

Réussites et enjeux des programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse: une analyse de trois pays

Sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse (PPG) se trouvent à la croisée des chemins. Certes, la plupart des pays ont fait un grand pas en avant vers la réalisation de leurs buts globaux et, pourtant, un grand nombre sont encore loin d'avoir atteint les objectifs de l'Initiative Faire Reculer le paludisme (FRP/RBM), et de l'Initiative du Président pour le paludisme (PMI) concernant le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) et la couverture en moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) parmi les femmes enceintes (FRP, 80 % ; PMI, 85 %). Alors que les pays continuent d'étendre à plus grande échelle les interventions de lutte contre le PPG, certains outils spécifiques pourraient leur être utiles pour cerner et éliminer des goulots d'étranglement programmatiques. Le présent résumé d'orientation présente aux ministères de la santé (MS), aux donateurs et aux partenaires de l'exécution des programmes de santé de reproduction une synthèse des leçons retenues de trois pays dont la performance est relativement élevée – le Malawi, le Sénégal et la Zambie – mettant en exergue les meilleures pratiques et les stratégies réussies qui peuvent être appliquées à d'autres pays africains où le paludisme est endémique.

Survol des indicateurs de la LPG

INDICATEUR	MALAWI (EDS 2010 , EIP 2010)	SENEGAL (EDS 2005 , EIP 2008/9)	ZAMBIA (EDS 2007, EIP 2008)
Pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent deux doses ou plus de TPIg pour la prévention du paludisme	60,3%	52,2%	60,3%
Pourcentage de femmes enceintes qui dorment sous une MII	35,3%	28,5%	43,2%
Pourcentage de ménages avec au moins une MII	56,8%	63,3%	62,3%
Pourcentage de femmes enceintes se rendant à au moins une CPN	96,5%	91,1%	93,7%
Pourcentage de femmes enceintes se rendant à plusieurs CPN	94,9%	87,3%	94,3%

En dépit de la panoplie d'enquêtes qui collectent des données sur la couverture en TPIg et MII, les raisons pour lesquelles les programmes de lutte contre le PPG n'atteignent pas leurs objectifs ne sont toujours entièrement comprises. Il est essentiel de relier, de passer en revue et d'analyser les données se rapportant aux programmes de lutte contre le PPG pour se faire une meilleure idée des goulots d'étranglement des réussites et de l'enseignement tirée de la mise en œuvre afin d'élever les programmes de lutte contre le PPG à un degré supérieur de réussite. Les données récentes recueillies par le biais des enquêtes démographiques et de santé (EDS), et des enquêtes sur les indicateurs liés au paludisme (EIP) indiquent que le Malawi, le Sénégal et la Zambie sont très performants sur le plan des indicateurs de lutte contre le PPG et ont donc appliqué probablement des stratégies réussies susceptibles d'être adaptées et reproduites dans d'autres pays où le paludisme est endémique. Avec le soutien de PMI, MCHIP a réalisé des études de cas nationales de 2009

Domaines clés des programmes de lutte contre le PPG

- Intégration
- Politiques
- Produits
- Assurance de qualité
- Renforcement des capacités
- Connaissance et engagement

à 2011 pour comprendre plus dans le détail les programmes de lutte contre le PPG.

Les études de cas ont été compilées sur la base d'une étude des sources de données secondaires et d'entretiens avec les parties concernées aux fins de mieux comprendre les aspects suivants :

- Les pratiques/stratégies prometteuses qui ont soutenu la réussite des programmes de la lutte contre le PPG ;
- Les goulots d'étranglement dans les programmes de la lutte contre le PPG et les manières dont ils sont supprimés ; et
- Les leçons retenues qui pourront étayer les futurs programmes de la lutte contre le PPG.

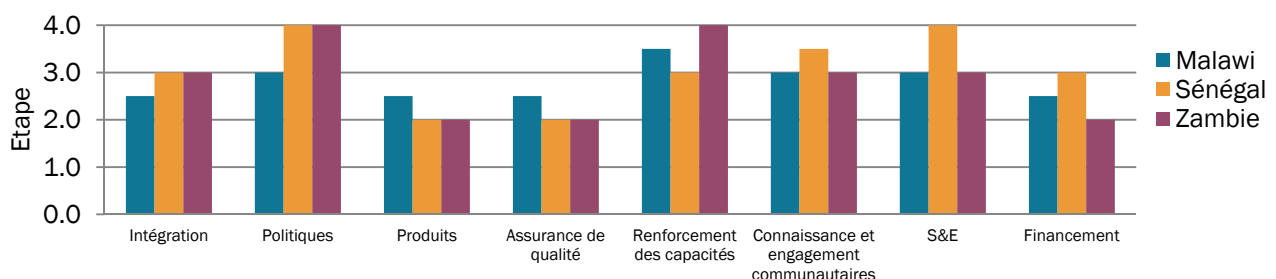
Les études de cas ont été analysées en utilisant le cadre de mise en œuvre des programmes de la lutte contre le PPG, mis au point par Malaria Action Coalition de l'USAID. Le cadre devrait permettre aux parties concernées dans les divers pays de mieux utiliser les informations existantes se rapportant à la lutte contre le PPG en rapport avec les huit domaines programmatiques. Le degré d'avancement des programmes de lutte contre le PPG dans chacun de ces domaines est évalué en fonction de quatre stades de la mise en œuvre :

- Stade 1 – Démarrage: Peu ou aucune mise en œuvre
- Stade 2 – Etapes initiales de la mise en œuvre
- Stade 3 – Niveau avancé de mise en œuvre
- Stade 4 – Mise à l'échelle

POINT DE LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE LPPG

L'application du cadre dans chacun des huit domaines programmatiques a fait ressortir les thèmes clés dans les trois pays se rapportant aux meilleures pratiques qui ont fait progresser la mise en œuvre des programmes de lutte contre le PPG ainsi que les obstacles qui ont entravé la réalisation des buts de la lutte contre le PPG. Les obstacles les plus importants se trouvent dans les domaines des produits (approvisionnement), de l'assurance de qualité et du financement. Ces obstacles doivent être abordés pour pouvoir atteindre les objectifs de la lutte contre le PPG.

Etapes de la mise en œuvre du programme de la LPPG, 2009–2011



Intégration des programmes et des services

L'intégration des interventions de la lutte contre le PPG aux consultations prénatales focalisées (CPN focalisées) au niveau de l'établissement de santé a joué une part essentielle dans la réussite des programmes de la lutte contre le PPG dans les trois pays en question. Vu que plus de 90 % des femmes enceintes se rendent à au moins une CPN et que la majorité des femmes s'y rendent deux

fois ou plus, il est évident que les CPN sont un point d'entrée important pour la fourniture des interventions de la lutte contre le PPG en général et du TPIg et MII en particulier. Par ailleurs, la planification et mise en œuvre sont intégrées à des degrés variables entre les services du MS au niveau central, dont la santé de la reproduction (SR), les programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) et le VIH/PTME. Les faiblesses résident essentiellement au niveau des contraintes liées aux ressources humaines, au fait que les autres services sont vus comme livrant une compétitivité pour l'obtention de financements et au manque de priorité accordée à l'intégration des programmes au sein du MS. Si la faible coordination programmatique au niveau central n'a pas empêché l'intégration des services au niveau des établissements, elle est responsable par contre des doubles emplois et du manque d'efficacité et, partant, du manque de ressources.

Politiques

Les politiques de la lutte contre le PPG ont été concrétisées en directives nationales pour la prestation de services de santé reproductive et intégrées à l'éducation fondamentale et à la formation en cours d'emploi dans les trois pays. Au Malawi, des divergences ont été notées entre les directives pour la SR et la lutte antipaludique, d'où la nécessité pour les services de la SR du MS et du PNLN d'harmoniser les politiques afférentes à la lutte contre le PPG afin de vérifier la standardisation des soins. Si les directives sont disponibles au niveau central, elles ne sont par contre pas toujours diffusées efficacement à tout le personnel de santé, pas plus d'ailleurs que l'orientation portant sur ces mêmes directives. Et, par conséquent, l'utilisation et l'observance des directives peuvent être limitées.

Produits

Les antipaludiques recommandés par l'OMS sont approuvés et disponibles et les MII sont fournis dans les CPN. Par contre, il existe des ruptures de stock fréquentes de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) dans les centres de santé suite aux pénuries de stock au niveau central et aux systèmes de distribution inefficaces. Problème que vient encore aggraver l'utilisation irrationnelle du SP pour traiter les cas de paludisme au sein de la population en général. La distribution de MII gratuites aux femmes enceintes (en Zambie et au Malawi) est jugée un mécanisme efficace pour augmenter leur utilisation et encourager la fréquentation des CPN quand les MII sont disponibles. Mais, comme pour le SP, les établissements de santé connaissent des ruptures de stock de MII à cause des stocks insuffisants et interruptions de la distribution au niveau central. Les trois pays ont déjà réalisé des campagnes de couverture universelle en MII (ou sont sur le point de le faire) dans le but d'augmenter l'utilisation des moustiquaires au sein de la population en général et réalisent des activités supplémentaires ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.



Assurance de la qualité

Les systèmes d'assurance de la qualité (AQ) dans les trois pays comprennent des visites de supervision régulières et des évaluations de la performance aux niveaux des districts et des établissements de santé. Des outils ont été mis au point pour ces activités, notamment des normes de performance se rapportant à la lutte contre le PPG. Mais le manque de financement et le surcroît d'autres responsabilités incombant au personnel chargé des évaluations et de la supervision empêchent le fonctionnement actuel de systèmes complets d'AQ dans les trois pays en question. Certes, les partenaires appuient certaines activités de supervision mais il sera difficile

de maintenir l'impact des investissements dans l'éducation fondamentale et la formation en cours d'emploi si l'AQ ne vient pas occuper une place suffisante dans les programmes de lutte contre le PPG.

Renforcement des capacités

Les directives de la lutte contre le PPG font partie de l'éducation fondamentale du personnel de santé. La formation en cours d'emploi porte elle sur les mises à jour probantes et le maintien de compétences pertinentes et importantes entrant dans la lutte contre le PPG. Le matériel de la formation en cours d'emploi pour les CPNF, la PTME et la prise en charge des cas de paludisme traite également des directives de la lutte contre le PPG, encourageant ainsi l'intégration des services. Une coordination plus étroite entre les services de la SR, du VIH et de la SMNI permettrait de mieux gérer le temps que passe le personnel de santé dans les formations hors site tout en vérifiant que la supervision des participants de la formation se concentre sur l'élimination des lacunes de performance. D'autres stratégies de renforcement des capacités, dont la formation sur le tas et l'encadrement qui affinent les résultats de la formation en général, sont sous-utilisées à l'heure actuelle.

Engagement communautaire

Les volontaires et agents de santé communautaire participent activement à l'éducation et à la mobilisation pour les CPN focalisées et la lutte contre le PPG. Ils sont vus comme des acteurs clés encourageant la fréquentation des CPN et l'utilisation des MII. Les campagnes communautaires apportant éducation et assistance active pour accrocher les MII sont jugées essentielles pour augmenter l'utilisation des MII chez les femmes enceintes et dans l'ensemble de la population. Le soutien et la participation des agents communautaires à la prestation des services en milieu clinique a permis de libérer le personnel clinique d'une partie de ses tâches. Les donateurs ciblent de plus en plus les fonds sur les programmes à base communautaire pour des raisons de constance et de pérennisation bien qu'il faille encore davantage de stratégies pour mobiliser les ressources de l'intérieur des communautés ciblées.



Suivi et évaluation

Les trois pays suivent les indicateurs de la LPPG par voie de diverses ressources dont les enquêtes auprès des ménages, le système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) et (de manière moins fiable) la surveillance des sites sentinelles. Les établissements collectent et signalent régulièrement au SIGS les données sur les doses du TPIg, lorsqu'elles sont cumulées aux indicateurs nationaux. Par contre, deux indicateurs de la lutte contre le PPG, recommandés par l'OMS – le pourcentage de personnel des soins prénatals formés en matière de lutte contre le PPG ces 12 derniers mois et le pourcentage de femmes enceintes dépistées avec anémie grave lors du troisième trimestre, par nombre d'enfants – sont absents des sources de données nationales dans les trois pays, bien que les données sur l'anémie soient notées d'une manière ou d'une autre dans les établissements. L'information sur la distribution de MII dans les CPN ne figure pas actuellement dans les outils de collecte nationale de données en Zambie et au Malawi. De fait, ces données sont recueillies sur des formulaires parallèles se rapportant à tel programme en particulier. Au Sénégal, les indicateurs de la

lutte contre PPG ont été intégrés efficacement au SIGS. La qualité des données du SIGS en Zambie et au Malawi est précaire mais par contre, ces dernières années, le Sénégal a pris d'importantes mesures pour remédier à ce problème en recrutant du personnel supplémentaire et en mettant en place un système de gestion de données basé sur le web. Tous les pays nécessitent un soutien supplémentaire pour promouvoir l'utilisation de données pour la prise de décisions.

Financement

Les trois gouvernements nationaux ont engagé des fonds pour les programmes de lutte contre le PPG bien qu'ils dépendent encore largement du soutien des donateurs. Les gouvernements zambiens et sénégalais octroient tout le financement nécessaire pour la SP. Les pénuries au niveau central sont davantage dues à une quantification inadéquate qu'au manque de financement.



Les pays dépendent entièrement des donateurs, surtout du Fonds mondial et du PMI, pour les MII et cela s'est avéré insuffisant pour couvrir toutes les femmes enceintes. Si l'approche sectorielle s'est avérée efficace pour coordonner le soutien des bailleurs de fonds au Malawi, le manque de redevabilité, par contre, pour ces fonds octroyés directement au gouvernement, a entravé les contributions au pool de fonds. Les retards dans la réception des subventions du Fonds mondial en Zambie et au Malawi ont freiné la mise en œuvre du programme. Actuellement, le gouvernement zambien ne peut plus recevoir de l'argent du Fonds mondial pour des raisons de corruption.

RECOMMANDATIONS

Certes, les trois pays ont obtenu des réussites dans les domaines des politiques, du renforcement des capacités, des interventions communautaires ainsi que du suivi et de l'évaluation, l'analyse utilisant le cadre de mise en œuvre montre pourtant que les goulots d'étranglement dans ces domaines ainsi que dans d'autres domaines clés continuent de freiner la mise à l'échelle du programme et la réalisation des objectifs de la lutte contre le PPG. Vu que les domaines clés sont interdépendants, les progrès (dans l'idéal au Stade 4, Mise à l'échelle) doivent être réalisés dans tous les domaines pour arriver à un programme holistique et efficace de lutte contre le PPG dans le pays. Face aux goulots d'étranglements retenus par l'analyse, les études de cas ébauchent des recommandations spécifiques à chacun des trois pays.



Voici certaines des recommandations clés de nature transversale :

- **Promouvoir l'intégration et la coordination des programmes de SR, VIH et de lutte antipaludique par le biais des groupes de travail de la lutte contre le PPG.** La remise sur pied et le renforcement des groupes de travail de la lutte contre le PPG peuvent servir de forum aux ministères de la santé, aux donateurs et aux partenaires de l'exécution afin de partager l'expertise technique et programmatique ; d'harmoniser les directives de la prestation de services de la lutte contre le PPG dans tous les secteurs de la santé ; de suivre et de planifier la formation en cours d'emploi des agents de santé ; de maximiser les fonds pour une supervision formative et des évaluations de la performance intégrées et promouvoir la collaboration, à la place de la compétition, entre les services de santé du MS et les partenaires de l'exécution dans le but de réduire tout double emploi et de partager au possible les ressources. En plus, la remise sur pied des groupes de travail

de la lutte contre le PPG infusera une nouvelle énergie au programme et redonnera sa place prioritaire à la lutte contre le PPG, élément critique de sa réussite. Il est particulièrement important que les programmes de SR et de la lutte antipaludique ainsi que les programmes du VIH travaillent ensemble pour revoir les barrières à la réalisation des buts de l'utilisation du TPIg (inconstance dans les directives, compréhension erronée des directives entre les agents de santé, manque de fournitures et ruptures de stock du SP) et de la couverture en MII (points de distribution et ruptures de stock) et pour progresser en s'appuyant sur les bases de réussite.

- **Plaidoyer par le biais des groupes de travail de la lutte contre le PPG et autres forums pour assurer un approvisionnement régulier des stocks de SP et MII dans les CPN.** Le TPIg et les MII sont les piliers des programmes de la lutte contre le PPG et les ministères de la santé doivent pousser les parties concernées à trouver les raisons des ruptures de stock et à remédier à cette situation. Ces mesures ne supposent pas forcément de nouvelles interventions mais plutôt une modification et un renforcement dans les activités actuelles se rapportant à la quantification des produits, aux systèmes d'information sur la gestion de la logistique, à la gestion des données et à l'assurance de la qualité.
- **Augmenter le soutien pour les initiatives communautaires pour lever les barrières entravant la fréquentation des services.** Les ministères de la santé et les donateurs devraient octroyer des ressources accrues aux activités dirigées par la communauté pour sensibiliser davantage à l'importance des CPN focalisées et des services de la lutte contre le PPG, pour rapprocher ces services de l'utilisatrice et renforcer les liens entre les communautés et les établissements de santé. L'institutionnalisation des agents d'extension communautaire et l'appui qui leur est donné pour réaliser des interventions comme la démonstration de la bonne manière d'accrocher les MII dans les maisons sont de bons moyens aidant les programmes à venir à bout de barrières simples et pourtant bien implantées, entravant nettement les activités de prévention du paludisme. Un soutien supplémentaire pour les interventions comme les camps mobiles et les systèmes de transports communautaires aideront les pays à venir à bout de la barrière souvent citée de la distance séparant l'utilisateur des points de services. En reconnaissant que la santé démarre dans la famille d'une communauté et engageant les communautés à promouvoir des pratiques saines dès le début d'une grossesse (quatre CPN au moins pendant le premier trimestre et utilisation du TPIg et des MII), on arrivera à promouvoir un comportement de recherche de soins et les femmes enceintes consulteront les services nécessaires, dont ceux pour la prévention du PPG.
- **Consacrer les ressources accrues au renforcement des systèmes de S&E existants et intégrer la gestion et l'utilisation de données à la prise de décisions dans le cadre des programmes d'éducation fondamentale et de formation en cours d'emploi.** Les activités en vue d'atteindre cet objectif seront déployées le long de trois axes : 1) renforcer la collecte et la notification de données au niveau de l'établissement de santé, 2) renforcer les compétences, au niveau des districts, liées à l'utilisation de données pour la prise de décisions, et 3) intégrer les indicateurs recommandés par l'OMS au SIGS et/ou aux enquêtes auprès des ménages. Pour renforcer la gestion de données au niveau des établissements de santé qui manquent de ressources



humaines, on pourra intégrer les processus de collecte et de gestion de données à l'éducation fondamentale ainsi qu'à la formation en cours d'emploi, à l'intention du personnel clinique et du personnel de soutien. Les responsables programmatiques et techniques du MS ainsi que le personnel du SIGS apprendront ainsi l'art de la supervision de la gestion de données ainsi que l'emploi de données pour la prise de décisions (utiliser les données pour obtenir et diriger les ressources). Une fois le système renforcé, on pourra y ajouter les indicateurs restants de l'OMS liés à l'anémie pendant la grossesse et au nombre de personnel formé en matière de lutte contre le PPG.

- **Promouvoir les stratégies de renforcement des capacités au niveau de l'éducation fondamentale, de la formation en cours d'emploi, de l'encadrement et de la supervision ainsi que de la formation sur le tas en groupe.** A la place de la formation en cours d'emploi hors site, les ministères de la santé et autres parties concernées pourront envisager un investissement, efficace par rapport aux coûts, dans les stratégies suivantes de renforcement des capacités : améliorer l'enseignement fondamental, organiser des formations sur le tas aux niveaux des districts et des établissements de santé, encadrer et superviser le personnel de santé et mettre en place l'infrastructure nécessaire. De telles interventions risquent de prendre plus longtemps pour atteindre un grand nombre du personnel de santé et il faudra donc que les ministères et les donateurs alignent les cibles programmatiques sur les nouvelles stratégies. Les technologies de e-formation come les cours en ligne et les cours sur CD-ROM peuvent compléter et réduire le temps nécessaire pour la formation par des moniteurs externes.
- **Renforcer les systèmes d'assurance de la qualité.** L'assurance de qualité, y compris les évaluations de la performance et la supervision de routine, doit recevoir une plus grande priorité pour que deviennent rentables au maximum les autres composantes du programme de PPG. Il faudra pour cela renforcer la collaboration entre l'assurance de qualité, le PNLN et les services de SR et VIH pour faire des évaluations de la performance et utiliser l'information de ces évaluations pour augmenter et mieux cibler l'information qui en découle et combler ainsi les lacunes des services. Les obstacles de la supervision de routine, au titre du manque de ressources humaines, manque de financement pour les moyens de transport et manque de superviseurs dotés des compétences adéquates viennent encore relever l'importance d'investir dans des activités d'assurance de la qualité qui complètent la supervision en cours et confèrent aux responsables et agents de santé la capacité nécessaire pour suivre et améliorer la performance. De tels investissements créent également des possibilités de maximiser le financement entre les programmes, permettant ainsi des visites plus fréquentes.

ETAPES SUIVANTES

A présent que les défis sont identifiés clairement au Malawi, au Sénégal et en Zambie et les recommandations faites en vue d'aller de l'avant, il revient aux parties concernées par la lutte contre le PPG de déterminer comment ils relèveront ces défis. La mise en œuvre des recommandations ne saura se faire qu'avec l'appui inconditionné des ministères de la santé venant coordonner les activités des donateurs et des partenaires de l'exécution et cibler les ressources vers les interventions clés. Un grand nombre des leçons retenues sont susceptibles d'être appliquées à d'autres pays où le paludisme est endémique et



viendront étayer les programmes. Les ministères de la santé pourront réaliser leurs propres analyses dans leur pays en utilisant le cadre de mise en œuvre de la lutte contre le PPG et formuler leur propre étude de cas nationale. Le cadre peut être appliqué par le biais d'une démarche collaborative entre les parties prenantes de la lutte contre le PPG et lors des revues régulières des programmes antipaludiques et de santé reproductive. Certes, il subsiste de nombreux obstacles au niveau de l'éradication du paludisme en général et du paludisme pendant la grossesse en particulier et, pourtant, l'enseignement retenu jusqu'à présent démontre que les obstacles ne sont pas insurmontables et que les buts de la PMI et de FRP – concernant le TPIg et les MII – sont dans la sphère de ce qui peut être atteint.

RECOMMANDATIONS DE LECTURES COMPLEMENTAIRES

ACCESS/Jhpiego, *Kit de Ressources pour le Paludisme pendant la grossesse*(<http://www.jhpiego.org/files/malarialrp/index.htm>)

Maternal and Child Health Integrated Program, *MIP Country Case Studies*(http://www.mchip.net/Documentation_and_Dissemination)

Organisation mondiale de la santé, *Cadre Stratégique pour la Prévention et la Lutte contre le Paludisme pendant la Grossesse dans la Région africaine*(http://www.rollbackmalaria.org/toolbox/fr/tool_MalariaPreventionInPregnancy.html)