, représentant l'honorable Ministre de la Santé. Le Dr Nnenna Ogbulafor a également présenté M. Chukwu Okoronkwo, représentant le Coordonnateur National du Programme d'Éradication du Paludisme, ainsi que l'ancienne coordonnatrice nationale du programme, le Dr Perpetua Uhomoibhi, coprésidente de la SMC Alliance. Elle a également salué sa collègue coprésidente, le Dr Erin Eckert de Population Services International (PSI), et le Dr Peter Olumese, représentant l'OMS et le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme.

M. Chukwu a souhaité la bienvenue à tous les participants au Nigéria au nom du PNEP. Il a mis en avant l'évolution significative de la CPS au Nigéria, passant de 50'000 enfants couverts à près de 30 millions d'enfants. Le Dr Perpetua Uhomoibhi, coprésidente de la SMC Alliance, a souligné que la CPS s'est étendue à vingt-et-un États, contre neuf précédemment. Elle a également noté une augmentation de la couverture dans les régions où la CPS est déjà déployée. Elle a encouragé les participants à tirer des enseignements des autres pays présents lors de la réunion et a souhaité la bienvenue à tous, en son nom et au nom de sa collègue coprésidente Erin Eckert.

Contexte et objectifs de la réunion

Le Dr Erin Eckert a présenté un aperçu de la SMC Alliance, expliquant que celle-ci rassemble des pays, des décideurs politiques, des organisations multilatérales et des agences de financement. Elle a rappelé que la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) a été recommandée en 2012 comme outil pour réduire la charge du paludisme dans les zones de transmission saisonnière. Actuellement, de nouveaux pays expérimentent cette intervention, tandis que d'autres l'étendent ou l'introduisent dans de nouvelles régions. Erin a précisé que le groupe se réunit pour planifier et coordonner les activités. De plus, en 2022, l'OMS a modifié ses directives pour permettre aux pays d'adapter plus facilement les stratégies de prévention à leur contexte local.

Erin a ensuite exposé les objectifs de la réunion de la semaine. Les participants échangeront sur les meilleures pratiques et les défis liés à la mise en œuvre de la CPS, discuteront des plans pour les futures campagnes, recevront des rapports sur les projets en cours et partageront des innovations en matière de campagne ainsi que des expériences de digitalisation. Erin a encouragé les pays à profiter de la rencontre pour renforcer leurs interactions avec leurs collègues.

Allocution d'ouverture du représentant du Partenariat RBM et du bureau national de l'OMS Dr. Peter Olumese

Le Dr. Peter Olumese a prononcé l'allocution d'ouverture au nom du Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il a déclaré : « Nous traversons des périodes difficiles et la CPS est l'une des interventions qui ont aidé les pays à surmonter ces défis ». Il a souligné que des réunions comme celle-ci sont essentielles pour examiner, réfléchir et planifier les futures campagnes. Le Dr. Olumese a également abordé les défis liés à la résistance des parasites à certains antipaludiques actuels, ce qui a réduit l'efficacité des médicaments. Il a insisté sur la nécessité d'adapter les interventions existantes et de développer de nouveaux outils. De plus, il a noté que l'augmentation de la couverture est cruciale pour garantir que tous ceux qui sont éligibles bénéficient de l'intervention. Le Dr. Olumese a également mentionné que nous vivons des moments intéressants avec l'introduction de nouvelles interventions, telles que le vaccin contre le paludisme et d'autres types de chimiopréventions, notamment la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) et le traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant d'âge scolaire (TPIe). Trouver des moyens pratiques de combiner et d'adapter ces outils est essentiel pour éliminer le paludisme. Enfin, bien que l'accès à des outils innovants soit nécessaire, il est tout aussi important d'innover pour rendre ces outils plus accessibles afin de maximiser les bénéfices.

Discours introductif Dr. Chukwuma Anyaïke

Le Dr Chukwuma Anyaïke a accueilli chaleureusement tous les représentants des pays et partenaires présents à la réunion au nom du Nigéria. Il a exprimé la joie du pays d'accueillir cette réunion de la SMC Alliance. Le Dr Anyaïke a souligné l'importance de ne laisser personne de côté dans la lutte contre le paludisme, une maladie particulièrement difficile à éradiquer. Il a mis en avant l'importance de cette réunion annuelle, qui offre une plateforme aux pays pour partager les meilleures pratiques, discuter des défis et fournir des orientations en matière de financement pour les campagnes. Le Nigéria représente 27 % de la charge mondiale du paludisme et l'élimination du paludisme est en accord avec l'agenda en quatre points du pays pour la santé, la gouvernance, la population et les résultats sanitaires. En libérant la chaîne de valeur du secteur de la santé, le Nigéria vise à améliorer la sécurité sanitaire. Un jalon majeur de la mise en œuvre de la CPS au Nigéria est que 28 millions d'enfants, vivant dans 383 gouvernements locaux éligibles, répartis sur 21 États, bénéficient aujourd'hui de cette intervention.

Le Dr Anyaïke a exprimé sa gratitude envers le PNEP, le PMI, le Malaria Consortium, le Fonds mondial, le MMV et tous les bailleurs de fonds pour leur soutien à la réunion. Il a également remercié tous les acteurs mondiaux de la CPS, déclarant que cette intervention continuera de soutenir l'effort d'élimination du paludisme. Le Dr Anyaïke a assuré les participants de l'engagement du Nigéria dans cette lutte et les a invités à découvrir divers sites à Abuja. Enfin, il a officiellement déclaré la réunion ouverte au nom de l'honorable ministre de la Santé et de la Protection sociale.

Session I: Mises à jour générales sur la CPS

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

Le Dr Peter Olumese a inauguré la première session technique en présentant la perspective de l'OMS sur la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS). Il a précisé que la définition de la CPS demeure inchangée et que son mécanisme consiste à administrer des antipaludiques pour prévenir la maladie. De plus, l'objectif principal de la CPS est de réduire la charge du paludisme, plutôt que d'en diminuer la transmission. Afin d'éviter ou de retarder l'émergence de résistances, les médicaments utilisés pour traiter le paludisme ne doivent pas être utilisés pour la CPS. Le Dr Olumese a rappelé les discussions sur les nouvelles directives de l'OMS concernant le paludisme, abordées lors de la réunion annuelle de la SMC Alliance en 2023 à Conakry, en Guinée. Ces nouvelles lignes directrices sur la chimio-prévention offrent une plus grande flexibilité et permettent aux Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme (PNLP) d'adapter leurs stratégies de lutte en fonction des contextes locaux. Enfin, il a également encouragé les pays à se référer au [guide de terrain de l'OMS sur la CPS](#), élaboré en 2023.

Les pays sont invités à se baser sur leurs données nationales pour définir les modalités spécifiques de mise en œuvre de la CPS. Les nouvelles directives sont disponibles sur le site web du Programme mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS, ainsi que sur MagicApp et l'application Malaria Toolkit.

La CPS cible principalement les enfants à risque de paludisme grave vivant dans des zones de transmission saisonnière élevée du paludisme. Une zone de transmission saisonnière élevée du paludisme est une zone où la transmission du paludisme est élevée (où 60 % des cas surviennent) pendant une période de quatre mois consécutifs et où la transmission est réduite dans d'autres zones. En l'absence de CPS, le taux d'attaque clinique du paludisme dans cette zone est d'au moins 0,1 épisode par enfant pendant la saison de transmission dans le groupe cible. Dans la plupart des pays, les enfants de moins de cinq ans sont les plus touchés. Toutefois, si d'autres groupes d'âge présentent un risque élevé de contracter un paludisme grave, le pays peut décider d'également cibler ces groupes d'âge avec la CPS.

Les cycles de CPS sont administrés à des intervalles de 28 jours, commençant au début de la saison de transmission du paludisme. Une saison de transmission maximale de moins de trois mois n'est pas considérée comme paludisme saisonnier. De plus, il a été démontré que la mise en œuvre de plus de 5 cycles de CPS a peu d'impact sur la réduction de la charge du paludisme. Le médicament recommandé pour la CPS reste la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SPAQ). Enfin, le Dr Olumese a ajouté qu'en combinant la CPS avec d'autres interventions, les pays doivent adapter la CPS pour obtenir un impact maximal.

Mises à jour du Fonds mondial

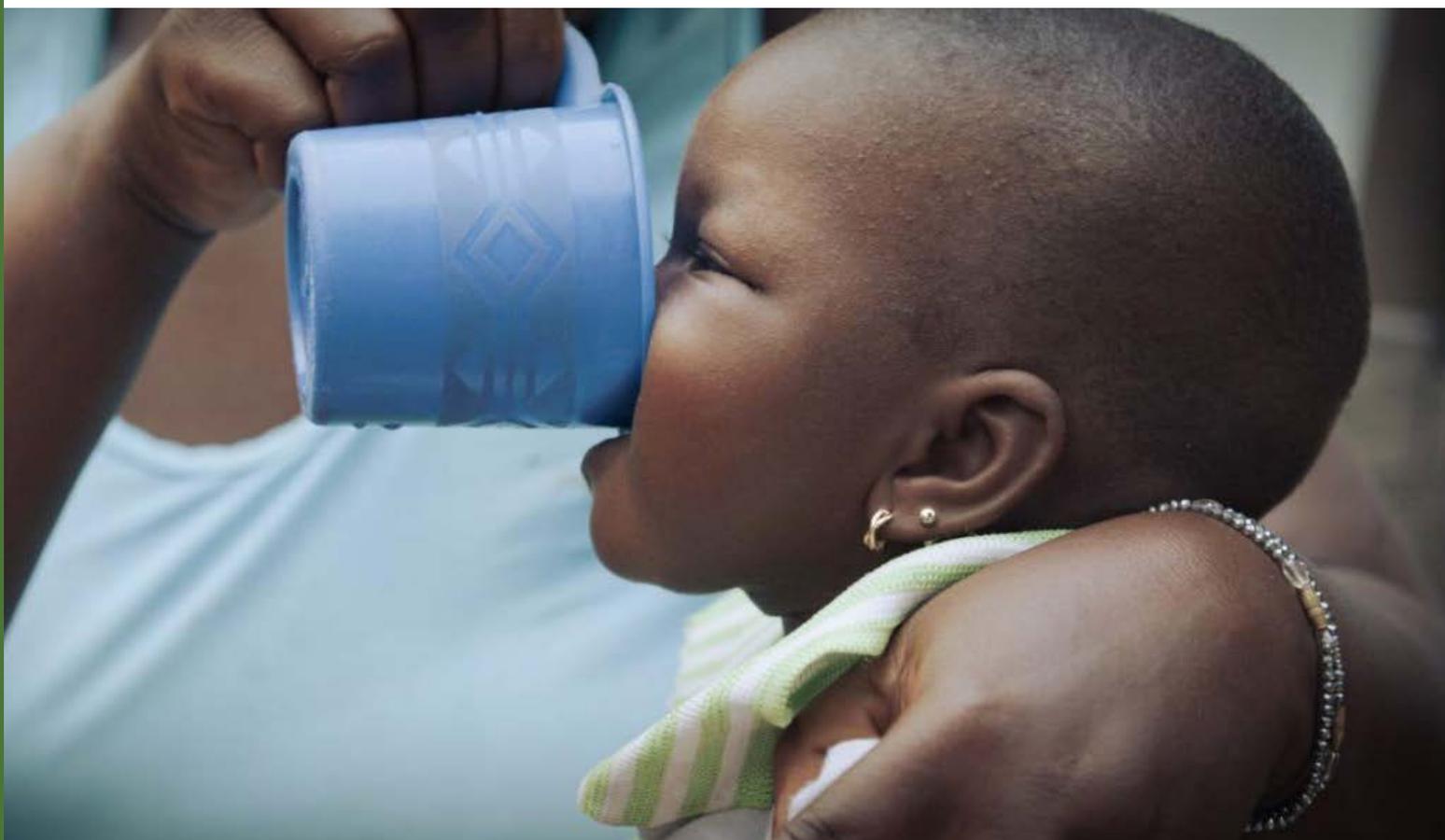
Susann Nasr

Le Fonds mondial a augmenté son soutien à la CPS depuis le cycle de subventions (GC) 5, en réponse aux nombreuses demandes de financement émanant des pays. Pour le GC 7, les ressources allouées à la CPS ont été portées à 225 millions de dollars, ce qui a permis d'accroître le nombre d'enfants bénéficiant de la CPS. En février 2024, tous les pays mettant en œuvre la CPS n'avaient pas encore obtenu de subventions pour le GC 7.

Conformément aux nouvelles lignes directrices de l'OMS, le Fonds mondial a ajusté son financement pour la CPS. Toutefois, les priorités des pays se sont davantage concentrées sur le suivi et l'évaluation, la qualité des données, et le renforcement des programmes et de la qualité de la mise en œuvre de la CPS, plutôt que sur l'extension de la CPS à d'autres groupes d'âge ou à de nouvelles zones géographiques.

L'année dernière, le soutien historique du Fonds mondial à la CPS a présenté certaines lacunes. Aujourd'hui, la plupart des pays ont réussi à combler ces lacunes en améliorant l'efficacité et en réaffectant d'autres interventions.

Le Fonds mondial apporte également son soutien à diverses interventions de chimioprévention du paludisme, notamment le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg), l'administration massive de médicaments (AMM), le traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant d'âge scolaire (TPIe), et la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP), entre autres. Cependant, les demandes de financement pour ces interventions restent limitées. Des fonds sont également alloués pour des activités intégrées telles que le développement du plan stratégique national, le changement de comportement social, et les enquêtes communautaires (MIS/DHS), entre autres. Par ailleurs, GAVI soutient le déploiement du vaccin contre le paludisme. L'introduction d'interventions intégrées, y compris la vaccination ainsi que la mise en œuvre du vaccin seul, est également encouragée.



Session II:

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Expérience de mise en œuvre initiale



MADAGASCAR

Dr Lala Yvette Razafimaharo

Madagascar a mis en œuvre la CPS de décembre 2023 à janvier 2024. Le pays a réalisé cinq cycles de CPS, ciblant les enfants âgés de 5 à 14 ans. L'UNICEF a apporté son soutien à la mise en œuvre de la CPS. Madagascar a opté pour une approche de sensibilisation en porte-à-porte auprès de communautés sélectionnées, tout en digitalisant la collecte des données de la CPS. Des outils mobiles ont été utilisés et intégrés à la plateforme DHIS pour cette digitalisation. Actuellement, le PNLP s'efforce d'intégrer ces données dans le système d'information sanitaire DHIS2.

La mise en œuvre de la CPS à Madagascar a été confrontée à plusieurs défis. Parmi ceux-ci, on peut noter un timing très serré pour l'affectation des agents de santé communautaire et des intrants. La prise de médicaments tard dans la journée lors de campagnes de porte-à-porte ou à l'école, par temps chaud et avec des enfants à jeun, a entraîné des effets indésirables et des cas de refus. La prise en charge médicale des effets indésirables des médicaments a également posé problème.

De plus, l'implication des autorités politiques, administratives, religieuses et traditionnelles a été limitée. Le pays a également fait face à des contraintes financières, car la subvention du Fonds mondial via le Nouveau Modèle de Financement 3 (Cycle de subvention 5) a pris fin à la fin de décembre, laissant le PNLP avec un manque de ressources pour les 2^e, 3^e et 4^e cycles. Les défis à relever comprennent la recherche d'une structure de financement appropriée pour les futures campagnes de CPS. En outre, documenter la première campagne s'est avéré être un défi supplémentaire.



CÔTE D'IVOIRE

Dr. Agnon Jacques

Suite à l'évaluation des nouveaux critères de l'OMS sur le paludisme, la Côte d'Ivoire a été jugée éligible à la mise en œuvre de la CPS. Le pays a donc instauré la CPS pour les enfants de moins de 5 ans, dans 28 districts éligibles. Le PNLP a mené deux cycles de CPS dans les districts de Dabakala et Dikodougou, en utilisant une approche communautaire de porte-à-porte. L'objectif était d'atteindre une couverture de 80 % chez les enfants de moins de cinq ans.

En plus de la CPS, des activités de dépistage du paludisme ont également été organisées. Des réunions de planification ont eu lieu à différents niveaux régionaux, avec le soutien du PMI, de PSI, du Mali et du Cameroun, afin de faciliter la mise en œuvre de la CPS en Côte d'Ivoire.

Sur les plus de 61'000 enfants ciblés, 72 % ont bénéficié de la CPS. La couverture a été évaluée à l'aide d'un test d'évaluation rapide. De nombreux enfants étaient absents le premier jour en raison des activités agricoles, les parents les emmenant aux champs. En revanche, la plupart des enfants étaient présents le deuxième jour pour recevoir la CPS. De plus, la mise en œuvre de la CPS a été digitalisée.

Défis rencontrés

Certaines mères ont oublié d'administrer le médicament à leurs enfants, et certains enfants ont manifesté de la réticence à le prendre. De plus, il est impératif de concevoir une stratégie pour atteindre les enfants absents lors de l'administration de la CPS. Élargir la CPS à d'autres districts serait bénéfique, mais cela nécessiterait des ressources supplémentaires. Il est également essentiel d'impliquer tous les segments de la communauté.

Enseignements tirés

La couverture pourrait être améliorée en ajoutant deux jours supplémentaires à la mise en œuvre et en recrutant davantage d'agents de santé communautaires.



SOUDAN DU SUD

Dr. Aleu Pioth Akot

Le Soudan du Sud fait face à l'un des taux de mortalité infantile et maternelle les plus élevés au monde. L'élargissement de la CPS contribuera à réduire les décès évitables d'enfants, principalement causés par le paludisme, qui demeure la principale cause de mortalité chez les enfants dans le pays.

En 2023, le PNLP du Soudan du Sud a mis en œuvre la CPS pour la première fois, d'août à novembre, via une stratégie de porte-à-porte au sein des communautés. Quatre cycles de CPS ont été déployés dans deux comtés : Aweil South et Aweil West. En 2024, le programme s'étendra à cinq cycles dans les mêmes deux comtés. La tranche d'âge ciblée reste de 3 à 59 mois.

Les résultats d'une étude pilote ont révélé que l'administration de la CPS était associée à une réduction moyenne de 82 % des cas de paludisme signalés par les soignants. En comparant les données de routine de 2022 (avant la mise en œuvre de la CPS) à celles de 2023 dans l'un des comtés, on observe une incidence inférieure de 40 % en 2023. Aucun effet indésirable n'a été signalé pendant la période de mise en œuvre. Globalement, la demande pour la CPS était importante.

Défis rencontrés

La couverture de certaines communautés ciblées a été entravée par des ressources limitées. Les inondations prolongées ont restreint l'accès à la SPAQ pour certains bénéficiaires. De plus, certains des bénévoles ne savaient ni lire ni écrire, ce qui a affecté la qualité des services fournis.

Le faible intérêt des aidants a également eu un impact sur la couverture. Certains parents ont inscrit des enfants plus âgés pour qu'ils puissent bénéficier de l'intervention, même s'ils n'étaient pas éligibles. En outre, certains soignants ne voyaient pas la nécessité d'utiliser d'autres interventions de prévention du paludisme en plus de la CPS, bien que l'idéal soit de combiner différentes interventions.

Actions pour améliorer les campagnes futures

Pour améliorer la planification de l'intervention, il est essentiel de renforcer la diffusion de l'information. De plus, un renforcement durable des capacités par les pairs est crucial pour améliorer les connaissances et les compétences des personnes chargées d'administrer la CPS. Enfin, une approche centrée sur les soignants pour l'administration de la SPAQ contribuera également à accroître la durabilité des interventions.



MOZAMBIQUE Albertina Chihale

En janvier 2023, le Mozambique a lancé la CPS de façon programmatique dans 23 districts de la province de Nampula. Cette initiative fait suite aux projets pilotes I et II menés en 2020 et 2021, respectivement dans trois et quatre districts de Nampula.

Le PNLP a mis en œuvre quatre cycles de CPS, bénéficiant ainsi à 1,3 million d'enfants. En 2024, la digitalisation du programme a débuté et se poursuivra en 2025. La CPS a également été intégrée dans le plan stratégique national de lutte contre le paludisme de 2023, et continuera jusqu'en 2030.

Parmi les principaux défis rencontrés par le programme de lutte contre le paludisme lors de la mise en œuvre de la CPS, on note un financement limité pour couvrir toutes les provinces ciblées, des problèmes de micro-planification et des difficultés à rémunérer les agents de santé. Organiser des formations de recyclage axées sur la détermination de l'éligibilité des enfants pour les intervenants serait utile, afin d'éviter d'administrer la CPS à des enfants n'appartenant pas au bon groupe d'âge, ce qui peut entraîner des ruptures de stock. L'inclusion des agents de santé communautaires dans le circuit de référence pour les enfants malades et/ou fébriles a contribué au suivi des enfants.

Motiver les bénévoles communautaires s'est avéré difficile, car ils ne disposaient pas de moyens de transport. Cela a eu pour conséquence que certains enfants n'ont pas reçu les quatre doses requises. De plus, le manque de temps pour l'évaluation a posé problème. Le PNLP a également rencontré des difficultés pour sélectionner les bénévoles communautaires et les former conformément aux termes de référence de la CPS. En outre, il n'y avait pas de mécanisme de distribution clair en place. Le PNLP a désormais intégré la SPAQ dans la chaîne de gestion et de distribution des médicaments du ministère de la Santé. La qualité des données pour la mise en œuvre était un autre défi à relever et a conduit au lancement du projet de digitalisation.

Les enseignements tirés soulignent l'importance de sélectionner et de former adéquatement les agents communautaires sur les critères d'éligibilité à la CPS. La mise en place de paiements mobiles aidera également à rémunérer les agents communautaires.

Les enseignements tirés de la première campagne menée en 2022/2023 ont été appliqués à la campagne de 2023/2024. Une équipe technique a été mise en place pour faciliter l'évaluation, et une évaluation de la qualité est également en cours.



UGANDA

Jane Nabakooza

En 2021, l'Ouganda a lancé un projet pilote visant à réduire le fardeau du paludisme en menant cinq cycles de CPS chez les enfants de moins de cinq ans dans deux districts.

En 2022, ce projet a été étendu à huit districts, puis à neuf en 2023. La mise en œuvre de la CPS s'est déroulée de mai à septembre, ciblant environ 277 000 enfants. Le taux de couverture atteint en 2023 était de 86,6 %. En 2022, les principaux bailleurs de fonds étaient le Fonds mondial, la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et GiveWell via Malaria Consortium.

La distribution de la CPS a été effectuée en visites porte-à-porte. Partout, les équipes ont cherché à réduire les coûts et d'augmenter l'adhésion à l'intervention. Les populations difficiles à atteindre, comme les éleveurs nomades qui se déplacent fréquemment à la recherche de pâturages plus verts, ont été ciblées à travers leurs leaders communautaires. Le PNLP a également organisé des formations pour renforcer les capacités des leaders communautaires et leur fournir des directives. Un recensement des enfants de moins de 5 ans a été réalisé en utilisant les données du recensement. Les équipes de santé des villages, qui agissent en tant que distributeurs communautaires en Ouganda, ont également réalisé des tests de dépistage du paludisme et d'autres maladies communautaires. Des activités de documentation, de rapports et de pharmacovigilance ont également été menées, ainsi que des enquêtes à la fin de chaque cycle et de chaque campagne.

Défis rencontrés et actions pour y remédier

Mettre en œuvre une CPS de qualité a représenté un défi. Désormais, les données sont utilisées pour une supervision de soutien ciblée dans les zones et villages rencontrant des difficultés. Les outils d'assistance et de soutien ont été digitalisés et font l'objet d'une analyse en vue d'une planification future.

En 2023, le coût de la CPS a été le principal problème rencontré. Pour y remédier, la campagne a été réduite à trois jours au lieu de quatre, le nombre de superviseurs a été diminué, et les stocks ont été livrés pour toute la campagne plutôt que par cycles. Le PNLP continuera d'impliquer les districts pour augmenter leur contribution à la CPS et explorera de nouvelles façons de réduire les coûts de la CPS. Le paludisme grave est également fréquent chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. À ce titre, des discussions sont en cours pour étudier la faisabilité d'introduire la CPS dans ce groupe d'âge. Le PNLP estime également qu'il faut explorer la faisabilité d'élargir la CPS aux districts voisins et de renforcer la collaboration transfrontalière, car certains enfants éligibles se déplacent vers le Kenya.

En outre, les marqueurs de résistance à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) augmentent et font l'objet d'une étroite surveillance pour y remédier. Dans le cadre des efforts pour identifier des médicaments alternatifs, la DHA Pipéraquline est comparée à la SP et s'est avérée tout aussi efficace.

Session III :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Intégration avec d'autres interventions de santé publique



BURKINA FASO **Dr. Boulaye Dao**

En 2023, le Burkina Faso a mis en œuvre trois cycles de CPS de juin à octobre pour les enfants âgés de trois mois à 5 ans. Selon les districts, le taux de couverture variait de 80 % à plus de 100 %, bien que ceux présentant des problèmes sécuritaires aient affiché des taux de couverture plus faibles. La campagne de CPS a également inclus les enfants déplacés internes. Environ 4'101 effets indésirables (soit environ 0,1 % des enfants traités) ont été déclarés. Aucun décès n'a cependant été relevé.

Le dépistage de la malnutrition a été intégré à la campagne de CPS. Étant donné que la SPAQ est contre-indiquée pour les enfants gravement malnutris, ce dépistage a permis d'éviter l'administration accidentelle de la CPS aux enfants malnutris, au niveau communautaire.

De nombreux enfants souffrant de malnutrition aiguë ont été dépistés, référés et intégrés dans des programmes de prise en charge, soulignant l'opportunité de sauver beaucoup d'enfants pendant la période de soudure grâce à l'intégration du dépistage à moindre coût. La saison hivernale favorise la prolifération des gîtes larvaires. La campagne de CPS est également l'occasion de conscientiser les populations sur la présence de ces gîtes larvaires et à leur lien avec la transmission du paludisme. Impliquer pleinement les familles dans la destruction de ces gîtes larvaires est primordial pour une lutte à long terme contre la reproduction des moustiques.

Défis et recommandations : Il est essentiel d'assurer un paiement électronique rapide pour les agents de santé communautaires et d'utiliser des données précises sur le fardeau du paludisme pour une planification adéquate de la CPS. La formation des agents de santé à la pharmacovigilance est cruciale, tout comme la motivation des agents opérant dans des zones à haut risque sécuritaire. En outre, le maintien du financement national comme source complémentaire de fonds est primordial, tout en déterminant la stratégie optimale pour la mise en œuvre de la CPS.



GUINÉE **Dr. Yaya Barry**

En 2023, en Guinée, la mise en œuvre de la CPS a eu lieu de juin/juillet à octobre, ciblant les enfants âgés de trois mois à cinq ans. Quatre cycles ont été réalisés dans 16 districts, tandis que cinq cycles ont été mis en place à Dabola. Le taux de couverture a atteint 97 % dans les 16 districts ayant implémenté quatre cycles, et 99 % dans le district de Dabola.

Dans le cadre d'une campagne de digitalisation, des tests et des comparaisons ont été réalisés entre l'Open Data Kit (ODK) utilisant Nginx et PostgreSQL (plateforme ONA) et DHIS2. L'objectif était de promouvoir l'archivage électronique des données et d'améliorer la planification des campagnes de CPS tout en réduisant les coûts de reproduction des outils. Pour le suivi, le PNLP souhaiterait étendre la digitalisation des données individuelles à d'autres districts sanitaires. Il serait également important de choisir une seule application pour le pays après avoir évalué les deux solutions (ONA ou DHIS2), ainsi que de digitaliser les outils de suivi de la campagne CPS.

Le PNLP devra également plaider auprès du gouvernement pour mobiliser des ressources afin de financer la CPS et étendre l'intervention à d'autres districts. Enfin, il est important de respecter de manière plus stricte les délais de mise en œuvre de la CPS.



SÉNÉGAL

Dr. Standeur Nabi Kaly

En 2023, le Sénégal a mis en œuvre la CPS dans 16 districts de juin à octobre pour les enfants âgés de trois mois à dix ans, atteignant un taux de couverture d'environ 98 %.

Trois cycles de CPS ont été réalisés dans 7 districts, quatre cycles dans 5 districts et cinq cycles dans 4 districts. Jusqu'à présent, les données de la CPS n'ont pas été digitalisées, mais en 2024, deux districts sanitaires piloteront cette digitalisation. La disponibilité rapide des médicaments et des fonds, ainsi qu'une gestion adéquate de la CPS, ont permis de respecter le calendrier prévu et d'atteindre l'objectif fixé, à savoir un taux de couverture d'au moins 95 %.

Un total de 5'081 effets indésirables ont été signalés, dont 3 convulsions graves, principalement chez les enfants âgés de 5 à 10 ans (58 % des cas). La prise en charge médicale et gratuite des effets indésirables enregistrés dans les districts sanitaires a fortement encouragé les mères ou les aidants à accepter et administrer la CPS aux enfants.

La mise en œuvre de la CPS a été un défi dans certaines communautés, notamment chez les élèves des écoles coraniques et les populations vivant dans les zones d'orpaillage (exploitation de l'or). Pour surmonter ces difficultés, des stratégies ont été développées au cours des deux dernières années. Par exemple, la formation des enseignants coraniques comme relais administrateurs des médicaments CPS et la cartographie des ménages ayant refusé la CPS.

Un projet pilote a intégré le dépistage du paludisme dans les campagnes de CPS. Cela a permis d'identifier de nombreux enfants malades pendant la saison des pluies. Bien qu'ils n'aient donc pas pu recevoir la CPS, ils ont été traités pour le paludisme. Cette stratégie de dépistage vise à réduire le nombre de cas de malades « déguisés » déclarés par les parents lors de la CPS. Cependant, ce grand nombre d'enfants malades a empêché le district d'atteindre la couverture souhaitée pour la CPS.

Dans un autre projet pilote mené dans un district, des co-blisters de SPAQ associé à de l'amodiaquine aromatisée à l'orange (développée par S-Kant Healthcare) ont été utilisés, ainsi que l'administration en masse de médicaments à base de DHA PQ.



CAMEROUN

Dr. Dominique Bomba

En 2023, le Cameroun a déployé la CPS dans 16 districts entre juin à octobre, ciblant les enfants âgés de trois mois à cinq ans, et atteignant un taux de couverture d'environ 96 %. Quatre cycles de CPS ont été réalisés dans 33 districts, tandis que cinq cycles ont été effectués dans 14 autres districts.

Depuis le plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période 2014–2018, la CPS est retenue parmi les stratégies de prévention du paludisme au Cameroun. En 2016, la CPS a été intégrée dans les zones à forte transmission saisonnière, spécifiquement dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

Comparaison entre l'administration de la CPS en mode routine et en mode campagne de masse

En mode campagne de masse, la CPS a nécessité une mobilisation importante de ressources et de logistique, sans renforcement conséquent du système de santé. Les principaux défis rencontrés incluent l'intégration de la CPS dans des programmes existants, la pérennisation de la CPS et la diminution des financements.

Pour répondre à ces défis, la CPS en mode routine a été pilotée et comparée à la campagne de masse. Les résultats montrent que la CPS en mode routine coûte moins cher (1,02 \$ par enfant traité) par rapport à la campagne de masse (1,24 \$ par enfant traité). De plus, les agents de santé communautaires ont également été équipés de matériel de travail pour les activités de routine, évitant ainsi l'achat de matériel. Par ailleurs, on observe une amélioration générale du traitement et de la référence des cas de fièvre dans la communauté pendant les campagnes de CPS, ainsi qu'une meilleure qualité des outils de collecte de données utilisés pour la CPS.

Cependant, il est essentiel d'améliorer l'intégration des activités de la CPS, notamment en favorisant une meilleure adhésion des populations. Les bénévoles communautaires devraient également être davantage reconnus et acceptés au sein de leur communauté. Une formation complémentaire des agents de santé communautaires est également nécessaire pour renforcer la CPS de routine et améliorer la couverture de la cible. La digitalisation du processus de collecte de données de la CPS serait également bénéfique.

En comparant la CPS en mode routine au mode campagne de masse, l'approche de routine a été jugée plus innovante, efficace et efficiente, et a été bien acceptée par les ménages. Cependant, la CPS en mode routine ne diffère pas significativement de la campagne de masse en termes de résultats programmatiques. La mise en œuvre de la CPS en routine nécessite néanmoins la présence d'un système communautaire bien établi, avec une couverture adéquate en agents de santé communautaires bénévoles (CHV).

Session IV :

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Accès aux communautés difficiles à atteindre



GUINÉE BISSAU

Dr. Mouhammed Ould Hamed

En 2023, la Guinée-Bissau a mis en œuvre la CPS dans quatre régions, via une vaste campagne de porte-à-porte, d'août à novembre, pour les enfants âgés de trois mois à cinq ans. Le taux de couverture variait de 47 % à Bolama à 97 % à Tombali.

Plusieurs enseignements ont été tirés au cours de la campagne : L'implication des leaders communautaires pour le plaidoyer a permis d'atteindre plus facilement les parents et les aidants. Un suivi de proximité des équipes de distribution de médicaments a permis de couvrir la majorité des enfants dans les délais prévus par le programme. De plus, l'implication des réseaux de télécommunications et des radios communautaires a aidé à sensibiliser la population.

Les actions qui ont augmenté l'acceptation de la CPS incluent l'organisation de débats radiophoniques sur la campagne, la sensibilisation par le biais des radios communautaires dans les langues locales, et des vidéoconférences pendant les campagnes de CPS, permettant aux différentes régions d'échanger leurs expériences.

Cependant, l'accès à la CPS était difficile dans certaines zones des régions sanitaires de Gabú, Tombali et Bolama. Pour améliorer la couverture dans ces zones difficiles d'accès, il serait bénéfique d'augmenter le nombre de ASC bénévoles locaux. Equiper les bénévoles communautaires contre la pluie et leur fournir des médicaments et des outils de suivi contribuerait également à une meilleure mise en œuvre de la CPS.

La digitalisation de la CPS a également été pilotée en Guinée-Bissau. Les difficultés rencontrées incluent des retards dans la synchronisation des données en raison de la faible couverture Internet dans le pays. Pour y remédier, des actions correctives comprennent l'utilisation du système hors ligne dans les zones sans accès à Internet, la visualisation des données en temps réel, la révision et la correction des données rapportées pendant la campagne, ainsi que la disponibilité de superviseurs compétents en informatique, notamment pour résoudre immédiatement les problèmes trouvés sur les tablettes.

Enfin, l'année prochaine, le PNLP prévoit d'améliorer la planification de la CPS et de renforcer l'échange de données de la campagne CPS dans les zones transfrontalières avec le Sénégal et la Guinée. Il est également prévu d'élargir la CPS aux enfants plus âgés, de cinq à dix ans.



KENYA

Ekai David Logialan

La majeure partie du Kenya est exempte de paludisme. Cependant, certains districts connaissent une transmission faible, modérée ou élevée. En 2023, le Kenya a lancé un projet pilote de CPS, réalisant cinq cycles à partir de juin dans un district et atteignant 35'000 enfants. Ce projet pilote s'est déroulé dans le district de Turkana, une zone à transmission faible à modérée du paludisme et présentant une forte saisonnalité des cas de paludisme. La région abrite également deux camps de réfugiés. De plus, des populations mobiles dorment à l'extérieur et nécessitent des interventions de prévention alternatives. 75 % des cas de paludisme concernent des enfants de moins de cinq ans.

Le projet proposé est un projet de recherche opérationnelle visant à adapter les modèles de prestation de la CPS pour les populations éloignées de Turkana, en tenant compte des besoins spécifiques de la communauté. Une cartographie communautaire et une recherche formative à méthodes mixtes ont déjà été réalisées. La prochaine phase du projet consistera à recueillir des données qualitatives afin d'ajuster les modèles de mise en œuvre de la CPS, pour mieux répondre aux besoins de cette communauté. Un autre projet vise à quantifier la prévalence du paludisme à *P. falciparum* dans les ménages comptant des enfants de moins de cinq ans.

Le PNLP a également élaboré un projet visant à accéder aux communautés difficiles à atteindre. Les volets de plaidoyer du projet comprenaient l'engagement communautaire, la diffusion de messages et la mise en œuvre de la CPS. Pendant la phase de mise en œuvre, plusieurs enfants ont manqué l'intervention. Il s'agit notamment des enfants qui accompagnent leurs parents pour des activités agricoles, ceux souffrant de handicaps, ceux dont les parents rencontrent une addiction, ceux atteints de pathologies liées au VIH, les enfants sans-abri, ceux de familles en conflit avec les promoteurs de santé communautaire (PSC) et ceux dont les parents préfèrent la médecine traditionnelle. D'autres enfants ayant manqué l'intervention résidaient dans des zones urbaines ou des maisons sécurisées avec de hauts murs ou des chiens de garde.

Le PNLP s'interroge sur plusieurs points : peut-on identifier les PSC et les ménages susceptibles de migrer ? Peut-on doter chaque PSC d'un assistant pour la campagne ? Existe-t-il des opportunités de mobiliser des ressources non sanitaires au sein de la communauté ou d'autres ressources négligées afin de soutenir les activités de porte-à-porte ? Peut-on tirer parti des registres des ménages existants sur une plateforme numérique ?



GHANA

Dr. Dora Dadzie

En 2023, le Ghana a mis en œuvre quatre cycles de CPS pour les enfants âgés de 3 à 59 mois, de juin à novembre/décembre au lieu d'octobre, en raison du retard dans la libération des fonds. 69 districts ont été ciblés et 85 % de la population cible a reçu l'intégralité des doses. En 2024, cinq cycles de CPS sont prévus. Aucun effet indésirable majeur n'a été observé. Le manque de financement demeure l'un des principaux problèmes. Le Fonds mondial et le PMI soutiennent la CPS, mais un déficit de financement persiste.

Globalement, le Ghana présente peu de risques en matière de sécurité. Néanmoins, une région est en proie à un conflit ethnique de longue date, entraînant des pertes de vies humaines, des déplacements de population et des destructions de biens. C'est pourquoi ce district n'a jamais bénéficié d'une couverture adéquate de la CPS, et la région est également peu surveillée par les professionnels de la santé. Pour relever ces défis, le PNLP a collaboré avec les leaders locaux et les agents de sécurité pour protéger les bénévoles.

Pour minimiser les risques de sécurité pour les bénévoles, l'équipe a mis en place plusieurs mesures. Tout d'abord, l'appartenance ethnique des bénévoles est l'un des principaux critères de sélection. Cela permet d'éviter tout conflit potentiel lié à l'ethnicité. De plus, l'équipe a également utilisé les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour surveiller quotidiennement la couverture et réagir lorsque les taux de couverture sont très faibles. Des véhicules gouvernementaux ont également été mobilisés pour faciliter l'identification des bénévoles et établir un lien de confiance avec les communautés. Cependant, les déplacements fréquents rendent difficile l'estimation précise de la population cible. Cela complique également la gestion des effets indésirables des médicaments, car les groupes ethniques ne peuvent pas traverser les territoires pour se rendre dans les établissements de santé. De plus, les aidants, qui sont souvent en extérieur, doivent être joints avant 6 heures du matin ou après 18 heures. Cependant, un couvre-feu est en vigueur à Bawku à partir de 18 heures, ce qui rend l'accès des aidants encore plus difficile.

Pour y remédier, le PNLP envisage d'ajouter un point de distribution supplémentaire, tel qu'une place de marché. Les superviseurs doivent également recevoir une formation régulière pour être conscients des risques à prendre en compte et des responsabilités à assumer.



MAURITANIE

Dr. Abdallahi Amar Ely Salem

En 2023, la Mauritanie a mis en œuvre trois cycles de CPS entre octobre à décembre, pour les enfants âgés de 3 à 59 mois. 87 % de la population cible a reçu l'intégralité des doses. Aucun effet indésirable majeur n'a été observé. Le manque de financement demeure l'un des principaux problèmes.

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation, il est essentiel de renforcer la qualité et la remontée des données pour accroître l'efficacité et l'efficience. C'est pourquoi les données relatives à la CPS ont été intégrées dans le système DHIS2 en 2023. Cette mesure vise à limiter les erreurs et à détecter et corriger les anomalies.

L'objectif principal de la mise en œuvre de la CPS est de protéger les enfants âgés de 3 à 59 mois contre le paludisme, en particulier ceux du camp de réfugiés de Mberra, ainsi que les populations nomades souvent inaccessibles par les approches traditionnelles. Pour ce faire, un système de distribution mobile a été organisé, pour atteindre les populations éloignées ou difficiles à atteindre.

En 2024, le PNLP prévoit d'améliorer la planification de la CPS afin d'en optimiser la mise en œuvre. De plus, des activités de communication seront lancées avant chaque passage. La mise en œuvre de la distribution mobile sera également améliorée.

En 2023, la CPS n'a pas été couplée avec d'autres interventions, bien que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ait eu lieu simultanément. Les acteurs de mise en œuvre étant les mêmes, la duplication des efforts a pu être évitée.

Session V:

Présentations des pays : Défis et enseignements tirés – Numérisation



TOGO

Dr. Tchassama Tchadjobo

En 2023, le PNLP a mis en œuvre quatre cycles de CPS de juillet à octobre. En 2022, l'OMS a soutenu le PNLP en réalisant une stratification de la transmission du paludisme.

Sur la base des résultats obtenus, le PNLP couvrira quatre nouveaux districts en 2024, portant le nombre de districts éligibles à la CPS à 23. Environ 464'000 enfants ont bénéficié de la CPS en 2023, pour un taux de couverture de 82 %.

La numérisation de la collecte des données de la CPS a commencé en 2023. Cependant, certaines difficultés ont empêché son extension. L'outil HISP/WA a été utilisé. En 2024, le PNLP essaiera d'intégrer les données dans le système DHIS2 avec l'assistance du partenaire HISP/WA. Ce service de digitalisation inclura la planification, le suivi et l'évaluation (S&E), la microplanification, la stratification, entre autres aspects. Des discussions sont en cours avec les partenaires pour explorer la possibilité de produire des cartes avec des codes QR intégrés afin d'éviter de compter deux fois les mêmes enfants ainsi que d'éviter les erreurs de saisie des données. L'application sera améliorée en fonction des résultats du projet pilote.

Le PNLP cherche également à mobiliser des ressources supplémentaires pour la saisie des données et l'organisation des campagnes de vaccination. Des formations pour les agents de santé communautaires seront également organisées et améliorées.

Bien que l'accès aux populations difficiles à atteindre n'ait pas posé de problèmes majeurs, les problèmes d'insécurité liés au terrorisme dans la zone frontalière avec le Burkina Faso imposent à la population à se déplacer vers des zones plus sûres. En conséquence, les leaders des populations déplacées ont été impliqués dans l'identification et le suivi des enfants déplacés.

Globalement, une bonne coordination a été maintenue entre les différentes entités impliquées. Une communication efficace a également été établie avec les bénéficiaires. Lorsque cela était possible, les ressources d'autres interventions ont également été intégrées.



GAMBIE

Dr. Olimatou Kolley

En Gambie, la saison des pluies débute en juillet, tandis que la saison du paludisme commence en août. Par conséquent, la mise en œuvre de la CPS commence également en août. Le pays est divisé en trois zones en fonction de la charge du paludisme : zones à nombre élevé de cas, zones à nombre modéré et zones sans cas de paludisme. Toutefois, certaines zones sans charge de paludisme peuvent évoluer vers des zones à charge modérée. La CPS a été déployée dans les zones à forte transmission.

Quatre cycles de CPS ont été mis en œuvre, ciblant les enfants âgés de 3 à 59 mois dans 23 districts. En 2023, le taux de couverture s'élevait à 53 %.

Face aux problèmes de qualité des données et au travail considérable de collecte de données sur papier, le PNLP a commencé la numérisation de la CPS en 2015. Cette initiative s'est appuyée sur l'expérience acquise lors de la campagne de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD) de 2014, soutenue par CRS. En août 2022, l'équipe est passée de l'appli CommCare à DHIS2 Tracker pour la campagne de CPS de 2023, car CommCare nécessite un abonnement payant, alors que DHIS2 est une plateforme open source gratuite.

Enseignements tirés

La collecte de données en temps réel et l'analyse quotidienne ont permis d'identifier les zones non couvertes. Les pistes d'audit ont permis d'identifier les superviseurs rencontrant des problèmes de collectes de données, simplifiant ainsi le suivi. En plus de la CPS, DHIS2 est utilisé pour la surveillance de la COVID-19 et d'autres données de santé par le ministère de la Santé.

La connectivité limitée constitue l'un des principaux obstacles rencontrés, rendant difficile la synchronisation des données, même si DHIS2 peut être utilisé hors ligne. De plus, DHIS2 présente des problèmes de performance et de fonctionnalité. Un autre problème concerne la capacité insuffisante des serveurs pour gérer la quantité importante de données. Les partenaires apportent leur soutien aux équipes informatiques pour l'analyse des données.



BÉNIN

Dr. William Houndjo

La campagne de CPS a débuté au Bénin en 2019, couvrant initialement quatre zones de santé. En 2021, cette couverture s'est étendue à six districts sanitaires. Grâce à la mise à jour des directives de l'OMS et à la stratification des districts, ainsi qu'à des financements supplémentaires de l'USAID et du Fonds mondial, cinq districts supplémentaires ont été inclus dans la campagne CPS en 2024.

Au Bénin, 60 % des cas de paludisme se concentrent sur une période de cinq mois consécutifs. En conséquence, cinq cycles de CPS sont mis en œuvre dans deux districts, tandis que quatre cycles sont mis en œuvre dans les autres. La CPS est administrée par une approche de porte-à-porte.

Politique de santé communautaire

Le PNLP du Bénin a partagé son expérience en matière de mise en œuvre de la politique de santé communautaire. Bien qu'une politique de santé communautaire soit en place depuis 2011, elle manquait de coordination. Une nouvelle politique, basée sur les directives de l'OMS, a été adoptée en 2020, avec l'objectif de disposer au Bénin d'un système de santé communautaire performant et résilient d'ici 2030.

Six communes ont commencé à mettre en œuvre cette nouvelle politique, dont deux mettent également en œuvre la CPS. Dans ces deux communes, les relais communautaires ont supervisé la distribution de la première dose de la CPS qui a eu lieu pendant la première semaine de distribution. Les deuxième et troisième doses ont ensuite été administrées par les parents au cours de la deuxième semaine.

Une enquête de couverture a révélé une augmentation de la couverture de la CPS au cours des trois premiers cycles dans les zones mettant en œuvre la politique de santé communautaire. Une plus grande adhésion des parents et des aidants a également été observée. Cependant, le quatrième cycle a montré des niveaux de couverture plus faibles de la CPS. Cela peut s'expliquer par le retard de paiement des relais communautaires.

Enseignements tirés

En plus de ce qui précède, on peut noter qu'un manque de communication sur le système de santé communautaire conduit à de mauvais résultats. Cela a été observé en comparant deux districts où la communication était améliorée dans l'un des deux.



TCHAD Dr. Hassane Moussa

En 2023, la campagne de CPS au Tchad s'est déroulée de juillet à octobre, et ce calendrier sera maintenu en 2024. Quatre à cinq cycles de CPS ont été effectués dans 77 districts en 2023. Pour 2024, une extension à 82 districts est prévue. La mise en œuvre de la CPS au Tchad bénéficie du soutien du Fonds mondial, Malaria Consortium, l'UNICEF et Médecins sans Frontières. Plusieurs agents de santé communautaires ont été formés pour administrer la CPS.

Principaux défis : Le PNLP a mentionné qu'il rencontre plusieurs défis, notamment en ce qui concerne la couverture des nomades, l'administration des deuxième et troisième doses d'amodiaquine, la couverture de tous les districts éligibles et les paiements électroniques.

Introduction des outils numériques

En 2023, le PNLP a introduit des outils numériques pour la collecte des données de la CPS. Les agents de santé et les travailleurs communautaires ont suivi une formation sur la digitalisation avant l'introduction de ces outils. Des tablettes ont été fournies aux personnes chargées de cette tâche.

Résultats de la couverture

Les taux de couverture variaient considérablement d'un district à l'autre. En effet, dans les zones rurales, les agents de santé ont rencontré des difficultés liées à l'utilisation des outils numériques. Des difficultés ont également été observées dans les zones où la CPS n'avait pas encore été combinée à d'autres interventions. Cependant, l'introduction de la numérisation a facilité la combinaison des interventions.

La charge de travail des agents de santé au niveau des districts reste un défi. Une solution pourrait consister à augmenter leur salaire. De plus, les outils numériques disponibles ne sont pas toujours suffisants ou adéquats pour toutes les fonctions requises. Le PNLP prévoit également de dispenser une formation supplémentaire aux agents de santé, en particulier sur l'utilisation des outils numériques.



NIGÉRIA

Dr. Emmanuel Shekaru

En 2023, la CPS a été administrée au Nigeria de juin à octobre. Actuellement, 21 États mettent en œuvre la CPS. Le PNLP du Nigeria a mis en œuvre quatre cycles de CPS dans 16 États et cinq cycles dans 5 États. En 2023, environ 28,9 millions d'enfants ont bénéficié de la CPS, et le PNLP prévoit de cibler un nombre similaire d'enfants en 2024. Les enfants âgés de 3 à 59 mois ont été couverts. Dix États sont soutenus par Malaria Consortium et deux par le President's Malaria Initiative (PMI). De plus, certains gouvernements d'État soutiennent également la mise en œuvre de la CPS.

Numérisation de la CPS

Le PNLP du Nigeria a partagé les enseignements tirés de son projet de numérisation de la CPS. La numérisation au Nigeria repose sur l'approche « apportez votre propre appareil » pour les bénévoles communautaires. Après un projet pilote de collecte de données numérisées de la CPS dans deux États en 2021, la numérisation a été étendue à 12 États en 2023. En plus d'améliorer la collecte de données, le suivi des cohortes, la surveillance, et le suivi des produits de base, l'outil de numérisation permet également de suivre les équipes mettant en œuvre de la CPS.

Concrètement, l'application envoie une alerte si une équipe n'est pas active, permettant ainsi de prendre des mesures alternatives. Le suivi des cohortes de la CPS a également été amélioré grâce à l'utilisation d'identifiants uniques de bénéficiaires attribués à chaque enfant sur la plateforme ICT4D. Cet identifiant unique, utilisé à travers tous les cycles, permet un suivi précis des cohortes, une rétention individuelle et une surveillance de l'adhésion.

À l'avenir, le PNLP souhaite intensifier la sensibilisation des aidants sur l'importance de conserver la carte de suivi de l'enfant et les identifiants uniques. Il aimerait également exploiter pleinement les avantages de la technologie pour améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation de services. De même, il serait utile d'intégrer les campagnes de CPS et de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) pour optimiser les ressources et le temps des agents de santé, ainsi que l'utilisation de la technologie.

Défis rencontrés

Parmi les défis majeurs, on note les erreurs occasionnelles commises par les distributeurs de médicaments communautaires, qui saisissent des informations incorrectes sur les bénéficiaires ou sélectionnent le mauvais profil d'enfant lors de l'administration de la CPS. Parfois, les informations sur les enfants bénéficiaires précédents sont également saisies à nouveau.

Pour résoudre ces problèmes, il est nécessaire de renforcer la formation des distributeurs communautaires et de suivre rigoureusement les enfants bénéficiaires à l'aide d'identifiants uniques. De plus, la génération d'identifiants uniques sera limitée au cours du deuxième cycle.

Session VI :

Chimioprévention du paludisme : autres approches de chimioprévention

Mise à jour de la mise en œuvre du vaccin contre le paludisme par le GAVI

Dr. Stephen Sosler

Dans l'ensemble, Gavi soutient les vaccins contre 19 maladies infectieuses et travaille en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF pour déployer ces vaccins. Le vaccin antipaludique RTS,S a été introduit en 2021. Seuls 2 millions d'enfants au Ghana, au Kenya et au Malawi ont été vaccinés. Le vaccin a permis de réduire de 13 % la mortalité due au paludisme, de 22 % le nombre de cas d'hospitalisation et de réduire le nombre de cas d'hospitalisation pour lesquels le test de dépistage du paludisme s'est révélé positif. Actuellement, deux principaux types de vaccins antipaludiques sont disponibles : RTS,S et R21.

Quel vaccin choisir ?

Il n'y a pas de preuve concluante qu'un vaccin soit plus performant qu'un autre. Les décisions des pays concernant le vaccin à introduire devraient être prises en fonction des caractéristiques programmatiques, telles que l'accessibilité financière et les considérations relatives à l'approvisionnement, afin de faciliter la mise à l'échelle. Cependant, il existe des différences de prix significatives entre les deux vaccins. Le Serum Institute of India peut fournir des doses beaucoup plus importantes du vaccin R21 à des prix beaucoup plus bas. L'approvisionnement en vaccin R21 est donc illimité.

Le vaccin contre le paludisme doit être administré en quatre doses : trois au cours de la première année, à partir de l'âge d'environ cinq mois, avec un intervalle de quatre semaines entre les doses. La quatrième dose est administrée au cours de la deuxième année. Cependant, en raison de ce calendrier de quatre semaines, le vaccin ne peut pas être administré simultanément avec le calendrier normal du programme élargi de vaccination (PEV). Malgré cet obstacle, on envisage d'utiliser le vaccin dans le cadre du PEV de routine. L'impact le plus important du vaccin est obtenu lorsqu'il est combiné à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et avec la CPS.

Pour obtenir le soutien de GAVI, les pays doivent soumettre une demande de soutien. Le pays doit préciser comment il prévoit de mettre en œuvre le vaccin dans le cadre de son plan stratégique national. Une planification et une coordination efficace entre le PEV et les programmes de lutte contre le paludisme sur la manière de mettre en œuvre le vaccin est également nécessaire.

Chaque pays qui décide d'introduire un vaccin doit participer au cofinancement. Le montant à payer dépend du revenu national brut du pays. Le cofinancement du vaccin antipaludique est le même que pour tous les autres vaccins. La première année d'introduction, le pays doit contribuer à hauteur d'au moins 20 % du cofinancement, et chaque année, il doit augmenter sa contribution de 10 points de pourcentage (20 % la première année, 30 % la deuxième année, etc.). Ainsi, un pays devrait atteindre un financement de 100 % au bout de 8 ans. Les partenaires du vaccin contre le paludisme incluent l'US CDC, l'USAID, PATH, l'UNICEF, l'OMS et GAVI, entre autres.

Adaptation infranationale de la chimioprévention

Dr. Beatriz Galatas

Cette présentation aborde les conditions de mise en œuvre de la CPS ainsi que les considérations à prendre en compte pour son expansion. La CPS doit être menée dans les zones où la transmission du paludisme est saisonnière. Par « saisonnalité », on entend la période où la transmission du paludisme est la plus intense et le moment correspondant au pic de transmission. Ces données sont tirées de l'historique de la transmission du paludisme dans la région concernée.

La CPS cible les zones où le risque de paludisme grave chez les enfants est élevé pendant les pics saisonniers. Les zones présentant ce profil de maladie grave saisonnière chez les enfants tendent à être des zones avec des niveaux historiquement modérés et élevés de transmission du paludisme, où la population adulte a développé une immunité suffisante contre les formes graves de la maladie et où la CPS sera la plus rentable.

La détermination de la saisonnalité peut être affectée par de faibles taux de dépistage ou de déclaration de la maladie, par la périodicité et le moment de la déclaration, ainsi que par l'impact d'interventions supplémentaires mise en place avant la saison de transmission. La saisonnalité est définie comme 60 % des cas de paludisme déclarés lors de quatre mois consécutifs de l'année. Toutefois, il convient également de tenir compte du décalage entre les précipitations et la compréhension des périodes. Les précipitations peuvent servir d'indicateur pour les cas de paludisme lorsque les données appropriées sur les cas ne sont pas facilement disponibles. Chez les enfants de moins de 5 ans, les cas de paludisme grave sont les plus fréquents.

Pour sélectionner le médicament approprié dans le cadre de la CPS, il est important de disposer de données suffisantes sur l'effet des médicaments utilisés. En outre, plus les données disponibles sont fiables, plus la décision de sélectionner le médicament sera bonne. Si l'on constate une réduction de la transmission, il est important de l'analyser pour en comprendre les raisons.

La CPS est-elle encore efficace ?

Pour les pays dans lesquels la CPS est mise en œuvre sans qu'un impact visible ou des changements dans les données enregistrées soient observés, il est essentiel de comprendre comment la CPS est mise en œuvre et quels autres facteurs influencent la diminution moins significative que prévu de la charge enregistrée.

Des modèles mathématiques peuvent également être utilisés pour évaluer le choix de différentes décisions et leur impact sur la mise en œuvre de la CPS. Il n'y a pas de relation directe entre la transmission de la maladie et la charge de la maladie. En effet, dans certaines régions où des interventions appropriées ont été mises en place, la charge de la maladie peut être faible alors que la transmission est élevée.

Quand la CPS peut-elle être arrêtée ?

La CPS peut être arrêtée ou réduite dans les situations où la transmission du paludisme diminue durablement, et lorsqu'il n'existe pas de preuves démontrant l'efficacité de la CPS, telle que reflétée dans les données de routine collectées. Dans les situations où le financement de la CPS est réduit ou indisponible, la réduction de la CPS doit suivre le principe du « moindre mal », en dépriorisant les zones où l'incidence était la plus faible avant la mise en œuvre de la CPS. Dans de tels cas, il faut déployer des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) efficaces, élargir les options de gestion des cas et améliorer la surveillance – les mécanismes de préparation et de réponse doivent également être prioritaires dans ces cas.

Pour aider les pays à décider s'ils doivent arrêter ou maintenir la CPS, des modèles mathématiques calibrés avec des données locales peuvent être utilisés pour évaluer l'impact des différentes décisions relatives à la CPS que les PNLN doivent prendre. En outre, il est essentiel d'améliorer la disponibilité et la qualité des données. Pour y parvenir, il sera important de soutenir les systèmes de collecte de données nationaux et les évaluations de la surveillance.

Gestion intégrée des campagnes de santé

Varun Basu

DIGIT, acronyme de Digital Infrastructure for Convenience, Impact, and Transformation (infrastructure numérique pour la commodité, l'impact et la transformation), collabore avec les gouvernements pour fournir des outils d'infrastructure à l'échelle de la population. DIGIT a reçu un financement de 80 millions de dollars pour soutenir les pays dans la mise en place de l'infrastructure. Les principaux problèmes que la DIGIT tente de résoudre avec son infrastructure sont la faible efficacité des campagnes, les complexités logistiques, la visibilité limitée, l'approche cloisonnée et l'appropriation limitée.

Les outils peuvent être adaptés en fonction de la complexité des campagnes. Des centaines de campagnes peuvent également être organisées simultanément. DIGIT n'a pas de coût de licence, est évolutif et tous ses éléments sont réutilisables. La principale différence entre DIGIT et d'autres outils numériques existants est que DIGIT est une plateforme conçue pour permettre une utilisation dans le cadre de campagnes multiples (par exemple, la CPS, les campagnes de distribution de moustiquaires, etc.).

Estimation des campagnes de CPS – Malaria Atlas Project

Adam Saddler

Le Projet d'Atlas du Paludisme (Malaria Atlas Project, MAP) se consacre à la cartographie de la charge mondiale du paludisme et examine dans quelle mesure les interventions réduisent la charge du paludisme. Les principaux types de données de couverture utilisés par le MAP comprennent les données administratives des campagnes, les données des enquêtes sur la CPS auprès des ménages, qui mesurent le nombre d'enfants ne recevant pas la CPS, ainsi que les données des enquêtes DHS. Le MAP explore également l'utilisation de données programmatiques pour documenter la couverture géographique, réaliser des enquêtes sur la CPS pour déterminer la couverture des groupes cibles, et combler les lacunes non couvertes par les enquêtes existantes.

Les résultats montrent une augmentation de la couverture en termes de nombre total d'enfants atteints au fil des ans. Les principaux sujets de discussion sont les suivants : existe-t-il d'autres enquêtes qui ne sont pas couvertes par le modèle MAP ou par d'autres modèles, qu'est-ce qui explique les résultats de couverture supérieurs à 100 %, et quels sont les travaux futurs ? Le MAP travaille également sur les données saisonnières et a collecté des données pour quatre macro-catégories d'incidence, de prévalence, d'entomologie et de mortalité dans plus de 47 pays d'Afrique. En outre, le MAP réalise une cartographie géospatiale, analyse l'impact de la CPS et planifie sa mise en œuvre.

Mises à jour de la communauté de pratique de la CPP

Dr. Charlotte Eddis

La chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) s'applique dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme, où la transmission n'est pas saisonnière. Elle consiste à administrer des antipaludiques à des intervalles prédéfinis pour réduire le fardeau du paludisme. Les zones de transmission pérenne modérée à élevée du paludisme sont définies comme celles où la prévalence du parasite *P. falciparum* est supérieure à 10 % ou où l'incidence annuelle du parasite dépasse 250 pour 1'000. Il convient de noter que ces seuils sont indicatifs et ne doivent pas être considérés comme des critères absolus pour déterminer l'applicabilité de la recommandation de la CPP.

La CPP était autrefois appelée traitement préventif intermittent du paludisme chez le nourrisson (TPI) ou traitement préventif intermittent (TPI) chez le nourrisson. Depuis la recommandation initiale, de nouvelles données ont démontré l'intérêt de la chimioprévention du paludisme chez les enfants âgés de 12 à 24 mois. Par conséquent, des études sont en cours pour évaluer la possibilité d'administrer la CPP au cours de la deuxième année de vie, au moment où les enfants viennent se faire vacciner. La sulfadoxine-pyriméthamine (SP) a été largement utilisée pour la chimioprévention en Afrique, y compris dans le cadre de la CPP. Bien que les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) se soient avérées efficaces pour la CPP, on dispose de peu de données sur leur sécurité, leur efficacité, l'observance des schémas pluriquotidiens et leur rentabilité dans le contexte de la CPP. La plateforme du Programme élargi de vaccination (PEV) reste importante pour l'administration de la CPP. D'autres méthodes de distribution sont à explorer pour optimiser l'accès à la CPP et son intégration avec d'autres interventions de santé. Il n'existe pas de guide de terrain spécifique pour la CPP, bien qu'il existe un guide pour le TPI.

La CPP est mise en œuvre dans le cadre du système de santé de routine au Bénin, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Mozambique et en RDC. La Sierra Leone est le seul pays à mettre en œuvre le TPI. La CPP est mise en œuvre dans un contexte de recherche au Nigéria et au Togo. L'intervention a également été intégrée aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme du Cameroun, en Côte d'Ivoire, en RDC, au Mozambique et en Sierra Leone. Le Burundi a inclus la CPP dans son projet de plan stratégique. Les principaux bailleurs de fonds et soutiens du CPP comprennent Unitaïd (projet Plus), le Fonds mondial, ISGlobal (avec des fonds du partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques, EDCTP), PATH (avec des fonds de GiveWell) et le Malaria Consortium.

Défis rencontrés

L'augmentation de la couverture de la CPP est confrontée à plusieurs défis. Par exemple, le nombre de visites dans les centres de vaccination du Programme élargi de vaccination (PEV) diminue au cours de la deuxième année de vie. Pour remédier à ce problème, certains pays envisagent par exemple de combiner la CPP avec la supplémentation en vitamine A. Toutefois, cette solution ne semble pas très attrayante pour inciter les soignants à revenir dans les centres de PEV. D'autres options consistent à associer la CPP au vaccin contre le paludisme et aux moustiquaires. La distribution communautaire du PEV a également été suggérée.

Dans certaines régions, le déploiement simultané du vaccin contre le paludisme et de la CPP pose également un problème, tout comme la menace potentielle de résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP). La communauté de pratique propose un suivi en temps réel de la combinaison des interventions pour comprendre ce qui fonctionne et comment augmenter la demande et la conformité.

Communauté de pratique

La communauté de pratique de la CPP réunit les pays qui mettent en œuvre la CPP. Ce groupe travaille sur la recherche pour l'adoption des politiques, l'évaluation des processus, l'évaluation de l'impact, l'évaluation économique et l'évaluation de la pertinence de l'administration de la SP.

Les coprésidents du groupe sont le Dr Junior Voundi (Cameroun) et le Dr William Houndjo (Bénin), tandis que le secrétariat est entre autres composé de représentants d'ISGlobal. Le secrétariat de la communauté de pratique se réunit toutes les deux semaines, tandis qu'à partir de 2024, la communauté de pratique se réunira tous les trimestres.

Traitement préventif intermittent chez l'enfant d'âge scolaire (TPIe)

Dr. Lauren Cohee

Le traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants d'âge scolaire consiste à administrer un traitement complet de médicaments antipaludiques à intervalles réguliers pour traiter et prévenir les infections paludéennes chez les enfants en âge d'aller à l'école. Ce traitement est administré aux enfants d'âge scolaire vivant dans des zones où la transmission du paludisme est modérée ou élevée, qu'elle soit pérenne ou saisonnière.

Un groupe de travail du TPIe est en cours de développement. Son principal mandat est de contribuer à réduire le fardeau du paludisme chez les enfants d'âge scolaire en soutenant des approches multisectorielles pour la production de données probantes, la mise en œuvre et le financement durable des interventions. Ce groupe réunira les pays intéressés par la mise en œuvre du TPIe et impliquera les parties prenantes dans la lutte contre le paludisme, la santé scolaire et l'éducation dans ces pays.

Le groupe étudiera également la possibilité de mener des recherches sur le TPIe afin de promouvoir la santé et l'éducation. En ce qui concerne la mise en œuvre des interventions, il identifiera les principaux acteurs d'autres programmes de santé en milieu scolaire afin de tirer des enseignements et d'explorer les possibilités d'intégration des programmes de santé en milieu scolaire.

Un comité de pilotage est actuellement en cours de création. De plus, un site web est en développement et des financements sont recherchés pour le premier projet transfrontalier du TPIe en Ouganda, en Tanzanie, au Kenya et au Malawi. D'autres études et un cadre économique sont également en cours d'élaboration afin de comprendre l'impact potentiel de la mise en œuvre du TPIe.

Projet OPT-SMC

Prof. Jean-Louis Ndiaye

Le projet OPT-SMC a été créé dans le but d'optimiser la mise en œuvre de la CPS afin de maximiser l'impact de l'intervention. Le projet est financé par l'EDCTP et comprend divers partenaires. Parmi ceux-ci, citons l'Université de Thiès, le LSHTM, TDR, et MMV, entre autres. L'objectif principal est de développer les compétences des programmes nationaux de lutte contre le paludisme. Les sous-objectifs du projet incluent le renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre le paludisme pour mettre en œuvre la CPS, la définition des priorités de recherche visant à optimiser l'efficacité de la CPS, la conduite de projets de recherche opérationnelle pour améliorer l'efficacité de la CPS, l'interprétation et l'utilisation des données de surveillance du paludisme, le ciblage efficace des populations à haut risque et des périodes de l'année, le suivi de la mise en œuvre, de l'adoption et de l'efficacité de la CPS, ainsi que la promotion de la collaboration entre les pays et le partage d'information et d'expertise.

Le projet, initialement prévu pour quatre ans, vient d'être prolongé d'une année supplémentaire. Lors de la sélection des projets de recherche, l'équipe du projet, en concertation avec les pays, a identifié divers défis et obstacles liés à la mise en œuvre de la CPS qui pourraient être améliorés. Des projets de recherche ont été organisés sur cette base. De plus, l'équipe du projet a organisé plusieurs ateliers nationaux pour former les pays à réaliser des enquêtes auprès des ménages, à la combinaison de la CPS avec le vaccin, et aux enquêtes de couverture, entre autres. A ce jour, six pays ont achevé leurs enquêtes, cinq pays sont en phase de collecte et d'analyse des données, tandis que deux autres pays commenceront seulement cette année.

Pour diffuser les informations sur le projet, plusieurs bulletins d'information et articles de presse ont été élaborés. Une subvention de l'OMS attribuée au projet permettra d'introduire des vaccins dans les zones où la CPS est mise en œuvre ainsi qu'à optimiser les données.

Projet Impact CPS

Dr. André-Marie Tchouatieu

Le projet Impact CPS (SMC Impact) a pour objectif de renforcer les données probantes sur les points suivants : l'efficacité et le rapport coût-efficacité de l'élargissement de la CPS aux enfants âgés de 5 à 10 ans (au Niger et en Gambie) ; l'impact supplémentaire et le coût relatif d'un mois de couverture supplémentaire de la CPS pendant la saison de transmission (en Guinée et au Mali) ; le développement d'une nouvelle posologie de la SPAQ pour les enfants âgés de 5-10 ans ; et à accroître les connaissances sur le Pyramax® et explorer son introduction comme solution thérapeutique alternative dans les pays endémiques du paludisme (en Guinée et en Gambie). Le projet contribuera également à combler les lacunes restantes dans la couverture de la CPS pour les enfants cibles actuellement éligibles (au Nigéria).

Les pays impliqués dans le projet SMC Impact sont la Gambie, la Guinée, le Mali, le Niger et le Nigéria. Le projet a reçu une extension administrative. Grâce à ce projet, près de 200'000 enfants ont bénéficié de la CPS en Gambie. Dans le cadre du projet, le LSHTM, en collaboration avec des partenaires locaux, a mené une évaluation économique au Mali, au Niger et en Guinée. Les résultats préliminaires du projet ont été présentés lors de l'ASTMH 2023. Des analyses quantitatives et qualitatives ont également été menées. Des recherches sont également en cours pour évaluer les avantages de l'ajout d'un cycle supplémentaire de CPS et les coûts associés. En outre, des agents de santé sont formés à l'utilisation du Pyramax comme traitement du paludisme simple chez les enfants en Gambie et en Guinée.

Un autre objectif était de comprendre la volonté ou la demande des pays de couvrir les enfants âgés de 5 à 10 ans en utilisant différents dosages de médicaments. Ainsi, un dosage de la SPAQ adapté à cette tranche d'âge a été développé et mis sur le marché. L'équipe du projet attend une recommandation de l'OMS concernant ce nouveau dosage de la SPAQ pour les enfants plus âgés. Des discussions sont également en cours avec le SMC Alliance en vue de mettre en œuvre une étude transversale visant à examiner les données et à déterminer la charge du paludisme chez les enfants de 5 à 10 ans.

Mise à jour des réalisations de la CPS en 2023

Dr. Celine Audibert

Cette présentation a mis en avant des données sur les réalisations de la CPS pour l'année 2023. En 2023, 53 millions d'enfants ont bénéficié de la CPS. Depuis 2012, un total de 1'078 millions de traitements ont été administrés. Comparativement à 2012, où seuls 2 pays avaient commencé la CPS, en 2023, 18 pays mettaient en œuvre la CPS dans environ 900 districts.

Les enfants âgés de 3 à 59 mois représentent toujours le plus grand groupe cible, tandis que les enfants âgés de 60 à 120 mois sont moins ciblés. Les premier et quatrième cycles présentent les niveaux de couverture les plus bas.

Sous-groupe de recherche

Prof. Jean-Louis Ndiaye

Le sous-groupe a été créé en 2021 dans le but de partager les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les défis liés à la recherche sur la CPS. Le sous-groupe se réunit tous les mois et compte 80 membres, dont 35 participants réguliers aux appels. Le sous-groupe est coprésidé par Susana Scott et Jean-Louis Ndiaye. En 2023, neuf réunions virtuelles ont eu lieu. Les priorités de recherche et les réalisations du groupe comprennent une méthode Delphi avec plus de 40 experts, dont les résultats ont été partagés à Londres.

Les priorités de l'enquête étaient d'identifier les principales priorités de recherche pour la CPS. Un atelier a également été organisé par Malaria Consortium pour affiner la liste, qui a été soumise à l'ensemble de la communauté de la CPS, y compris tous les membres de la SMC Alliance, pour évaluer et classer les questions de recherche. Après plusieurs étapes de présélection, 10 priorités majeures ont été retenues. Les trois principales questions étaient les suivantes : évaluer la durée de la protection prophylactique offerte par la SPAQ et par d'autres médicaments de la CPS ; évaluer l'effet de la combinaison de la CPS avec d'autres interventions de prévention du paludisme (par exemple, les vaccins) sur le développement de la résistance des parasites ; et étudier l'effet de rebond potentiel de l'incidence du paludisme chez les enfants plus âgés à la suite des campagnes de CPS. L'équipe explore actuellement comment intégrer ces priorités de recherche mondiales au niveau national.

Certains des points clés qui ont émergé de la discussion révèlent que de nombreuses données existent déjà concernant certaines des questions identifiées comme priorités de recherche. Cela souligne la nécessité d'intensifier les efforts pour diffuser et discuter des résultats des recherches au sein de la communauté élargie. En outre, il faut redoubler d'efforts pour présenter les résultats de la recherche d'une manière plus compréhensible. L'un des obstacles identifiés est que les recherches sont généralement publiées en anglais uniquement, alors que plusieurs pays n'ont pas l'anglais comme langue officielle.

En ce qui concerne les activités, un symposium sur la chimioprévention a eu lieu à l'ASTMH à Chicago en octobre 2023. Une réunion hybride a également été organisée à l'ASTMH pour présenter les premiers résultats des priorités de recherche sur la CPS. Ces priorités de recherche ont également fait l'objet d'une présentation orale lors de la réunion annuelle de la Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene (RSTMH) en décembre 2023 à Londres. Pour 2024, les résumés des symposiums et des présentations orales ont été envoyés à la MIM et à l'ASTMH. Plusieurs articles ont également été partagés avec des revues, en fonction du sujet de recherche.

Le sous-groupe sur la communication et le plaidoyer

Mohammad Bala

Le sous-groupe de la SMC Alliance sur la communication et le plaidoyer a été créé pour servir de plateforme à la communauté CPS. Son objectif est de partager les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les défis en matière de communication et de plaidoyer pour la CPS. Les principales tâches du groupe incluent le soutien en communication et plaidoyer pour les événements à venir, l'appui aux autres sous-groupes en matière de communication, ainsi que la gestion du site web de la SMC Alliance.

En 2023, les principales réalisations du sous-groupe comprenaient la création d'un [rapport et d'une infographie sur les 10 ans](#) de la CPS, l'organisation de la couverture médiatique de la réunion annuelle, la compilation des activités liées à la CPS pour des conférences telles que l'ASTMH, ainsi que le soutien à la diffusion de messages liés à la CPS pour la Journée internationale de la femme et la Journée internationale de l'enfant africain.

En 2024, le sous-groupe se réjouit de soutenir les autres sous-groupes en faisant la promotion des activités liées à la CPS, tant en personne que virtuellement, ainsi qu'en publiant des vidéos et des résumés d'événements sur le site web et les réseaux sociaux.

Sous-groupe de suivi et d'évaluation

Dr. Suzanne Van Hulle

Le sous-groupe de suivi et d'évaluation (S&E) met à disposition une plateforme où les membres de la communauté CPS peuvent échanger sur les défis et les meilleures pratiques en matière de S&E, discuter, développer et harmoniser des outils.

En 2023, le sous-groupe a été très actif et a organisé trois webinaires. Le premier portait sur les processus et contextes infranationaux de modélisation, le deuxième sur les approches de S&E des campagnes CPS, et le troisième sur l'analyse de l'impact de la CPS. Le sous-groupe a également contribué au chapitre 5 (S&E) du Guide de terrain de l'OMS sur la CPS.

En 2024, le sous-groupe continuera d'organiser des webinaires et souhaite explorer plusieurs domaines thématiques. Des idées pour d'autres domaines thématiques seraient les bienvenues. De plus, ils aimeraient comprendre comment les pays utilisent les indicateurs de la CPS dans la boîte à outils de S&E et connaître les défis qu'ils ont pu rencontrer ou rencontrent encore. Enfin, ils poursuivront leur travail sur la ou les sections CPS du Rapport mondial sur le paludisme.





Credits

Editeur

SMC Alliance 2024

Création

www.kathleenmorf.ch

Photos

Couverture: xxxxxxxx

page 8: xxxxxxxx

page 11: xxxxxxxx

