

Revue des documents nationaux sur le paludisme pendant la grossesse dans cinq pays soutenus par l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme (PMI)



Préparé par:
Patricia Gomez
Aimee Dickerson
Elaine Roman

La participation à l'élaboration de ce rapport et l'examen critique ainsi que le feedback sur le contenu revient au Groupe de Travail sur le paludisme pendant la grossesse de l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme (PMI).

Assistance éditoriale:
Elizabeth Thompson
Renata Kepner

Traduction :
Linda Benamor

Le Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP), est le programme phare de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP soutient la programmation en matière de SMNI, de vaccination, de planification familiale, du paludisme, de nutrition, et du VIH/SIDA et encourage fortement les possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'USAID, aux termes de l'Accord Coopératif Leader No. GHS-A-00-08-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Publié par:
Jhpiego
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland 21231-3492, USA
www.jhpiego.org

© Jhpiego Corporation, 2012. Tous droits réservés.

Table des matières

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	iv
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE.....	2
METHODOLOGIE.....	3
CONSTATATIONS GENERALES, RECOMMANDATIONS ET DISCUSSION.....	4
Constatations et Recommandations	5
Discussion	9
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PAR PAYS.....	9
Mali	10
ANNEXE 1: DIRECTIVES DE L'OMS POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE.....	12
ANNEXE 2: MALI	15

Acronymes et abréviations

AL	Artémether-luméfantrine
AS-AQ	Artésunate-amodiaquine
CCC	Communication pour le changement de comportement
CPN	Consultation prénatale
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artéminsinine
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DOT	Traitement sous observation directe
DSR	Division de la santé reproductive
GTT	Groupe de travail technique
HIV+	Séropositif/ve
IEC	Information, éducation, et communication
IV	Intraveineuse
MCHIP	Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MS	Ministère de la santé
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PMI	Initiative Présidentielle contre le Paludisme
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPG	Paludisme pendant la grossesse
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
S&E	Suivi et évaluation
SMN	Santé maternelle et néonatale
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPF	Soins prénatals focalisés
SR	Santé de la reproduction
TB	Tuberculose
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse

Revue des documents nationaux sur le paludisme pendant la grossesse dans cinq pays soutenus par l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme (PMI)

INTRODUCTION

Les graves conséquences du paludisme pendant la grossesse (PPG) sont bien connues ; taux plus élevés d'anémie maternelle et insuffisance pondérale à la naissance (IPN) dans les régions à transmission paludique stable. Dans les régions où la transmission est instable, les femmes enceintes sont exposées à un risque accru de paludisme sévère, de décès et de mortinatalité. La stratégie du PPG de l'Initiative Présidentielle contre le paludisme (PMI) soutient l'approche à trois axes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la prise en charge du PPG se basant sur 1) la promotion et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)¹ aux femmes enceintes, 2) le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) avec sulfadoxine-pyriméthamine (SP), 3) le diagnostic rapide et le traitement efficace des cas de paludisme confirmés, et la prévention et le traitement de l'anémie maternelle.²

Parmi les 19 pays soutenus par PMI en Afrique sub-saharienne, des progrès importants ont été enregistrés dans la réalisation de l'objectif de PMI de couverture et utilisation des MILDA à hauteur de 85% chez les femmes enceintes; cependant peu de progrès ont été accomplis dans la réalisation de l'objectif de PMI de couverture en TPIg²—deux doses de SP. Alors que certains pays, dont la Zambie, le Malawi, et le Sénégal ont atteint des taux plus élevés de couverture de l'utilisation du TPIg et dans une certaine mesure, de couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) chez les femmes enceintes, l'utilisation de ces interventions en Afrique sub-saharienne est en général extrêmement faible.³ Certains facteurs expliquent cette situation : la fréquentation tardive des consultations prénatales (CPN), la coordination insuffisante des produits conduisant à des ruptures de stocks de SP dans les structures; des effectifs insuffisants et un roulement élevé du personnel ; la faible diffusion des directives parmi les prestataires, et/ou des directives conflictuelles ou obscures sur le TPIg ; et des ressources insuffisantes pour le soutien des programmes de PMI.⁴ En octobre 2012, le Comité consultatif pour les politiques relatives au paludisme (MPAC) a revu les données probantes les plus récentes sur l'efficacité du TPIg-SP au regard de la résistance croissante de la SP chez les enfants et de la résistance éventuelle chez les femmes enceintes recevant le TPIg-SP. Se fondant sur les résultats de la revue, le MPAC a déterminé que le dosage fréquent du TPIg-SP est efficace à la réduction des

¹ Ce rapport fait référence aux 1) moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), traitées de manière conventionnelle, qui doivent être re-traitées après trois lavage ou après un an d'usage; et 2) moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), traitées en usine et fabriquées à partir d'un matériau tissé qui prévoit l'incorporation d'un insecticide dans les fibres ou sa liaison autour desdites fibres. Ces moustiquaires sont censées conserver leur action biologique effective sans nouveau traitement à la suite d'au moins 20 lavages et après trois ans d'usage conforme aux recommandations d'utilisation dans des conditions de terrain. En 2007, l'OMS a changé ses directives à l'usage de MILDA pour les programmes de lutte contre le paludisme et partenaires. Conformément aux directives de l'OMS, nous utilisons le terme MILDA dans les recommandations de ce rapport. Le terme MII est utilisé lorsque les données et les ressources citées l'ont spécifié.

² Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Paludisme pendant la grossesse.
http://www.who.int/malaria/high_risk_groups/pregnancy/en/index.html.

³ van Eijk, AM et al. 2001. Coverage of malaria protection in pregnant women in sub-Saharan Africa: a synthesis and analysis of national survey data. *Lancet Infect Dis*. 11: 190-207.

⁴ MIP Program Updates: Accelerating Malaria in Pregnancy Programs to Achieve Country Scale-Up.
<http://www.rollbackmalaria.org/mechanisms/mpwg.html>.

conséquences du PPG. La nouvelle recommandation de l’OMS indique que le TPIg-SP devrait être administré aussi tôt que possible lors du 2^{ème} trimestre de la grossesse et lors de chaque CPN prévue à au moins un mois d’intervalle.⁵

PMI s’intéresse à l’évaluation de l’état actuel des documents de PPG au niveau national, au regard des nouvelles recommandations du TPIg de l’OMS, sachant que les pays devront réviser ces documents afin de diffuser la nouvelle politique. Il faut que les programmes de santé reproductive (SR) et de lutte contre le paludisme harmonisent les politiques locales, les directives et le matériel de formation selon les directives les plus récentes de l’OMS. Le PPG est un problème de santé maternelle et néonatale et a besoin d’un partenariat solide entre les programmes de SR et les programmes de lutte contre le paludisme (LP) pour gérer la mise en œuvre et pour garantir la supervision technique. PMI estime que la revue des documents de PPG au niveau national nous permettra de mieux comprendre les directives actuelles sur le PPG que les pays préconisent pour les agents de santé ; plus précisément, comment ces documents reflètent les recommandations de l’OMS et la cohérence entre les documents nationaux de SR et de LP. Cela permettra de mieux comprendre la façon dont les pays adoptent et diffusent les nouvelles recommandations de l’OMS sur le TPIg.

CONTEXTE

PMI a demandé au Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) de mener une évaluation rapide des documents de politiques, directives nationales, et matériel de supervision des programmes de LP et de SR dans cinq pays cibles de PMI : le Kenya, le Mali, la Mozambique, la Tanzanie, et l’Ouganda.

Les données des cinq pays inclus dans cette revue, sous-ensemble des pays soutenus par PMI, sont illustrées dans le Tableau 1 (sources de données entre parenthèse.)

Tableau 1. Données sur l’utilisation du TPIg2 et des MII par les femmes enceintes

PAYS	UTILISATION DU TPIG2	UTILISATION DES MII PAR LES FEMMES ENCEINTES	ANNEE D'ADOPTION DE LA POLITIQUE DE PPG
Kenya	15,1% (2008–2009 DHS*) 25,4% (2010 MIS**)	49% (2008–2009 DHS) 41,1% (2010 MIS)	2001
Mali	11,2% (2006 DHS) 36% (2011 HMIS***)	28,9% (2006 DHS) 55% (2010 MICS)	2003
Mozambique	18,6% (2011 DHS)	19,5% (2011 DHS)	2006
Tanzanie	27,2% (2010 DHS)	56,9% (2010 DHS)	2002
Ouganda	26,7% (2011 DHS)	46,9% (2011 DHS)	2000

*Enquête démographique et de santé

**Enquête sur les indicateurs du paludisme

***Système d’information et de gestion de la santé

La revue rapide des documents visait à:

1. Mieux comprendre les directives actuelles au niveau national, des documents de SR et de lutte contre le paludisme qui sont diffusés aux agents de santé de ces cinq pays, sur la prévention et le traitement du PPG;
2. Vérifier que ces documents sont conformes aux recommandations de l’OMS ; et

⁵ OMS. Recommandation de la politique mise à jour de l’OMS (octobre 2012): Intermittent Preventive Treatment of malaria in pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP). http://www.who.int/malaria/iptp_sp_updated_policy_recommendation_en_102012.pdf.

3. Etablir la cohérence entre les documents nationaux de SR et des unités de LP dans chaque pays.

La revue des documents de référence des quatre pays était appuyée par certains témoignages recueillis sur le terrain pour mieux comprendre les problèmes des prestataires à l'adhésion des directives, et l'accès aux médicaments et produits comme les MILDA. Ce rapport présente les résultats de la revue rapide et offre des recommandations spécifiques aux divers pays pour l'harmonisation des diverses stratégies et lignes directrices conformes aux directives les plus récentes de l'OMS. PMI, en collaboration avec MCHIP et d'autres acteurs, y compris le groupe de travail Faire Reculer le Paludisme (FRP/RBM), va partager et diffuser les résultats et recommandations de cette revue, ainsi que les nouvelles directives de l'OMS sur le TPIg avec les parties prenantes de chaque pays.

METHODOLOGIE

Les documents au niveau national ciblés aux fins d'examen dans chaque pays, incluent : la politique de lutte contre le paludisme, les directives sur le paludisme, les politiques en matière de SR, les directives en matière de SR, le matériel de formation de base et continu et les directives de supervision. Un cadre a été élaboré pour examiner les documents nationaux de chaque pays qui répond aux directives actuelles de PPG de l'OMS, résumé dans le Tableau 2. Le sommaire plus détaillé des recommandations de l'OMS figure à l'Annexe I. Il faut remarquer qu'on ne s'attendait pas à ce que les documents incluent les dernières recommandations de l'OMS publiées en octobre 2012, présentées dans le Tableau 2, en matière de fréquence et dosage du TPIg. On a cependant revu le calendrier et le dosage du TPIg pour mieux comprendre les recommandations spécifiques préconisées actuellement dans les pays, et si ces recommandations en matière de SR et de LP sont harmonisées dans les divers documents nationaux.

Tableau 2. Résumé des recommandations de l'OMS sur le PPG

ELEMENTS DE PPG	RECOMMANDATIONS DE L'OMS	SOURCE D'INFORMATION OMS
Calendrier et dosage du TPIg	Les femmes enceintes doivent recevoir le TPIg le plus tôt possible au cours du deuxième trimestre de la grossesse et lors de chaque CPN à au moins un mois d'intervalle.	Recommandations de l'OMS mises à jour sur l'utilisation du TPIg, octobre 2012
Traitement sous observation directe (DOT)	Le TPIg doit être administré sous observation directe (DOT).	
Intéraction avec le VIH	Le TPIg avec SP est contre-indiqué chez les femmes séropositives qui sont sous thérapie quotidienne de cotrimoxazole.	
Promotion et distribution des MILDA	Les MII doivent être données aux femmes lors de la CPN ou par d'autres sources dans les secteurs publiques ou privés au début de la grossesse.	Un cadre stratégique pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la Région Africaine, OMS 2004
	Le Programme de lutte contre le paludisme de l'OMS recommande la distribution de MII, plus particulièrement de MILDA, pour assurer une couverture complète des populations à risque de paludisme. La distribution gratuite ou largement subventionnée des MILDA par le biais de services de santé	Programme mondial de lutte antipaludique, OMS: Prise de position sur les MII, 2007

ELEMENTS DE PPG	RECOMMANDATIONS DE L'OMS	SOURCE D'INFORMATION OMS
	publique existants (routine et campagnes), est le meilleur moyen pour le passage à l'échelle rapide.	
Diagnostic	Dans la mesure du possible, on recommande le diagnostic du PPG par tests de microscopie ou de diagnostic rapide (TDR)	Directives de l'OMS pour le traitement du paludisme, deuxième édition, 2010
Traitement	<p>Paludisme simple: <i>Premier Trimestre:</i> La quinine et la clindamycine doivent être administrées pendant sept jours (artésunate et clindamycine pendant sept jours est indiqué si le traitement échoue). Une combinaison thérapeutique à l'artémisinine (CTA) est indiquée si elle constitue le seul traitement immédiatement disponible, ou si le traitement de sept jours par la quinine + clindamycine échoue, ou si on n'est pas sûr quant à l'observance du traitement de sept jours du patient. Remarque: si on ne dispose pas de clindamycine ou que ce produit coûte trop cher, administrer la quinine en monothérapie.</p> <p><i>Deuxième et troisième trimestre: CTA dont l'efficacité est démontrée dans le pays/région ou artésunate + clindamycine pendant sept jours ou quinine + clindamycine pendant sept jours (à l'exception de DHA-PPQ (dihydroartémisinine-pipéraquline) pour lesquels on ne possède pas suffisamment d'informations pour une utilisation en première intention dans les deuxième et troisième trimestres de la grossesse).</i></p> <p>Paludisme grave: Les antipaludiques parentéraux doivent être administrés aux femmes enceintes souffrant de paludisme grave en doses complètes sans délai. L'artésunate parentéral est préférable à la quinine aux deuxième et troisième trimestres, parce que la quinine est associée à l'hypoglycémie récurrente. Au premier trimestre, le risque d'hypoglycémie est plus faible et les incertitudes quant à la sécurité des dérivés de l'artémisinine sont supérieures, donc les deux médicaments sont considérés comme équivalents.</p>	

CONSTATATIONS GENERALES, RECOMMANDATIONS ET DISCUSSION

Il s'agit de la première revue officielle des politiques nationales, des directives, du matériel pédagogique et de supervision, relatifs à la prévention et au traitement du PPG de toutes les divisions de lutte antipaludique et de SR au Kenya, au Mali, en Mozambique, en Tanzanie, et Ouganda. La revue des documents examinés a mis l'accent sur les questions importantes auxquelles chaque pays est confronté, et sur les besoins globaux de la région qu'il importe de considérer et de prendre en compte pour améliorer l'accès des femmes à la prévention et au traitement fondées sur des preuves du PPG. La revue n'a pas officiellement inclut l'évaluation de la façon dont ces documents nationaux influencent la mise en œuvre des programmes de PPG. Cependant, le feedback provenant de certains témoignages de quatre des cinq pays permet de mieux comprendre comment les directives sont appliquées au niveau national, et dans certains cas, comment les goulots d'étranglement sont abordés.

Constatations et Recommandations

Cette section présente les constatations communes et les recommandations des cinq pays. Bien que tous les pays disposent de documents nationaux favorisant le TPIg, l'utilisation des MII, et le traitement du PPG, les directives fondées sur des preuves de l'OMS ne sont pas toujours prises en compte. Par exemple, les directives en Tanzanie favorisent l'administration du TPIg pas plus tôt que la 20^{ème} semaine de grossesse selon un calendrier fixe, ce qui risque d'exclure les femmes éligibles à recevoir le traitement. En outre, la revue des documents de SR et de LP a souligné que certains pays, comme le Kenya, ont de directives harmonisées, mais que d'autres, comme l'Ouganda et le Mali ont des directives incohérentes ou qui manquent de clarté. Les politiques globales doivent être adaptées à la situation et au contexte local de chaque pays pour obtenir le plus haut niveau de couverture et des meilleurs résultats pour la santé. La politique du Kenya qui favorise le TPIg seulement dans les zones de haute transmission, illustre ce fait. Parallèlement, il est préoccupant de constater que plusieurs pays favorisent des directives de SR et de programmes de lutte antipaludique périmées, comme en témoigne la section sur les constatations et recommandations par pays de ce rapport, résumées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Problèmes communs de directives périmées et incompatibles

PROBLEMS COMMUNS	KENYA	MALI	MOZAMBIQUE	TANZANIE	OUGANDA
Interruption de la prise d'acide folique après la prise de SP dans les pays qui préconisent l'utilisation de fortes doses d'acide folique (l'acide folique à faible dose est recommandé pendant la grossesse et est compatible avec la SP)	X	X			X
Calendrier et posologie vague du TPIg-SP	X	X	X	X	X
TPIg à raison d'intervalles spécifiques	X	X		X	X
Interdiction d'administrer le TPIg avant 20 semaines de grossesse			X	X	
Interdiction d'administrer le TPIg après 36 semaines ou pendant le dernier mois de la grossesse		X		X	
Directives du traitement sous observation directe (DOT) peu claires		X			
Directives inconsistantes sur la prévention du paludisme pour les femmes séropositives		X	X	X	X
Où et comment les femmes enceintes peuvent obtenir les MII ne sont pas clairement énoncées.	X	X	X	X	X
Manque de conseils sur l'utilisation de la microscopie ou des TDR pour le diagnostic		X		X	X
Directives incomplètes ou qui portent à confusion pour le traitement du paludisme par trimestre	X	X		X	X

Des directives périmées ou inconsistantes sont une source de confusion pour les gestionnaires de programmes, les prestataires et les efforts de suivi et évaluations, et une perte de ressources financières et humaines. En conséquence, des interventions essentielles comme le TPIg,

l'utilisation des MII par les femmes enceintes, et le diagnostic et le traitement prompt et approprié du paludisme sont peu utilisés.

Les problèmes communs du PPG soulignés dans ce rapport, et les recommandations générales à l'intention des décideurs politiques dans les pays et des partenaires régionaux et globaux sont résumés ci-dessous.

Calendrier et posologies de TPIg et DOT

Les documents de politiques et les directives fournissent des informations contradictoires sur l'utilisation du TPIg-SP. Les programmes de contrôle antipaludique donnent des directives techniques mais le PPG est mis en œuvre par les divisions de SR par le biais de la CPN. Le manque de directives cohérentes sur le PPG dans les documents sur le paludisme et la SR crée la confusion parmi les prestataires. En conséquence, les femmes enceintes ne bénéficient pas des services ou ceux-ci sont inadéquats. Cela se complique encore plus avec les ruptures de stock de SP, comme en témoignent certaines sources dans les pays.

Recommandations

- Tous les pays qui ont des politiques sur le TPIg doivent accorder la priorité à la revue, la mise à jour et la diffusion de leurs directives nationales et programmes de formation, pour refléter les nouvelles recommandations de politique de l'OMS d'octobre 2012 sur l'utilisation du TPIg.
- Les directions de lutte antipaludique et de SR du Ministère de la santé (MP) devraient créer des groupes de travail techniques (GTT) qui élaborent des directives uniformes et harmonisées sur tous les aspects du PPG, qui devraient être incluses dans tous les documents du MS pour les prestataires de première ligne à tous les niveaux du système de santé, et des programmes d'éducation de base et continue. Le rôle du GTT est décrit plus bas, lors de la discussion sur les domaines transversaux.
- Ces directions du MS pourraient envisager de désigner des "Champions du paludisme pendant la grossesse" qui peuvent plaider en faveur d'un engagement politique et financier afin d'atteindre les objectifs du PPG et sensibiliser et dynamiser leurs collègues à formuler des stratégies à cet effet, y compris assurer des stocks suffisants de SP à la CPN.

Prévention de l'anémie

Un autre problème commun à trois des cinq pays relatif à la distribution du TPIg, est l'utilisation des doses quotidiennes de 5mg d'acide folique pendant la grossesse, qui impose l'arrêt de l'acide folique suivant l'administration du TPIg. Cette pratique n'est pas conforme à la recommandation de l'OMS d'une dose quotidienne de 0,4 mg d'acide folique, compatible avec le TPIg. La dose de 5mg impose l'arrêt de l'acide folique pendant au moins une semaine suivant l'administration du TPIg. Ces interruptions peuvent causer une confusion au sujet de la reprise de l'acide folique, souvent combinée avec du fer, aboutissant à un sous-traitement de l'anémie.

Recommandation

- Les pays devraient revoir les directives de l'OMS sur l'acide folique, qui recommandent l'administration de 0,4mg d'acide folique par jour ; cette dose peut être utilisée en toute sécurité en combinaison avec la SP. Une dose quotidienne d'acide folique de 5mg ou plus avec SP est à proscrire car elle réduit l'efficacité antipaludique de la SP.

Interaction avec le VIH

Les directives des cinq pays sur la prévention du paludisme pour les femmes séropositives sont incohérentes. Les directives sur le PPG et la SR n'abordent pas la prévention du paludisme chez les femmes séropositives, et les prestataires ne sont peut-être pas conscients que la femme qui prend une prophylaxie quotidienne de cotrimoxazole ne doit pas recevoir de TPIg-SP.

Recommandation

- Les pays devraient revoir et mettre à jour tous les documents relatifs au paludisme, à la SR et au VIH pour assurer des lignes directrices compatibles et actuelles sur l'utilisation du TPIg pour les femmes séropositives ; en particulier, ne pas donner la SP aux femmes sous thérapie quotidienne de cotrimoxazole. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et les programmes de SR doivent collaborer et élaborer des lignes directrices cohérentes, mais également inclure leurs collègues nationaux intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA afin que la prévention et le traitement du PPG pour les femmes séropositives soient clairs pour tous les prestataires.

Promotion et Distribution des MILDA

Bien que la plupart des politiques et directives sur le paludisme et la SR recommandent l'utilisation des MII aussi tôt possible au début de la grossesse, les prestataires n'ont souvent pas de directives pour informer les femmes enceintes sur les modalités d'obtention des MII. Certains pays utilisent des systèmes de bons de subvention pour l'achat des MII, mais le processus n'est pas clairement décrit dans les politiques et directives. Dans les pays où les femmes doivent acheter elles-mêmes les MII sans bons, il faut des directives en place, afin que les prestataires puissent informer correctement les femmes sur cet achat. Les témoignages de diverses sources dans plusieurs pays indiquent que les ruptures de stocks de MII à la CPN sont fréquentes. Les systèmes d'approvisionnement ne sont pas rationalisés; les raisons sont diverses – des contraintes budgétaires, mauvaises prévisions, manque de ressources en logistique de MII, et utilisation de systèmes d'approvisionnement différents. L'approvisionnement de MILDA et leur accès pour les femmes enceintes, bien que n'étant pas l'objet de cette revue, est particulièrement critique, compte tenu des pénuries de MILDA et des demandes de couverture universelle combinées à la vulnérabilité des femmes enceintes.

Recommandation

- Selon les recommandations de l'OMS, les pays devraient passer des MII régulières aux MILDA et faire des recommandations cohérentes sur le counseling aux femmes sur l'utilisation des MILDA, et comment les moustiquaires seront distribuées. L'idéal serait que les MILDA soient fournies gratuitement à toutes les femmes lors de la première CPN ; cette information devrait être enregistrée sur la carte de CPN et sur le registre de consultations prénatales. En outre, les pays doivent assurer que des pratiques efficaces d'approvisionnement et de gestion priorisent le renouvellement des MILDA, pour donner aux femmes enceintes un accès uniforme et de plus grandes possibilités de couverture.

Diagnostic

Les directives ne sont pas conformes en ce qui concerne la recommandation de la réalisation d'un diagnostic du PPG par TDR. Certains pays recommandent que toutes les femmes enceintes présentant de la fièvre soient traitées pour un paludisme présumé, ce qui peut entraîner un surtraitement et une erreur de diagnostic pour d'autres causes de maladies fébriles.

Recommandation

- Toutes les politiques et directives, tous le matériel éducatif devraient insister sur la nécessité du diagnostic du PPG avant le traitement.

Traitement

Il n'y a pas de définition claire concernant le traitement par trimestre, en particulier du PPG.

Recommandation

- Des algorithmes clairs—complets avec des médicaments, posologies, calendriers appropriés—devraient être développés et utilisés systématiquement dans tout le matériel pédagogique. Des outils de travail qui reflètent ces algorithmes devaient être développés et diffusés à grande échelle.

Stratégies transversales

Dans la plupart des pays, les femmes ne se rendent pas à la CPN avant le deuxième trimestre, et par conséquent n'ont pas de counseling sur l'utilisation des MILDA, et n'y ont pas accès, et commencent le TPIg-SP après la date recommandée. Dans tous les documents de référence revus, un seul pays mentionne des efforts éventuels au niveau communautaire visant à promouvoir l'utilisation des MII et du TPIg par le biais de la communication pour le changement de comportement (CCC)/ l'information, éducation, et communication (IEC), ou même d'envisager la distribution à base communautaire de SP en complément de la CPN. Depuis, ce pays a décidé de ne pas poursuivre la distribution au niveau communautaire du TPIg-SP. Alors que l'OMS considère désormais la distribution de SP comme une option "avec suivi et évaluation ciblée,"⁶ PMI ne soutient pas la distribution de SP en dehors de la CPN parce que la gamme complète des services de soins prénatals ne sont pas fournis dans la communauté et qu'il est à craindre que cela réduise la fréquentation de la CPN. A part la distribution communautaire de SP, et étant donné les faibles niveaux de fréquentation des services de CPN dans le premier trimestre de la grossesse, l'engagement communautaire est une composante importante d'un programme global qui favorise l'adoption du TPIg, l'utilisation des MILDA et la recherche rapide des soins en cas de fièvre.

Recommandation

- Les pays pourraient envisager l'adoption d'une approche à deux axes qui permettrait d'atteindre les femmes au début de leurs grossesses et d'accroître la qualité des services de soins prénatals, en soutenant les communautés dans la distribution des MILDA et de la première dose de TPIg-SP, et promouvoir les soins prénatals continus au niveau des structures. Pour que cette approche soit réalisable, il faut assurer le renforcement du lien entre les services communautaires et au niveau de la structure afin que les services au niveau communautaire ne nuisent pas aux soins prénatals complets.

Nouvelles politiques de l'OMS

La nouvelle recommandation du TPIg de l'OMS mise à jour en octobre 2012, le *Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (TPIg-SP)*, (*Intermittent Preventive Treatment of malaria in pregnancy using Sulfadoxine-Pyriméthamine (IPTp-SP)*), donnent l'occasion aux pays de revoir leurs politiques et directives nationales sur le paludisme et la SR, et de mettre à jour tous leurs documents de référence selon

⁶ WHO, 2012. WHO recommendations for optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting.
<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/whotaskshiftingrecom/en/index.html>

les résultats fondés sur des preuves. La nouvelle recommandation est également l'occasion pour les programmes nationaux sur la SR, le paludisme et le VIH de se réunir et cultiver leurs partenariats sur le terrain.

Recommandation

- Cette revue pourrait se faire en créant un GTT national sur le PPG, composé de leaders des directions de SR, paludisme et VIH. Les autres membres clés devraient représenter les divisions responsables des laboratoires/diagnostics, des dépôts médicaux, de formation de base et continue, du système d'information de gestion sanitaire, de suivi et évaluation et d'IEC communautaire. Le GTT reverra en premier lieu la recommandation de politique de l'OMS pour la comparer avec les politiques et directives connexes existantes sur la SR et le paludisme et les mettre à jour le cas échéant. Parallèlement, le GTT aura besoin d'identifier et remédier aux lacunes du système de santé qui empêchent l'utilisation du TPIg et des MILDA. Le GTT doit ensuite assurer un contrôle strict de tous les documents révisés émanant du MS et de ses partenaires pour garantir leur uniformité. Cet effort d'harmonisation et d'actualisation de tous les documents de politique nationale, directives, et documents pédagogiques/de supervision requiert un immense engagement de la part du MS, des membres du GTT et de leur personnel. C'est le bien-être de beaucoup de femmes et de nouveau-nés qui est en jeu : il n'y a pas d'alternative.

Discussion

Ce rapport vise principalement les parties prenantes sur le terrain, mais l'information est également importante pour celles agissant au niveau régional et global. Par exemple, à la demande du MS, les conseillers de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'OMS peuvent utiliser les résultats de ce rapport pour exercer une pression pour la révision des politiques et directives et pour le renforcement du système de santé par le biais du GTT. Le groupe de travail Faire Reculer le Paludisme/Roll Back Malaria sur le PPG peut continuer à soutenir la diffusion des meilleures pratiques et leçons apprises et collaborer avec les agences des Nations Unies et d'autres organisations pour favoriser le partenariat entre les programmes de SR et de lutte contre le paludisme, à mesure que le GTT se constitue et devient fonctionnel. PMI et d'autres bailleurs mondiaux peuvent utiliser cette information pour mieux comprendre les goulots d'étranglement existants (directives incompatibles et périmées) et, en partenariat avec le GTT déterminer l'assistance technique nécessaire pour les solutionner. Enfin, les ONG, les organisations confessionnelles, et les bailleurs du secteur privé sur le terrain doivent tenir compte de l'incidence de la nouvelle politique sur leurs programmes. Ils doivent être prêts à collaborer avec le MS, qui peut leur demander d'adopter et diffuser rapidement des politiques et directives mises à jour à tous les niveaux du système de santé et dans la communauté.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PAR PAYS

La version complète de ce rapport y compris les conclusions et recommandations des cinq pays, est disponible en anglais. La traduction en français inclut les conclusions et recommandations spécifiques au Mali. Le Tableau 4 résume le genre de documents revus par pays. Les conclusions détaillées pour le Mali se trouvent dans l'Annexe 2.

Tableau 4. Revue des documents de directives au niveau des pays

	Politique Nationale Sur Le Paludisme	Directives Nationales Sur Le Paludisme	Politique Nationale En SR	Directives Nationales En SR	Matériel De Formation Continue	Matériel De Supervision	Programme De Formation De Base
Kenya	X	X	X		X	X	
Mali	X	X	X	X	X	X	
Mozambique	X	X	X	X	X	X	X
Tanzanie		X		X	X	X	X
Ouganda	X	X	X	X	X		

Mali

Le Tableau 4 présente les documents revus. La politique et les directives nationales en SR sont combinées en un seul document. Le matériel spécifique à la formation de base n'a pas été revu ; les écoles de sages-femmes et d'infirmières utilisent le manuel de référence des soins prénatals focalisés (SPF) pour la formation continue. Des informations de sources diverses qui illustrent les conclusions principales n'ont pas été recueillies pour le Mali.

ELEMENTS DE PPG	PRINCIPALES CONCLUSIONS DES DIRECTIVES DU MALI
Calendrier et posologies de TPIg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La politique antipaludique et les directives de prise en charge des cas de paludisme mentionnent l'importance du TPIg-SP, sans spécifier le calendrier ou les doses de SP au cours de la CPN. ▪ La politique et les directives de SR indiquent que le TPIg-SP doit faire partie de la CPN, sans indications sur la posologie. ▪ Seuls les directives de distribution gratuite du TPIg et le manuel de référence des SPF donnent des informations spécifiques sur la posologie. ▪ Les directives sur le calendrier du TPIg-SP varient selon les documents (soit par semaine – 24-28 semaines et à 32-36 semaines – soit par mois : 2 fois entre le 4^{ème} et le 8^{ème} mois). ▪ Le manuel de référence des SPF déconseille particulièrement le TPIg pendant le dernier mois de grossesse. ▪ Le manuel de référence des SPF conseille l'arrêt de l'acide folique pendant une semaine à la suite du TPIg.
DOT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seuls les directives de distribution gratuite du TPIg, le manuel de référence des SPF, et le guide de supervision mentionnent le TPIg par DOT. ▪ Les directives de distribution gratuite du TPIg précisent que la femme enceinte doit recevoir une ordonnance lors de la CPN qu'elle présente à un pharmacien pour DOT alors que le guide de supervision précise le TPIg par DOT pendant la CPN.
Interaction avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manuel de référence des SPF indique que les femmes séropositives doivent recevoir trois doses de SP, sauf si elles sont sous prophylaxie quotidienne de cotrimoxazole. ▪ Les directives de distribution gratuite du TPIg indiquent que les femmes séropositives doivent recevoir trois doses de SP sans mention de la prise en charge de femmes sous thérapie de cotrimoxazole.
Promotion/ distribution des MILDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les documents à l'exception de la politique sur le paludisme et des directives de prise en charge des cas de paludisme indiquent que les femmes enceintes doivent recevoir un counseling sur l'utilisation des MII. ▪ La politique et les directives de SR ne mentionnent pas la distribution des moustiquaires, mais les autres documents stipulent que les MII doivent être données gratuitement lors de la première consultation prénatale. ▪ Les directives de distribution gratuite du TPIg stipulent qu'une femme enceinte doit recevoir une ordonnance au cours de la première CPN pour l'échanger à la pharmacie contre une MII.

ELEMENTS DE PPG	PRINCIPALES CONCLUSIONS DES DIRECTIVES DU MALI
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La politique et les directives de SR et les directives de distribution gratuites du TPIg ne mentionnent pas le diagnostic. ▪ Tous les autres documents revus indiquent que le diagnostic du paludisme par microscopie ou TDR doivent se faire avant le traitement dans la mesure du possible.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les directives de prise en charge des cas de paludisme recommandent la quinine par voie orale le premier trimestre de la grossesse, et par la suite les CTA pour les cas de paludisme simple, sans spécifier la posologie. La quinine parentérale est recommandée pour les cas graves pendant toute la grossesse et la posologie est indiquée ; elles stipulent également que les CTA peuvent être données au-delà du premier trimestre sans spécifier la posologie. Les CTA peuvent être données au-delà du premier trimestre, mais il est difficile de discerner les doses à utiliser lors de la grossesse. ▪ Une liste de vérification pour l'observation des soins se trouve dans le guide de supervision qui mentionne la quinine et les CTA sans leur utilisation selon les trimestres ou la posologie. ▪ Les directives sur le paludisme précisent les médicaments à donner selon les trimestres sans indiquer la posologie. ▪ Le manuel de SPF ne spécifie pas la dose de quinine par voie orale à donner pour les cas de paludisme simple au premier trimestre, mais spécifie l'utilisation des CTA pour les deuxième et troisième trimestres. ▪ L'information sur le traitement du PPG dans les directives sur le paludisme et le manuel de SPF n'est pas délimitée dans une section séparée, ce qui rend difficile de discerner les médicaments appropriés et leur posologie pour les cas de paludisme simple et grave pendant les trois trimestres de grossesse. ▪ La politique de SR et les documents de directives ne spécifient pas le diagnostic ou le traitement du PPG.

Recommandations

1. La politique et les directives de la SR ; le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ; les directives pour la gestion et la distribution gratuite de MILDA aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans et la SP aux femmes enceintes ; la politique de lutte contre le paludisme ; les directives sur le paludisme ; et le plan stratégique de lutte contre le paludisme du PNLP, de 2007 – 2011 doivent être révisés dans le contexte des directives de l'OMS en matière de calendrier et posologie du TPIg-SP. Les révisions doivent être complètes et uniformes dans l'ensemble des documents qui seront diffusés à tous les niveaux du système de santé. La formation continue et le matériel de supervision seront également révisés selon les nouvelles recommandations, avec une terminologie cohérente dans l'ensemble des documents
2. Le manuel de référence des SPF est le seul document qui indique d'arrêter l'acide folique pendant une semaine suivant le traitement de TPIg. L'OMS recommande 30 à 60 mg de fer élément par jour et 0,4 mg d'acide folique par jour pendant toute la grossesse. Si la pratique au Mali est de recommander des hautes doses d'acide folique (>0,4 mg/jour) la DSR doit s'appliquer à changer la pratique d'arrêter l'acide folique pour une semaine suivant le TPIg, qui crée la confusion chez les prestataires et les femmes.
3. Il convient d'indiquer l'importance du DOT dans la politique nationale et dans les directives du paludisme.
4. Tous les documents doivent indiquer les recommandations de l'OMS sur le TPIg pour les femmes séropositives.
5. Tous les documents doivent être harmonisés afin de préciser l'importance de la promotion des MILDA et des mécanismes de distribution.
6. La politique et les directives de SR ne mentionnent pas le traitement du PPG, qui est incomplet dans l'ensemble des autres documents. Un outil de travail mis à jour sur le traitement des cas de paludisme simple et grave pour tous les trimestres de la grossesse, facile à utiliser, doit être élaboré et inclus dans tous les documents nationaux qui traitent du PPG.

Annexe 1: Directives de l'OMS pour la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse

Dernières recommandations de l'OMS sur l'utilisation du TPIg, octobre 2012:

Dans les régions de transmission modérée à élevée du paludisme, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) avec SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes, lors de chaque consultation prénatale prévue. L'OMS recommande un programme de quatre consultations prénatales.

- La première dose du TPIg-SP devrait être administrée aussi tôt que possible lors du 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Chaque dose de TPIg-SP devrait être donnée à un mois au moins d'intervalle.
- La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans qu'il y ait de risques pour la santé.
- Le TPIg devrait être administré, dans l'idéal, comme traitement sous observation directe (DOT).
- La SP peut être donné à jeun ou avec des aliments.
- L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donnée avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique. L'OMS recommande des suppléments quotidiens de fer et d'acide folique chez les femmes enceintes d'une dose de 30-60 mg de fer élément et de 0,4 mg d'acide folique, pour réduire le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et d'anémie ferriprive chez la mère à terme.
- La SP ne doit pas être donnée aux femmes sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

Cadre stratégique pour la lutte antipaludique pendant la grossesse dans la région africaine, OMS 2004.

- Des MII devraient être remises aux femmes aussi tôt que possible au début de la grossesse, lors des consultations prénatales ou par le biais d'autres sources des secteurs public ou privé.
- Il est important d'assurer une prise en charge efficace des cas de paludisme chez toutes les femmes enceintes dans les zones impaludées.

Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS : prise de position sur les MII, 2007.

Le Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS recommande la distribution de MII, plus spécifiquement de MILDA, pour parvenir à une protection universelle des populations à risque. Le meilleur moyen de rapidement passer à l'échelle la prévention du paludisme est au travers de la distribution gratuite ou fortement subventionnée des MILDA en exploitant les services sanitaires publics existants (de routine et au travers de campagnes de distribution).

Directives pour le traitement du paludisme, Seconde édition, OMS 2010

Diagnostic:

- “Une confirmation parasitologique rapide par microscopie ou tests de diagnostic rapide est recommandée chez tous les patients en cas de suspicion de paludisme avant de démarrer le traitement.
- Le traitement sur la seule base de la suspicion clinique ne sera envisagé que si le diagnostic parasitologique n'est pas accessible.”

Traitement du paludisme simple: “Les femmes enceintes au premier trimestre avec paludisme à falciparum devront être traitées avec de la quinine plus de la clindamycine pendant sept jours (et une monothérapie à base de quinine si la clindamycine n'est pas disponible). L'artésunate plus clindamycine pendant sept jours est indiqué en cas d'échec du traitement.” De manière plus spécifique :

Premier trimestre:

- Quinine plus clindamycine pendant 7 jours (artésunate plus clindamycine pendant 7 jours si ce traitement échoue). Si la clindamycine n'est pas disponible ou si le prix est hors de portée, alors on recommande une monothérapie à base de quinine.
- Les CTA ne sont indiquées que si c'est le seul traitement disponible immédiatement ou si le traitement de 7 jours à base de quinine et clindamycine échoue ou encore si on ne peut pas s'assurer de l'observance du traitement de la part de la patiente.

Deuxième et troisième trimestres:

- Les CTA à efficacité connue dans le pays ou la région ou l'artésunate plus la clindamycine seront données pendant 7 jours ou quinine plus clindamycine à donner pendant 7 jours (à l'exception de DHA+PPQ pour lesquels il n'existe pas une information suffisante pour l'utilisation comme traitement de première intention lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse). Note: Si la clindamycine n'est pas disponible ou trop chère, alors on optera pour la monothérapie.

Infection par le VIH:

- Les patientes séropositives qui contractent le paludisme doivent recevoir rapidement des protocoles antipaludiques efficaces, tel que recommandé dans les sections pertinentes des présentes directives. Il ne faut pas donner un traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine aux patients séropositifs sous prophylaxie à base de cotrimoxazole (triméthoprime plus sulfaméthoxazole).

Traitement du paludisme grave: Des antipaludiques par voie parentérale devront être donnés, immédiatement et en doses complètes, aux femmes enceintes souffrant de paludisme. On préférera l'artésunate par voie parentérale à la quinine, lors des deuxième et troisième trimestres, car la quinine est associée à une hypoglycémie récurrente. Pendant le premier trimestre, le risque d'hypoglycémie est plus faible et les incertitudes plus grandes quant à l'innocuité des dérivatifs de l'artémisinine. Par ailleurs, en pesant d'une part les risques et, d'autre part, les preuves indiquant que l'artésunate réduit la mortalité imputable au paludisme grave, on peut probablement envisager l'artésunate et la quinine comme options jusqu'à ce que de plus amples informations soient disponibles. Il ne faut pas attendre pour donner le traitement et si seulement un des médicaments est disponible, artésunate, artéméter ou quinine, alors il faut commencer à le donner immédiatement.

Posologies :

Artéméther plus luméfantrine (AL) : Disponible à l'heure actuelle comme formule à dose fixe avec comprimés dispersables ou standard contenant 20 mg d'artéméther et 120 mg de luméfantrine. Le traitement recommandé est un protocole de 6 doses sur une période de 3 jours. La posologie est fonction du nombre de comprimés par dose, en fonction de gammes de poids prédéterminées (5–14 kg: 1 comprimé ; 15–24 kg: 2 comprimés; 25–34 kg: 3 comprimés ; et > 34 kg: 4 comprimés), à prendre deux fois par jour pendant 3 jours : d'où une extrapolation de 1,7/12 mg/kg poids corporel d'artéméther et de luméfantrine, respectivement, par dose, à prendre deux fois par jour pendant 3 jours, avec une gamme de dose thérapeutique de 1,4–4 mg/kg d'artéméther et de 10–16 mg/kg de luméfantrine.

Artémisinine : Le seul changement récent concerne la dose de maintien plus élevée de l'artésunate recommandée par voie parentérale (2,4 mg/kg poids corporel), en fonction des études pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et par extrapolation d'études sur l'artésunate par voie orale.

Le traitement à base de quinine pour le paludisme sévère a été établi avant la mise au point des méthodes modernes d'essais cliniques. Plusieurs sels de quinine ont été formulés pour l'utilisation parentérale mais la quinine dihydrochloride est la plus utilisée. Les concentrations maximales suivant l'injection de quinine par voie intramusculaire dans les cas d'infection paludique sévère sont analogues à celles suivant la perfusion intraveineuse. D'après les études de modélisation pharmacocinétique, une dose d'attaque de quinine (20 mg sel/kg de poids corporel – deux fois la dose de maintien) réduit le temps nécessaire pour arriver aux concentrations plasmatiques thérapeutiques. La dose de maintien de quinine (10 mg sel/kg poids corporel) est administrée à 8 heures d'intervalle, dès 8 heures après la première dose. Suivant le traitement initial par voie parentérale, une fois que la patiente tolère le traitement par voie orale, il est de toute première importance de continuer et d'achever le traitement avec un antipaludique efficace par voie orale en utilisant le régime complet d'une association médicamenteuse (artésunate plus amodiaquine plus artéméther plus luméfantrine ou dihydroartémisinine plus pipéraquine) or artésunate (plus clindamycine ou doxycycline) ou quinine (plus clindamycine ou doxycycline).

Annexe 2: Mali

DIRECTIVES DANS LE DOMAINE DU PPG	POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE LA REPRODUCTION	DIRECTIVES NATIONALES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	MATERIEL DE FORMATION CONTINUE	MATERIEL DE SUPERVISION	PROGRAMME DE FORMATION DE BASE
Documents	PNLP, pas de date, mais autour de 2008/2009	Lignes directrices pour la prise en charge des cas de paludisme (PNLP 2012)	Lignes directrices pour la gestion et distribution gratuite des MILDA et TPIg aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, PLNP, mars 2011	Voir colonne suivante—la politique et les directives de SR sont fusionnées en un seul document	Politique et directives des services de SR, 2004.	Manuel de référence des soins prénatals focalisés novembre, 2011	Guide de supervision, PNLP, février 2012	Le manuel de formation continue des SPF est également utilisé par les écoles d'infirmières et de sages-femmes II n'existe pas de matériel séparé pour la formation de base.
Calendrier du TPIg	SP pendant la grossesse, sans indiquer la posologie ou le calendrier.	Mentionne l'importance du TPIg, sans indiquer le calendrier ou la posologie.	Donner la SP deux fois pendant la grossesse, après 16 semaines.		Ne pas donner à la première consultation (16 semaines) mais lors des visites de suivi (24 à 28 semaines et 32 à 36 semaines).	2 doses de SP à au moins un mois d'intervalle entre le 4 ^{ème} et le 8 ^{ème} mois de grossesse dès les premiers mouvements fœtaux ; ne pas donner pendant le dernier mois de la grossesse.	Quand donner le TPIg pendant la grossesse : la question est posée au prestataire mais les réponses correctes ne sont pas indiquées dans le document: entre le 4 ^{ème} et le 8 ^{ème} mois ; 3 comprimés de SP. Interview des clientes à leur sortie en ce qui concerne le traitement avec SP.	
Posologie TPIg	Pas indiquée	Mentionne l'importance du TPIg, sans indiquer le calendrier ou la posologie.	SP, 3 comprimés; la femme prend l'ordonnance du prestataire lors de la CPN à la pharmacie.		Administration de la SP sans indication de la posologie.	SP, 3 comprimés; ne pas prendre d'acide folique pendant une semaine suivant la SP.	SP est indiquée; on demande la posologie au prestataire mais la réponse correcte n'est pas mentionnée.	

DIRECTIVES DANS LE DOMAINE DU PPG	POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE LA REPRODUCTION	DIRECTIVES NATIONALES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	MATERIEL DE FORMATION CONTINUE	MATERIEL DE SUPERVISION	PROGRAMME DE FORMATION DE BASE
DOT	Pas traité dans le document	Pas traité dans le document	Le pharmacien donne la SP sous DOT.		Pas traité dans le document	Oui	TPIg sous DOT	
Interaction du VIH: qu'est-ce que les documents sur la SR et sur le paludisme proposent pour le VIH pendant la grossesse?	Pas traité dans le document	Pas traité dans le document	Les femmes enceintes séropositives reçoivent 3 doses de TPIg avec SP sans mention de la prise en charge de femmes sous thérapie de cotrimoxazole.		Pas traité dans le document	Les femmes séropositives doivent recevoir 3 doses de SP ; si sous thérapie de cotrimoxazole ne pas donner le TPIg.	Pas traité dans le document	
Promotion des MILDA	Va collaborer avec le secteur privé pour la mise à l'échelle.	L'utilisation est mentionnée mais pas la distribution.	Femmes conseillées sur l'utilisation des moustiquaires ; prestataire de la CPN donne une ordonnance.		Des conseils sur l'utilisation des MII sont mentionnés.	Conseils à toutes les mères sur l'utilisation des MII au cours de chaque visite prénatale.	Conseils sur l'utilisation des MILDA.	
Distribution des MILDA	Toutes les femmes enceintes doivent recevoir une moustiquaire gratuite lors de la 1 ^{ère} consultation prénatale.	L'utilisation est mentionnée mais pas la distribution.	La femme prend l'ordonnance qu'elle a reçue lors de la première consultation prénatale à la pharmacie pour recevoir une moustiquaire.		La méthode de distribution n'est pas mentionnée.	MII donnée gratuitement lors de la 1 ^{ère} CPN.	MILDA donnée lors de la 1 ^{ère} CPN ; interview à la sortie de la cliente sur la réception gratuite de la MILDA.	
Diagnostic du paludisme	Diagnostic gratuit des cas aux femmes enceintes par TDR ou microscopie lorsque cela est possible.	Diagnostic par TDR ou microscopie dépend du niveau de santé: centre de santé communautaire—TDR; centre de référence—microscopie.	Pas traité dans le document		Pas traité dans le document	Utiliser la microscopie ou les TDR lorsque cela est possible; si non disponible, diagnostic selon l'état clinique.	Interviews des ASC ciblent l'utilisation des TDR ou microscopie pour le diagnostic ; évaluation de la présence de matériel/fournitures nécessaires pour TDR et microscopie	

DIRECTIVES DANS LE DOMAINE DU PPG	POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE LA REPRODUCTION	DIRECTIVES NATIONALES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	MATERIEL DE FORMATION CONTINUE	MATERIEL DE SUPERVISION	PROGRAMME DE FORMATION DE BASE
Traitement: Paludisme simple	Pas de mention spécifique sur la grossesse ou sur les trimestres, mais seulement que les cas de paludisme simple seront traités par CTA comme l'artésunate-amodiaquine (AS-AQ) ou AL; aucune posologie, voie d'administration, ou traitement spécifique par trimestre n'est indiqué. Traitement gratuit pour les femmes enceintes.	1er trimestre: quinine par voie orale pendant 7 jours, posologie pas clairement définie. 2ème et 3ème trimestres: CTA, sans précision sur le type/posologie.	Pas traité dans le document		Pas traité dans le document	1st trimestre: quinine par voie orale, sans précision sur la posologie. 2ème et 3ème trimestres: AL (20 mg/120 mg)—4 comprimés matin et soir pendant 3 jours.	Demande au prestataire quel médicament donner pour le traitement, précise AI et quinine sans spécifier la posologie; questions sur les stocks de AL, AS-AQ, quinine, et artémether.	

DIRECTIVES DANS LE DOMAINE DU PPG	POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	DIRECTIVES NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME	POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE LA REPRODUCTION	DIRECTIVES NATIONALES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	MATERIEL DE FORMATION CONTINUE	MATERIEL DE SUPERVISION	PROGRAMME DE FORMATION DE BASE
Traitement: Paludisme grave	Pas de mention spécifique sur la grossesse mais seulement que tous les cas de paludisme grave seront traités avec de la quinine; aucune posologie, voie d'administration, ou traitement spécifique par trimestre n'est indiqué. Traitement gratuit pour les femmes enceintes.	Tous les trimestres: quinine en IV par dose de charge de 20 mg/kg puis dose d'entretien de 10 mg/kg toutes les 8 heures jusqu'à ce que la quinine par voie orale puisse être démarrée si dans le premier trimestre ou CTA si c'est le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse.				Artémether par IM, 3,2 mg/kg (max 160 mg) avant de référer ; ou 800 mg d'artésunate par voie rectale; ou 10 mg/kg de quinine par IM. Si le transfert n'est pas possible, continuer l'administration d'artémether à 1,6 mg/kg par jour pendant 5 jours; ou deuxième dose de charge d'artésunate 12 heures plus tard, puis 10mg/kg par jour, durée du traitement pas spécifiée; ou 10 mg/kg de quinine par IV 3 fois/jour ou 15 mg/kg 2 fois/jour; si la patiente est en mesure de prendre un médicament par voie orale, continuer le traitement par CTA par voie orale.		

Les autres documents revus et constatations utiles connexes incluent:

- Plan stratégique sur la lutte contre le paludisme du PNLP 2007–2011, juillet 2006: TPIg—2 doses à au moins un mois d'intervalle entre les 4^{ème} et 8^{ème} mois; avec SP—3 comprimés; promotion des MILDA; promotion de l'utilisation des TDR/diagnostic de laboratoire.