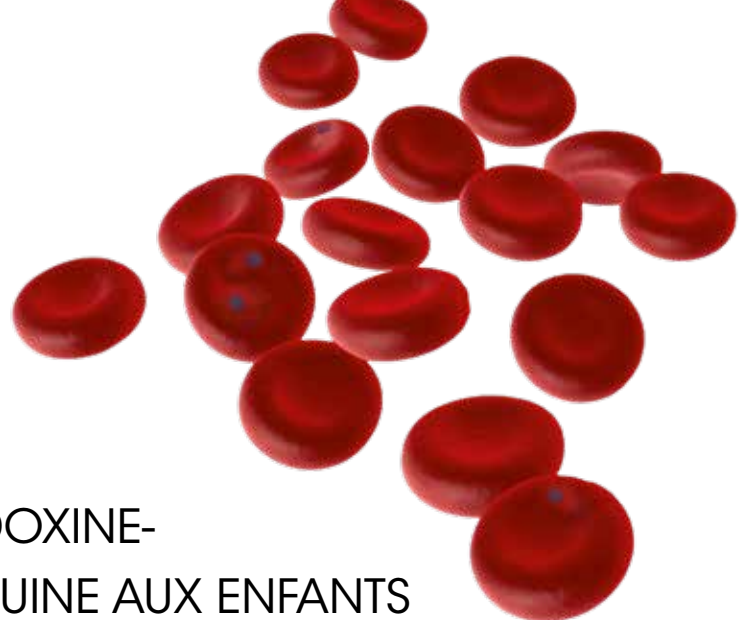


CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER

PAR ADMINISTRATION DE SULFADOXINE-
PYRIMÉTHAMINE ET D'AMODIAQUINE AUX ENFANTS

GUIDE DE TERRAIN



Organisation
mondiale de la Santé





CHIMIOPREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER

PAR ADMINISTRATION DE SULFADOXINE-
PYRIMÉTHAMINE ET D'AMODIAQUINE
AUX ENFANTS

GUIDE DE TERRAIN
JUILLET 2013



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Chimioprévention du paludisme saisonnier par administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants : guide de terrain.

1.Paludisme – prévention et contrôle. 2.Atipaludiques – usage thérapeutique. 3.Chimioprévention – méthodes. 4.Pyriméthamine – usage thérapeutique. 5.Sulfadoxine – usage thérapeutique. 6.Enfant. 7.Nourrisson. 8.Saisons. 9.Guide de bonnes pratiques. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250473 6

(Classification NLM : QV 256)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

Design et mise en page : www.paprika-annecy.com
Imprimé à Malte.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	Vii
Abréviations.....	Viii
1. GÉNÉRALITÉS	1
2. RECOMMANDATION STRATÉGIQUE DE L'OMS POUR LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	3
3. CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	7
3.1 Définition.....	7
3.2 Quand la mettre en œuvre ?.....	7
3.3 Choix de la sulfadoxine-pyriméthamine et de l'amodiaquine.....	8
3.4 Régions appropriées pour la mise en œuvre	8
3.5 Résistance au médicament.....	8
3.6 Sécurité.....	9
3.7 Administration	9
3.8 Importance de l'observance du régime de traitement de 3 jours.....	10
3.9 Estimation des coûts	10
4. ADOPTION AU NIVEAU NATIONAL DE LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER	11
4.1 Étapes de l'adoption d'une politique	11
4.2 Actualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme	12
5. PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER 13	
5.1 Analyse de la situation	13
5.2 Système d'administration	13
5.2.1 Approche communautaire.....	14
5.2.2 Système reposant sur les établissements de santé	15
5.3 Préparation d'un plan	15
5.3.1 Liste des activités clés.....	15
5.3.2 Estimation des besoins en médicaments	15
5.3.3 Formation du personnel.....	16
5.3.4 Gestion du transport et de la chaîne d'approvisionnement.....	17
5.3.5 Supervision	18
5.3.6 Sensibilisation pour susciter la mobilisation communautaire et sociale et communication pour un changement de comportement	18
5.3.7 Administration	19
5.4 Activités à différents niveaux	23
5.4.1 Programme national de lutte contre le paludisme	23
5.4.2 Niveau régional	23
5.4.3 Niveau du district	24
5.4.4 Niveau du centre de santé périphérique	24
5.4.5 Niveau de la communauté.....	25
5.5 Notification	26
6. SUIVI ET ÉVALUATION	27
6.1 Cadre d'exécution	27
6.1.1 Indicateurs potentiels.....	27
6.1.2 Données de référence et cibles annuelles	28
6.1.3 Sources de données et méthodes de collecte	28
6.1.4 Fréquence de notification.....	29
6.1.5 Personne responsable pour chaque indicateur	29
6.2 Outils de suivi des progrès.....	29
6.3 Considérations sur la manière de consigner et de notifier les informations sanitaires par les agents de santé communautaires	29
6.4 Enregistrement de l'administration de médicaments (suivi et évaluation)	30
6.5 Estimation de la couverture	30
6.6 Suivi des réactions indésirables aux médicaments	31
6.6.1 Définitions	31
6.6.2 Enregistrement et notification d'événements indésirables	31
6.6.3 Difficultés potentielles de notification des événements indésirables	32
6.7 Suivi de l'efficacité de la sulfadoxine-pyriméthamine et de l'amodiaquine.....	33
6.7.1 Marqueurs moléculaires de résistance	33
6.7.2 Test in vitro	33
6.8 Méthodes utilisables pour le suivi de l'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier.....	34

ANNEXE 1. Répartition de la résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine en Afrique subsaharienne	35
ANNEXE 2. Exemple de calendrier pour les agents de santé communautaires	36
ANNEXE 3. Exemple de formulaire pour le dénombrement des enfants traités ou non	37
ANNEXE 4. Exemple de formulaire pour la notification de l'utilisation des médicaments de la CPS par les agents de santé communautaires	38
ANNEXE 5. Exemple de liste de contrôle pour les responsables de santé du district qui assurent le suivi de la mise en œuvre	39
ANNEXE 6. Exemple de formulaire pour le suivi des activités des agents de santé communautaires	40
ANNEXE 7. Exemple de formulaire destiné aux agents de santé communautaires pour interroger les mères afin d'évaluer leur connaissance et leur compréhension de la chimioprévention du paludisme saisonnier	41
ANNEXE 8. Exemple de carte d'administration	43
ANNEXE 9. Exemple de formulaire de notification à adresser aux centres de santé puis aux districts	44
ANNEXE 10. Formulaire de notification des événements indésirables utilisé dans une étude d'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Sénégal	45

REMERCIEMENTS

Ce guide de terrain est une production du programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS (WHO/GMP). Nous remercions chaleureusement les experts suivants qui ont formé le comité de rédaction et ont contribué à la réalisation de ce document :

B. Cisse (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal), D. Diallo (Burkina Faso), C.K. Diop (Programme national de lutte antipaludique, Sénégal), O. Gaye (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal), M.R. Jibidar (UNICEF, Sénégal), E. Lasry (Médecins Sans Frontières, New York) et P. Milligan (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni).
Techniques d'édition et de révision - D. Diallo (Burkina Faso).

L'équipe de l'OMS qui a contribué au contenu technique de ce guide : A. Bosman (WHO/GMP), S. Fall (WHO/AFRO), R. Newman (WHO/GMP), P. Olumese (WHO/GMP), F. Pagnoni (WHO/GMP), P. Ringwald (WHO/GMP), M. Warsame (WHO/GMP) et W. Were (WHO/CAH).

Le GMP tient à remercier la fondation Bill et Melinda Gates, qui a financé la réalisation et la production de ce manuel.

ABRÉVIATIONS

AQ	Amodiaquine
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
OMS	Organisation mondiale de la Santé

1. GÉNÉRALITÉS



Le paludisme reste un problème de santé publique majeur, avec une morbidité estimée à 216 millions de cas cliniques et 655 000 décès dans le monde attribuables au paludisme en 2010.¹ De nombreux décès dus au paludisme (91 %) surviennent en Afrique subsaharienne, où les enfants de moins de 5 ans payent le plus lourd tribut. En 2010, selon les estimations, 86 % de l'ensemble des décès attribuables au paludisme concernent cette classe d'âges.

Dans la sous-région du Sahel, la mortalité et la morbidité dues au paludisme chez les enfants sont les plus élevées durant la saison des pluies, généralement de courte durée. Des études ont montré que l'administration, à intervalles appropriés, d'un traitement complet avec un médicament antipaludique efficace au cours de cette période prévenait la morbidité et la mortalité dues au paludisme chez les jeunes enfants.

Les interventions actuellement recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour lutter contre le paludisme comprennent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et/ou la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent dans la lutte antivectorielle, un accès rapide aux tests de diagnostic en cas de suspicion du paludisme et le traitement des cas confirmés par des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. Par ailleurs, d'autres interventions sont recommandées pour des groupes spécifiques à haut risque dans des zones de forte transmission, notamment le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et chez le nourrisson.

L'évolution de l'épidémiologie du paludisme a entraîné un passage progressif d'un mode de traitement unique en toute circonstance à des stratégies de lutte contre le paludisme ciblées sur des populations et/ou des endroits spécifiques afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Conformément à cette approche et sur la base de nouvelles données factuelles, l'OMS recommande désormais une intervention supplémentaire pour lutter contre le paludisme à *Plasmodium falciparum* : la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Elle s'est avérée efficace, peu coûteuse, sûre et réalisable en vue de la prévention du paludisme chez des enfants de moins de cinq ans en zones de forte transmission saisonnière du paludisme.

La chimioprévention du paludisme saisonnier est définie comme « l'administration intermittente d'un traitement complet par un médicament antipaludique pendant la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie, l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé. »²

1 Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur le paludisme 2011*. Genève, 2011. http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf.

2 Organisation mondiale de la Santé. *Rapport d'une consultation technique sur la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS)*. Genève, 2011. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_report_teg_meetingmay2011.pdf.

2. RECOMMANDATION STRATÉGIQUE DE L'OMS POUR LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER³



La CPS est recommandée dans les zones de forte transmission saisonnière dans toute la sous-région du Sahel. Un cycle de traitement complet par de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et de l'amodiaquine (AQ) doit être administré à des enfants âgés de 3 à 59 mois à intervalles d'un mois, à partir du début de la saison de transmission, jusqu'à un maximum de quatre cycles pendant la saison de haute transmission du paludisme (à condition que les deux médicaments conservent une efficacité antipaludique suffisante).

Posologie et fréquence d'administration recommandées en fonction de l'âge :

- Nourrissons de 3-11 mois : un demi-comprimé de 153 mg d'AQ une fois par jour pendant trois jours et une dose unique d'un demi-comprimé de 500/25 mg de SP ; et
- Enfants de 12-59 mois : un comprimé entier de 153 mg d'AQ une fois par jour pendant trois jours et une dose unique d'un comprimé entier de 500/25 mg de SP.

La dose unique de SP est administrée seulement le premier jour, avec la première dose d'AQ. Les régions cibles pour la mise en œuvre sont celles dans lesquelles :

- la transmission du paludisme et la majorité (> 60 %) des cas cliniques surviennent sur une courte période d'environ quatre mois ;
- l'incidence du paludisme dépasse 0,1 cas par saison de transmission dans la classe d'âges cible ; et
- SP + AQ restent efficaces (efficacité > 90 %).

Contre-indications

La CPS ne doit pas être administrée à :

- un enfant souffrant d'une maladie fébrile aiguë ou d'une maladie grave, incapable de prendre des médicaments par voie orale ;
- un enfant séropositif pour le VIH et recevant du cotrimoxazole en traitement préventif ;
- un enfant qui a reçu une dose de SP ou d'AQ au cours du mois précédent ; et
- un enfant allergique à la SP ou à l'AQ.

Les cas de crise de paludisme (confirmé) survenant au cours de la période d'administration de la CPS ne doivent pas être traités par des schémas thérapeutiques faisant intervenir SP ou AQ.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Recommandation stratégique de l'OMS : chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) pour lutter contre le paludisme à Plasmodium falciparum dans les zones à forte transmission de la sous-région du Sahel en Afrique*. Genève, 2012. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_smc_policy_recommendation/en/index.html

Considérations pour le déploiement de la CPS

La CPS par traitement avec la SP + l'AQ ne doit pas être mise en œuvre dans des régions caractérisées par des niveaux élevés de résistance à la SP ou à l'AQ.

Plusieurs approches sont envisageables pour la mise en œuvre de la CPS, mais on ne dispose pas actuellement de données factuelles suffisantes pour pouvoir recommander une stratégie standardisée ; les approches individualisées les mieux adaptées aux conditions locales sont donc préférables. Si possible, la CPS doit être intégrée dans des programmes existants (prise en charge communautaire des cas, autres programmes des agents de santé communautaires, par exemple).

Les résultats des essais cliniques indiquent qu'un niveau élevé de protection contre le paludisme simple peut être obtenue et maintenu pendant quatre semaines après l'administration de chaque cycle de traitement de SP + AQ ; ensuite, la protection semble décliner rapidement.

Pour obtenir une protection maximale et minimiser l'apparition de résistances, les enfants devraient recevoir un traitement chimiopréventif tous les mois pendant la période de transmission et observer le cycle de traitement complet de trois jours chaque mois.

Dans les zones de déploiement de la CPS :

- ❗ Il faut renforcer la pharmacovigilance là où elle existe ou l'instituer s'il n'y en a pas encore.
- ❗ Il faut soutenir ou instituer un suivi des résistances aux médicaments et le système d'évaluation, avec des mécanismes permettant de déterminer le nombre d'infections qui émergerait après l'administration de la CPS et le temps écoulé avant la survenue de l'infection depuis la prise de la dernière dose de CPS.
- ❗ Les agents de santé doivent enregistrer et contrôler les doses de SP + AQ administrées, afin d'évaluer l'impact de l'intervention. Les systèmes existants doivent être renforcés afin de consigner les cas de paludisme graves, les décès dus au paludisme et les cas confirmés.

Le traitement des infections à *P. falciparum* qui surviendraient au cours de la mise en œuvre de la CPS ne doit pas comporter l'AQ, la SP NI des associations de médicaments contenant l'un de ces principes actifs, tels que artésunate + amodiaquine. Dans les zones de mise en œuvre de la CPS, des associations antipaludiques de remplacement doivent être mises à disposition pour le traitement des épisodes de paludisme dans la classe d'âges cible.

Les systèmes existants d'enregistrement et de notification des cas confirmés de paludisme et de décès dus au paludisme doivent être renforcés afin d'évaluer l'impact de la CPS.

La CPS est complémentaire aux mesures existantes de lutte contre le paludisme et doit par conséquent être déployée en même temps.

Le traitement préventif intermittent chez le nourrisson et la CPS ne doivent pas être administrés simultanément dans la même population. Par conséquent, dans les zones de déploiement de la CPS, la mise en œuvre du traitement préventif intermittent des nourrissons doit être proscrite.

Avantages escomptés de la CPS

La recommandation stratégique de l’OMS pour la CPS se fonde sur les résultats de sept études réalisées dans des zones de forte transmission saisonnière du paludisme dans les régions sahéliennes et subsahéliennes de l’Afrique subsaharienne entre 2002 et 2011. Ces études montrent que la CPS avec administration mensuelle de SP + AQ chez les enfants âgés de 3 à 59 mois pendant une période allant jusqu’à quatre mois au cours de la saison de forte transmission du paludisme :

- ❖ évite environ 75 % de l’ensemble des accès palustres ;
- ❖ évite environ 75 % des accès palustres graves ;
- ❖ pourrait entraîner une diminution de la mortalité de l’enfant d’environ 1 pour 1000 ;
- ❖ réduit probablement l’incidence de l’anémie modérée ;
- ❖ n’entraîne pas une recrudescence du paludisme dépassant le niveau précédant l’administration de la CPS pendant la saison de transmission suivante, un an après l’administration de la CPS. Cependant il faut noter que les conséquences de l’administration de la CPS pendant plusieurs années n’ont pas encore été évaluées ; et
- ❖ on n’a pas signalé d’évènements indésirables graves qui sont probablement rares.

3. CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER



3.1 DÉFINITION

La CPS, autrefois appelée « traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants », est définie comme « l'administration intermittente d'un traitement complet par un médicament antipaludique pendant la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie, l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques de médicament antipaludique dans le sang pendant la période où le risque de contracter le paludisme est plus élevé ». La stratégie de la CPS consiste à administrer un maximum de quatre cycles de traitement de SP + AQ à intervalles d'un mois à des enfants âgés de 3 à 59 mois dans les régions de forte transmission saisonnière du paludisme.

3.2 QUAND LA METTRE EN ŒUVRE ?

La CPS devrait être mise en œuvre pendant la période de forte transmission du paludisme, lorsque l'incidence de la maladie est importante. Elle devrait être administrée à des enfants âgés de 3 à 59 mois à intervalles de 1 mois (cycle de CPS) jusqu'à un maximum de quatre cycles par an (campagne de CPS). La CPS avec SP + AQ procure un degré élevé de protection jusqu'à quatre semaines, ensuite la protection diminue rapidement. Il est par conséquent important de respecter un intervalle d'un mois entre les cycles de CPS afin d'obtenir un niveau de protection élevé et de minimiser l'apparition de parasites du paludisme résistants à SP + AQ.

La période d'administration de la CPS devrait être définie de manière à cibler la période durant laquelle le risque de contracter le paludisme est le plus élevé pour les enfants. Par exemple, la CPS a été administrée en août, septembre et octobre dans des essais sur le terrain au Burkina Faso⁴ et au Mali ;⁵ alors qu'au Sénégal,⁶ elle a été administrée en septembre, octobre et novembre, couvrant la période où le risque de contracter le paludisme est le plus élevé.

4 Konate AT et al. Intermittent preventive treatment of malaria provides substantial protection against malaria in children already protected by an insecticide-treated bednet in Burkina Faso: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000408.

5 Dicko A et al. Intermittent preventive treatment of malaria provides substantial protection against malaria in children already protected by an insecticide-treated bednet in Mali: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000407.

6 Cisse B et al. Seasonal intermittent preventive treatment with artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of malaria in Senegalese children: a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet*, 2006, 367:659-667.

3.3 CHOIX DE LA SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE

L'association SP + AQ a été choisie pour la CPS pour les raisons suivantes :

- ❖ Des essais cliniques ont montré que la combinaison SP + AQ conférerait une meilleure protection que d'autres associations médicamenteuses.⁷ L'utilisation de deux médicaments en association limite le risque de sélection d'une résistance à la SP ou à l'AQ contrairement à l'utilisation de ces antipaludiques en monothérapie.
- ❖ SP et AQ conservent leur efficacité dans les zones sahéliennes et subsahéliennes de transmission saisonnière où la CPS est appropriée.⁸
- ❖ Le traitement avec SP + AQ est sûr, bien toléré et relativement peu coûteux.
- ❖ L'association de SP + AQ ne contient pas de dérivés d'artémisinine parce que les associations à base d'artémisinine sont réservées au traitement des épisodes de paludisme pour lesquels l'action rapide d'un dérivé d'artémisinine est la plus utile.

3.4 RÉGIONS APPROPRIÉES POUR LA MISE EN ŒUVRE

La CPS est recommandée dans les zones de forte transmission saisonnière du paludisme, et son rapport coût-bénéfice est le plus avantageux dans les zones où la morbidité palustre est la plus élevée chez les enfants. La pertinence de la mise en œuvre de la CPS dans une région donnée dépend du régime des pluies, de la transmission du paludisme et de la morbidité palustre. Le déploiement de la CPS est recommandé dans les régions :^{9,10}

- ❖ où plus de 60 % de l'incidence annuelle du paludisme sont enregistrés sur quatre mois ;¹¹
- ❖ où la morbidité palustre représente la majeure partie de la morbidité chez l'enfant (incidence > 10 cas de paludisme pour 100 enfants au cours de la saison de transmission) ;
- ❖ où l'efficacité antipaludique de la SP et de l'AQ est conservée.¹²

3.5 RÉSISTANCE AU MÉDICAMENT

Les régions appropriées pour une mise en œuvre de la CPS avec SP + AQ sont celles dans lesquelles l'efficacité de l'association reste > 90 % (voir Annexe 1). Une résistance à SP ou AQ réduira l'efficacité de la CPS pour la protection des enfants contre le paludisme clinique, bien que la relation entre le degré de résistance et l'efficacité de la CPS n'ait pas encore été clairement définie. Toutefois, le déploiement de la CPS avec SP + AQ risque d'accroître la pression médicamenteuse sur le parasite du paludisme, entraînant une résistance à l'association médicamenteuse. Le suivi du développement de la résistance à SP et AQ à la fois *in vivo* et *in vitro* est donc essentiel.

7 Sokhna C et al. A trial of the efficacy, safety and impact on drug resistance of four drug regimens for seasonal intermittent preventive treatment in Senegalese children. *PLoS One*, 2008, 3: e1471.

8 Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur l'efficacité des médicaments antipaludiques et les pharmacorésistances 2000-2010*. Genève, 2010. <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241500470/en/index.html>.

9 On notera que, dans certains pays, seules certaines parties de la région où le paludisme est endémique sont éligibles pour la CPS.

10 Dans les pays du Sud et de l'Est de l'Afrique, une CPS avec SP + AQ n'est pas recommandée actuellement, même si dans certains endroits le profil de transmission suggérerait sa pertinence, en raison du niveau élevé de résistance de *P. falciparum* à l'amodiaquine et/ou à SP et de l'absence de données appropriées sur l'efficacité et la sûreté d'autres traitements antipaludiques utilisables en CPS.

11 Dans ces régions, plus de 60 % des précipitations annuelles s'étalent sur trois mois.

12 Fondée au départ sur des évaluations de l'efficacité thérapeutique de SP + AQ sur des enfants de moins de cinq ans dans le protocole d'évaluation de l'efficacité thérapeutique de l'OMS. Des méthodes d'évaluation de l'efficacité prolongée de la CPS seront élaborées.

3.6 SÉCURITÉ

La combinaison SP + AQ est sûre et bien tolérée lorsque ces antipaludiques sont utilisés en respectant les posologies et les schémas thérapeutiques recommandés. Les deux médicaments sont utilisés depuis des décennies pour soigner le paludisme, et la SP est actuellement utilisée dans le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte et chez le nourrisson. Tant AQ et la que SP sont utilisés en association avec l'artésunate comme combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, lesquelles sont utilisées dans le traitement du paludisme simple dans de nombreux pays où le paludisme est endémique. Des effets secondaires modérés peuvent survenir, le plus fréquemment, des vomissements associés à la prise d'AQ. Les effets secondaires graves observés sont notamment des réactions cutanées graves et une dyscrasie sanguine, mais ils surviennent rarement. Au Sénégal, où près de 800 000 traitements avec la combinaison SP + AQ sont administrés aux enfants dans le cadre de la CPS, aucun évènement indésirable grave attribuable à ces médicaments n'a été observé après une surveillance intensive à travers un système de pharmacovigilance basé sur la notification spontanée.

- ⚠ Pour minimiser le risque de surdosage, il faut éviter d'administrer SP + AQ pour la CPS à des enfants qui ont reçu un de ces médicaments ou une association contenant l'un de ceux-ci au cours des trente derniers jours.**
- ⚠ SP + AQ ne doivent pas être administrés pour la CPS à des enfants qui ont des antécédents allergiques à des médicaments à base de sulfamidés ou à l'AQ.**
- ⚠ La CPS avec SP + AQ n'est pas recommandée pour les enfants porteurs du virus de l'immunodéficience humaine acquise, recevant du cotrimoxazole en traitement prophylactique contre des infections opportunistes.**
- ⚠ La pharmacovigilance doit être maintenue et les systèmes existants doivent être améliorés.**

3.7 ADMINISTRATION

La méthode d'administration doit permettre que > 95 % des enfants éligibles reçoivent un traitement chimiopréventif à intervalles d'un mois au cours de la période durant laquelle le risque palustre est plus élevé. Ce calendrier strict convient le mieux pour une administration communautaire, durant laquelle des agents de santé communautaires visitent chaque foyer une fois par mois, un nombre suffisant d'agents de santé pouvant être déployés dans chaque région pour traiter tous les enfants sur une période de trois ou quatre jours ; la stratégie d'administration de la CPS reposant sur le système de prise en charge communautaire des cas de paludisme est aussi appropriée. Dans ce cas les agents de santé communautaires vivant dans les villages sont chargés de l'administration de la CPS pendant quelques jours chaque mois. Les médicaments utilisés pour la CPS sont distribués en porte à porte ou en rassemblant les enfants en un lieu préalablement choisi dans chaque zone de résidence. L'association de la CPS et de la prise en charge communautaire des cas présente des avantages particuliers : elle offre davantage de possibilités de compenser les doses manquées ; les cas d'infections peuvent être diagnostiqués et traités, fournissant ainsi des informations sur l'efficacité de la CPS ; et il est moins coûteux qu'une même personne soit chargée de l'administration de la CPS, du diagnostic et du traitement.

La CPS peut également être administrée dans le cadre de programmes dans des établissements de santé, par exemple, dans le cadre des stratégies avancées des hôpitaux de terrain du Programme élargi de vaccination. Des essais sur le terrain ont cependant montré que de tels programmes ne permettent pas d'atteindre une aussi bonne couverture adéquate.

3.8 IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE DU RÉGIME DE TRAITEMENT DE 3 JOURS

La CPS offre une protection jusqu'à un mois après chaque cycle de traitement complet (3 jours). Il importe donc que le traitement chimiopréventif soit administré chaque mois pendant la période de risque élevé du paludisme et que le traitement soit complet chaque mois afin d'obtenir un degré de protection maximal. Une bonne observance réduit également le risque de sélection de parasites résistants aux médicaments. Les agents de santé devraient administrer la dose de SP et la première dose d'AQ aux enfants sous observation directe et devraient informer les parents ou tuteurs d'enfants de la façon d'administrer la deuxième et la troisième dose d'AQ aux enfants à domicile.

L'observance du traitement complet doit être un des principaux messages de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement au cours du lancement et de la promotion de la CPS. L'importance de l'observance devrait également être soulignée dans les activités de communication à chaque cycle mensuel.

3.9 ESTIMATION DES COÛTS

L'évaluation des coûts d'administration de la CPS à partir d'essais à grande échelle sur le terrain montre que les coûts les plus importants résultent de l'administration des médicaments et de la rémunération des agents de santé. En Gambie, le coût de la CPS administrée par les agents de santé des villages a été estimé à 1,63 dollars US par enfant et par an.¹³ Au Sénégal, où la CPS est administrée par des agents de santé communautaires, payés selon un tarif journalier et supervisés par une infirmière du poste de santé, le coût moyen pour 46 postes de santé a été estimé à 0,5 dollars US par enfant et par mois, soit approximativement 1,50 dollars US par enfant et par an. Le coût de la CPS est similaire à celui des autres interventions recommandées dans la lutte contre le paludisme.

¹³ Bojang KA et al. Comparison of two strategies for the delivery of IPTc in an area of seasonal malaria transmission. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000409.

4. ADOPTION AU NIVEAU NATIONAL DE LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER



La décision d'adopter et de mettre en œuvre la CPS au niveau national doit faire intervenir toutes les parties prenantes concernées, notamment les partenaires techniques et financiers. Le processus devrait être piloté par le programme national de lutte contre le paludisme, tout en impliquant son comité consultatif ou groupe de travail technique (le cas échéant), les autorités sanitaires des régions et des districts, les institutions de santé et de recherche locales, et la société civile, y compris les organisations communautaires locales de santé.

Pour que la stratégie de CPS ait un impact sur la lutte contre le paludisme, la couverture doit être élevée et maintenue pendant plusieurs saisons de transmission. Par conséquent, il importe que le financement soit durable pour permettre une planification sur le long terme. L'identification et la recherche des fonds nécessaires doivent donc faire partie intégrante du plan de mise en œuvre. À cet effet, tous les bailleurs de fonds potentiels aux niveaux national et international, y compris le gouvernement et le secteur privé, doivent être impliqués à un stade précoce.

4.1 ÉTAPES DE L'ADOPTION D'UNE POLITIQUE

Étapes dans la prise de décision de l'adoption de la CPS :

- ❏ Identifier les parties prenantes aux niveaux national et international, y compris les organismes de financement potentiels.
- ❏ Établir un groupe de travail chargé de superviser le processus et de coordonner les parties prenantes.
- ❏ Collecter et analyser les données disponibles sur la saisonnalité du paludisme et son incidence, ainsi que les données disponibles les plus récentes sur l'efficacité thérapeutique de SP et AQ, afin de déterminer la pertinence de la stratégie de CPS dans le contexte local.
- ❏ Préparer la mise en œuvre du plan et évaluer les ressources humaines, logistiques et financières nécessaires.
- ❏ Identifier les sources de financement, y compris le gouvernement national et/ou régional, le secteur privé local et les bailleurs de fonds internationaux.
- ❏ Formuler et diffuser une recommandation sur l'adoption de la CPS en utilisant toutes les stratégies de communication disponibles pour atteindre les principales parties prenantes, y compris la communauté.

Points à prendre en considération pour décider de l'adoption de la CPS :

- ❏ la saisonnalité de la transmission du paludisme et le régime des précipitations dans le pays ou la région ;
- ❏ l'incidence du paludisme au niveau national ou par région (intensité de la transmission) ;

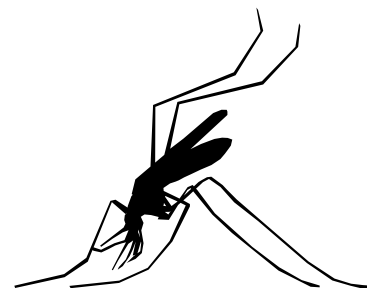
- ❏ les mécanismes d'administration potentiels ; et
- ❏ l'efficacité, la disponibilité et le coût de l'utilisation de SP + AQ pour la CPS.

4.2 ACTUALISATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Lorsque la décision d'adopter la CPS a été prise, la politique nationale de lutte contre le paludisme doit être actualisée afin d'inclure la CPS. Informations nécessaires pour intégrer la CPS dans un programme à long terme :

- ❏ Les expériences antérieures d'intégration de stratégies de lutte contre le paludisme dans la politique nationale de lutte contre le paludisme ou d'autres programmes de prestation de services de santé au niveau de la communauté (la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire, la complémentation en vitamine A et le traitement de masse contre les parasitoses, par exemple) ;
- ❏ Les informations sur le paludisme :
 - ❏ la transmission et le régime des précipitations ;
 - ❏ l'incidence notifiée à partir de programmes de surveillance et des tendances au cours du temps.
- ❏ la distribution globale et par âge et par région de l'incidence mensuelle du paludisme sur toute l'année ;
 - ❏ la proportion de cas survenant pendant la saison de forte transmission ; et
 - ❏ la distribution par classe d'âge.
- ❏ Les objectifs du programme :
 - ❏ la cible ou la couverture attendue ; et
 - ❏ la réduction du paludisme attribuable à la CPS.
- ❏ Les questions relatives à la mise en œuvre :
 - ❏ l'administration par les agents de santé communautaires ;
 - ❏ la mise en œuvre pendant la saison de forte transmission ;
 - ❏ la stratégie d'intégration de la lutte contre le paludisme à d'autres stratégies de lutte contre des maladies ;
 - ❏ la communication, la sensibilisation et la mobilisation des communautés ;
 - ❏ le suivi des réactions indésirables aux médicaments après la mise en œuvre de la CPS ;
 - ❏ l'analyse des formulaires de notification ; et
 - ❏ le suivi et l'évaluation de l'impact de la CPS.

5. PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHIMIOPREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER



Après l'adoption de la politique de CPS, un plan de mise en œuvre détaillé doit être préparé. Une stratégie de communication doit être mise en place pour s'assurer que tous les partenaires et les acteurs jouant un rôle dans la mise en œuvre comprennent ce qu'implique la CPS. Dans les pays n'ayant pas d'expérience antérieure de la CPS, la mise en œuvre de celle-ci peut être initiée dans quelques districts pilotes et les leçons tirées peuvent servir à organiser la mise en œuvre à plus grande échelle. Les éléments d'un plan de mise en œuvre sont décrits ci-après.

5.1 ANALYSE DE LA SITUATION

Une analyse de la situation doit être réalisée à tous les niveaux pour obtenir des informations sur :

- la répartition mensuelle du paludisme dans différentes zones du pays afin de déterminer où la CPS doit être mise en œuvre ;
- la prévention du paludisme existante et les mesures de lutte, y compris les traitements de première et deuxième intention ;
- les interventions dans lesquelles la CPS peut être administrée en association ;
- les ressources humaines disponibles pour la CPS ;
- l'existence d'un service d'achat et d'une chaîne d'approvisionnement au niveau de la communauté dans les zones ciblées pour la mise en œuvre de la CPS ;
- les forces et faiblesses du système de pharmacovigilance existant ;
- les stratégies de sensibilisation pour la mobilisation communautaire et sociale ; et
- les sources potentielles de financement.

5.2 SYSTÈME D'ADMINISTRATION

L'administration de la CPS par les agents de santé communautaires a été évaluée dans plusieurs études, dont notamment une étude à grande échelle au Sénégal. La stratégie de mise en œuvre de la CPS par les agents de santé communautaires a permis d'atteindre une couverture importante à un moindre coût que la stratégie basée sur l'intégration de la CPS aux stratégies avancées des programmes de santé.¹⁴ Les agents de santé communautaires ont administré plus de 790 000 traitements de SP + AQ avec un taux de couverture très élevé (> 90 %) au Sénégal. Par ailleurs, les agents de santé communautaires peuvent assurer à la fois l'administration de la CPS et la prise en charge à base communautaire des cas de paludisme ;¹⁵ l'intégration de ces deux activités complémentaires a été recommandée par plusieurs auteurs.¹⁶

¹⁴ 14 Kweku M et al. Options for the delivery of intermittent preventive treatment for malaria to children: a community randomised trial. *PLoS One*, 2009, 4:e7256.

¹⁵ 15 Sesay S et al. A trial of intermittent preventive treatment and home-based management of malaria in a rural area of The Gambia. *Malaria Journal*, 2011, 10: e22.

¹⁶ 16 Greenwood B et al. Community case management (home management) and intermittent preventive treatment of malaria in children. *Trends in Parasitology*, 2011, 27:477-480.

5.2.1 Approche communautaire

Administration de la CPS par des agents de santé communautaires au Sénégal

Au Sénégal, la CPS a été mise en œuvre par des agents de santé communautaires formés dans l'ensemble du système de santé : au niveau des régions, des districts, des centres de santé et des dispensaires. Des chercheurs de l'université Cheikh Anta Diop à Dakar ont travaillé en collaboration avec le programme national de lutte contre le paludisme pour former des responsables de santé dans les régions et les districts pour la mise en œuvre de la CPS. Les activités de formation comprenaient des réunions d'information et de planification avec les autorités de santé au niveau national, régional et au niveau du district, l'élaboration d'outils pour la mise en œuvre et la formation des agents de santé à l'utilisation de ces outils, l'achat de fournitures y compris des médicaments.

La mise en œuvre de la CPS a été expérimentée à l'échelle pilote dans trois districts, comprenant chacun plusieurs centres de santé desservant plusieurs villages ou zones de responsabilité. En fonction du nombre d'enfants de moins de cinq ans, au moins deux binômes d'agents de santé communautaires par village étaient chargés de l'administration de la CPS. Chaque binôme devait traiter de 25 à 30 enfants par jour, et le cycle d'administration de médicaments par village a duré cinq jours en moyenne. Les binômes ont été choisis de telle façon qu'au moins l'un des deux agents sache lire et puisse remplir les formulaires d'administration de la CPS. Dans les cas où le nombre d'agents de santé communautaires était insuffisant pour mettre en œuvre la CPS dans un village, des membres appropriés de la communauté ont été identifiés et formés pour administrer la CPS.

Chaque soir, les agents se rendaient dans le centre de santé pour remettre leur rapport journalier et recevoir des stocks de médicaments, des formulaires et autres fournitures nécessaires pour les activités du lendemain. Les formulaires remplis étaient compilés par des infirmiers en poste dans les centres de santé. Les médicaments non utilisés étaient restitués aux centres de santé à la fin de chaque cycle d'administration. Lorsque les enfants manquaient une administration lors de la visite de l'agent de santé, celui-ci conseillait aux parents ou tuteurs d'enfants de les conduire au centre de santé les jours suivants. Chaque cycle d'administration de médicaments était couplé avec la distribution de vitamine A et de médicaments contre les parasitoses intestinales (albendazole) ; cependant, les informations relatives à la CPS étaient notifiées sur un formulaire séparé. Les agents de santé communautaires étaient directement supervisés par des infirmiers des centres de santé périphériques, eux-mêmes supervisés par le personnel des districts sanitaires. L'information était donc transmise des agents de santé communautaires aux infirmiers, puis au médecin chef de district, qui lui-même notifiait les informations au responsable du programme national de lutte contre le paludisme.

Leçons à retenir la mise œuvre à grande échelle de la CPS au Sénégal

- ❑ L'administration de la CPS par les agents de santé communautaires nécessite l'existence d'un système de santé communautaire fonctionnel.
- ❑ L'implication, dès le départ, des autorités sanitaires régionales et de district et la tenue de réunions régulières a facilité la compréhension, instauré la confiance et suscité un sentiment d'appropriation de la mise en œuvre de la CPS à ces deux niveaux.
- ❑ La participation des membres de la communauté à la sensibilisation et à la mobilisation a contribué à instaurer la confiance entre les agents de santé et la communauté.
- ❑ La rémunération des agents de santé joue un rôle très important sur leur niveau d'implication pendant la mise en œuvre de la CPS. Au Sénégal, les agents de santé étaient rémunérés à un tarif (déterminé par le projet) comparable à celui qui était accordé dans des projets similaires impliquant des agents de santé communautaires, mais plus élevé que le tarif appliqué par les pouvoirs publics.
- ❑ L'association de l'administration des médicaments de la CPS à l'administration de la vitamine A et de l'albendazole est un exemple de succès de l'association de plusieurs interventions de santé.
- ❑ Dans un même pays, la période appropriée pour la CPS peut varier légèrement selon la localité en raison de différences dans le profil de transmission du paludisme et d'autres facteurs locaux.

5.2.2 Système reposant sur les établissements de santé

On ne dispose que d'une expérience limitée de l'administration de la CPS dans des établissements de santé. Cette approche a été évaluée dans une étude au Ghana, dans laquelle environ 60 % des enfants ont reçu tous les traitements de CPS. Dans cette étude la CPS a été administrée à un petit nombre d'enfants par le personnel médical des services de consultations externes et celui chargé de la mise en œuvre du programme élargie de vaccination, par la stratégie avancée, d'un hôpital. Ces données limitées et l'importance d'assurer une couverture étendue afin que cette intervention ait un impact maximum indiquent que l'approche communautaire est préférable à un système reposant entièrement sur le personnel des établissements de santé.

5.3 PRÉPARATION D'UN PLAN

5.3.1 Liste des activités clés

Les activités suivantes doivent être abordées dans le plan de mise en œuvre :

- ❑ formation du personnel ;
- ❑ gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement ;
- ❑ sensibilisation et mobilisation de la communauté ;
- ❑ administration de la CPS ;
- ❑ supervision ;
- ❑ suivi et évaluation ;
- ❑ calendrier ;
- ❑ définition des rôles et des responsabilités ; et
- ❑ évaluation des coûts et budgétisation.

Il est recommandé d'établir un plan de mise en œuvre sur 3 à 5 ans accompagné d'un budget de réalisation. Celui-ci devrait être synchronisé avec le plan national des autres interventions de lutte contre le paludisme. Un calendrier de mise en œuvre des activités devrait être préparé chaque année (Annexe 2).

5.3.2 Estimation des besoins en médicaments

La bonne quantification des besoins matériels est un élément clé d'une mise en œuvre réussie de la CPS. L'estimation de la quantité de médicaments nécessite une approximation proche du nombre réel d'enfants âgés de 3 à 59 mois par village, zone sanitaire, district, région ou pays. Si de telles estimations ne sont pas disponibles mais que la proportion d'enfants dans cette tranche d'âge est connue, il est possible d'estimer la quantité de médicaments à utiliser pour la CPS. Les données descriptives de la population peuvent être obtenues à partir du recensement national le plus récent ou d'enquêtes démographiques et de santé ou auprès de l'institut national des statistiques. Par exemple, dans l'étude à grande échelle réalisée dans trois districts au Sénégal, *un système de surveillance démographique* faisant partie intégrante du projet de recherche a été mis en place. La répartition moyenne (%) des enfants par tranche d'âge était la suivante : 5 % âgés < 3 mois, 18 % âgés de 3 à 11 mois et 77 % âgés de 12 à 59 mois.

La CPS est administrée à deux groupes d'enfants répartis en deux principaux groupes posologiques : 3 à 11 mois et 12 à 59 mois. Cette répartition s'est révélée pratique pour l'administration de 153 mg d'AQ avec un faible risque de sous- ou de surdosage.

Si le nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans est N , le nombre de comprimés nécessaires est calculé selon la formule suivante :

$$N \times 0,18 \text{ enfants âgés de 3 à 11 mois et } N \times 0,77 \text{ enfants âgés de 12 à 59 mois}$$

Le nombre de comprimés de SP pour 1 mois est, dans ce cas, $N \times 0,18/2$ pour les nourrissons (recevant chacun un demi-comprimé) et $N \times 0,77$ pour les enfants plus âgés, ce qui correspond à $N \times (0,18/2 + 0,77) = N \times 0,86$.

Si l'on augmente ce nombre de 15 % pour tenir compte des pertes potentiellement importantes de médicaments et de l'incertitude sur estimation du nombre d'enfants, il faut :

$$N \times 0,86 \times 1,15 = N \times 0,99.$$

Par conséquent,

- ❗ Le nombre de comprimés de SP nécessaires par mois est approximativement égal à N , c'est-à-dire le nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois.
- ❗ Le nombre de comprimés d'AQ nécessaires par mois est le triple de celui-ci, $N \times 3$.
- ❗ Pour 4 mois, $N \times 4$ comprimés de SP et $N \times 3 \times 4$ comprimés d'AQ sont nécessaires.

Par exemple:

Pour une population de 30 000 enfants âgés de moins de cinq ans, la quantité de médicaments nécessaires à la CPS pendant 4 mois pour traiter un nombre d'enfants estimé à $30\,000 \times 0,95 = 28\,500$ enfants âgés de 3 à 59 mois sera :

- ❗ **$30\,000 \times 4 = 120\,000$ comprimés de SP ; et**
- ❗ **$120\,000 \times 3 = 360\,000$ comprimés d'amodiaquine.**

5.3.3 Formation du personnel

Toute personne devant être impliquée dans la mise en œuvre de la CPS, y compris le personnel soignant au niveau du district (le cas échéant) et les agents de santé communautaires, devrait être formée pour l'administration et la notification afin de s'assurer qu'elle a bien compris la stratégie et les activités impliquées.

- ❗ La formation doit être planifiée en amont et le personnel concerné devrait être informé plusieurs semaines ou plusieurs mois à l'avance afin d'éviter toute superposition avec d'autres activités.
- ❗ Idéalement, les sessions de formation n'auront pas lieu trop tôt par rapport au démarrage de l'administration (2 à 4 semaines).
- ❗ Au cours de la première année de la CPS, il est préférable d'organiser des sessions uniquement dédiées à celle-ci plutôt que des sessions de formation portant aussi sur d'autres interventions.
- ❗ Au cours des années ultérieures, des formations de remise à niveau ou la formation de nouveaux membres du personnel peuvent être intégrées aux activités de routine du programme national de lutte contre le paludisme.
- ❗ Des exemples illustrés sont utiles pour la formation du personnel concerné.
- ❗ Le matériel didactique devrait être régulièrement actualisé au niveau national.
- ❗ Le contenu des modules de formation devrait être adapté aux rôles et aux responsabilités des participants à la formation.

Instructions destinées aux agents de santé communautaires et aux agents de santé du district
Les parents ou tuteurs d'enfants et la communauté doivent recevoir les informations suivantes sur la CPS :

- ❏ Les médicaments utilisés pour la CPS protègent les enfants contre le paludisme en réduisant le risque de faire un épisode de paludisme.
- ❏ Les médicaments utilisés pour la CPS ne doivent pas être utilisés pour le traitement des enfants lorsqu'ils sont atteints du paludisme.
- ❏ La CPS est administrée aux enfants âgés de 3 à 59 mois.
- ❏ Un traitement chimiopréventif complet (SP + AQ) est administré trois à quatre fois (cycles de CPS) à intervalles de 1 mois pendant la saison des pluies.
- ❏ Un cycle de traitement de CPS complet est administré en trois jours.
- ❏ Les parents ou tuteurs d'enfants ne doivent pas échanger les médicaments utilisés pour la CPS lorsque celle-ci est administrée à plusieurs enfants.
- ❏ Les parents ou tuteurs d'enfants doivent conserver les emballages et les sachets après chaque cycle de CPS pour permettre une inspection et une vérification.
- ❏ Les parents ou tuteurs d'enfants doivent signaler tout évènement indésirable observé.
- ❏ Les parents ou tuteurs d'enfants doivent conduire les enfants auprès de l'agent de santé communautaire ou dans un centre de santé en cas de malaise.
- ❏ L'administration de médicaments doit être notifiée sur la carte de CPS de chaque enfant et dans le registre.

À la fin de chaque journée, les agents de santé communautaires doivent :

- ❏ compter le nombre de comprimés de CPS administrés (annexes 3 et 4) ;
- ❏ compter le nombre d'enfants qui n'ont pas reçu les médicaments ;
- ❏ éliminer les comprimés brisés ;
- ❏ ramener les formulaires complétés au centre de santé ;
- ❏ présenter un bref rapport au responsable du personnel infirmier (annexe 4) ; et
- ❏ préparer le matériel pour le jour suivant (nettoyer les gobelets, les cuillères, vérifier s'il y a suffisamment de médicaments pour l'administration de la CPS).

5.3.4 Gestion du transport et de la chaîne d'approvisionnement

Dans la plupart des pays, il existe, du centre vers la périphérie, un système établi pour la distribution des produits médicaux, y compris les médicaments antipaludiques et les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action. Ces filières peuvent être utilisées et, si nécessaire, renforcées ou adaptées pour approvisionner les districts, les centres de santé et les villages en médicaments et fournitures pour la CPS. Il est important de garder à l'esprit que le matériel destiné à la mise en œuvre de la CPS est distribué pendant la saison des pluies, lorsque certaines localités peuvent être difficilement accessibles à cause d'intenses précipitations.

Les médicaments destinés à la CPS avec SP + AQ à administrer à domicile par les parents ou tuteurs d'enfants doivent être placés dans un conditionnement convivial garantissant leur intégrité et une utilisation aisée.

À chaque niveau de la chaîne de transport des médicaments destinés à la CPS, les tâches suivantes doivent être effectuées :

- ❖ enregistrement des stocks reçus ;
- ❖ répartition des stocks entre les districts, les centres de santé et les villages ;
- ❖ comptage des médicaments restants à la fin de chaque cycle de CPS et notification au centre de santé au niveau du district, de la région et au niveau national ;
- ❖ restitution des doses restantes de SP + AQ au centre de santé ou au district à la fin du troisième cycle de CPS (ou à la fin d'un quatrième cycle, suivant le profil de transmission du paludisme) ;
- ❖ transfert des stocks de médicaments restants reçus au centre de santé de l'agent de santé communautaire vers le district pour stockage dans des conditions appropriées et réutilisation lors de la saison de transmission du paludisme suivante si la date de péremption n'a pas été atteinte ; et
- ❖ estimation de la quantité de médicaments nécessaires à la CPS pour l'année suivante en tenant compte du stock restant et de la date de péremption.

5.3.5 Supervision

La supervision a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de la CPS en s'assurant que les activités sont effectuées en conformité avec les procédures agréées.

Il faut préparer un plan de supervision à chaque niveau ; du programme national de lutte contre le paludisme à la communauté (annexes 4-7). Une supervision étroite d'accompagnement doit être mise en place, en particulier au cours des premières étapes de la mise en œuvre de la CPS (premier cycle et première campagne) afin d'identifier et de résoudre les problèmes rencontrés. Si nécessaire, une nouvelle formation peut être proposée sur place aux agents de santé communautaires qui éprouvent des difficultés.

5.3.6 Sensibilisation pour susciter la mobilisation communautaire et sociale et communication pour un changement de comportement

La sensibilisation pour susciter la mobilisation communautaire et sociale et la communication pour un changement de comportement ont pour rôle de stimuler la prise de conscience dans la communauté et parmi les autorités locales, les partenaires techniques et financiers du programme national de lutte contre le paludisme et les organisations non gouvernementales. Ces activités sont importantes pour encourager l'appropriation de la stratégie de la CPS par la communauté. Des messages clés concernant la CPS devraient réduire le risque d'incompréhension et de perception négative concernant la stratégie. Les membres de la communauté peuvent être impliqués dans la sensibilisation pour susciter la mobilisation communautaire et sociale.

Le plan de communication devrait faire partie intégrante du plan de mise en œuvre et être intégré dans les programmes existants, si possible. Ces activités devraient être entreprises avant et pendant la mise en œuvre de la CPS (idéalement avant chaque cycle de CPS) et devraient souligner :

- ❖ les avantages de la CPS ;
- ❖ la tranche d'âge cible de la CPS ;
- ❖ la période durant laquelle la CPS devrait être administrée ;
- ❖ le nombre de cycles de CPS dans une saison de transmission ;
- ❖ l'observance du traitement de la CPS, des cycles de traitement ;
- ❖ les possibles événements indésirables ainsi que les événements indésirables graves et l'action à entreprendre en cas d'évènement indésirable grave ;

- ❖ le fait qu'un enfant qui a reçu la CPS n'est pas totalement protégé et en conséquence peut contracter le paludisme ;
- ❖ la différence entre un traitement préventif et un traitement curatif du paludisme ;
- ❖ la gestion des cas de paludisme ;
- ❖ l'importance des autres stratégies de lutte contre le paludisme (par exemple, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action ; et
- ❖ la réaction en cas de rumeurs négatives, si nécessaire.

Le matériel nécessaire à la sensibilisation et à la communication pour un changement de comportement doit être élaboré et révisé soigneusement, avec l'aide d'experts locaux, et faire l'objet d'une traduction dans les principales langues locales. Les activités devraient être mises en œuvre en utilisant un ensemble de ressources, notamment :

- ❖ les médias (radio, télévision et journaux locaux) ;
- ❖ des organisations communautaires ;
- ❖ des leaders communautaires ;
- ❖ des agents de santé communautaires ;
- ❖ des volontaires communautaires ;
- ❖ le système de santé ;
- ❖ les marchés et autres lieux de réunion.

Dans la mesure où la CPS est administrée pendant la saison des pluies, qui est une période d'intenses activités agricoles en milieu rural, la sensibilisation et la communication devraient porter également sur les questions pertinentes qui pourraient affecter le taux de couverture de la CPS. Les résultats des programmes de CPS précédents peuvent être utilisés pour des activités de sensibilisation ultérieures.

5.3.7 Administration

Enfants à qui devrait être administrée la CPS avec SP + AQ

Sont éligibles tous les enfants âgés de 3 à 59 mois vivant dans des régions dans lesquelles les conditions de mise en œuvre d'une CPS sont réunies. En plus, un enfant est éligible pour la CPS s'il remplit les conditions suivantes :

- ❖ est âgé de 3 à 59 mois ;
- ❖ ne souffre pas de paludisme confirmé ;¹⁷
- ❖ ne présente pas d'antécédents d'allergie à SP ou AQ ou de réactions indésirables à SP ou à des médicaments contenant des sulfamides (montrer les médicaments ou l'emballage à la mère ou au tuteur), tels que le cotrimoxazole (Bactrim et Metaflekin), Fansidar®, Facilidin®, Malafan® et Novidar®;
- ❖ n'a pas reçu d'agent antipaludique contenant la SP ou l'AQ au cours des 30 derniers jours ;
- ❖ ne souffre d'aucune autre maladie aiguë ; et
- ❖ ne reçoit pas de cotrimoxazole en traitement prophylactique.

¹⁷ Défini par une fièvre (température corporelle $\geq 37,5$ °C) ou un antécédent de fièvre au cours des 24 h précédentes et un test de diagnostic positif (test rapide ou microscopie). À défaut d'un test de diagnostic rapide ou de microscopie (en 2 h), le diagnostic du paludisme doit être fondé sur des symptômes et signes cliniques.

Enfants à qui ne devrait pas être administrée la CPS ou dont le traitement doit être retardé

- ❗ les enfants qui ont reçu SP + AQ ou d'autres médicaments contenant des sulfamides au cours des 30 jours précédant le début de la CPS. Ces enfants devraient être conviés au cycle de CPS suivant.
- ❗ les enfants souffrant de paludisme au moment de l'administration de la CPS. Ces enfants devraient être dirigés vers un centre de santé pour y être traités ou, le cas échéant, recevoir un traitement contre le paludisme aigu dans le cadre du mécanisme de prise en charge à base communautaire des cas paludisme. Il faut conseiller aux parents ou tuteurs d'enfants de revenir avec leurs enfants 30 jours plus tard pour le cycle de traitement suivant.
- ❗ les enfants âgés de moins de 3 mois ; et
- ❗ les enfants ayant des antécédents d'allergie à SP ou AQ.

Manquer un cycle de traitement n'empêche pas un enfant de recevoir les médicaments lors du cycle suivant de la CPS, s'il n'y a pas de contre-indications.

Période cible pour la CPS

La CPS doit être menée pendant la période de forte transmission. Les dates de début et de fin de celle-ci dépendent du profil de la transmission du paludisme, qui est généralement corrélé avec les précipitations. Le régime des pluies diffère d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Si le plan prévoit l'administration de trois cycles de traitement de CPS pendant la saison de forte transmission du paludisme, le second cycle doit coïncider avec le pic de la saison de transmission. Les calendriers d'administration étaient août, septembre et octobre au Mali et au Burkina Faso et septembre, octobre et novembre au Sénégal.

En fonction de la date d'administration de la première dose de traitement, le deuxième cycle, le troisième et le quatrième (le cas échéant) devraient se succéder à intervalles d'un mois.

Premier cycle (premier mois)

Jour 0 : dose unique de SP + première dose d'amodiaquine (par un agent de santé)

Jour 1 : deuxième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Jour 2 : troisième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Deuxième cycle (deuxième mois)

Jour 0 : dose unique de SP + première dose d'amodiaquine (par un agent de santé)

Jour 1 : deuxième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Jour 2 : troisième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Troisième cycle (troisième mois)

Jour 0 : dose unique de SP + première dose d'amodiaquine (par un agent de santé)

Jour 1 : deuxième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Jour 2 : troisième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Quatrième cycle (quatrième mois) *le cas échéant*

Jour 0 : dose unique de SP + première dose d'amodiaquine (par un agent de santé)

Jour 1 : deuxième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

Jour 2 : troisième dose d'amodiaquine (parent ou tuteur)

L'objectif est d'administrer des cycles de traitement complets de 3 jours de SP + amodiaquine à chaque enfant éligible au moins trois fois durant la période de forte transmission du paludisme. La protection contre le paludisme clinique est associée à l'administration des deuxième et troisième doses d'amodiaquine. Par conséquent, il importe qu'un enfant reçoive des doses complètes de SP + AQ pendant chaque cycle de traitement de CPS.

On peut administrer quatre cycles de traitement au maximum, selon le profil de transmission du paludisme. Si un enfant manque un cycle de traitement de CPS parce qu'il est malade ou absent, il devrait recevoir les médicaments du cycle suivant s'il est présent et bien portant.

Quelles doses de SP et d'AQ faut-il donner?

Pour des raisons pratiques, les doses de SP et AQ pour la CPS sont basées sur l'âge de l'enfant : l'information sur l'âge est plus facile à obtenir que le poids dans des communautés rurales.

Des études à grande échelle ont montré que l'administration de comprimés de 153 mg d'AQ maximise le nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois recevant la dose nécessaire de 10 mg d'AQ par kilogramme de poids corporel.

Les doses de SP et AQ devraient être :

Comprimé SP (500 mg + 25 mg)

- ⌋ Les enfants âgés de 3 à 11 mois reçoivent un demi-comprimé en dose unique le premier jour.
- ⌋ Les enfants âgés de 12 à 59 mois reçoivent un comprimé entier en dose unique le premier jour.

Comprimé AQ (153 mg)

- ⌋ Les enfants âgés de 3 à 11 mois reçoivent un demi-comprimé en dose quotidienne unique pendant 3 jours.
- ⌋ Les enfants âgés de 12 à 59 mois reçoivent un comprimé entier en dose quotidienne unique pendant 3 jours.

Il importe de scinder soigneusement les comprimés si nécessaire. Si les deux moitiés ne sont pas égales, elles doivent être éliminées.

Procédures pour l'administration de SP + AQ

- ❏ Déterminer ou confirmer l'éligibilité de l'enfant pour la CPS. Si nécessaire, demander au parent ou tuteur de l'enfant de présenter tout document susceptible d'indiquer l'âge de l'enfant.
- ❏ Si la CPS est administrée pour la première fois, les noms de l'enfant et de la mère ou du tuteur et les âges de tous les enfants éligibles seront inscrits sur la carte (annexe 8), qui sera remise au parent ou tuteur après l'administration à domicile.
- ❏ Déterminer les doses de SP et d'AQ que l'enfant doit recevoir (demi-comprimé ou comprimé entier).
- ❏ Obtenir de l'eau potable. Les agents de santé communautaires pourront demander aux parents ou tuteurs d'enfants de leur fournir de l'eau propre ; cependant, il est souhaitable que chaque agent de santé emporte une bouteille d'eau propre par mesure de précaution.
- ❏ Écraser séparément les médicaments SP et AQ pour obtenir une poudre si les comprimés qui ne se dissolvent pas facilement. Placer les comprimés entre deux cuillères dans un papier plié, ou utiliser un autre outil approprié pour écraser les comprimés.
- ❏ Veiller à transférer la totalité de la poudre dans un récipient approprié et la mélanger avec de l'eau potable. L'ajout de sucre est recommandé pour masquer le goût amer d'AQ.
- ❏ Demander l'assistance du parent, tuteur ou toute autre membre de la famille si nécessaire.
- ❏ Garder l'enfant en observation pendant 30 min pour s'assurer qu'il ne vomit pas les médicaments.
- ❏ Si l'enfant vomit, crache ou régurgite les médicaments dans les 30 min suivant la prise, lui administrer une nouvelle dose après environ 10 min de repos.
- ❏ Après administration de la dose le premier jour, l'agent de santé remet les comprimés (AQ) restant dans le sachet au parent ou tuteur de l'enfant pour le traitement des 2^e et 3^e jours. Pour les enfants de moins de 11 mois recevant un demi-comprimé d'AQ, le comprimé doit être scindé avec un coupe-comprimé avant d'être emballé dans le sachet remis à la mère pour la prise à domicile. De cette manière, l'enfant est assuré de recevoir une dose précise. Il faut recommander à l'aidant de présenter l'enfant au cycle suivant (deuxième ou troisième cycle).
- ❏ Donner des instructions sur le traitement à administrer à domicile.

L'administration de la CPS doit être consignée dans un dossier mentionnant l'âge de l'enfant et toute autre information pertinente.

Les gobelets et les cuillères doivent être nettoyés au savon et rincés avant leur utilisation pour l'administration des médicaments utilisés pour la CPS à un autre enfant. Il est avantageux de disposer de plusieurs ensembles de cuillères, gobelets et autres récipients pour gagner du temps.

La CPS ne devrait pas être administrée à des enfants ayant reçu un traitement antipaludique au cours des 30 derniers jours, en raison du risque de surdosage et de réactions indésirables graves au médicament si l'association médicamenteuse pour le traitement du paludisme clinique contenait déjà un médicament utilisé pour la CPS. Par conséquent, il faut administrer le médicament à l'enfant au cycle suivant s'il n'y a pas alors d'autres contre-indications.

Comme un cycle d'administration de CPS pour l'ensemble des enfants éligibles dans un village dure jusqu'à 7 jours, il importe d'appliquer de bons critères de sélection et de bien planifier les opérations afin de minimiser le nombre d'enfants écartés du traitement de CPS parce qu'ils ont reçu un agent antipaludique au cours des 30 derniers jours. L'administration à ces enfants peut être reportée de quelques jours si elle est réalisable dans les 7 jours prévus pour le cycle d'administration de la CPS.

Que se passe-t-il si un enfant manque un cycle de traitement de CPS?

Les enfants qui manquent un traitement de CPS lors de la visite des agents de santé communautaires devraient avoir la possibilité de recevoir ces médicaments plus tard, et les agents de santé devraient organiser une autre visite afin de rechercher ces enfants. Ils peuvent fixer un rendez-vous aux parents ou tuteurs des enfants en les conviant à se rendre à un endroit donné dans le village en fin de journée ou à un autre moment approprié, par exemple à la fin de chaque cycle de traitement. Les agents de santé devraient consigner les noms des enfants qui sont absents lors de leur visite porte à porte afin de les repérer plus aisément par la suite ou de communiquer ces noms aux leaders communautaires susceptibles d'aider à localiser les enfants et les amener à se présenter dans les 7 jours prévus pour l'administration de la CPS dans la zone. Si certains enfants manquent encore le traitement, il faut conseiller aux parents ou tuteurs de ces enfants de les présenter lors du cycle de CPS suivant.

5.4 ACTIVITÉS À DIFFÉRENTS NIVEAUX

5.4.1 Programme national de lutte contre le paludisme

Responsabilités

- ❖ Supervision globale de la mise en œuvre de la CPS ; et
- ❖ Facilitation de la mise en œuvre de la CPS.

Activités

- ❖ Organiser des réunions avec les parties prenantes ;
- ❖ Préparer un plan global de mise en œuvre de la CPS ;
- ❖ Incorporer la CPS dans la stratégie et les lignes directrices de lutte contre le paludisme ;
- ❖ Garantir le financement ;
- ❖ Contribuer à la préparation du plan de mise en œuvre au niveau du district ;
- ❖ Acquérir, gérer et distribuer les médicaments utilisés pour la CPS ;
- ❖ Concevoir et actualiser les outils de formation, supervision et notification pour la CPS ;
- ❖ Faciliter la formation à tous les niveaux ;
- ❖ Mener des activités de plaidoyer, de sensibilisation, d'éducation et de communication au niveau national ;
- ❖ Établir des contacts avec les partenaires, y compris ceux qui sont dans des institutions de recherche et universitaires ;
- ❖ Compiler les données et préparer les rapports de progrès dans la mise en œuvre de la CPS.

5.4.2 Niveau régional

Responsabilités

- ❖ Supervision de la CPS au niveau régional ; et
- ❖ Facilitation de la mise en œuvre de la CPS au niveau du district.

Activités

- ❖ Garantir des approvisionnements appropriés en médicaments pour la CPS ;
- ❖ Mener des activités de plaidoyer au niveau régional ;
- ❖ Faciliter et superviser la mise en œuvre de la CPS au niveau du district ;
- ❖ Faciliter et préparer des micro-plans et des budgets au niveau du district ;
- ❖ Superviser la gestion et les comptes.

5.4.3 Niveau du district

Responsabilités

- ❏ Supervision de la mise en œuvre de la CPS au niveau des établissements de santé ; et
- ❏ Facilitation de la mise en œuvre de la CPS au niveau périphérique.

Activités

- ❏ Expliquer la stratégie de la CPS à l'équipe de santé du district ;
- ❏ Établir un système de communication efficace pour l'administration de la CPS;
- ❏ Explorer des possibilités de combiner l'administration de la CPS avec d'autres stratégies ;
- ❏ Préparer le plan et le budget de mise en œuvre de la CPS au niveau du district ;
- ❏ Préparer le personnel infirmier en vue de la sensibilisation de la communauté et la mobilisation sociale ;
- ❏ Former le personnel infirmier des centres de santé et archiver les documents relatifs à la formation ;
- ❏ Fournir du matériel aux centres de santé périphériques ;
- ❏ Allouer des ressources aux centres de santé périphériques pour la mise en œuvre de la CPS ;
- ❏ Planifier et organiser la supervision de la mise en œuvre de la CPS ;
- ❏ Suivre les progrès et résoudre les problèmes ;
- ❏ Préparer un rapport technique et financier qui devra être approuvé au niveau régional et soumis au programme national de lutte contre le paludisme.

Il importe de maintenir un contact téléphonique régulier avec le personnel infirmier et les agents de santé communautaires durant chaque cycle d'administration de la CPS pendant la première année afin de suivre les progrès et résoudre d'éventuels problèmes. Le nombre de contacts peut être réduit lorsque l'équipe aura acquis de l'expérience.

5.4.4 Niveau du centre de santé périphérique

Responsabilités

- ❏ Supervision de la mise en œuvre de la CPS au niveau de la communauté ;
- ❏ Sensibilisation et mobilisation de la communauté ;
- ❏ Prise en charge des cas de paludisme, y compris orientation vers un spécialiste si nécessaire ; et
- ❏ Gestion d'éventuels événements indésirables (pharmacovigilance).

Activités

- ❏ Organiser des réunions avec l'ensemble du personnel pour expliquer la stratégie de la CPS.
- ❏ Rencontrer les communautés pour expliquer la CPS.
- ❏ En collaboration avec les leaders communautaires, identifier les membres qui participeront à la sensibilisation et au plaidoyer par des visites porte à porte et en passant des messages dans les lieux de regroupement appropriés tels que les marchés, mosquées et églises.
- ❏ Former les membres de la communauté afin qu'ils puissent identifier et reconnaître les événements indésirables graves associés à l'administration des médicaments.
- ❏ Identifier, discuter et notifier les préoccupations de la communauté.
- ❏ En collaboration avec les leaders communautaires, identifier des agents de santé qui administreront la CPS :
 - ❏ Les agents de santé doivent administrer la CPS et remplir les formulaires en binôme. Dans chaque village de moins de 200 enfants âgés de moins de 5 ans, les agents de santé doivent rendre visite et administrer la CPS à 25 - 30 enfants en moyenne par jour.

Ce nombre pourrait être plus élevé et atteindre au moins 100 enfants, selon l'expérience des agents de santé, la distance entre les foyers (ménages) et le fait que la CPS est administrée de porte à porte ou en un lieu central du village.

- 】 Dans les villages avec un grand nombre d'enfants, le nombre d'agents de santé devrait être plus élevé, pour garantir une administration de la CPS dans les sept jours.
- 】 Si la CPS est administrée avec de la vitamine A et de l'albendazole, l'appui d'un troisième agent de santé pourrait être nécessaire.
- 【 Former des agents de santé pour administrer correctement la CPS, remplir les formulaires d'administration des médicaments et identifier d'éventuels événements indésirables graves associés à la prise des médicaments de la CPS.
- 【 Préparation d'un plan de distribution pour chaque village et d'un circuit quotidien pour chaque agent de santé.
- 【 Distribution des médicaments, des consommables et des formulaires de suivi aux agents de santé.
- 【 Supervision des agents de santé et résolution des problèmes. Idéalement, il faut prévoir au moins deux visites de supervision par binôme d'agents de santé communautaires et cycle de traitement de CPS. Lorsque l'équipe aura acquis de l'expérience, le nombre de visites de supervision peut être réduit à une par campagne.
- 【 Notification des événements indésirables graves au médecin chef de district.
- 【 Compilation des rapports quotidiens remis par les agents de santé pour les soumettre au médecin chef de district.
- 【 Débriefing des agents de santé à l'issue de chaque cycle de traitement.
- 【 Préparation des rapports à l'issue de chaque cycle de traitement pour les soumettre au district (annexe 9), et communication des résultats aux agents de santé communautaires.

5.4.5 Niveau de la communauté

Responsabilités

- 【 Administration de la CPS aux enfants au niveau communautaire (agents de santé communautaires).
- 【 Sensibilisation et mobilisation de la communauté (leaders communautaires et agents de santé).
- 【 Prise en charge et orientation des patients souffrant de paludisme (agents de santé communautaires).
- 【 Orientation des patients vers des établissements de santé proches en cas de suspicion de réactions indésirables aux médicaments (agents de santé communautaires).

Activités

- 【 Sensibilisation de la communauté et mobilisation sociale en collaboration avec des membres choisis parmi la communauté et du personnel infirmier dans les centres de santé périphériques ;
- 【 Collecte des médicaments et autre matériel nécessaire pour la mise en œuvre de la CPS au niveau du centre de santé ;
- 【 Administration des traitements de CPS ;
- 【 Remplissage des formulaires et des dossiers ;
- 【 Identification et notification au personnel infirmier des réactions indésirables aux médicaments ;
- 【 Information, éducation et communication pour les parents ou tuteurs d'enfants sur l'observance du traitement, la prévention du paludisme et le moment où il faut orienter un enfant vers le lieu de prestation de soins le plus proche ; et
- 【 Notification quotidienne sur l'administration de la CPS aux membres aux infirmiers en poste dans les centres santé périphériques.

5.5 NOTIFICATION

Il faut élaborer des outils de notification ou adapter ceux qui existent déjà. Généralement, le système d'information sanitaire de routine ne permet pas de collecter l'information générée au niveau de la communauté. L'adaptation des outils de collecte des données sanitaires de routine nécessite du temps, de ce fait la mise en place d'un système provisoire pourrait être nécessaire, jusqu'à ce que des changements nécessaires puissent être opérés. Les questions importantes pour l'actualisation des outils de collecte des données existants se rapportent aux types de formulaire de notification des données déjà disponibles et à la possibilité d'ajouter de nouveaux formulaires d'enregistrement au système d'information sanitaire de routine.

Si la CPS est administrée selon une approche communautaire, il faut préparer des outils simples et conviviaux et, si possible, en association avec des outils utilisés pour d'autres interventions de santé communautaires. Si les cas de paludisme sont pris en charge dans la communauté, on peut remettre aux agents de santé des formulaires simples, faciles à remplir pour consigner les informations. Il est utile de remettre des cartes de CPS (Annexe 8) aux parents ou tuteurs d'enfants pour le suivi des programmes de CPS.

6. SUIVI ET ÉVALUATION



Le suivi permet une supervision des points essentiels de l'exécution du programme par la tenue de registres, la notification régulière et la surveillance pour évaluer les résultats. Il importe donc de mettre en place un système efficace de suivi et d'évaluation, fondé à la fois sur les informations sanitaires habituelles et des enquêtes périodiques auprès des foyers ou ménage, qui doivent être adaptés pour pouvoir y intégrer la CPS. Dans le contexte de la gestion fondée sur les résultats, un cadre d'exécution clair devrait être mis en place avant la mise en œuvre de la stratégie de CPS.

6.1 CADRE D'EXÉCUTION

Le cadre d'exécution oriente le système de suivi et d'évaluation. Il comprend des objectifs et des indicateurs selon une hiérarchie logique, des données de références et des cibles annuelles, des sources de données, des méthodes de collecte de données, la fréquence de notification et la personne responsable.

6.1.1 Indicateurs potentiels

Les buts sont habituellement mesurés à partir d'indicateurs d'impact, tandis que les objectifs sont habituellement mesurés à partir d'indicateurs de résultats. Les indicateurs d'apport et de processus sont également utilisables pour le suivi des mises en œuvre des différentes interventions de la stratégie de CPS. Seules les informations essentielles doivent être consignées.

Indicateurs d'impact

- Nombre de cas de paludisme confirmés par mois pour 1000 habitants. Cet indicateur peut être calculé durant la saison de forte transmission (période ciblée par l'intervention avec la CPS ; entre la première dose du premier cycle et 30 jours après la dernière dose du troisième ou du quatrième cycle). Toutefois, ce paramètre est sensible aux changements du taux de notification, la pratique de diagnostic et la fréquentation des établissements de santé. Il faut s'assurer que la notification a été cohérente au cours du temps, en examinant les tendances au niveau de la notification dans les établissements de santé, du nombre annuel de gouttes épaisses et du nombre total de consultations externes. Si ces indicateurs ont évolué, il serait plus informatif d'examiner les tendances des taux de tests positifs (microscopie ou tests de diagnostic rapide) ou de restreindre l'analyse à un sous-ensemble d'établissements de santé qui auraient notifié les données de manière cohérente au cours du temps.
- Nombre de cas de paludisme nécessitant une hospitalisation pour 10 000 habitants, par mois, pendant la saison de forte transmission du paludisme.
- Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 100 000 habitants, par mois ou par an.

Indicateurs de résultats (couverture)

- ❖ Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu une CPS, par cycle, pendant la saison de forte transmission.
- ❖ Pourcentage de parents ou tuteurs des enfants qui ont administré la deuxième et la troisième dose d'AQ à domicile.
- ❖ Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu trois cycles de CPS, par saison de transmission.

Indicateurs de processus

- ❖ Nombre de membres du personnel soignant formés pour la CPS ;
- ❖ Nombre d'agents de santé communautaires formés pour la CPS ;
- ❖ Nombre d'agents de santé communautaire qui ont reçu une visite de supervision au cours du dernier mois ;
- ❖ Nombre de cycles de traitements de CPS administrés.

Indicateurs d'apport

- ❖ Nombre de centres de santé disposant de stocks de médicaments pour la CPS ;
- ❖ Nombre de centres de santé disposant de formulaires de notification appropriés, outils de supervision et système de suivi des stocks pour la CPS.

6.1.2 Données de référence et cibles annuelles

La collecte des données de référence est nécessaire pour le suivi des progrès de la mise en œuvre de la CPS. Elles peuvent être obtenues à partir de rapports antérieurs, par la compilation des données des établissements de santé ou par des enquêtes spéciales menées avec l'appui des partenaires locaux. Il importe que les données de référence pour chaque indicateur soient définies avant la mise en œuvre du plan et de définir la cible fixée pour chacune des années ultérieures.

6.1.3 Sources de données et méthodes de collecte

La source de données est précisée pour chaque indicateur et définit la méthode de collecte des données. Suivant la nature des données, les rapports de CPS habituels, les informations sanitaires, les systèmes de surveillance ou les enquêtes spéciales (enquêtes de population, études de cas-témoins et études de cohortes, notamment) peuvent être utilisés pour collecter les données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la CPS.

Par exemple, les données collectées au cours du temps au niveau de l'établissement peuvent être utilisées pour évaluer :

- ❖ la proportion de tests de diagnostic rapide positifs parmi les tests réalisés en cas de suspicion de paludisme ;
- ❖ le nombre de cas de paludisme notifiés par les centres de santé ;
- ❖ le nombre d'hospitalisations pour paludisme grave ; et
- ❖ le nombre de décès toutes causes confondues et de décès dus au paludisme dans des établissements de santé.

Dans les régions où la CPS est mise en œuvre dans le cadre de la prise en charge communautaire (intégrée ou non) des cas de paludisme, le nombre d'accès palustres peut être déduit du nombre de traitements administrés aux enfants de moins de cinq ans. Des traitements gratuits avec des associations médicamenteuses à base d'artémisinine à l'échelle de la communauté

améliorent l'accès aux soins, et des tests de diagnostic rapide améliorent le diagnostic du paludisme. Les données collectées par les agents de santé communautaires peuvent fournir des informations utiles sur l'impact de la CPS au cours du temps. Cependant, il est difficile d'attribuer une réduction de la morbidité ou de la mortalité à une seule intervention (à la CPS par exemple). Par conséquent, les données sur d'autres facteurs contextuels, collectées au cours du suivi de routine, sont aussi utiles pour pouvoir évaluer l'impact de la CPS.

6.1.4 Fréquence de notification

La fréquence de notification de chaque indicateur doit être déterminée. Par exemple, au cours d'un cycle de CPS, les données relatives à certains indicateurs seront collectées tous les jours et d'autres, toutes les semaines ou tous les mois, tandis que les enquêtes destinées à évaluer l'impact de la CPS sur la mortalité peuvent être réalisées tous les 3 à 5 ans et que les enquêtes de suivi de l'efficacité des médicaments utilisés pour la CPS devraient être menées tous les 2-3 ans (voir section 6.7).

6.1.5 Personne responsable pour chaque indicateur

Il faut choisir une personne qui aura la responsabilité de la collecte des données pour chaque indicateur. Une base de données peut être mise en place, avec l'aide du système national d'information sanitaire et les organisations de recherche locales, pour faciliter la saisie des données, l'analyse et la notification. Un système de suivi de la qualité des données, également mis en place avec l'appui du système national d'information sanitaire et les institutions de recherche locales, améliorera la fiabilité des données.

6.2 OUTILS DE SUIVI DES PROGRÈS

Comme la CPS est administrée par des agents de santé communautaires, des outils simples, conviviaux doivent être conçus et adaptés au contexte national pour consigner les données. Par exemple, des supports illustrés peuvent être utiles. Les données peuvent être présentées sous forme de tableaux, d'histogrammes et de figures pour montrer aux parties prenantes les performances du programme au niveau national, par région et par district, et mettre en évidence les régions dans lesquelles des ajustements sont nécessaires pour améliorer les performances. Si les ressources sont limitées, on peut choisir des sites représentatifs dans différentes localités du pays pour suivre l'impact de la stratégie de CPS.

Différents instruments de collecte des données peuvent être utilisés pour consigner l'information servant au suivi des programmes de CPS (registres, feuilles de pointage, cartes de mise en œuvre de la CPS, carnets de santé des enfants et outils de collecte des données des enquêtes, par exemple). Les outils de suivi doivent être passés soigneusement en revue et, si possible, être intégrés aux outils existants. Toutefois, il n'est pas réaliste d'attendre une intégration complète du suivi et de l'évaluation de la CPS dans le système local de gestion de l'information sanitaire, au moins dans les premières étapes de la mise en œuvre.

6.3 CONSIDÉRATIONS SUR LA MANIÈRE DE CONSIGNER ET DE NOTIFIER LES INFORMATIONS SANITAIRES PAR LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

La façon de consigner les informations et la qualité des données sont des préoccupations majeures dans les programmes de santé impliquant des agents de santé communautaires. Il faut insister sur ces aspects durant la formation. Si les agents de santé communautaires ne savent pas lire, il faut trouver des solutions de rechange par la formation de membres de la communauté qui savent lire (par exemple un instituteur) afin qu'ils puissent aider les agents de santé à consigner l'information. Les agents de santé des localités voisines peuvent également aider à administrer la CPS ainsi qu'à consigner et à notifier les informations si la CPS n'est pas réalisée au même moment.

Comme la CPS est saisonnière et coïncide avec la longue période de vacances scolaires dans de nombreux pays du Sahel et des régions subsahariennes, les élèves des écoles secondaires et les étudiants retournant dans leur communauté pour les vacances peuvent apporter un soutien ponctuel s'ils sont rémunérés pour leurs efforts. Ils peuvent aider à remplir les formulaires, à sensibiliser la communauté et participer aux enquêtes d'évaluation de la CPS s'ils reçoivent une formation appropriée. Leur travail doit être supervisé par le personnel infirmier dans les établissements de soins primaires ou par le personnel médical du district.

6.4 ENREGISTREMENT DE L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (SUIVI ET ÉVALUATION)

L'administration des médicaments utilisés pour la CPS doit être consignée afin de pouvoir suivre les progrès. Les informations de base seront consignées sur les cartes de CPS et conservées par la mère ou le tuteur de l'enfant (Annexe 8) ; elles doivent être conservées aussi dans un registre par l'agent de santé communautaire.

La saisie dans le registre doit comprendre le nom du village, le nom de la mère de l'enfant ou du chef de famille (éventuellement), la tranche d'âges de l'enfant, le cycle de CPS et toute autre observation. Le nom de la mère de l'enfant et celui du chef de famille seront utiles pour la traçabilité de l'enfant.

À la fin de chaque cycle de CPS, les agents de santé communautaires devraient établir un rapport, pour chaque localité (Annexes 6 et 9), mentionnant le nombre total d'enfants traités par tranche d'âge, de traitements de CPS administrés et les enfants qui ont manqué l'administration de CPS.

6.5 ESTIMATION DE LA COUVERTURE

En général, la CPS comprend l'administration de trois (voire quatre) cycles de traitement durant la saison de forte transmission du paludisme. Dans de nombreuses études de terrain, la couverture de CPS est estimée par la proportion d'enfants qui ont reçu trois cycles de traitement complets pendant la saison de transmission. Dans les études de terrain sur l'administration par des agents de santé communautaires, la couverture exprimée par la proportion d'enfants ayant reçu trois cycles de traitement complets était estimée à 90 % au Sénégal et 74 % en Gambie. Cette définition est toutefois difficilement applicable par les responsables des programmes pour le suivi de la couverture de la CPS sans diligenter d'autres enquêtes.

La couverture peut également être définie comme le nombre de personnes atteintes par les services offerts dans le cadre d'un programme. La couverture par la CPS peut être définie comme la proportion d'enfants ayant reçu la première dose de chaque cycle de traitement pendant la saison de transmission. Elle peut être calculée par cycle de traitement avec comme numérateur le nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu la première dose de SP + AQ et comme dénominateur le nombre attendu d'enfants âgés de 3-59 mois dans la localité pendant la saison de transmission. Les taux de couverture des cycles 1, 2 et 3 représentent alors la couverture par la CPS.

À défaut d'estimations précises du nombre attendu d'enfants, les données, sous la forme présentée à l'Annexe 3 pour la détermination et l'enregistrement du nombre d'enfants ayant reçu ou non chaque cycle de CPS, peuvent être utilisées pour estimer le nombre d'enfants susceptibles de recevoir la CPS. Un exemple de calcul de ce type est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1. Exemple de calcul de la couverture par la chimioprévention du paludisme saisonnier en 2011

	Août	Septembre	Octobre
Nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois ayant reçu les médicaments	950	920	900
Nombre attendu d'enfants âgés de 3 à 59 mois en 2011	1000	1000	1000
Couverture (%)	95	92	90

6.6 SUIVI DES RÉACTIONS INDÉSIRABLES AUX MÉDICAMENTS

Les médicaments peuvent avoir des effets désirables ou indésirables et aucun médicament n'est absolument sûr pour tous les individus en toutes circonstances. Il est donc important de suivre les événements indésirables. En général, ces derniers sont des événements associés à l'exposition à un médicament ; mais, un événement indésirable n'est pas nécessairement attribuable à un médicament. En cas de doute, toutefois, il est préférable de signaler l'évènement que ne pas le faire.

Le personnel soignant, les agents de santé communautaires et les parents ou tuteurs d'enfants doivent être formés pour pouvoir identifier et notifier des événements indésirables. Si les agents de santé identifient un événement indésirable grave, ils doivent le signaler au personnel infirmier du centre de santé, qui remplira le formulaire de l'Annexe 9 et l'enverra au médecin chef de district pour que celui-ci prenne les mesures nécessaires. Dans de nombreux endroits, les systèmes de pharmacovigilance habituels devront être renforcés pour garantir une notification efficace des événements indésirables associés aux médicaments après la mise en œuvre de la CPS.

6.6.1 Définitions

Un *évènement indésirable* est toute réaction inattendue chez un patient ou un participant à une étude clinique à qui on a administré un produit pharmaceutique, et qui n'est pas nécessairement en rapport avec le traitement administré. Un événement indésirable est tout symptôme ou maladie défavorable ou non souhaité (y compris des résultats d'analyses biologiques temporairement associés à l'utilisation d'un produit médicamenteux), qui peut ou non être considéré comme associé au produit médicamenteux.

Un *évènement indésirable grave* est tout incident médical indésirable en réponse à un médicament qui, quelle que soit la dose :

- ❑ peut avoir une issue fatale ;
- ❑ nécessite ou prolonge une hospitalisation ;
- ❑ entraîne une invalidité ou une incapacité ;
- ❑ entraîne des anomalies ou des malformations congénitales ;
- ❑ provoque la mort ; ou
- ❑ peut nécessiter une intervention pour empêcher une des issues mentionnées ci-dessus.

6.6.2 Enregistrement et notification d'évènements indésirables

Occasionnellement la SP et l'AQ peuvent provoquer des événements indésirables bénins à modérés ; dans de rares cas, des événements indésirables graves peuvent se produire. Les événements indésirables bénins associés à SP sont notamment des éruptions cutanées et des réactions localisées au niveau des muqueuses. Dans de rares cas, on pourrait observer une atteinte cutanée grave (syndrome de Steven-Johnson) et une hépatotoxicité.

Les évènements indésirables modérés les plus courants associés à l'absorption d'AQ sont : vomissements, douleurs abdominales, fièvre, diarrhée, démangeaisons, céphalées et éruption cutanée. Parmi les rares évènements indésirables graves associés à la prise prophylactique hebdomadaire d'AQ figurent l'anémie aplasique et une hépatotoxicité mortelle ; de tels évènements n'ont pas été notifiés au cours de l'évaluation de la CPS.

Des orientations claires doivent être données sur place pour un suivi efficace de l'innocuité des médicaments, notamment :

- ❖ la définition des rôles et des responsabilités du personnel ;
- ❖ une liste des évènements indésirables et des évènements indésirables graves qui doivent être consignés ;
- ❖ des définitions standard « d'évènement indésirable » et « d'évènement indésirable grave » utilisables par l'ensemble du personnel ;
- ❖ l'utilisation de formulaires standards pour consigner, notifier et étudier les évènements indésirables graves ;
- ❖ des lignes directrices pour consigner, notifier et étudier les évènements indésirables graves ;
- ❖ des critères permettant d'évaluer la relation entre l'évènement et la prise de médicaments utilisés pour la CPS ;
- ❖ une trace écrite des mesures prises ; et
- ❖ l'utilisation d'une base de données normalisée pour enregistrer tous les évènements indésirables graves.

Il faut proposer des lignes directrices sur la façon d'identifier et de consigner les évènements indésirables graves afin de s'assurer qu'un minimum d'informations soit disponible pour permettre une évaluation appropriée de tout évènement notifié. L'information peut notamment comprendre l'identité du patient, l'âge, le sexe, le poids, une brève description de l'évènement, y compris sa gravité, la date à laquelle il est survenu, le traitement administré, les dates du début et de fin de l'administration de la CPS et de l'administration concomitante d'autres médicaments, le numéro du lot avec la date de péremption et le résultat.

Les évènements indésirables graves peuvent susciter des perceptions négatives dans la communauté et compromettre le succès de la CPS. Par conséquent, tout évènement de ce type doit être documenté, qu'il soit ou non lié aux médicaments utilisés pour la CPS. Pour une bonne stratégie de communication, il faut expliquer les risques et les bénéfices de l'intervention et tout ce qui est susceptible d'affecter l'acceptation de la CPS dans la communauté.

Lorsqu'un évènement indésirable a été identifié, l'équipe médicale doit agir promptement pour minimiser le risque pour la santé des enfants et assurer une issue positive. Un exemple de formulaire de notification d'évènements indésirables utilisé durant l'étude de CPS à grande échelle au Sénégal est présenté à l'Annexe 10.

6.6.3 Difficultés potentielles de notification des évènements indésirables

Le manque d'expérience des agents de santé communautaires et du personnel médical face aux évènements indésirables associés à SP + AQ peut entraîner une sous-notification de ces évènements. Certains peuvent être ignorés pour diverses raisons, notamment parce que l'évènement n'est pas considéré comme lié aux médicaments utilisés pour la CPS. L'équipe chargée de notifier les évènements indésirables devrait être encouragée à signaler toute manifestation de ce type. Des formations de remise à niveau et des discussions régulières avec le personnel impliqué dans la notification de ces évènements sont recommandées afin de minimiser le risque de sous-notification. Dans la mesure du possible, il faut mettre des photos d'évènements indésirables à la disposition de la communauté, des agents de santé communautaires et des infirmiers en poste dans les centres de santé.

6.7 SUIVI DE L'EFFICACITÉ DE LA SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE

La CPS avec SP + AQ peut augmenter la pression médicamenteuse sur la population de parasites du paludisme, entraîner la sélection de parasites résistants aux médicaments et la propagation de la résistance à la SP et/ou l'AQ. Par conséquent, le suivi de l'efficacité estimée de SP et AQ pendant la CPS est important. Malheureusement, il n'existe pas actuellement de procédure recommandée pour estimer l'efficacité de SP + AQ. Une évaluation de référence de la résistance serait utile et des enquêtes doivent être menées à intervalles de 2-3 ans dans un échantillon de localités représentatives du pays avec des techniques telles que des marqueurs moléculaires de résistance à SP et des tests *in vitro* de la sensibilité de *P. falciparum* à AQ et SP. Des méthodes indirectes, telles que le suivi de l'impact de la CPS avec SP + AQ sur la prévalence de l'infection palustre ou du paludisme clinique au cours du temps, pourraient également être utiles pour détecter la diminution de l'efficacité de SP + AQ et permettre d'enclencher des enquêtes de marqueurs de résistance ou des tests *in vitro* pour confirmation.

La collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, les institutions de recherche locales, l'OMS et d'autres organisations impliquées dans le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques est fortement encouragée.

Pour des raisons éthiques, l'efficacité de SP + AQ ne peut pas être évaluée sur des enfants malades, car ceux-ci devraient recevoir uniquement des médicaments (traitement avec une association thérapeutique à base d'artémisinine) qui sont actuellement efficaces dans le traitement du paludisme clinique à *P. falciparum*.

6.7.1 Marqueurs moléculaires de résistance

Les mutations génétiques associées à la résistance du parasite à la SP et l'AQ peuvent être évaluées par des techniques de biologie moléculaire telles que la réaction de polymérisation en chaîne, le dépistage de séquence unique avec une sonde oligonucléotidique ou le séquençage. Les mutations *pfdhfr* (51, 59 et 108) et *pf dhps* (437 et 540) sont connues comme étant de bons indicateurs de résistance à la SP, et des rapports récents indiquent qu'une double mutation *pf crt* et *pfmdr1* est un bon marqueur de résistance à l'AQ.

Des enquêtes doivent être réalisées pour déterminer la prévalence des mutations *pf dhfr* et *dhps*, associées à la résistance à SP, ainsi que la prévalence des mutations *pf crt* aux codons 72-76 et des mutations *pfmdr1* aux codons 86, 184 et 1246, associées à la résistance à AQ. La prévalence de ces marqueurs moléculaires dans des sites sentinelle (centres de santé) répartis dans différentes localités peut être suivie au cours de la mise en œuvre de la CPS et un mois après le dernier cycle de traitement de CPS en prélevant des gouttes de sang sur papier filtre à partir d'un échantillon aléatoire d'enfants souffrant de paludisme (fièvre et test de diagnostic rapide positif). Le personnel infirmier des centres de santé peut être formé à ce type de préparation. Les papiers filtres doivent être étiquetés avec les noms du centre de santé et du district et envoyés pour analyse à un établissement de recherche local disposant de l'expertise dans le suivi des marqueurs de résistance aux médicaments antipaludiques.

6.7.2 Test *in vitro*

Les tests *in vitro* sont des tests réalisés directement sur des parasites du paludisme pour déterminer les concentrations d'un médicament qui inhibent la croissance de ces parasites. Les essais nécessitent du sang frais, un bon équipement de laboratoire et un personnel bien formé. Ils doivent être réalisés par des institutions de recherche collaborant avec le programme national de lutte contre le paludisme. Les résultats peuvent fournir des informations supplémentaires en appui des résultats obtenus par des études d'efficacité *in vivo* et des enquêtes réalisées à l'aide de marqueurs moléculaires de résistance.

6.8 MÉTHODES UTILISABLES POUR LE SUIVI DE L'EFFICACITÉ DE LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER

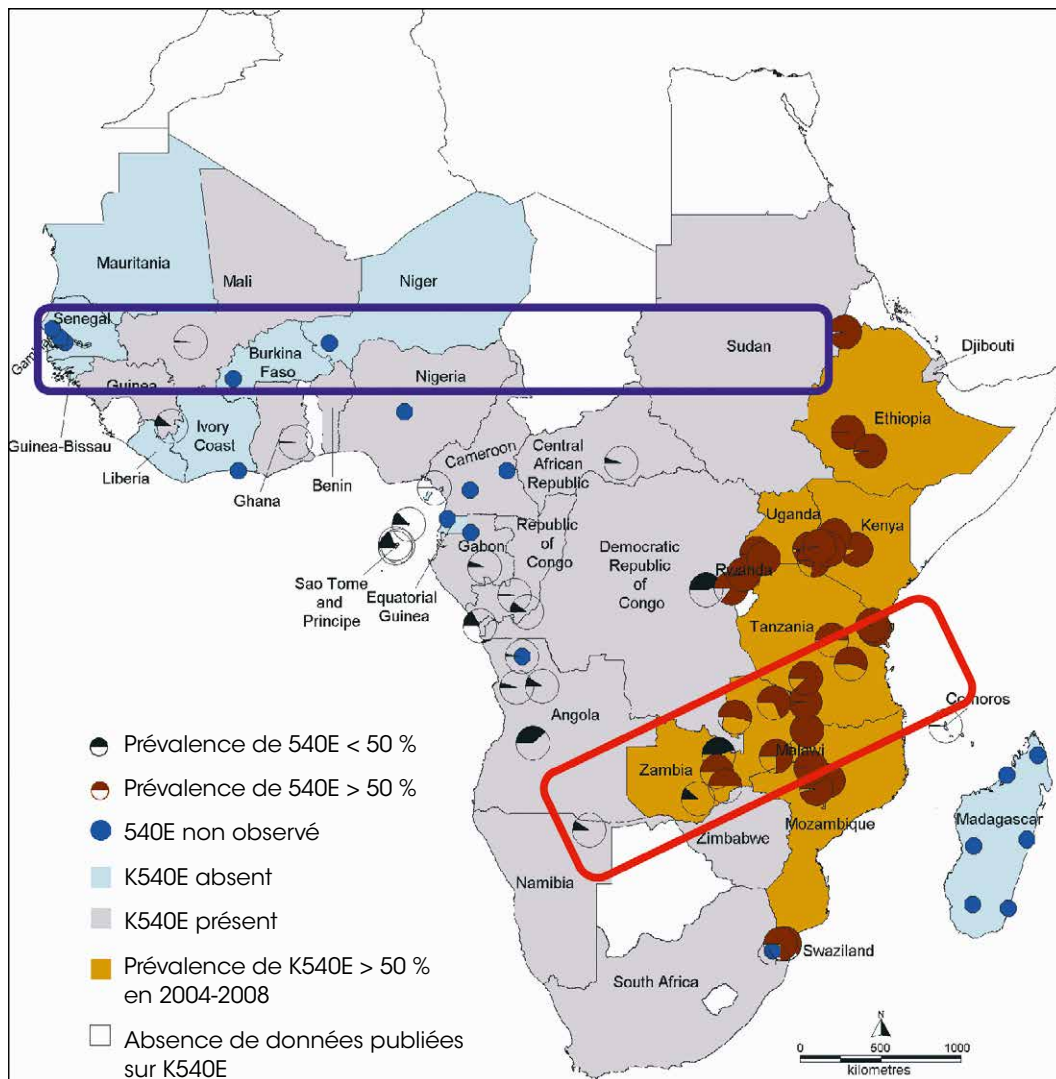
Il n'existe pas de méthode établie pour le suivi de l'efficacité programmatique de la CPS. Les autres approches qui peuvent être explorées dans la recherche opérationnelle sont discutées ci-après.

Au cours de la première année de CPS, un échantillon aléatoire d'enfants ayant reçu le premier cycle de traitement peut être soumis à un test de détection de la parasitémie au moment de l'administration du deuxième ou du troisième cycle pour déterminer la proportion d'infections persistant un mois après un cycle complet. Seuls les enfants, dont les parents ou tuteurs confirment qu'aucun autre médicament antipaludique ne leur a été administré au cours du mois qui a suivi le cycle précédent de CPS, seront inclus dans ces enquêtes et soumis à des tests de diagnostic rapides. Cette enquête devrait être répétée les années suivantes pendant les mêmes cycles de CPS de chaque campagne. Une augmentation de la prévalence des infections palustres en fonction du temps peut indiquer une diminution progressive de l'efficacité de SP + AQ, si la couverture de la CPS reste la même.

Le suivi dans le temps des accès de paludisme ou de l'incidence du paludisme signalés chez des enfants de moins de 5 ans et la relation entre le nombre d'accès palustres et la couverture de CPS donnent une indication de l'efficacité de SP + AQ. Une augmentation du nombre d'accès palustres signalés au niveau de la communauté ou de l'établissement de santé avec une couverture de CPS constante ou en augmentation graduelle peut indiquer une diminution de l'efficacité de SP + AQ, si la qualité des médicaments est garantie sur la période spécifiée, si le système de notification n'a pas changé et si d'autres déterminants majeurs de la transmission du paludisme (par exemple, les précipitations ou les mesures de lutte antivectorielle) restent constants. Sur la base de ces observations, des études de marqueurs de résistance à SP ou des tests de sensibilité *in vitro* devraient être effectués pour confirmer l'efficacité de SP + AQ.

ANNEXES

Annexe 1. Répartition de la résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine en Afrique subsaharienne



Légende

- Zones appropriées pour la CPS (faible prévalence de la mutation K540E).
- Bien que ces zones soient potentiellement appropriées pour la CPS, au regard du profil de transmission du paludisme, les recherches ont montré que la prévalence de la mutation K540E y est élevée. Par conséquent, l'administration de SP + AQ n'est pas recommandée (Cairns *et al.*, *Nature*, 2012).

D'après Naidoo I et Roper C. Drug resistance maps to guide intermittent preventive treatment of malaria in African infants. *Parasitology*, 2011, 138:1469-1479.

Annexe 3. Exemple de formulaire pour le dénombrement des enfants traités ou non

Date : |__|__| |__|__| |__|__| District :

Centre de santé : Village/zone :

Nom de l'agent de santé communautaire :

Cycle de la CPS |__| Mois 1 |__| Mois 2 |__| Mois 3

Foyer/ ménage	Nombre d'enfants âgés de 3-59 mois					Nombre d'enfants ayant reçu la CPS					Nombre d'enfants n'ayant pas reçu la CPS				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Total =					Total =					Total =				

Ce formulaire doit être utilisé par les agents de santé communautaires pour consigner le nombre total d'enfants auxquels il faudrait administrer la CPS, le nombre d'enfants qui ont réellement reçu la CPS et le nombre d'enfants qui n'en ont pas reçu. Pendant les visites porte-à-porte pour l'administration de la CPS, les agents communautaires devraient demander au chef de famille ou au tuteur combien d'enfants âgés de 3 à 59 mois sont présents dans le foyer avant administration de la CPS. L'agent de santé devrait, si possible, vérifier l'information en interrogeant d'autres membres de la famille. L'agent de santé ayant la responsabilité de remplir les formulaires devrait attribuer un numéro au foyer selon l'ordre dans lequel les foyers sont visités (1, 2, 3, 4, etc.). Chaque rangée représente un foyer. S'il y a plus de cinq enfants dans un foyer, les agents de santé utiliseront la rangée suivante et réécriront le numéro du foyer ou ménage. Pour chaque enfant âgé de 3 à 59 mois vivant dans le foyer ou la zone d'habitation et éligible pour recevoir la CPS, les agents de santé doivent marquer d'une croix le premier cercle (première rangée) de la deuxième colonne (sous le titre « Nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois »). Si l'enfant a reçu la CPS durant la visite, les agents de santé doivent marquer d'une croix le premier cercle de la troisième colonne (sous le titre « Nombre d'enfants traités ») ; si l'enfant n'a pas été traité, les agents de santé doivent inscrire une autre croix dans la quatrième colonne (sous le titre « Nombre d'enfants non traités »). Un formulaire séparé devrait être rempli pour l'administration de chaque cycle de CPS.

Annexe 4. Exemple de formulaire pour la notification de l'utilisation des médicaments de la CPS par les agents de santé communautaires

À la fin de chaque cycle de CPS, les agents de santé communautaires doivent notifier au centre de santé le nombre de comprimés de CPS reçus, administrés et restants.

Date : |__|__| |__|__| |__|__| District :

Centre de santé : Village/zone :

Nom de l'agent de santé communautaire :

Cycle de la CPS |__| Mois 1 |__| Mois 2 |__| Mois 3

Tous les enfants âgés de 3-59 mois	SP	AQ
Nombre de comprimés de CPS reçus	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Nombre de comprimés de CPS utilisés	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Nombre de comprimés de CPS restants	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Remarques :

.....

.....

.....

.....

Annexe 5. Exemple de liste de contrôle pour les responsables de santé du district qui assurent le suivi de la mise en œuvre

Ce formulaire devrait être complété par un membre de l'équipe responsable de la supervision des infirmiers en poste centres de santé. Le superviseur devrait visiter chaque village avant le premier cycle d'administration de CPS chaque année, interroger un agent de santé communautaire choisi au hasard par village et vérifier les informations fournies.

Date _ _ _ _ _ _	District	Centre de santé
Village	Nom du superviseur	Nom de l'agent de santé

Cycle de CPS	<input type="checkbox"/> Mois 1	<input type="checkbox"/> Mois 2	<input type="checkbox"/> Mois 3
Nombre estimé d'enfants de moins de 5 ans dans la localité	_ _ _ _ _ _		
Nombre d'agents de santé communautaires dans la localité	_ _		
Nombre d'agents de santé communautaires ayant reçu une formation pour administrer la CPS	_ _		
Tous les agents de santé communautaires dans la localité ont-ils une connaissance suffisante de la stratégie de la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Une sensibilisation à la CPS a-t-elle été organisée dans la localité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Le matériel nécessaire à la sensibilisation a-t-il été présenté ou distribué dans la localité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
La communauté est-elle au courant du programme de mise en œuvre de la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Une formation a-t-elle été organisée pour instruire les parents ou tuteurs d'enfants sur la façon d'administrer les médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Les membres de la communauté sont-ils impliqués dans les activités de sensibilisation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
La communauté a-t-elle été informée de la date du début de la mise en œuvre de la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé possède-t-il les documents pertinents pour la mise en œuvre de la CPS (instructions) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé possède-t-il le matériel nécessaire à la sensibilisation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé a-t-il des stocks de médicaments pour la mise en œuvre de la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé a-t-il un registre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé a-t-il des cartes de CPS pour les parents ou tuteurs d'enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'agent de santé a-t-il des formulaires pour la gestion des médicaments utilisés pour la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Remarques du superviseur :

.....

Annexe 6. Exemple de formulaire pour le suivi des activités des agents de santé communautaires

Ce formulaire devrait être complété par l'infirmier(ère) du centre de santé responsable du contrôle des agents de santé communautaires. L'infirmier(ère) devrait rendre visite aux agents de santé pendant l'administration de la CPS, au moins une fois par saison de transmission, pour obtenir les informations nécessaires en interrogeant et en observant les agents de santé pendant leur travail.

Date _ _ _ _ _ _	District	Centre de santé
Village	Nom du superviseur	Nom de l'agent de santé

1. Observation directe de l'administration de la CPS		
L'agent de santé communautaire a-t-il tout le matériel pour l'administration de la CPS ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il un registre pour consigner les informations ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il des cartes d'administration de la CPS ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il donné des informations sur la CPS au parent ou tuteur de l'enfant ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il expliqué que la CPS est administrée trois fois* pendant la saison des pluies ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il vérifié l'identité et l'âge de l'enfant ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il vérifié si l'enfant était bien éligible pour la CPS ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il administré la dose correcte de SP + AQ à l'enfant ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il gardé l'enfant en observation pendant au moins 30 min après le traitement ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il remis les deuxième et troisième doses au parent ou tuteur de l'enfant ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il expliqué comment administrer la deuxième et la troisième dose ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il fixé un rendez-vous pour le cycle de CPS suivant ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il rempli les cartes de CPS correctement ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il consigné correctement les informations dans le registre ?	_	Oui _ Non
L'agent de santé communautaire a-t-il rincé les cuillères, seringues et gobelets utilisés pour l'administration de la CPS ?	_	Oui _ Non
2. Sensibilisation des soignants		
L'agent de santé communautaire a-t-il expliqué la différence entre la CPS et la prise en charge communautaire des cas de paludisme ou la prise en charge intégrée des cas** ?		
L'agent de santé communautaire a-t-il informé le parent ou tuteur de l'enfant des effets indésirables des médicaments utilisés pour la CPS ?		
Le parent ou tuteur de l'enfant a-t-il été informé de ce qu'il fallait faire si un évènement indésirable se produisait ?		
L'agent de santé communautaire a-t-il recommandé au parent ou tuteur de l'enfant de consulter immédiatement un agent de santé chaque fois l'enfant serait malade ?		

Remarques du superviseur :

.....

* L'administration peut être portée à quatre cycles, le cas échéant

** Dans les régions où la prise en charge communautaire des cas de paludisme ou la prise en charge communautaire intégrée est mise en oeuvre

Annexe 7. Exemple de formulaire destiné aux agents de santé communautaires pour interroger les mères afin d'évaluer leur connaissance et leur compréhension de la chimioprévention du paludisme saisonnier

Ce formulaire devrait être complété par l'infirmier(ère) responsable du contrôle des agents de santé communautaires au centre de santé. Celui-ci (celle-ci) devra réaliser une enquête sur un échantillon aléatoire de parents ou tuteurs d'enfants afin d'évaluer leur connaissance de la CPS et leur acceptation de la stratégie. Cette enquête devrait être effectuée durant le premier cycle de CPS, la première année, et pourrait être répétée tous les 2-3 ans.

Date _ _ _ _ _ _	District	Centre de santé
Village	Nom du superviseur	Nom de l'agent de santé

1. Connaissance de la CPS par l'aidant		
Le parent ou tuteur d'enfant a-t-il reçu des informations sur la CPS ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant sait-il que la CPS est administrée pendant la saison des pluies ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant sait-il que la CPS est administrée sur une période de 3 mois* à intervalles de 1 mois ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant sait-il qu'il doit administrer les deuxième et troisième** doses à domicile ?	_	Oui _ Non
A-t-on indiqué au parent ou tuteur d'enfant comment il fallait administrer le médicament à domicile ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant sait-il que des enfants plus jeunes (3-11 mois) et plus âgés (1-5 ans) doivent recevoir des doses différentes des médicaments utilisés pour la CPS ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant a-t-il été informé des effets indésirables des médicaments utilisés pour la CPS ?	_	Oui _ Non
Le parent ou tuteur d'enfant peut-il citer le nom d'au moins un effet indésirable ?	_	Oui _ Non
Dans l'affirmative, demander au parent ou tuteur d'enfant de nommer un effet secondaire.....		
Le parent ou tuteur sait-il à quoi sert la carte de CPS ?	_	_ Non

2. Acceptabilité de la CPS pour les parents/tuteurs des enfants		
Combien d'enfants âgés de 3 à 59 mois sont-ils sous la responsabilité du parent ou tuteur d'enfant ?	_	_
Combien parmi ces enfants ont-ils reçu un traitement de CPS ?	_	_ Non disponible
Si la CPS n'a pas été administrée à certains enfants, indiquer les raisons :		
Raison pour l'enfant 1		
Raison pour l'enfant 2		
Raison pour l'enfant 3		
Raison pour l'enfant 4		
Raison pour l'enfant 5		

* Peut être adapté à un nombre de cycle différent
 ** Peut être adapté à un nombre de cycle différent

Le parent ou tuteur d'enfant a-t-il conservé l'emballage des médicaments utilisés pour la CPS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le parent ou tuteur d'enfant est-il satisfait du travail de l'agent de santé communautaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans la négative, demander au parent ou tuteur d'enfant d'indiquer les raisons.		
1.		
2.		
Dans l'affirmative, demander à l'aidant d'indiquer au moins quelques motifs.		
1.		
2.		

Remarques du superviseur :

.....

.....

.....

Annexe 8. Exemple de carte d'administration

Tous les enfants sous la responsabilité du parent ou tuteur d'enfant, éligibles pour la CPS, devraient recevoir une carte avant administration de la première dose de CPS. L'agent de santé communautaire devrait remplir cette carte en inscrivant le nom du district, du centre de santé, et du village, la date de naissance de l'enfant (si elle est connue), le nom de la mère de l'enfant et la date de l'administration de la CPS. La date de l'administration doit être indiquée pour chaque cycle, prouvant ainsi que l'enfant a reçu la CPS. Si la CPS n'a pas été administrée, il faut laisser vide la case réservée la date d'administration et écrire un commentaire en bas de la carte dans le champ intitulé « Notes ». Par exemple : « Enfant absent », « Refusé » ou inéligible (« Enfant malade », « Enfant ayant reçu SP + AQ au cours des 30 derniers jours », « Enfant allergique à SP ou AQ », « Enfant âgé de plus de 59 mois »). Le parent ou tuteur devrait être informé qu'il doit conserver précieusement la carte pour les cycles de CPS ultérieurs.

CARTE DE CPS

District :

Centre de santé :

Nom de l'enfant :

Nom de l'enfant :

Date de naissance : ___/___/___

Nom de la mère/de l'aidant:
.....

Adresse:

Année	Mois	Date de l'administration de la CPS
20___	Mois 1	
	Mois 2	
	Mois 3	
20___	Mois 1	
	Mois 2	
	Mois 3	
20___	Mois 1	
	Mois 2	
	Mois 3	

Notes:

←----- 14,85 cm -----→

↑ 10,50 cm ↓

Annexe 9. Exemple de formulaire de notification à adresser aux centres de santé puis aux districts

Le personnel infirmier doit utiliser ce formulaire pour compiler les informations fournies par les agents de santé communautaires et les notifier au médecin chef de district à la fin de chaque cycle de CPS

Date : _ _ _ _ _ _ _ _ _	District :
Centre de santé :	Village/zone :
Responsable du centre de santé ou du bureau de district :	
Cycle de CPS _ _ Mois 1 _ _ Mois 2 _ _ Mois 3	

	CPS administrée	Nombre d'enfants attendus	Taux de couverture*
Nombre d'enfants âgés de 3 à 59 mois auxquels la CPS a été administrée dans la zone de santé	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

*La couverture est estimée à partir du nombre d'enfants auxquels la CPS devrait avoir été administrée, selon les données fournies par l'agent de santé communautaire, et du nombre d'enfants à qui la CPS a effectivement été administrée pendant chaque cycle.

Remarques :

Annexe 10. Formulaire de notification des évènements indésirables utilisé dans une étude d'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Sénégal

Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la Santé, Division de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre le paludisme

Formulaire de notification d'évènements indésirables associés aux médicaments

Ce formulaire fournit des informations contenues dans le « formulaire jaune » qui devrait être rempli par le personnel médical dans le cadre de la surveillance systématique des réactions indésirables aux médicaments. Il est nécessaire de renforcer le système local de pharmacovigilance pour garantir une notification efficace des réactions indésirables aux médicaments pendant la mise en œuvre de la CPS.

Patient	Rapporteur
Nom :	Nom :
Date de naissance :/...../..... ou âge :	Médecin : /___/ Pharmacien : /___/
Sexe : F /___/ M /___/	Dentiste : /___/ Infirmier(ère) : /___/ Sage-femme : /___/
Poids :	Autre : /___/ (spécifier) :
Numéro d'enregistrement :	Spécialisation :
Antécédents médicaux/facteurs associés	Téléphone : Télécopie : Courriel : Etablissement :
Description de l'évènement	Action entreprise : Suivi : /___/ Hospitalisation : /___/ Orientation : /___/ Autre : /___/ (spécifier):
	Traitement : Oui : /___/ (spécifier) : Non : /___/
	Date :/...../.....
Date de la survenue :/...../..... Date de la disparition :/...../.....	

Signature du rapporteur : _____



**Organisation
mondiale de la Santé**

Chimio-prévention du paludisme saisonnier
par administration de sulfadoxine-
pyriméthamine et d'amodiaquine aux enfants

Guide de terrain

Programme mondial de lutte antipaludique

Organisation mondiale de la Santé

20 avenue Appia

1211 Genève 27 - Suisse

<http://www.who.int/malaria/en/>

ISBN 978 92 4 250473 6



9 789242 504736