

Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse



Atelier à l'intention des prestataires de santé





Cette publication, adaptée du paquet de ressources d'apprentissage pour la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse, a pu être réalisée grâce au soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) aux termes de la subvention HRN-A-00-98-00043-00/Programme de santé maternelle et néonatale, et de la Division de la santé maternelle et infantile, Bureau de la santé, des maladies infectieuses et de la nutrition aux termes de l'accord coopératif Leader with Associates GHS-A-00-04-00002-00/ACCESS Program. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.

L'USAID n'a pas contribué aux informations ni au financement de l'édition de 2015 et de la mise à jour de 2018.



PPG : But de l'atelier



- Cet atelier est conçu pour fournir aux apprenants les connaissances et compétences dont ils ont besoin pour prévenir, reconnaître et traiter le paludisme pendant la grossesse (PPG) dans les zones de transmission modérée à élevée.
- Les soins prénatals pour les femmes enceintes sont recommandés comme plateforme principale pour l'intégration des soins fondés sur des données probantes notamment les services de prévention et de traitement du PPG.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



PPG : But de l'atelier (suite)



- Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2016 sur les soins prénatals indiquent, « les soins prénatals constituent une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage et le diagnostic, et la prévention des maladies. Il est aussi établi que, grâce à la mise en œuvre en temps utile de pratiques appropriées fondées sur les preuves, les soins prénatals peuvent sauver des vies. Point également déterminant : ces soins offrent l'opportunité de communiquer avec les femmes enceintes, les familles et les communautés, et de les soutenir, à un moment critique de la vie de ces femmes. »
- Ils soutiennent les recommandations de l'OMS de 2012 sur les politiques de traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPIg-SP) (OMS 2013c).



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Détails sur l'atelier



Note aux facilitateurs :

Veillez compléter cette diapositive avec des informations sur le programme de votre atelier. Inclure des statistiques pertinentes sur le PPG dans votre pays ou région.

Introduction : Faits concernant le paludisme



- En 2019, environ 229 millions de cas de paludisme ont été dénombrés à travers le monde dans 87 pays d'endémie palustre, soit une baisse de 238 millions par rapport à l'an 2000.
- La proportion de cas de paludisme causés par Plasmodium vivax a reculé, passant d'environ 7 % en 2000 à 3 % en 2019.
- Entre 2015 et 2019, l'incidence mondiale des cas de paludisme (pour 1000 personnes à risque) a reculé de moins de 2 %, ce qui témoigne d'un ralentissement du taux de diminution depuis 2015.
- Entre 2000 et 2019, dans les six pays de la sous-région du Grand Mékong, à savoir le Cambodge, la Chine (province du Yunnan), la République démocratique populaire lao, le Myanmar, la Thaïlande et le Viet Nam, le nombre de cas de paludisme à P. falciparum a chuté de 97 %, tandis que le nombre total de cas de paludisme a reculé de 90 %.

(World Malaria Report 2020)



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Introduction : Faits concernant le paludisme pendant la grossesse



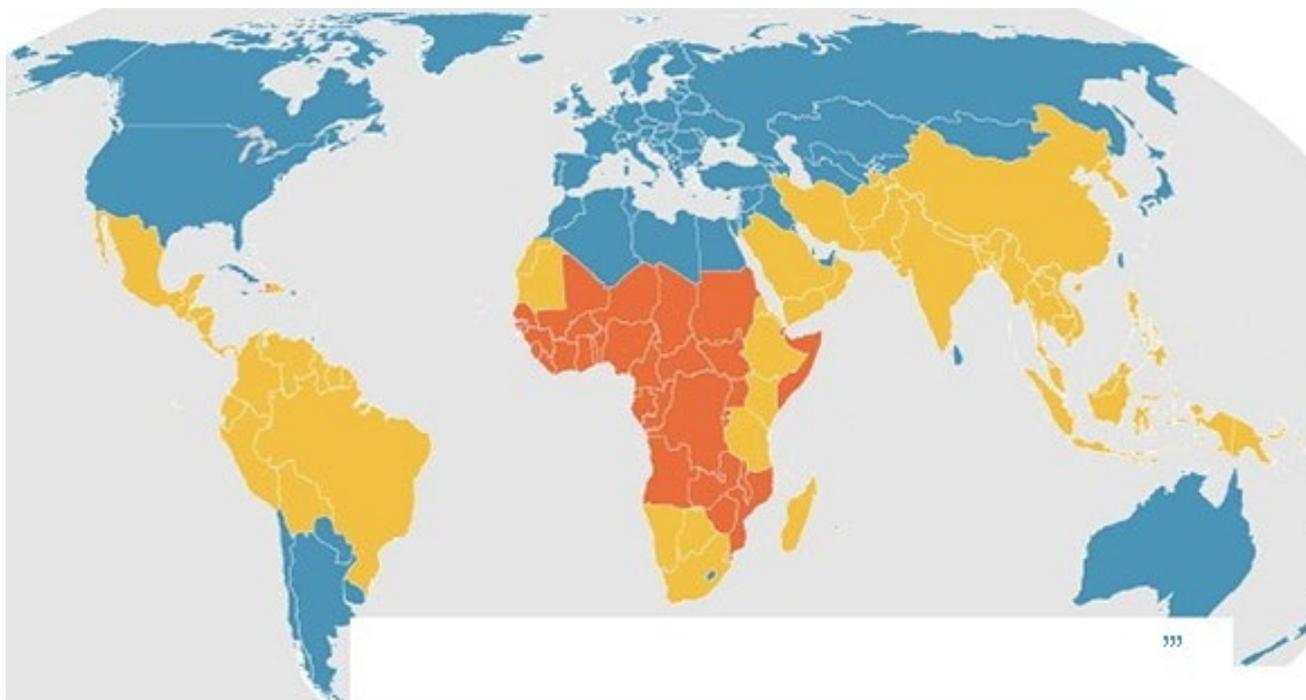
- En 2019, le nombre de grossesses enregistré dans 33 pays à transmission modérée à élevée de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé était estimé à 33 millions ; dans 35 % de ces grossesses (soit 12 millions), la femme était exposée à l'infection paludéenne pendant la grossesse. Le paludisme est plus fréquent et plus compliqué pendant la grossesse.
- Les femmes enceintes et les jeunes enfants sont les plus à risque. D'après des données récentes, 20 % des mortinaissances en Afrique subsaharienne sont imputables au paludisme pendant la grossesse (Lawn et al. 2016)
- 10 000 décès maternels se produisent chaque année à la suite d'une anémie liée au paludisme, et beaucoup d'autres sont susceptibles d'être directement ou indirectement dus à des infections palustres (Dellilcour et al. 2010).
- Malgré une légère augmentation de la couverture par trois doses de traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg3), passant de 31 % en 2018 à 34 % en 2019, la couverture reste largement inférieure à la cible mondiale d'au moins 80 %, ce qui témoigne d'un nombre considérable d'occasions manquées, dans la mesure où 62 % des femmes reçoivent une dose de traitement préventif intermittent du paludisme (TPIg1).



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

jhpiego
Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

L'endémicité du paludisme à *Plasmodium falciparum* : carte mondiale (2020)



- Transmission du paludisme inexistante
- Transmission du paludisme survenant dans certaines zones
- Transmission du paludisme répandue

Faits : Riposte mondiale contre le paludisme



- Le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme a été lancé par l'OMS, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement et la Banque mondiale en 1998 pour fournir une approche globale coordonnée pour lutter contre le paludisme.
- RBM se compose de plus de 500 partenaires : gouvernements, groupes privés, organisations de recherche, société civile et médias.
- Vision : d'ici 2030, réduire les taux d'incidence du paludisme et de mortalité due à cette maladie d'au moins 90 % dans le monde par rapport aux taux enregistrés en 2015 et éliminer le paludisme dans 35 pays supplémentaires par rapport à 2015.

(Ressources et outils de plaidoyer gratuits sur : <http://rollbackmalaria.com/>)

Riposte mondiale contre le paludisme (suite)



- En avril 2015, le Partenariat RBM a lancé un appel mondial pour une action visant à augmenter la couverture nationale du TPIg pour un impact immédiat :
 - Atteindre au moins 90 % de couverture d'ici 2030 avec au moins 3 doses ou plus de TPIg dans les zones de transmission stable du paludisme pour tous les pays d'endémie palustre.
- L'initiative Présidentielle Contre le Paludisme (PMI), lancée en 2005, vise à réduire les décès liés au paludisme de 50 % dans 19 pays à forte charge. PMI a établi les buts de couverture à 85 % concernant l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et le TPIg pour les femmes enceintes.

Riposte mondiale contre le paludisme (suite)



- La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016 – 2030 a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 :
 - Fixe la cible consistant à réduire la charge mondiale du paludisme et les taux de mortalité d'au moins 90 % d'ici 2030.
 - Met en exergue la nécessité d'instaurer une couverture universelle d'interventions antipaludiques de base pour toutes les populations à risque et souligne l'importance de prendre des décisions sur la base de données de surveillance de haute qualité (OMS 2015c).



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Riposte mondiale contre le paludisme (suite)



- Transformer le traitement préventif intermittent pour une grossesse optimale, financé par Unitaïd, 2017 – 2022 :
 - L'introduction du TPIg au début des années 2000 a augmenté les opportunités pour les femmes enceintes de se protéger elles-mêmes ainsi que leurs bébés à naître contre les conséquences néfastes du PPG.
 - La couverture du TPIg n'a pas atteint les cibles fixées dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En 2014, un appel mondial pour une action visant à augmenter la couverture du TPIg a été lancé et a engendré une grande dynamique aux niveaux mondial et national pour redéfinir la programmation de PPG et remédier aux insuffisances dans la couverture du TPIg.
 - Ce projet introduira le TPIg à base communautaire avec la SP de qualité garantie pour aider à générer les preuves pour examen par l'OMS.

Prévention et contrôle du PPG



Module Un : Soins prénatals



Soins prénatals : Objectifs d'apprentissage du module un



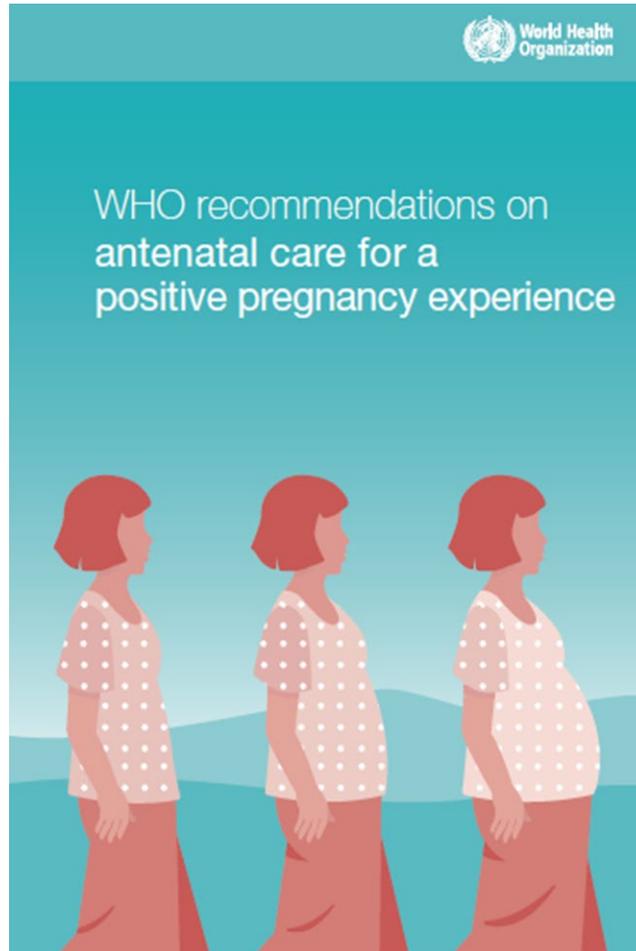
- Définir les soins prénatals et énumérer les principaux buts des soins prénatals.
- Décrire l'approche à trois volets pour le PPG de l'OMS.
- Discuter du calendrier des contacts de soins prénatals.
- Décrire les éléments essentiels d'un plan de préparation à l'accouchement et préparatifs en cas de complications.
- Décrire les facteurs du système de santé pour soutenir la tenue de dossiers pour les soins prénatals.

Education en groupe au clinique de soins prénatals au Ghana



Photo : William Brieger/Jhpiego

Améliorer l'expérience de soins prénatals : Les recommandations de l'OMS de 2016



Contexte : Nouvelles recommandations de l'OMS sur les soins anténatals



- Le but des recommandations de l'OMS de 2016 est de :
 - placer la femme au centre des soins.
 - promouvoir des approches innovantes, fondées sur des preuves, aux soins prénatals.
 - améliorer l'expérience de la femme pendant la grossesse et assurer que les bébés ont le meilleur départ possible dans la vie.
 - harmoniser avec les Objectifs de développement durable pour élargir les soins au-delà de la survie, en donnant la priorité à la santé et au bien-être centrés sur la personne, et pas seulement sur la prévention de la mort et de la morbidité.

Contenu des recommandations de l'OMS de 2016 sur les soins anténatals



- 39 recommandations divisées en cinq types d'interventions.
- Des recommandations spécifiques seront citées pendant cet atelier relatives aux soins prénatals de routine et à la prévention et au traitement du PPG.

A. Interventions nutritionnelles

B. Evaluation maternelle et fœtale

C. Mesures préventives

D. Interventions face à des symptômes physiologiques courants

E. Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins anténatals

Soins prénatals focalisés comparés aux recommandations actuelles de l'OMS



Jusqu'à la publication des recommandations de l'OMS pour les soins prénatals en 2016, l'approche la plus couramment utilisée était les soins prénatals focalisés, qui étaient également centrés sur les besoins de la femme mais centrés sur moins de contacts. Les nouvelles recommandations prévoient un minimum de huit contacts pendant la grossesse pour améliorer les résultats périnataux et la satisfaction maternelle.

Calendrier des contacts prénatals



- Un minimum de huit contacts prénatals est prévu pour réduire la mortalité périnatale et améliorer l'expérience de la femme pendant les soins.
- Le mot « consultation » est remplacé par « contact » pour impliquer une relation active entre la femme enceinte et le prestataire de santé.

Comparaison des calendriers de soins prénatals

Modèle de soins prénatals focalisés de l'OMS	Modèle de soins prénatals de l'OMS 2016
<i>Premier trimestre</i>	
1ère consultation : 8-12 semaines	1er contact : jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
2ème consultation : 24-26 semaines	2ème contact : 20 semaines 3ème contact : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
3ème consultation : 32 semaines	4ème contact : 30 semaines 5ème contact : 34 semaines 6ème contact : 36 semaines
4ème consultation : 38 semaines	7ème contact : 38 semaines 8ème contact : 40 semaines
Revenir à 41 semaines si la mère n'a pas accouché	

Milieux de soins prénatals



Tout au long de leur la grossesse, les femmes devront rencontrer à 8 reprises un prestataire de soins de santé. Ces rencontres peuvent avoir pour cadre, par exemple:



Les systèmes de santé devront s'assurer que tous les prestataires sont autonomes et dotés des compétences et des fournitures nécessaires.



Le mot « contact » peut être adapté au contextes locaux par le biais des programmes de sensibilisation communautaire et l'implication des travailleurs de la santé non professionnels.

Composantes des soins prénatals



- Les composantes des soins prénatals comprennent :
 - L'identification des risques
 - La prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes
 - L'éducation sanitaire et la promotion de la santé



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Identification des risques



Les soins prénatals encouragent le bilan ciblé au cours duquel le prestataire s'entretient avec la cliente pour déterminer ses risques de développer des complications et conditions liées à la grossesse, courantes dans la population desservie.

La prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes



- Les complications prénatales suivantes sont les causes principales de la mortalité maternelle et néonatale :
 - Hémorragie
 - Mauvaise présentation foetale / présentation vicieuse
 - Pré-éclampsie / éclampsie
 - Septicémie / infection
 - Paludisme
 - VIH / SIDA



La prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes (suite)



- Le bilan ciblé comprend la détection des signes et symptômes de complications liées à la grossesse (comme le décollement placentaire) et / ou de maladies préexistantes (le diabète). Le prestataire prend ces complications en charge ou fournit une prise en charge et une stabilisation initiales, dont les mesures pour sauver la vie si nécessaire.
- Faciliter la prise en charge ou la référence à un niveau de soins plus élevé est également un rôle important du prestataire de soins prénatals.



Education sanitaire et promotion de la santé



- Les soins prénatals favorisent de consacrer un temps suffisant lors de chaque contact pour discuter de questions de santé importantes.
- Le prestataire doit s'assurer que la femme et sa famille disposent des informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions saines pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum / néonatale, ainsi que des conseils suffisants pour appliquer ces informations dans leur situation particulière.

Education sanitaire et promotion de la santé (suite)



- Les aspects importants à inclure lors de chaque contact prénatal sont les suivants :
 - Alimentation saine
 - Soins pour des inconforts courants
 - Eviter l'usage de substances potentiellement nocives (alcool et tabac, et médicaments non prescrits par le prestataire)
 - Lavage des mains et hygiène personnelle
 - Activité physique et repos
 - Rapports et pratiques sexuelles sécuritaires
 - Allaitement précoce et exclusif
 - Planification familiale / Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Education sanitaire et promotion de la santé (suite)



- La préparation à l'accouchement et les préparatifs en cas de complications sont une intervention qui figure comme un élément essentiel de l'ensemble des soins prénatals (OMS 2015d) Si une femme est bien préparée pour un accouchement normal et des complications éventuelles, il est plus probable qu'elle reçoive les soins nécessaires d'un prestataire, en temps voulu, pour protéger sa santé générale et éventuellement pour sauver sa vie et celle de son nouveau-né.
- Un plan pour l'accouchement aide à s'assurer que les préparatifs pour un accouchement normal ont été faits bien avant la date présumée de l'accouchement. étant donné que chaque femme et sa famille doivent être prêtes à répondre en cas d'urgence de manière appropriée, le plan doit aussi inclure des dispositions pour des préparatifs en cas de complications (voir le manuel de référence pour les détails).

Education sanitaire et promotion de la santé (suite)



- Les composantes principales d'un plan d'accouchement comprennent :
 - Choix d'un prestataire de santé qui sera présent à l'accouchement
 - lieu de l'accouchement
 - Transport pour un accouchement normal et en cas d'urgence / de référence
 - Ressources financières pour un accouchement normal et pour les complications / urgences
 - Prise de décision
 - Soutien lors de l'accouchement et à la maison après la naissance
 - Identification d'un donneur de sang
 - Articles nécessaires pour un accouchement propre et sain
 - Signes du travail et signes de danger

Education sanitaire et promotion de la santé (suite)



- Signes de danger lors de la grossesse :
 - Saignement vaginal
 - Difficultés respiratoires
 - Fièvre
 - Douleurs abdominales sévères
 - Maux de tête graves / vision floue
 - Convulsions / perte de conscience
 - Toux persistante, sueurs nocturnes, crachats teintés de sang
 - Douleurs de l'accouchement ou perte de liquide avant 37 semaines

Les messages de promotion de la santé spécifiques au PPG



- Dans les régions à risque de paludisme, les femmes enceintes et leur famille doivent recevoir les soins, les informations et le counseling sur :
- Le TPIg-SP (dans les zones de transmission modérée à élevée) protège contre le paludisme et ses complications. On doit conseiller les femmes sur l'importance de revenir pour des soins prénatals continus.
- Les directives de l'OMS de 2012–2013 pour les femmes enceintes, notamment :
 - Donner du TPIg-SP aussi tôt que possible lors du deuxième trimestre (13 semaines et par la suite) de la grossesse ; trois comprimés pris en une seule fois (chaque comprimé contient 500 mg de sulfadoxine / 25 mg de pyriméthamine), sous observation directe.
 - Le TPIg-SP est recommandé lors de chaque contact prénatal programmé, à un mois au moins d'intervalle.
 - La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans qu'il y ait de risques pour la santé.

Les messages de promotion de la santé spécifiques au PPG (suite)



- La SP peut être donnée à jeun ou avec des aliments.
- L'acide folique à une dose égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donné avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique.
- Il est conseillé d'administrer des suppléments quotidiens de 30–60 mg de fer élémentaire et de 0,4 mg d'acide folique à la femme enceinte. Combinés ces doses vont réduire le risque d'insuffisance pondérale et d'anémie maternelle et ferriprive chez la mère à terme.
- La SP ne doit pas être donnée aux femmes séropositives sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

Les messages de promotion de la santé spécifiques au PPG (suite)



- Fournir les information sur les MII, telles que :
 - Où les trouver
 - Comment les utiliser de manière efficace
 - Leur effet
 - Leurs bienfaits et innocuité pour la femme enceinte et le fœtus dans les zones de transmission du paludisme
- Les MII doivent être données aux femmes aussi tôt que possible au début de la grossesse. Idéalement, toutes les femmes doivent dormir sous des MII afin qu'elles soient protégées avant même qu'elles ne tombent enceintes.



Les messages de promotion de la santé spécifiques au PPG (suite)



- Les femmes soupçonnées d'être atteintes du paludisme doivent se rendre immédiatement dans un établissement de santé et le respect du régime de traitement doit être assuré (voir Annexe B pour l'OMS / l'USAID / MCSP Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive).
- Prévention du paludisme : ce que la femme et sa famille peuvent faire pour minimiser les piqûres de moustiques.

Autres composantes vitales des soins prénatals



- Prévention du tétanos et de l'anémie :
 - Vaccination antitétanique
 - Supplémentation quotidienne en fer et en acide folique par voie orale avec 30 à 60 mg de fer élémentaire et 0,4 mg d'acide folique
 - Traitement préventif contre l'ankylostomiase dans les zones endémiques, après le premier trimestre

Autres composantes vitales des soins prénatals (suite)



- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :
 - Dans les contextes à prévalence élevée (moins de 5% de la prévalence du VIH dans la population testée), le dépistage et le counseling à l'initiative du prestataire doivent être pratiqués systématiquement dans tous les contextes de soins prénatals.
 - Dans les contextes à faible prévalence, le dépistage et le counseling à l'initiative du prestataire peuvent être envisagés pour les femmes enceintes dans les services de soins prénatals comme un élément clé de l'effort visant à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
 - Intégrer le dépistage du VIH avec le dépistage de la syphilis, en fonction du contexte.
 - Renforcer les systèmes sous-jacents de santé maternelle et infantile.



Autres composantes vitales des soins prénatals (suite)



- Beaucoup d'hommes ne savent pas comment ils peuvent contribuer à un résultat sain pour leurs partenaires et leurs bébés. Selon les préférences des femmes et des normes culturelles, les hommes sont encouragés à :
 - Soutenir et encourager les femmes tout au long de la grossesse.
 - S'assurer qu'elles se reposent suffisamment et ont une nutrition adéquate.
 - Fournir un soutien financier pour un accouchement normal, les complications et les soins aux nouveau-nés.
 - Aider la femme à avoir un plan de préparation à l'accouchement et de préparatifs en cas de complications.



Autres composantes vitales des soins prénatals (suite)



- Encourager la femme enceinte à se rendre à la clinique prénatale le plus tôt possible au début de la grossesse, puis comme recommandé par la suite.
- Encourager la femme à prendre la SP sous supervision du prestataire.
- S'assurer que la femme a une MII et qu'elle dort sous la moustiquaire chaque nuit avant, pendant et après la grossesse.
- Utiliser les préservatifs régulièrement et correctement pour prévenir les infections sexuellement transmissibles / le VIH.
- Accompagner leurs femmes / partenaires à la structure de santé et pendant l'accouchement.



Programmation et calendrier des contacts prénatals



La programmation appropriée dépend de l'âge gestationnel de la grossesse et des besoins individuels. Pour une femme chez qui la grossesse progresse normalement, l'OMS recommande un minimum de huit contacts prénatals (OMS 2016c).

Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- Ces contacts peuvent être programmés selon ou aux alentours du plan suivant :
 - **Premier contact** : l'idéal serait que ce contact ait lieu le premier trimestre (avant 12 semaines).
 - **Deuxième et troisième contact** : deux contacts doivent avoir lieu au deuxième trimestre, idéalement à 20 et 26 semaines.
 - **Quatrième au huitième contact** : approximativement à 30, 34, 36, et 40 semaines.
- Si la femme n'a pas accouché à la 41^{ème} semaine, il faut la référer pour l'accouchement.



Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- L'OMS recommande que, dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme en Afrique, le TPIg-SP soit administré à toutes les femmes enceintes à chaque contact prénatal programmé, dès que possible au deuxième trimestre, à condition que les doses de SP soient administrées à au moins 1 mois d'intervalle.
- L'OMS recommande un ensemble d'interventions pour prévenir le PPG, qui comprend la promotion des MII et du TPIg-SP. Pour assurer que les femmes enceintes dans les zones d'endémie commencent le TPIg-SP le plus tôt possible au deuxième trimestre, les décideurs doivent assurer le contact du système de santé avec les femmes à 13 semaines de gestation.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

Affiche du Ministère fédéral nigérien sur la santé



Exemple de plan d'un pays :

- Trois façons de prévenir le paludisme pendant la grossesse :
 1. MII
 2. TPIg-SP
 3. Prise en charge des femmes qui présentent des symptômes du paludisme

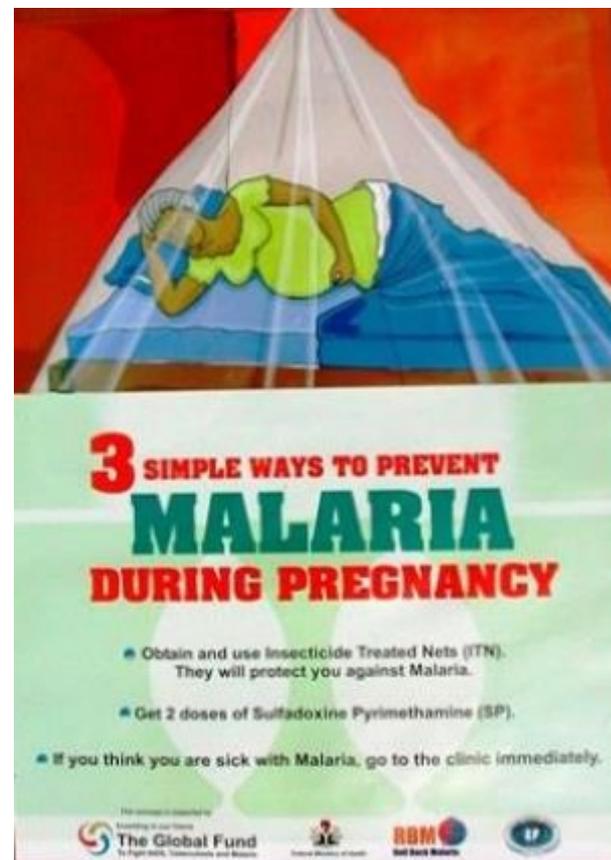


Photo : Ministère fédéral de la Santé du Nigéria

Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- Pour revoir en détail les huit contacts recommandés pour les soins prénatals et les interventions liés au PPG, voir le manuel de référence, Tableau I : Calendrier des prises de contact pour les soins anténatals de 2016 avec les calendriers de mise en œuvre des interventions de paludisme pendant la grossesse.

Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- La période comprise entre 13 et 20 semaines est une période critique pour les conséquences négatives irréversibles du PPG, lorsque les densités parasitaires sont les plus élevées, et que la prévention du paludisme peut être très bénéfique.
- Pour une programmation efficace du PPG, un contact avec le prestataire au début du deuxième trimestre (entre 13 et 16 semaines) est essentiel pour assurer un accès rapide à la première dose de TPIg-SP pour un impact maximal.
- Bien que la pratique courante dans de nombreux pays soit de donner la première dose de TPIg-SP lorsque la femme enceinte perçoit les premiers mouvements du fœtus, cette pratique peut laisser à la fois la femme enceinte et le fœtus non protégés pendant une longue période, selon les variations dans la perception de la femme des premiers mouvements et le moment qu'elle les ressent (OMS 2017).



Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- Une boîte à outils pour améliorer le traitement préventif intermittent précoce et durable pendant la grossesse a été développée pour aider les prestataires à évaluer l'âge gestationnel au cours du deuxième trimestre (USAID et MCSP 2017).
- Un élément important de la boîte à outils est l'outil de travail Prévention du paludisme pendant la grossesse : Administration du TPIg-SP à partir de 13 semaines de grossesse, qui se trouve à l'annexe B dans le manuel de référence.

Programmation et calendrier des contacts prénatals (suite)



- Pour une description complète des interventions des soins prénatals par trimestre et par contact, voir le manuel de référence, Tableau 2 : Composantes des contacts de soins prénatals (pour les femmes enceintes dans les zones de transmission modérée à élevée).

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19



- L'impact du SARS-CoV-2, la nouvelle souche de coronavirus responsable de la COVID-19, s'est traduit par une perturbation de la prestation des services de soins de santé à travers le monde, conduisant à une augmentation du nombre de décès dus à des causes non liées à la COVID-19.
- L'accès équitable aux services de santé est menacé, les usagers craignant d'y avoir recours ou se voyant empêchés d'accéder aux services de santé de routine, et les ressources humaines et matérielles ont été réaffectées aux soins destinés aux personnes atteintes de la COVID-19 (OMS 2020d).

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (suite)



- Une étude internationale sur les femmes enceintes menée dans 18 pays a révélé un risque accru de morbidité et de mortalité, et notamment d'accouchement prématuré, chez les femmes atteintes de COVID-19 ainsi qu'une morbidité grave et une mortalité significativement plus importantes chez les nouveau-nés de ces femmes comparés aux nouveau-nés de femmes qui n'avaient pas été diagnostiquées positives à la COVID-19 (Villar 2021). Par conséquent, les soins pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum doivent rester une priorité pour les systèmes de santé.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations importantes



- Les femmes ont des inquiétudes en ce qui concerne la sécurité des soins dans les établissements de santé, et notamment en ce qui concerne l'exposition à la COVID-19. Il est par conséquent vital d'adapter les services de soins prénatals pour continuer à assurer les services et à protéger les prestataires et les clientes. (WHO 2020b, TIPTOP 2020, RBM 2020a).
- Parmi les considérations importantes figurent :
 - La distanciation de deux mètres.
 - La prévention et la lutte contre les infections : l'hygiène des mains, l'utilisation appropriée des équipements de protection individuelle (EPI), notamment le port du masque en tissu recouvrant le visage pour les clientes et celui de gants, de masques, d'écrans faciaux et de blouses pour les prestataires, selon les services dispensés.



Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations importantes (suite)



- Le nettoyage et la désinfection des surfaces et des locaux.
- Établissement d'un flux de patientes efficace (dépistage, triage et orientation ciblée) à tous les niveaux
 - Réorganiser les locaux pour inclure une zone de dépistage à l'entrée de l'établissement de santé et mettre en place des modes opératoires normalisés afin d'isoler les personnels et les clientes en cas de suspicion ou de confirmation de COVID-19.
 - Élaborer un système destiné à diriger les clientes présentant des signes de danger (obstétricaux et/ou liés à la COVID) vers les services de prise en charge appropriés.
 - Développer un système de flux de patientes visant à réduire au minimum les contacts entre clientes.
 - Envisager l'utilisation d'un système de prise de rendez-vous à l'avance (pour les consultations cliniques, la récupération de médicaments et le travail de laboratoire) afin de contribuer à limiter l'affluence et les temps d'attente.



Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : triage hors site



- Triage hors site
 - Envisager le triage par téléphone si les clientes y ont accès et sont prêtes à communiquer de cette façon avec les prestataires de soins de santé. Pour faciliter le triage téléphonique, un format spécifique devrait être élaboré et suivi pour chaque appel. Durant chaque appel, le prestataire devrait poser des questions et apporter des conseils sur les sujets suivants : les signes des danger, la nutrition, le repos, l'hygiène, la préparation à l'accouchement/les préparatifs en cas de complications, , l'utilisation de MII, la présence de symptômes de dépression ou d'anxiété.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : triage et dépistage sur site



- Triage et dépistage sur site
 - Veiller à l'hygiène des mains à l'entrée de l'établissement (postes de lavages des mains et/ou solution hydroalcoolique) pour toutes les clientes. Demander aux clientes de porter un masque en tissu recouvrant le visage. Les agents de santé devraient porter des masques faciaux et appliquer les règles d'hygiène des mains après chaque contact avec une cliente.
 - Identifier les clientes présentant des symptômes respiratoires et/ou une détresse respiratoire et les isoler tout en les orientant immédiatement vers le service approprié pour un examen clinique, et assurer le suivi/l'orientation et la prise en charge selon qu'il convient.



Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : triage et dépistage sur site (suite)



- Contrôler la température des clientes et de leur compagnon à l'entrée de l'établissement. Isoler toute personne ayant une température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (mesurée au moyen d'un thermomètre à infrarouge dans la mesure du possible) et évaluer ses symptômes cliniques (détresse respiratoire en particulier), et/ou tout contact avec des cas suspects ou confirmés de COVID-19 sur la base d'une liste de contrôle simple. En cas de suspicion ou de confirmation de COVID-19, les clientes devraient être isolées immédiatement. Noter qu'au moins 30 % des clientes atteintes de COVID-19 ne présentent pas de symptômes et que l'utilisation des masques et la distanciation sociale sont par conséquent impératifs.



Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : triage et dépistage sur site (suite)



- Dans les zones de transmission du paludisme, toutes les clientes atteintes de fièvre devraient bénéficier d'un dépistage du paludisme avec un test de diagnostic rapide (TDR), et les clientes atteintes de la maladie devraient être prises en charge rapidement. Une même cliente pourrait être infectée par la COVID-19 et par le paludisme, mais, jusqu'à ce que les diagnostics soient établis, les prestataires devraient réduire au minimum le risque d'exposer les clientes atteintes de paludisme à la COVID-19.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : triage et dépistage sur site et considérations spécifiques aux services de soins prénatals



- Prévoir une salle d'attente confortable et bien ventilée et, dans l'idéal, une salle d'attente séparée pour les clientes potentiellement malades ou, au minimum, un espace où la distanciation sociale peut être respectée.
- Limiter autant que possible l'implication des personnels non cliniciens dans le triage et les former au triage, au dépistage et aux précautions standard liés à la COVID-19 ainsi qu'à l'utilisation des EPI, avec une communication directe et des services d'appui clinique.
- Considérations spécifiques aux services de soins prénatals :
 - Fournir les services de soins prénatals conformément aux recommandations nationales dans la mesure du possible, en apportant les modifications nécessaires afin de protéger les clientes et d'encourager le recours aux soins prénatals.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations spécifiques aux services de soins prénatals (suite)



- Lorsque les services complets en établissement sanitaire sont perturbés, accorder la priorité aux contacts prénatals pour les femmes à faible risque au troisième trimestre de grossesse et pour toutes les femmes enceintes jugées à haut risque, notamment les femmes présentant des comorbidités, les femmes en sous-poids ou en surpoids, les adolescentes, les femmes à risque de troubles mentaux maternels courants, et les autres groupes vulnérables.
- Veiller à ce que les femmes adaptent leurs plans de préparation à l'accouchement et de préparatifs en cas de complications afin de tenir compte des changements survenus dans les services et à ce qu'elles soient conscientes des signes de danger indiquant la nécessité de contacter immédiatement un prestataire de santé : saignement, difficultés respiratoires, fièvre élevée, maux de tête importants, etc.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations spécifiques aux services de soins prénatals (suite)



- Suspendre les séances prénatales et de counseling en groupe jusqu'à ce que les restrictions applicables soient levées ou que la disponibilité d'EPI et des mesures de distanciation appropriées puissent être garanties. Donner la priorité aux messages de counseling prénatals afin de raccourcir les séances.
- Lors des séances de counseling individuelles, respecter une distance d'1 à 2 mètres entre l'agent de santé et la cliente (que ce soit au domicile de la cliente, au sein de la communauté ou en établissement) et faire respecter cette même distance entre les clientes dans les salles et files d'attente.
- Lorsque c'est possible, utiliser un système de prise de rendez-vous simple, ou augmenter la fréquence des séances prénatales, afin de réduire le nombre de participantes par séance.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations spécifiques aux services de soins prénatals (suite)



- Parler aux clientes des symptômes les plus fréquents de la COVID-19 (fièvre, fatigue, toux et essoufflement). La perte d'appétit, des malaises, des douleurs musculaires, des maux de gorge, une congestion nasale, des maux de tête, une diarrhée, des nausées et des vomissements peuvent être d'autres symptômes de la maladie. Certaines personnes n'ont aucun signe ou symptôme de COVID-19 mais peuvent néanmoins transmettre l'infection à d'autres personnes.
- Conseiller aux femmes enceintes de maintenir une distance d'1 à 2 mètres avec tout le monde (à l'exception des membres intimes de leur foyer qui ne présentent pas de symptômes) ou conformément à toute autre recommandation nationale. Encourager le port de dispositifs couvrant le visage (masques) à tout moment à l'extérieur du domicile (OMS 2021).

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations spécifiques aux services de soins prénatals (suite)



- Pratiquer tout examen physique de façon respectueuse et rapidement afin de limiter autant que possible le contact proche, en utilisant les EPI appropriés.
- Distribuer des MII au premier contact ainsi que 2 à 3 mois de suppléments recommandés en micronutriments.
- Communiquer les dates spécifiques des prochains rendez-vous de soins prénatals pour recevoir le TPIg-SP mensuel sous observation directe, si possible.
- Assurer la disponibilité d'eau potable et de verres propres ou demander aux clientes d'apporter leur propre eau et leur propre verre.
- Veiller à ce que des stratégies ciblées de travail de proximité soient mises en œuvre en cas de recul de la couverture et de la demande de soins.

Les soins prénatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : considérations spécifiques aux services de soins prénatals (suite)



- Planifier le rattrapage des contacts prénatals manqués, notamment pour l'administration des vaccins antitétaniques et le dépistage du VIH et de la syphilis. Établir des mécanismes visant à garantir le rattrapage continu et rapide de tout contact ou contenu manqué.
- Envisager de relocaliser les soins prénatals en dehors du milieu hospitalier au sein de la communauté et/ou lorsque cela est possible, recommander une voie d'accès aux services de soins prénatals qui permette d'éviter les autres zones de l'établissement où les clientes pourraient être exposées à la COVID-19.
- Prévoir des contacts « tout en un », combinant des services tels que l'échographie, les analyses de laboratoire et l'administration de médicaments lors du même contact afin de réduire le nombre de rendez-vous de la femme au sein de l'établissement.
- Suivre les recommandations nationales relatives à la vaccination contre la COVID-19 pour les femmes enceintes et allaitantes.



Tenue des dossiers de contacts prénatals et des activités de prévention du paludisme



Il faut :

- Suivre adéquatement la condition de la femme.
- Assurer la continuité des soins.
- Communiquer de manière efficace parmi les prestataires et les sites (si la femme est référée).

Responsabilités en matière de tenue des dossiers



- **Etablissement de santé :**
 - Etablit et maintient un dossier pour chaque femme et chaque nouveau-né qui reçoit des soins.
- **Prestataire :**
 - Recueille l'information, la consigne, s'y réfère et la met à jour lors de chaque contact.
 - S'assure que l'information est correcte et clairement écrite.
- **Femme :**
 - Elle doit être encouragée à conserver sa carte de soins prénatals dans un endroit sûr. Elle doit l'apporter à chaque contact et à l'établissement pour l'accouchement et la naissance.

Procédure de tenue des dossiers



- Enregistrer toutes les information sur la carte de soins prénatals et sur la carte de la clinique :
- Premier contact prénatal :
 - Antécédents
 - Examen physique
 - Tests / dépistage, le cas échéant (par ex., paludisme, VIH, TB)
 - La prestation des soins, y compris le TPIg, la vaccination antitétanique, et le fer / acide folique
 - Discussion des messages sur l'éducation sanitaire, y compris un plan de préparation à l'accouchement, la prévention du paludisme (utilisation des MII), et les signes de danger
 - Date du prochain contact prénatal



Procédure de tenue des dossiers (suite)



- **Contacts prénatals ultérieurs :**
 - Antécédents intermédiaires
 - Examen physique ciblé, tests
 - Prestation des soins, y compris le TPIg-SP, le cas échéant
 - Discussion des messages sur l'éducation sanitaire (y compris le passage en revue ou la révision du plan de préparation à l'accouchement)
 - Counseling / dépistage pour le VIH, s'ils n'ont pas été effectués lors de précédents contacts ou si le femme le demande
 - Date du prochain contact prénatal

Tenue des dossiers de soins prénatals au Nigéria



Photo : William Brieger/jhpiego



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

jhpiego
Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

Respect dans les soins de maternité



- L'une des principales raisons pour lesquelles les femmes ne se rendent pas aux soins prénatals ou n'accouchent pas dans un établissement de santé, est le manque ressenti de traitement respectueux par les prestataires. L'Alliance du Ruban Blanc a collaboré avec des organisations internationales pour élaborer la charte *Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes pendant la période périnatale* (2011), qui inclut :
 - Le droit de ne pas être victime de mauvais traitements
 - Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s)
 - Confidentialité, vie privée et intimité

Respect dans les soins de maternité (suite)



- Dignité, respect
- Égalité, absence de discrimination, soins équitables
- Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible
- Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit

Respect dans les soins de maternité (suite)



- Le respect dans les soins de maternité considère la femme comme une participante active à ses soins de santé, ayant des droits et des valeurs qui doivent être respectés. Cela s'applique à l'aide fournie par un prestataire de santé tout au long du continuum des soins, des soins prénatals au travail, à l'accouchement et aux soins postnatals.
- Cela s'adresse également à la reconnaissance des préférences et des besoins des femmes. Des mesures actives doivent être prises pour assurer et surveiller le respect dans les soins de maternité, afin d'éviter le manque de respect et de mauvais traitement, et de prendre des mesures pour y remédier s'ils se produisent, idéalement au moyen d'approches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé s'ils se produisent, idéalement au moyen d'approches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.
- Pour plus d'information sur l'amélioration de la qualité, voir le cadre de référence de l'OMS Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé.

Respect dans les soins de maternité (suite)



- L'utilisation de techniques de communication interpersonnelle positives lors de chaque rencontre avec les clientes fait partie des soins respectueux, notamment :
 - Assurer le respect de la vie privée (d'un point de vue visuel et sonore) lors des contacts prénatals
 - Parler calmement, à voix douce en utilisant des termes et un langage faciles à comprendre
 - Ecouter la femme / la famille et répondre de manière appropriée (écoute active)
 - Les encourager à poser des questions et exprimer leurs préoccupations

Respect dans les soins de maternité (suite)



- Les encourager à montrer qu'ils ont compris les informations données
- Surveiller les signes inhabituels
- Expliquer toutes les procédures / actions et obtenir la permission avant de continuer
- Faire preuve de respect des croyances culturelles et des normes sociales
- Etre empathique et ne pas juger
- Eviter les distractions lors du contact
- Remercier la cliente et lui rappeler quand revenir

Importance du respect dans les soins de maternité



A souligner :

- Les soins respectueux sont une compétence qui sauve la vie.
- Le traitement et les soins que vous prodiguez à chacune de vos clientes devraient se traduire par leur désir de revenir dans votre établissement en cas de besoin.



Femme enceinte sur une bicyclette en chemin vers la consultation prénatale.

Photo par : Peter Chisambiro

Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse



Module deux : Transmission du paludisme

Module deux : Transmission du paludisme

Objectifs :



- Définir le paludisme et décrire comment il se transmet.
- Décrire l'envergure du paludisme en Afrique en général et dans leur pays en particulier.
- Comparer les effets du paludisme dans les zones de transmission stable et les zones de transmission instable.
- Enumérer les effets du paludisme sur les femmes enceintes, sur leur bébé à naître et dans la communauté.
- Décrire les effets du paludisme sur les femmes enceintes souffrant du VIH / SIDA.
- Parler de l'intégration du PPG et des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les soins prénatals.

Transmission du paludisme : Généralités



Maladie causée par un groupe de parasites appelés Plasmodium :

- *Plasmodium falciparum* :
 - Le type le plus commun en Afrique
 - Cause la maladie la plus sévère
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium ovale*
- *Plasmodium malaria*
- *Plasmodium knowlesi* (se trouve naturellement chez le singe en Asie du Sud-Est mais est maintenant responsable de maladies chez l'homme)



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Transmission du paludisme : Généralités (suite)



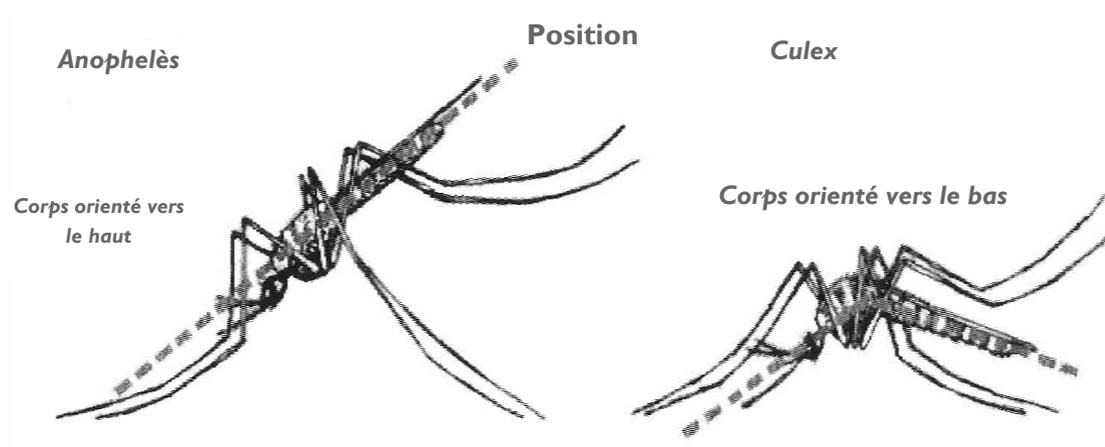
- Le paludisme est transmis par un moustique *Anophèles* femelle infecté par les parasites.
- Les moustiques *Anophèles* sont généralement actifs la nuit.
- Les parasites du paludisme se reproduisent dans le sang humain.
- Un moustique pique une personne infectée, est infecté par les parasites, puis pique et infecte une autre personne.



Moustiques Anophèles



- Le moustique Anophèles diffère des autres moustiques par la position de son corps . Le corps de l'Anophelès s'oriente vers le haut en une seule ligne, mais la partie postérieure des autres moustiques se plie et s'oriente vers le bas.



Source : OMS. 2004C.

Facteurs qui affectent la transmission



- Gites larvaires
- Types de vecteurs
- Parasites
- Climat
- Population

Gites larvaires



- Etendues d'eau stagnantes ou à faible courant :
 - Petits étangs, fossés, puits et canaux
 - Marécages, réservoirs, et champs de riz
 - Flaques d'eau après la pluie
 - Réservoirs d'eau non couverts
 - Cours d'eau à faible courant le long des berges
 - Flaques dans les empreintes laissées par les sabots d'animaux
 - Objets qui contiennent de l'eau, comme des boites de conserves et des conteneurs vides
 - Trous dans les troncs d'arbres

Types de vecteurs



- Le vecteur principal est le moustique *Anophèles*.
- Différentes espèces d'*Anophèles* se trouvent dans différentes parties du monde.
- Certains espèces d'*Anophèles* transmettent le paludisme plus efficacement que d'autres.

Parasites et climat



- Il doit y avoir suffisamment de parasites dans la population humaine pour infecter les moustiques.
- Pour que le moustique survive, et que le parasite se développe, la température moyenne doit être de 18 à 20° C, et l'humidité au-dessus de 60%.
- Plus il fait chaud, plus le développement du parasite est rapide.

Population



- En Afrique, les *Anophèles* ne volent pas plus de 1 à 2 km de leur gîte larvaire, sauf sous l'effet du vent.
- Les gens doivent être prêts de ces gîtes pour être piqués par un moustique infecté.

Populations les plus touchées par le paludisme



- Les femmes enceintes :
 - Les femmes enceintes sont plus susceptibles d'être infectées et de présenter des signes et des symptômes que les femmes qui ne sont pas enceintes.
 - Les primipares et les secondipares sont plus à risque.
- Les enfants de moins de 5 ans :
 - Environ 90% des décès dus au paludisme surviennent en Afrique et la majorité sont des enfants de moins de cinq ans (OMS 2014b).
- Les enfants à naître
- Les immigrants en provenance des zones de faible transmission
- Les personnes infectées par le VIH



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Niveaux de Transmission : Zones de transmission stable

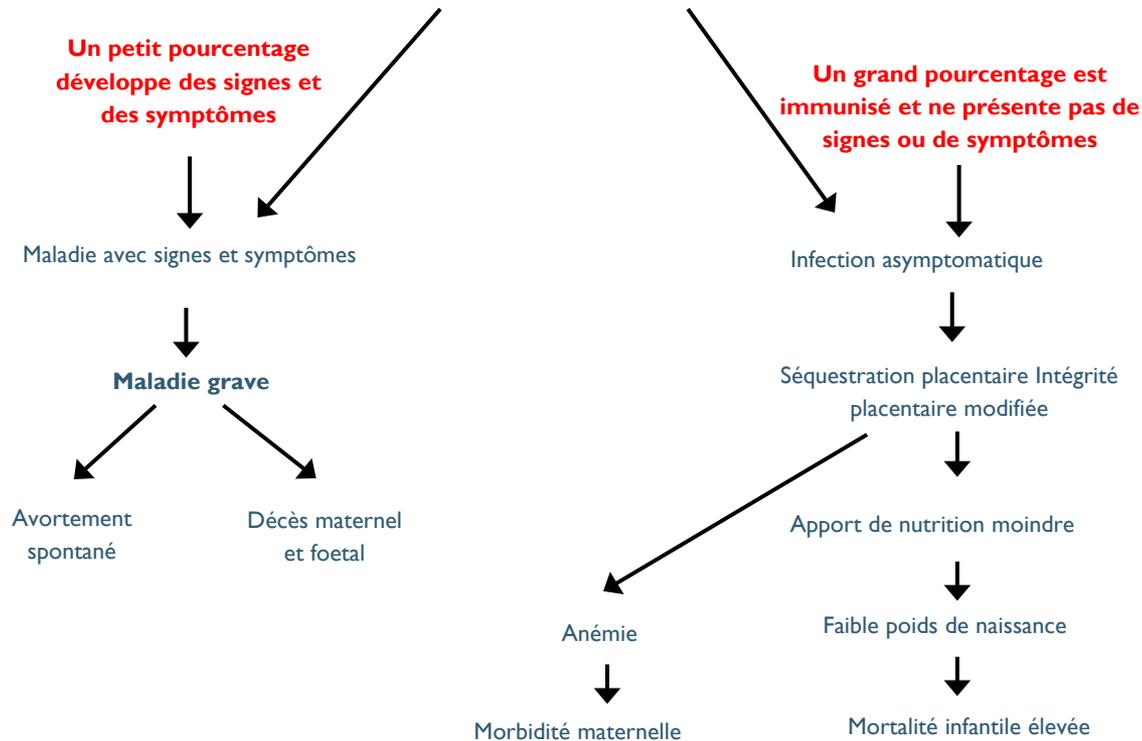


- Les zones de transmission stable ou haute à modérée sont des endroits où les populations sont continuellement exposées à un taux de paludisme relativement constant.
- L'immunité se développe pendant l'enfance.
- Les adolescents et les adultes sont partiellement immunisés, bien qu'ils aient quelques parasites dans le sang.
- L'immunité est réduite pendant la grossesse et peut être perdue si les individus quittent la zone de haute transmission pour de longues périodes de temps.
- Les enfants et les femmes enceintes vivant dans les zones de transmission stable sont les plus susceptibles d'attraper le paludisme.

Transmission stable



Résultats possibles d'une infection palustre



Adapté de l'OMS 2004c.

Niveaux de transmission : Zones instables



- La population n'est pas souvent exposée au paludisme.
- Le paludisme est parfois saisonnier (par exemple, saison des pluies).
- La population développe peu ou pas d'immunité.
- Les enfants et les adultes, y compris les femmes enceintes et celles qui ne sont pas enceintes, sont tous également susceptibles aux infections paludéennes.

Niveaux de transmission : Zones instables (suite)



- Le PPG peut être très grave et les complications peuvent survenir en peu de temps.
- Les femmes enceintes ont de la fièvre, présentent des signes ou des symptômes cliniques de paludisme grave, qui menace la vie.
- Les résultats communs de l'infection palustre dans les zones instables incluent :
 - Avortement
 - Mortinatalité
 - Faible poids de naissance



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

jhpiego
Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

Transmission instable



Immunité acquise : faible ou non existante

↓
Maladie clinique

↓
Maladie grave

↙
Risque pour la mère

↘
Risque pour le fœtus

- **Toutes les grossesses sont à risque.**
- **Stratégies d'interventions clés :
Reconnaitre la maladie et prendre
en charge les cas**

Source : OMS 2004.

Niveaux de transmission : Zones de transmission mixte



- Des niveaux de transmission différents peuvent souvent survenir dans un pays ou une région.
- Il peut exister des zones sans paludisme dans une région impaludée (telle que l'Afrique du sud).
- Les facteurs qui affectent la transmission sont la température, l'humidité et l'altitude.
 - La durée de vie du moustique augmente avec une haute humidité, tandis que le froid (en dessous de 16°C) ralentit le développement du parasite.

Effets du paludisme chez la femme enceinte



- Toutes les femmes enceintes vivant dans les zones d'endémie palustre sont à risque.
- Le placenta devient sensible à l'infection à la fin du premier trimestre (Walker et al. 2014).
- Les parasites attaquent et détruisent les cellules rouges.
- Le paludisme est associé à plus de 25% des taux d'anémie pendant la grossesse (Schantz-Dunn et Nour 2009).
- Le paludisme peut causer une anémie grave.
- En Afrique, l'anémie liée au paludisme provoque plus de 10000 décès maternels par an (Africa Leaders Malaria Alliance 2009).

Effets du paludisme chez la femme enceinte (suite)



- Environ 11% des décès néonataux sont attribuables au faible poids de naissance, provoqué par l'infection au *P. falciparum* pendant la grossesse.
- Les effets varient d'intensité, allant de légers à graves, selon le niveau de transmission du paludisme dans un contexte particulier et de le niveau d'immunité de la femme enceinte.
- Le niveau d'immunité dépend de plusieurs facteurs :
 - L'intensité de la transmission paludéenne
 - Le nombre de grossesses précédentes
 - La présence d'autres conditions, telles que le VIH, qui peut réduire la réponse immunitaire pendant la grossesse

Co-infections : VIH/SIDA pendant la grossesse



- Diminue la résistance de la femme au paludisme.
- Rend le traitement du paludisme moins efficace.
- Augmente :
 - Le risque de problèmes liés au paludisme pendant la grossesse
 - La probabilité que la femme développe un paludisme clinique et la probabilité de décès
 - Le risque de restriction de la croissance intra-utérine du fœtus
 - Le risque de naissance prématurée
 - Le risque d'anémie maternelle

Co-infections : VIH / SIDA pendant la grossesse (suite)



- Les femmes enceintes co-infectées par le VIH et le paludisme courent un risque accru de souffrir d'anémie et d'infection palustre du placenta.
- Leurs bébés courent en conséquence un risque accru de faible poids de naissance et de mourir à la petite enfance.

Intégration du PPG et des services de PTME dans les soins prénatals



- La collaboration entre les programmes de santé reproductive et les programmes de lutte contre le VIH / SIDA et le paludisme est essentielle pour que la prévention et le traitement du paludisme et du VIH / SIDA se produisent à chaque contact prénatal.
- Des outils de diagnostic appropriés pour les maladies et pour des antirétroviraux et antipaludiques doivent être disponibles à tous les niveaux du système de santé.
- Il est urgent de mener des recherches complémentaires sur l'interaction entre les antirétroviraux et les antipaludiques.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Recommandations de l'OMS pour intégrer les services de paludisme et de VIH



- La protection par des MII est de la plus grande importance.
 - S'assurer que les femmes infectées par le VIH qui sont aussi à risque du paludisme reçoivent le TPIg-SP le plus tôt possible dès le deuxième trimestre, si elle ne sont pas sous traitement prophylactique au cotrimoxazole.
- Ne pas administrer la SP aux clientes recevant une prophylaxie quotidienne de cotrimoxazole.
 - Chez les adultes vivant avec le VIH / SIDA, une prophylaxie quotidienne de cotrimoxazole s'est avérée prometteuse pour prévenir certaines infections, dont le paludisme. (Anglar et al. 1999 ; Suthar et al. 2012). Quelques programmes utilisent déjà cette approche.

Recommandations de l'OMS pour intégrer les services de paludisme et de VIH (suite)



- Les programmes de santé reproductive et de VIH et les programmes de lutte contre le paludisme doivent collaborer pour assurer la prestation de services intégrés.
 - Il faut harmoniser les politiques nationales, les directives et le matériel de formation pour éviter toute confusion entre les prestataires et assurer la mise en œuvre harmonisée de services intégrés.
- Les femmes doivent recevoir un counseling et des soins visant à prévenir et traiter le VIH et le paludisme.
- Des outils diagnostiques appropriés et des antirétroviraux et antipaludiques doivent être disponibles à tous les niveaux du système de santé—suivre les directives locales.



VIH/SIDA et l'alimentation du nourrisson



- En 2016, l'OMS a publié une directive : Mises à jour sur le VIH et sur l'alimentation du nourrisson (OMS 2016b) qui inclut les recommandations suivantes :
 - Les femmes vivant avec le VIH / SIDA doivent allaiter pendant au moins 12 mois et continuer à allaiter jusqu'à 24 mois ou plus (similaire à la population générale) tout en bénéficiant d'un soutien complet pour l'observance thérapeutique antirétrovirale (voir les *Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH* [OMS 2016a]).



VIH/SIDA et l'alimentation du nourrisson (suite)



- Dans les milieux où les services de santé fournissent et soutiennent des TAR à vie et le counseling sur l'adhésion au traitement, et encouragent et soutiennent l'allaitement maternel chez les femmes vivant avec le VIH / SIDA, la durée de l'allaitement ne devrait pas être restreinte.
- Les femmes dont on connaît la séropositivité (et dont les nourrissons sont séronégatifs ou dont le statut VIH est inconnu) doivent allaiter exclusivement leur bébé pendant les 6 premiers mois de vie, en introduisant par la suite des aliments complémentaires appropriés et continuer à allaiter. Il faut arrêter l'allaitement une fois qu'une alimentation sûre et nutritionnellement adaptée peut être fournie sans lait maternel.

VIH/SIDA et l'alimentation du nourrisson (suite)



- Les autorités sanitaires nationales et locales devraient faire une promotion active et mettre en place des services dans les établissements de santé et des activités dans les lieux de travail, les communautés et les foyers pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel chez les femmes vivant avec le VIH / SIDA.
- On peut garantir aux agents de santé et aux femmes vivant avec le VIH que le traitement antirétroviral réduit le risque de transmission postnatale du VIH même quand l'enfant a une alimentation mixte. Bien que l'allaitement exclusif au sein soit recommandé, l'alimentation mixte est meilleure que pas d'allaitement en présence de médicaments antirétroviraux.

VIH / SIDA et l'alimentation du nourrisson (suite)



- Les mères qui **ne sont pas** infectées par le VIH ou dont le statut VIH n'est pas connu doivent :
 - Etre conseillées de nourrir leur enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie.
 - Etre conseillées d'introduire des aliments complémentaires tout en continuant l'allaitement au sein pendant 24 mois ou plus.
 - Se voir administrer un test de VIH si leur statut VIH n'est pas connu.
 - Doivent bénéficier de conseil sur l'infection et la prévention du VIH et des services tels que la planification familiale.
- En outre, les messages de santé doivent être soigneusement présentés afin de ne pas compromettre les pratiques optimales d'allaitement maternel dans la population générale (OMS 2010).

Autres maladies pendant la grossesse :

Le trait drépanocytaire



- Selon les études de cohorte de naissance de CDC, le trait drépanocytaire offre une protection de 60% contre la mortalité globale du paludisme. Cette protection se produit entre 2 et 16 mois, avant le début de l'immunité clinique dans les zones à forte transmission du paludisme.
- Bien qu'ils puissent avoir une protection, il est quand même important que ceux qui ont le trait drépanocytaire prennent le TPIg-SP et utilisent des MII et d'autres mesures préventives comme la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide (PID) pour lutter contre la transmission du paludisme (World Health Assembly 2006).

Drépanocytose



- Les personnes atteintes de drépanocytose ont deux gènes d'hémoglobine anormaux dans leurs globules rouges.
- En général, les femmes atteintes de drépanocytose sont plus à risque de complications de la grossesse. La grossesse peut aggraver la drépanocytose et la drépanocytose peut aggraver les résultats de la grossesse.
- Une supplémentation quotidienne en acide folique (avec 1 mg ou 5 mg par voie orale) est souvent prescrite aux femmes drépanocytaires avant et pendant la grossesse pour les aider à reconstituer les réserves perdues en raison de l'hémolyse (destruction des globules rouges) causée par la drépanocytose.



Drépanocytose (suite)



- Malheureusement, il n'existe pas de consensus mondial concernant le régime optimal de prophylaxie antipaludique ou de supplémentation en acide folique pour les femmes enceintes vivant avec la drépanocytose dans les zones où la transmission du paludisme est modérée à élevée en raison du manque de données scientifiques.
- Les femmes atteintes de drépanocytose doivent être encouragées à dormir sous une moustiquaire chaque nuit. Comme ces femmes sont plus à risque de complications de la grossesse, des efforts doivent être faits pour les aider à accéder aux soins spécialisés en obstétrique et en hématologie, afin que les spécialistes puissent prendre des décisions cliniques tenant compte des risques et des besoins cliniques des femmes (CDC 2015).

Effets du paludisme sur le fœtus



- Pendant la grossesse, les parasites du paludisme se cachent dans le placenta.
- Cela entrave le transfert d'oxygène et des nutriments de la mère au fœtus, et augmente :
 - Le risque d'avortement spontané
 - La naissance prématurée
 - Le faible poids de naissance, qui est le **facteur de risque principal de décès pendant le premier mois de la vie**
 - La mortalité

Effets du paludisme dans les communautés



- Cause l'absence du travail du malade (et pertes de salaires).
- Oblige les enfants malades à manquer l'école.
- Peut causer une anémie chronique chez les enfants, ralentir la croissance et affecter leur productivité future dans la communauté.
- Utilise de faibles ressources.
- Pose des contraintes sur les ressources financières (le traitement est plus coûteux que la prévention).
- Coût des médicaments peut être un fardeau pour la communauté.
- Cause des décès évitables, surtout parmi les enfants et les femmes enceintes.

En résumé : La transmission du paludisme



- Le paludisme est transmis par les piqûres du moustique femelle *Anophèles*.
- Les femmes enceintes et les enfants courent un risque particulièrement élevé de paludisme.
- Les adolescentes sont plus à risque de PPG.
- Les femmes enceintes infectées de paludisme vivant dans les zones d'endémie palustre peuvent être asymptomatiques.
- Les femmes séropositives courent un risque élevé d'infection paludéenne.
- Le paludisme peut mener à l'anémie sévère, l'avortement spontané et un faible poids de naissance chez les nouveau-nés.
- Le paludisme est évitable et traitable.



Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse



Module trois : Prévention du paludisme

Prévention du paludisme :

Objectifs du module trois



- Décrire l'approche à trois volets pour la prévention et la lutte contre le paludisme, selon la stratégie actuelle du PPG de l'OMS (OMS 2013c).
- Enumérer les éléments de counseling aux femmes concernant l'utilisation des MII, **plus particulièrement des MILDA**, le TPIg et autres moyens de prévention du paludisme.
- Décrire l'utilisation du TPIg-SP, dont le dosage, l'espacement des doses, et les contre-indications.
- Discuter de la PID et autres moyens de prévention du paludisme.
- Aider la femme enceinte à la préparation d'un plan de naissance et de préparatifs aux complications.

Stratégie pour la prévention du paludisme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique



- La stratégie fut conçue pour la plupart des contextes africains, mais donne des lignes de conduite pour son adaptation à des situations locales.
- Se fonde sur le fait que la plupart des Africains du sous-Sahara vivent dans des zones de transmission stable.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



OMS : Approche à trois volets



- MII
- TPIg-SP
- Diagnostic du paludisme Prise en charge des cas du paludisme et de l'anémie

Justification de l'approche à trois volets de l'OMS



- Une méta-analyse des données d'enquêtes nationales a montré que le TPIg-SP et l'utilisation des MII sont corrélés aux réductions des taux de mortalité néonatale et de faible poids de naissance dans des conditions programmatiques régulières (Eisele, et al 2012).
- Le rôle protecteur du TPIg-SP dans la réduction de la mortalité néonatale dans le cadre d'essais et son efficacité par rapport aux coûts dans le contexte des consultations prénatales ont été démontrés (Menendez et al 2010 ; Sicuri et al 2010).
- Ces études mettent en exergue l'importance critique de continuer le TPIg-SP ainsi que l'utilisation des MII chez les femmes enceintes pour éviter les conséquences indésirables du paludisme pendant la grossesse.

Module Section 3.1



MII



Une mère reçoit une MII en Angola



Photo : William Brieger/Jhpiego

MII



- Les MII, particulièrement les MILDA, sont très efficaces.
- Les moustiques piquent généralement la nuit quand les gens dorment.
- Les MII diminuent le contact humain avec les moustiques en :
 - les tuant s'ils atterrissent sur la moustiquaire.
 - les repoussant, les éloignant ainsi des endroits où les gens dorment.



MII (suite)



- Permettent d'éviter le contact humain avec les moustiques.
- Repoussent et / ou tuent les autres insectes :
 - Poux
 - Tiques
 - Punaises

Infirmière de soins prénatals montrant une MII au Mozambique



Photo : William Brieger/Jhpiego

Comparaison entre les MII et les moustiquaires non traitées



MII

- Fournissent un haut niveau de protection contre le paludisme.
- Tuent ou repoussent les moustiques qui touchent à la moustiquaire.
- Réduisent le nombre de moustiques en dedans et en dehors de la moustiquaire.
- Repoussent et / ou tuent les autres insectes tels que les poux, les tiques et les punaises.
- Peuvent être utilisées en toute sécurité par les femmes, enceintes, les enfants et les bébés.

Moustiquaires non traitées

- Fournissent une certaine protection contre le paludisme.
- Ne tuent pas les moustiques qui touchent à la moustiquaire et ne les repoussent pas.
- Ne réduisent pas le nombre de moustiques.
- Ne tuent pas d'autres insectes, tels que les poux, les tiques et les punaises.
- Peuvent être utilisées en toute sécurité par les femmes, enceintes, les enfants et les bébés.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Une mère et son bébé sous une moustiquaire à Akwa Ibom State au Nigéria



Photo : William Brieger/Jhpiego

Avantages à utiliser les MII



- Préviend les piqûres de moustiques.
- Protège contre le paludisme, réduisant l'incidence :
 - de l'anémie (maternelle et néonatale)
 - de la prématurité et du faible poids de naissance
 - du risque de décès maternel et néonatal
- Aide les gens à mieux dormir.
- Favorise la croissance et le développement du fœtus et du nouveau-né.

Avantages des MII pour la communauté



- Moins coûteuses que le traitement du paludisme.
- Réduisent le nombre de personnes qui tombent malades (enfants et adultes).
- Aident les enfants à grandir en bonne santé et permet aux adultes qui travaillent d'améliorer leur productivité.
- Réduisent le nombre de décès.

Où trouver les MII ?



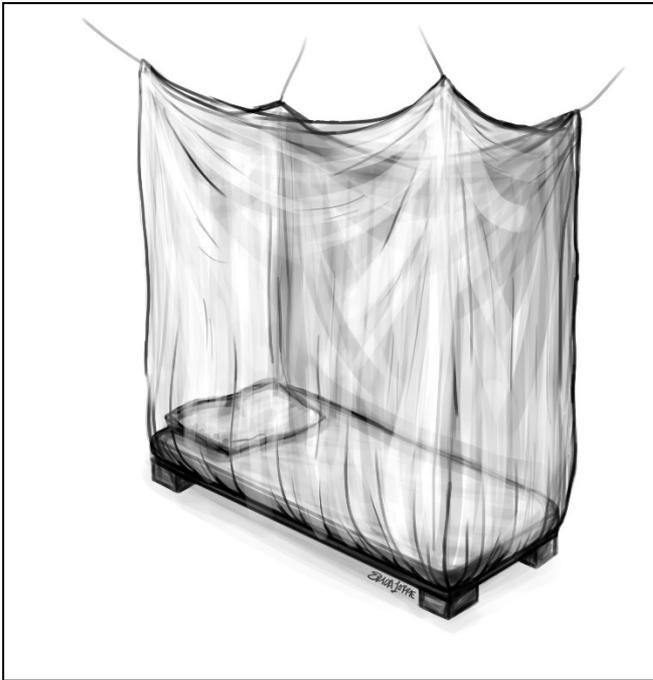
- Cliniques prénatales
- Magasins de marchandises générales
- Magasins de médicaments ou pharmacies
- Marchés
- Etablissements de santé publics et privés
- Agents de santé communautaire
- Organisations non gouvernementales, organisations à base communautaire

Comment utiliser les MII ?

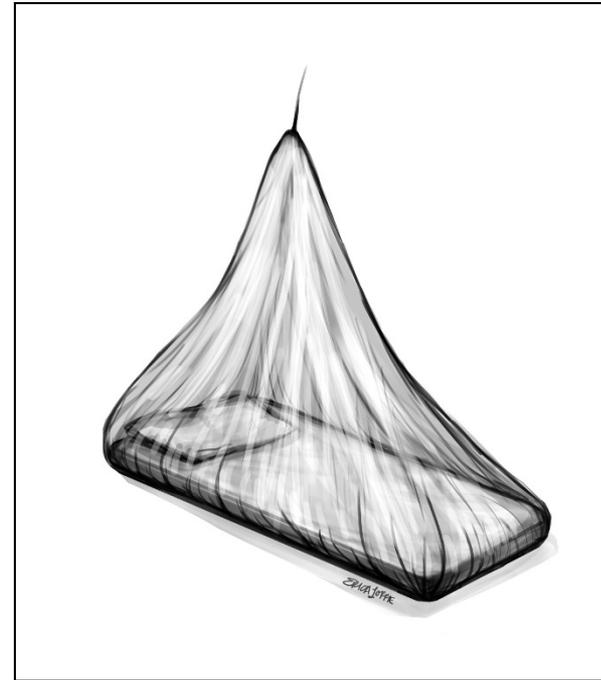


- Suspendre la MII au dessous du matelas ou de la natte.
- Replier les bords sous le matelas ou la natte.
- Utiliser chaque nuit et toute l'année.
- Pour utilisation par tous, si possible, mais donner la priorité aux femmes enceintes, aux bébés et aux enfants.

MII



MII repliée sous un lit



MII bordée sous un matelas



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

jhpiego
Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

Comment prendre soin des MII



- Manipuler délicatement pour éviter de la déchirer.
- Pendant la journée, la plier pour éviter de l'endommager.
- Inspecter régulièrement pour rechercher des trous et les réparer.
- Retraiter les moustiquaires régulièrement si elles ne sont pas à longue durée d'action, pour qu'elles restent efficaces (les méthodes de retraitement sont disponibles sur le site web de l'OMS).
- Tenir à l'écart de la fumée, du feu et de la lumière directe du soleil.

La demande de MILDA a augmenté rapidement, passant de 5,6 millions en 2004 à 145 millions en 2010 (en Afrique subsaharienne).

MILDA



- Prétraitée et prête à utiliser, dure entre trois et cinq ans (selon le type) et n'a pas besoin d'être retraitée pendant cette période
- Comparées aux MII, les MILDA ont plusieurs avantages :
 - Un paiement unique (en général)
 - Ne nécessite pas de traitement supplémentaire pendant trois à cinq ans
 - Economise de l'argent, parce qu'il n'y a pas de coûts supplémentaires associés au retraitement ou aux campagnes de retraitement, ni d'insecticides supplémentaires



MII (suite)



- Certaines études ont démontré que pour plusieurs raisons les MILDA pourraient ne pas avoir la durée de vie moyenne attendue de trois à cinq ans.
- L'OMS recommande que chaque pays réalise sa propre évaluation sur la durabilité et l'intégrité physique de la moustiquaire afin de mieux planifier les campagnes de réapprovisionnement (OMS 2013b).

Module Section 3.2



TPIg-SP



TPIg-SP donné sous observation directe lors du contact prénatal



Photo par : Karim Seck/Jhpiego

TPIg-SP



- Le TPIg-SP se fonde sur l'hypothèse que toute femme enceinte vivant dans une zone de haute transmission palustre a des parasites du paludisme dans le sang ou dans le placenta, qu'elle ait des symptômes de paludisme ou pas.
- Même si une femme enceinte ne présente pas de symptômes du paludisme, la maladie peut quand même l'affecter et donc affecter le fœtus.
- Le placenta devient sensible à l'infection autour de la fin du premier trimestre.

Le fait d'empêcher les parasites de s'attaquer au placenta aide le fœtus à se développer normalement et évite les cas de faible poids à la naissance.

Avantages attendus du TPIg-SP selon le note d'orientation sur le TPIg-SP de l'OMS (2013c)



- Le TPIg-SP prévient les conséquences indésirables du paludisme sur l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus, telles que les infections placentaires, le paludisme clinique, l'anémie maternelle, l'anémie fœtale, le faible poids à la naissance et la mortalité néonatale.
- Il a récemment été démontré que le TPIg-SP est très économique, que ce soit en ce qui concerne la prévention du paludisme maternel et la réduction de la mortalité néonatale dans les régions où le niveau d'endémicité du paludisme est modéré à élevé.
- En dépit de la propagation à la résistance à la SP, le TPIg-SP continue à procurer des avantages considérables, ce qui se reflète par une protection contre la mortalité néonatale (efficacité protectrice de 18%) et le faible poids de naissance (réduction de 21%) des cas de faible poids à la naissance dans des conditions de programme de routine.

Avantages attendus du TPIg-SP (suite)



- Une étude récente de Chico et al. (2017) a constaté que les femmes enceintes qui ont reçu deux doses ou plus de TPIg-SP ont été protégées non seulement contre les effets indésirables liés au paludisme, mais aussi contre certaines infections sexuellement transmissibles/voies génitales.

La résistance à la SP et le TPIg-SP



- Des preuves ont montré que la SP prévient les conséquences du paludisme chez les femmes enceintes ayant déjà contracté le paludisme à plusieurs reprises et présentant ainsi un certain degré d'immunité. On estime que le fonctionnement de la SP repose principalement sur un effet prophylactique.
- Des preuves récentes démontrent également que la SP est associée à un poids moyen à la naissance plus important et à un nombre d'enfants présentant un faible poids à la naissance moins élevé sur un large éventail de niveaux de résistance à la SP. Même dans les zones où une forte proportion de parasites *P. falciparum* présente ces quintuples mutations, le TPIg-SP demeure efficace pour prévenir les conséquences indésirables du paludisme sur les résultats de la mère et du fœtus (OMS 2013c).



Anciennes recommandations pour le TPIg-SP

Dosage et calendrier (OMS 2004)



Anciennement

- Administrer au moins deux doses de SP lors des consultations prénatales, à au moins un mois d'intervalle.
- La première dose était administré à 16 semaines de grossesse (ou dès les premiers mouvements du fœtus).
- La dose recommandée était, et demeure, trois comprimés sous observation directe.

Recommandations actuelles pour le TPIg-SP : Dosage et calendrier (OMS 2013c)



ACTUELLEMENT

- Le plus tôt possible au cours du second trimestre, le TPIg-SP sous forme de trois comprimés contenant chacun 500 mg / 25 mg, est recommandé pour toutes les femmes enceintes et doit être administré sous observation directe.
- Le TPIg-SP doit être donné lors de chaque consultation prénatale focalisée programmée, à au moins un mois d'intervalle, et seulement après le premier trimestre.
- La dernière dose de TPI-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement sans que cela représente un problème de sécurité.
- La SP peut être administrée à jeun ou avec de la nourriture.



Une patiente reçoit le TPIg-SP en Mozambique



Photo : William Brieger/Jhpiego

Avant d'administrer le TPIg-SP



- S'assurer que la femme est au deuxième trimestre de la grossesse (enceinte d'au moins 13 semaines).
- Vérifier si elle a pris la SP le mois passé (quatre semaines).
- S'assurer qu'elle n'est pas sous traitement au cotrimoxazole ou qu'elle ne prend pas d'autres sulfamides.
- Lui conseiller, si elle prend des doses élevées d'acide folique * (≥ 5 mg), de ne pas prendre de folate pendant au moins deux semaines après chaque dose de SP.
- Lui demander si elle a eu des réactions allergiques à la SP ou à d'autres sulfamides (en particulier des éruptions cutanées sévères).
- Expliquer ce que vous allez faire et répondre aux questions de la femme.
- Lui donner une tasse propre et de l'eau potable.

* L'OMS recommande une dose quotidienne de 0,4 mg d'acide folique pendant la grossesse.

Instructions pour l'administration du TPIg-SP



- Observer directement la femme quand elle avale les trois comprimés de SP.
- Enregistrer la dose de SP en observation directe dans la carte de soins prénatals et dans les cartes de la clinique.
- Enregistrer la dose de SP (TPIg-SP1, TPIg-SP2, TPIg-SP3, etc.) dans les registres appropriés.
- Conseiller à la femme de revenir :
 - Pour son prochain contact programmé
 - Si elle ressent des signes de danger du paludisme
 - Si elle ressent d'autres signes de danger
- Renforcer l'importance d'utiliser les MII.



TPIg : Contreindications à la SP



- Ne **pas** donner la SP pendant le premier trimestre ; s'assurer que la femme est enceinte d'au moins 13 semaines.
- Ne **pas** donner la SP à une femme qui a des allergies aux sulfamides, dont la SP ; demander à la femme si elle a des allergies aux sulfamides avant de l'administrer.
- Ne **pas** donner la SP aux femmes sous cotrimoxazole ou autres médicaments contenant des sulfamides ; poser des questions sur l'utilisation de ces médicaments avant de donner la SP.
- Ne **pas** donner la SP plus d'une fois par mois ; s'assurer qu'au moins un mois est passé depuis la dernière dose de SP.

TPIg-SP et acide folique



- L'OMS recommande une dose d'acide folique quotidienne de 0,4 mg pendant la grossesse (OMS 2013c).
- Certaines preuves suggèrent que des hautes doses de supplémentation en folate (≥ 5 mg) peuvent neutraliser l'efficacité de l'action antipaludique de la SP (Ouma et al. 2006 ; OMS 2013c).
- L'utilisation des doses d'acide folique recommandées (0,4 mg) ne semble pas réduire l'efficacité de la SP.
- Si la femme prend ≥ 5 mg d'acide folique, lui dire de ne pas en prendre pendant au moins deux semaines (14 jours) après avoir pris la SP.
- Les prestataires doivent comprendre et suivre les protocoles locaux.



Déterminer l'âge gestationnel



- La politique actuelle de l'OMS sur l'administration du TPIg-SP à la 13ème semaine de la grossesse peut présenter un défi pour les prestataires qui ne sont pas habitués à confirmer le début du deuxième trimestre de grossesse. Les informations suivantes peuvent servir comme revue.

Déterminer l'âge gestationnel (suite)



- Prendre les antécédents de la femme :
 - Lui demander si elle a des cycles réguliers, si elle allaite actuellement, et si elle utilise (ou a utilisé) la contraception.
 - Lui demander la date du premier jour des dernières règles, et utiliser une roue de la grossesse ou un calendrier pour calculer les semaines de grossesse.
 - Lui demander si elle ressent les premiers mouvements du fœtus. Dans ce cas, elle en est sans doute à son deuxième trimestre de grossesse. Si elle ne perçoit pas les premiers mouvements du fœtus, on peut lui donner le TPIg-SP si d'autres résultats confirment qu'elle est enceinte de 13 semaines.
 - Les informations obtenues à partir des antécédents doivent être en corrélation avec les résultats de l'examen physique.



Déterminer l'âge gestationnel (suite)



- Effectuer un examen abdominal :
 - Pendant le premier trimestre, l'utérus passe de la taille d'un citron à la taille d'une orange et n'est pas palpable par l'abdomen au-dessus de la symphyse pubienne.
 - Au deuxième trimestre l'utérus a la taille d'une mangue ou d'un pamplemousse et est palpable par trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.
 - S'assurer que la femme a vidé la vessie, pour palper l'utérus.
 - Lui expliquer ce que vous allez faire (et pourquoi) avant l'examen.

Déterminer l'âge gestationnel (suite)

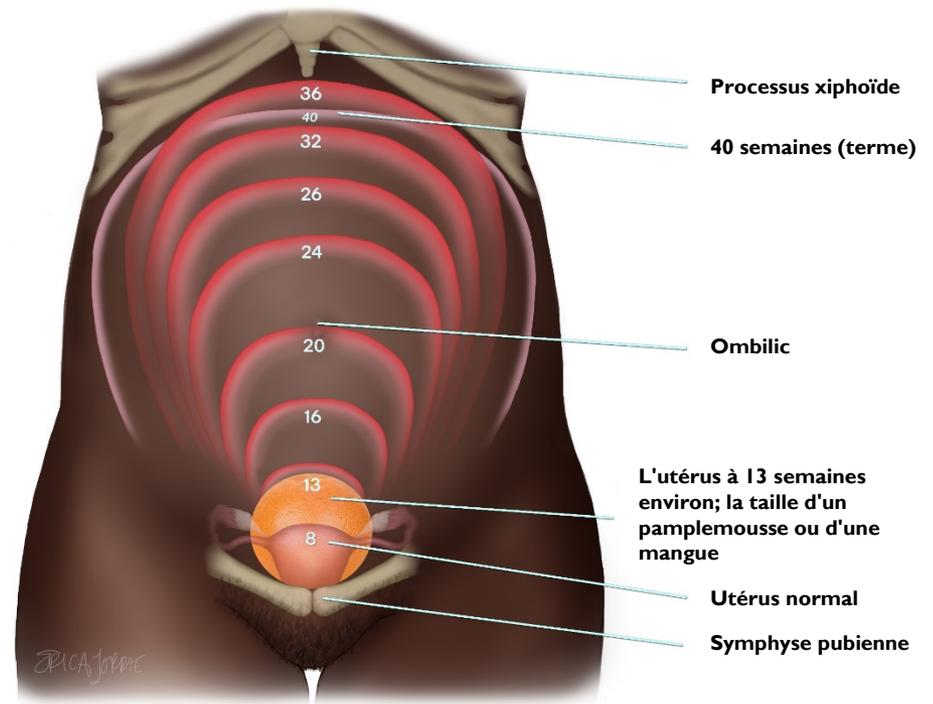


- Lui demander de s'allonger sur le dos, la tête légèrement soulevée, et de plier les genoux, les pieds à plats sur la table d'examen.
- En appliquant une pression ferme mais délicate, placer les doigts sur l'os pubien et les avancer vers le milieu de l'abdomen jusqu'à sentir le fond utérin (fundus). L'utérus semble au toucher comme une balle dure.
- La palpation utérine par trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne correspond à une grossesse au 2ème trimestre.

Déterminer l'âge gestationnel (suite)



La taille de l'utérus à 13 semaines de grossesse est palpable par deux ou trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.



Déterminer l'âge gestationnel (suite)



- Autres moyen de déterminer l'âge gestationnel au début de la grossesse :
 - Les tests de grossesse, s'ils sont disponibles et peu chers, peuvent confirmer la grossesse et être en corrélation avec les antécédents et l'examen physique.
 - L'échographie est supérieure à la datation selon les dernières règles normales ou à l'examen physique, selon les circonstances cliniques, mais la précision diminue avec l'âge gestationnel. L'OMS recommande maintenant une échographie obstétricale avant 24 semaines de grossesse pour estimer l'âge gestationnel et identifier les grossesses multiples et les anomalies fœtales.

Module Section 3.3



Education sur la santé pour les méthodes de prévention supplémentaires



PID



- Le but principal de la PID est de diminuer la transmission du paludisme en réduisant la survie des moustiques qui pénètrent dans les maisons ou dans les endroits où les gens dorment.
- La PID est une intervention efficace lorsque les conditions suivantes sont remplies :
 - Engagement adéquat et acceptation sociale
 - Capacité suffisante du système de santé pour fournir une couverture élevée, de qualité, en temps opportun
 - Des informations crédibles sur les vecteurs locaux, en particulier leur sensibilité aux insecticides ainsi que leurs comportements alimentaire et de repos à l'intérieur et à l'extérieur des habitations

Les prestataires doivent se tenir informés des programmes de PID dans leurs régions et informer les clients en conséquence.

Autres moyens de prévenir le paludisme



- Couvrir les portes et les fenêtres avec un grillage ou des filets en nylon pour empêcher les moustiques d'entrer dans la maison.
- Eviter de sortir après la tombée de la nuit. Si on sort le soir :
 - Porter des vêtements protecteurs qui recouvrent les bras et les jambes.
 - Appliquer une crème anti-moustique sur les parties exposées de la peau.
 - Utiliser des serpentins anti-moustiques qui libèrent de la fumée. La fumée éloigne les moustiques ou les tue quand ils les survolent.
- Pulvériser les chambres avec un insecticide tous les soirs avant de se coucher :
 - Effectif seulement pour quelques heures ; utiliser en conjonction avec d'autres mesures, telles que les grillages aux portes et fenêtres.
- Tuer les moustiques qui sont dans la maison avec une tapette.

En résumé : Prévention du paludisme



- Il y a plusieurs façons de prévenir les piqûres et les gîtes larvaires des moustiques.
- Dormir sous les MII (les bords repliés sous le lit ou le matelas) ; les MILDA sont préférables si elles sont disponibles, parce qu'elles durent plus longtemps et n'ont pas besoin d'être retraitées continuellement.
- L'utilisation du TPIg-SP empêche les parasites de s'attaquer au placenta.
- Le TPIg-SP prévient le paludisme et réduit l'incidence de l'anémie maternelle, des avortements spontanés, des accouchements prématurés et du faible poids de naissance.
- Les programmes de PID peuvent être efficaces dans la réduction du nombre de moustiques qui transmettent le paludisme ; ils ne remplacent pas les MII et le TPIg-SP, mais soutiennent et renforcent ces efforts.

Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse



Module quatre : Diagnostic et traitement du paludisme

Diagnostic et traitement du paludisme

Module quatre : Objectifs



- Expliquer pourquoi l'autodiagnostic / traitement peut mener à l'échec du traitement ou à l'infection récurrente.
- Décrire les types de tests de diagnostics disponibles pour le paludisme et leurs avantages et inconvénients.
- Identifier d'autres causes de fièvre pendant la grossesse.
- Enumérer les signes et symptômes du paludisme non compliqué et du paludisme grave pendant la grossesse.
- Décrire le traitement du paludisme non compliqué pendant la grossesse.
- Expliquer les étapes appropriées pour référer une femme enceinte atteinte d'un paludisme grave.

Diagnostic du paludisme



- Se base normalement sur les signes et symptômes du patient, ses antécédents, et l'examen physique et sur la confirmation du parasite paludéen, si disponible
- L'évaluation prompte et exacte permettra d'améliorer :
 - le diagnostic différentiel de la fièvre
 - la prise en charge de maladies non-paludéennes
 - la prise en charge efficace du paludisme

Auto-diagnostic



- Les clientes qui éprouvent les symptômes se fient souvent à l'autodiagnostic et à l'auto-traitement.
- Comme les symptômes ressemblent souvent à ceux d'autres maladies communes, une erreur de diagnostic est possible.
- La prévalence d'infections asymptomatiques rend l'auto-diagnostic encore plus complexe.
- La cliente peut prendre un médicament inapproprié pour soigner sa maladie, ou, il se peut qu'elle ait pris le médicament correct mais que le dosage ou la durée ne soient pas correct.

Auto-diagnostic et traitement



- Lorsqu'une cliente qui s'est traitée elle-même se présente avec des symptômes du paludisme ou rapporte que les symptômes se sont aggravés ou qu'ils ont réapparu, il se peut qu'elle :
 - Se soit auto-traitée avec un médicament ou une dose incorrecte
 - N'ait pas terminé le traitement
 - Ait pu recevoir des instructions incorrectes (ou ne les a pas comprises)
 - Ait reçu un médicament de mauvaise qualité ou contrefait (cela se passe même dans les établissements de santé)
 - N'ait pas le paludisme

Souvent, les clientes peuvent acheter les médicaments sans ordonnance ou vérification du diagnostic dans des pharmacies, des magasins locaux, des kiosks sur la route, et autres endroits facilement accessibles.

Module Section 4.1



Tests de diagnostic

Tests de diagnostic : Avantages



- Le diagnostic parasitologique a plusieurs avantages majeurs, dont les suivants :
 - Evite le gaspillage de médicaments pour des traitements inutiles, permettant des économies sur le plan financier
 - Améliore les soins chez les patients ayant les parasites en raison d'une plus grande certitude du diagnostic du paludisme
 - Empêche l'exposition inutile à des médicaments antipaludiques
 - Confirme l'échec du traitement

Tests de diagnostic : Méthodes



- Les deux méthodes en usage pour le diagnostic parasitologique sont la microscopie optique et les tests de diagnostic rapide (TDR).
- Une fois que la patiente manifeste des symptômes de paludisme et qu'elle a été dépistée, les résultats devraient être disponibles en peu de temps (moins de 2 heures).
- Si les tests de diagnostic ne sont pas possibles, la femme doit être traitée en fonction du diagnostic clinique, mais tous les efforts doivent être faits pour réaliser des tests de confirmation de la maladie.

Source : OMS 2015d.

Tests de diagnostic : Microscopie



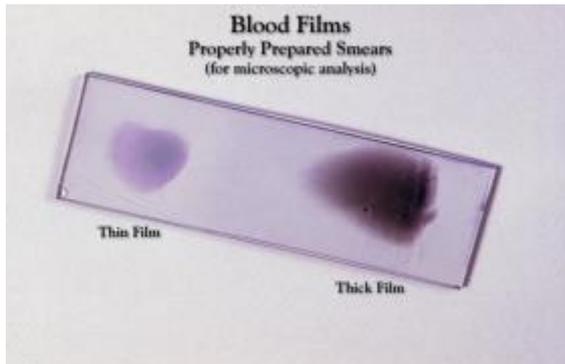
Examen au microscope :

- Reste la méthode de référence préférée pour confirmer le paludisme au laboratoire.
- Consiste à examiner le sang de la cliente, étalé en goutte épaisse ou frottis sur une lame de microscope.
- Confirme la présence du parasite paludéen et en conséquence, le diagnostic de paludisme.
- Il est aussi utile si la cliente a des symptômes vagues.

Frottis mince



- Souvent préféré pour l'identification de routine des parasites.
- Les organismes sont plus faciles à voir et à compter.
- Inadéquat pour détecter une faible densité parasitique.



Exemple de frottis de sang épais et mince coloré par le Giemsa bien préparé pour examen microscopique.

Source : Avec la permission de CDC Public Health Image Library:
<http://phil.cdc.gov/phil/home.asp>

Goutte épaisse



- Concentre les couches de globules rouges sur lame ; elle utilise à peu près deux à trois fois plus de sang que le frottis.
- Plus sensible que le frottis pour repérer une parasitémie faible et estimer la densité parasitaire et sa réapparition lors d'une récurrence de l'infection.
- Nécessite un technicien expérimenté, le processus de numération des globules blancs et des plaquettes pouvant être difficile.



TDR



- Développés pour fournir un diagnostic rapide, précis et accessible sans besoin de laboratoire.
- Les programmes de TDR réussis nécessitent :
 - Une chaîne du froid pour le transport et le stockage
 - Une formation pour les prestataires
 - Une politique claire d'actions à entamer en fonction des résultats

Maintenir une chaîne du froid



- Les fabricants de TDR recommandent un stockage entre 2° et 30°C.
- Les dates de péremption sont généralement fixées en fonction de ces conditions.
- Si les températures dépassent ces limites recommandées, il est probable que la durée de conservation des TDR soit diminuée et que leur sensibilité soit perdue avant la date de péremption.

Maintenir une chaîne du froid (suite)



- Le développement d'une chaîne du froid est initié avant l'expédition par le fabricant :
 - L'expéditeur ou la compagnie aérienne est informé(e) au sujet des conditions de température de stockage requises et celles-ci sont clairement marquées sur les cartons et les documents.
- Transport terrestre :
 - Doit être effectué en considération avec la température extérieure lors des déplacements et du stationnement.
- Stockage :
 - Le stockage des TDR durant toutes les phases du transport avant d'arriver à la destination finale, devrait se conformer aux spécifications du fabricant, normalement $\leq 30^{\circ}\text{C}$.

Indications pour les tests de diagnostic



- Chez les femmes enceintes on recommande un diagnostic parasitologique avant de commencer le traitement :
 - Les femmes qui vivent ou viennent des zones de transmission instable sont plus susceptibles de souffrir d'un paludisme grave qui peut être mortel.
- Le TDR peut être un test de contrôle chez les clients traités pour le paludisme, qui ont toujours des symptômes :
 - Si le traitement était adéquat, les clientes peuvent être réinfectées ou avoir un autre problème avec des symptômes similaires.
 - Des médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité peuvent également être une cause d'échec.

Module Section 4.2



Diagnostic clinique

Types de paludisme



- Non compliqué :
 - Le plus fréquent
- Sévère :
 - Menace la vie : peut affecter le cerveau
 - Les femmes enceintes sont plus susceptibles de souffrir d'un paludisme grave que les femmes qui ne sont pas enceintes

Symptômes et constatations cliniques



- Le diagnostic clinique se base sur les symptômes de la patiente et sur les constatations cliniques lors de l'examen.
- Les premiers symptômes du paludisme et des constatations cliniques ne sont souvent pas spécifiques et sont communs à d'autres maladie.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Paludisme non compliqué : Signes et symptômes



- Les signes et symptômes du paludisme ne sont pas propres à cette maladie.
- D'un point de vue clinique, le paludisme est suspecté principalement sur la base d'un accès ou d'un antécédent de fièvre axillaire ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) ; ou la présence d'anémie.
- Il n'y a pas une combinaison de signes ou de symptômes qui distingue de façon fiable le paludisme des autres causes de fièvre ; le diagnostic, basé uniquement sur les caractéristiques cliniques a une très faible spécificité et entraîne un traitement excessif.



Paludisme sévère : Diagnostic



- Les manifestations cliniques du paludisme grave (causé par le *P. falciparum*) sont plus frappantes et peuvent augmenter l'indice de suspicion du paludisme.
- Dans la plupart des cas, les constatations cliniques précoces du paludisme ne sont pas typiques et doivent être confirmés par un test de laboratoire.

Paludisme sévère : Signes et symptômes



Une ou plusieurs des caractéristiques suivantes en présence de parasitémie palustre ou TDR positif :

- Trouble de la conscience / coma
- Prostration / faiblesse généralisée
- Convulsions multiples (> 2 dans les 24 heures)
- Respiration profonde, détresse respiratoire
- Œdème pulmonaire sévère
- Etat de choc (tension artérielle [TA] systolique < 80 mm Hg)
- Insuffisance rénale aiguë
- Ictère clinique avec signes de dysfonctionnement d'autres organes vitaux
- Saignements importants



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Traitement avant la référence pour le paludisme grave chez la femme enceinte



Administerer la dose de charge du médicament antipaludique approprié et référer la femme

immédiatement

si vous suspectez toute maladie autre que le paludisme non compliqué.

Recommandations pour le diagnostic clinique



Les recommandations de l'OMS en 2015 pour le diagnostic clinique / suspicion du **paludisme non compliqué** dans différents contextes épidémiologiques :

- Dans les zones d'endémie palustre, suspecter le paludisme chez tout patient présentant des antécédents de fièvre ou une température de $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ sans autre cause évidente.
- Dans les contextes où l'incidence du paludisme est très faible, le diagnostic parasitologique de tous les cas de fièvre peut entraîner des dépenses considérables pour ne détecter que quelques patients atteints du paludisme. Il faudrait identifier les patients qui ont été exposés au paludisme (par exemple, qui ont récemment voyagé dans une région d'endémie palustre sans mesures protectives) et qui ont de la fièvre ou des antécédents de fièvre sans autre cause évidente, avant de procéder à un test parasitologique.

Recommandations pour le diagnostic clinique (suite)



- Les signes et symptômes du paludisme ne sont pas spécifiques.
- Poser un diagnostic ou un jugement basé uniquement sur les signes cliniques a une très faible spécificité, et peut conduire à un surtraitement.
- Les autres causes possibles de fièvre et de la nécessité de traitement supplémentaire ou alternatif doivent toujours être examinées avec soin.
- Dans tous les contextes, la suspicion du paludisme doit être confirmée par un diagnostic parasitologique.
- Dans les contextes où le diagnostic parasitologique n'est pas possible, la décision de fournir un traitement antipaludique doit se baser sur la probabilité qu'il s'agit d'une infection palustre.



Module Section 4.3



Attention : Traitement présumé

Traitement présomptif (pour les clients) :

Définition



- Les patients qui souffrent d'un accès fébrile sans cause évidente sont présumés avoir le paludisme et sont traités pour cette maladie sans confirmation par des examens de laboratoire.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Traitement présomptif : Problème



- Dans les contextes où le diagnostic parasitologique n'est pas possible, la décision de fournir un traitement antipaludique doit se baser sur la probabilité qu'il s'agit d'une infection palustre.
- Le traitement présomptif peut aboutir à un diagnostic incorrect et à une exposition inutile aux antipaludiques :
 - Entraîne des dépenses supplémentaires et augmente la probabilité de pharmacorésistance des parasites.
 - Peut être la meilleure option pour les enfants et les femmes enceintes lorsque les tests de diagnostic ne sont pas disponibles.



Fièvre pendant la grossesse



- Température axillaire de $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$
- Pourrait être due au paludisme ou :
 - Infection de la vessie ou des reins
 - Pneumonie
 - Typhoïde, dengue, fièvre jaune
 - Infection utérine
 - Maladies virales, etc.
- Porter une attention toute particulière à l'examen physique et aux antécédents médicaux pour écarter d'autres causes.



Fièvre pendant la grossesse (suite)



Poser des questions à la femme ou l'examiner concernant :

- Le type, degré et la durée de la fièvre
- Si elle a eut :
 - Des frissons
 - Des poussées de fièvre
 - Des crises ou convulsions
- Sa température, sa tension artérielle, son pouls et sa respiration

Fièvre pendant la grossesse : Autres questions à poser



- Signes d'un paludisme grave
- Signes d'autres infections :
 - Douleurs thoraciques ou respiration difficile
 - Pertes aqueuses malodorantes du vagin
 - Sensibilité de l'utérus ou de l'abdomen
 - Fréquence urinaire, douleurs ou brûlure urinaires / douleurs au flanc
- Ecoulement liquide du vagin / rupture des membranes
- Maux de tête
- Douleurs musculaires / articulaires
- Toux sèche ou productive
- Autres signes de dangers

Reconnaitre le paludisme chez une femme enceinte



Paludisme non compliqué

- Les signes et symptômes ne sont pas spécifiques, mais peuvent inclure une température axillaire de $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, antécédents de fièvre récente, et / ou présence d'anémie.

Paludisme grave

Une ou plusieurs des caractéristiques suivantes en présence de parasitémie palustre :

- Trouble de la conscience / coma
- Prostration / faiblesse généralisée
- Convulsions multiples (> 2 dans les 24 heures)
- Respiration profonde, détresse respiratoire
- Œdème pulmonaire sévère
- Etat de choc (TA systolique < 80 mm Hg)
- Insuffisance rénale aiguë
- Ictère clinique avec signes de dysfonctionnement d'autres organes vitaux
- Saignements importants

Signes et symptômes du paludisme non compliqué et grave



<p>Paludisme non compliqué Une ou plusieurs manifestations cliniques en présence de parasitémie palustre ou TDR positif :</p> <p>Température axillaire de $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, et/ou antécédents de fièvre récente, et/ou présence d'anémie</p>	PALUDISME GRAVE : Une ou plusieurs manifestations cliniques suivantes en présence de parasitémie palustre ou TDR positif :	
	<p>Manifestations cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Trouble de la conscience/coma• Prostration/faiblesse généralisée• Convulsions multiples (>2 dans les 24 heures)• Respiration profonde, détresse respiratoire• Œdème pulmonaire sévère• Collapsus cardiovasculaire ou état de choc (TA systolique <80 mm de mercure)• Insuffisance rénale aiguë• Ictère clinique avec signes de dysfonctionnement d'autres organes vitaux• Saignement important	<p>Résultats de laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none">• Hypoglycémie (glycémie < 2.2 mllimoles/l ou < 40 mg/décilitre)• Acidose métabolique (bicarbonate plasmatiques < 15 mmol/l); hyperlactatémie (acide lactique > 5 mmol/l)• Anémie normocytaire sévère (Hb < 7 g/dl, hémocrite < 20%)• Hémoglobinurie• Hyperparasitémie*• Insuffisance rénale (créatinine sérique de > 265 $\mu\text{mol/l}$)• Œdème pulmonaire (radiologique)• Plasma ou sérum bilirubine >50 micromoles/L (3 mg/dL) densités parasitaires >100,000/microlitre)



Module Section 4.4



Prise en charge du paludisme pendant la grossesse

Paludisme pendant la grossesse :

Buts de la prise en charge



- Malgré les mesures de prévention, certaines femmes enceintes seront quand même infectés par la maladie.
- Le but du traitement du paludisme est d'éliminer l'infection complètement, parce que toute quantité de parasites dans le sang peut affecter la mère et le fœtus.

Paludisme pendant la grossesse : Buts de la prise en charge (suite)



- Déterminer si l'infection est grave ou non compliquée :
 - Non compliquée : Traiter selon l'outil de travail sur la prise en charge.
 - Grave : Administrer la dose de charge de l'antipaludique approprié et référer immédiatement au plus haut niveau de soins.

Prise en charge : Médicaments



- Le choix du traitement est basé sur :
 - Le trimestre de grossesse
 - Les médicaments disponibles
 - Les médicaments approuvés pour le paludisme conformément aux directives nationales

Prise en charge : Thérapie combinée



- Le *Plasmodium falciparum* est devenu résistant à la monothérapie, rendant le traitement inefficace et augmentant la morbidité et la mortalité.
- L’OMS préconise désormais l’utilisation d’une combinaison de médicaments pour combattre le paludisme.
- La résistance médicamenteuse est bien moins probable qu’avec la monothérapie.

CTA : Types de combinaison thérapeutiques



Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) :

- L'utilisation simultanée de médicaments, y compris un dérivé de l'artémisinine en combinaison avec un autre médicament antipaludique
- Actuellement le traitement le plus efficace contre le paludisme
- Doit être adoptée comme traitement de première intention au premier et deuxième trimestres

Module Section 4.5



Traitement du paludisme non compliqué

Recommandations de 2015 de l'OMS pour la CTA pendant la grossesse



L'OMS recommande le traitement suivant pour le PPG non compliqué^a (OMS 2015d).
Reportez-vous aux directives spécifiques de votre pays concernant les traitements approuvés dans votre contexte.

	1 ^{er} TRIMESTRE	2 ^{ème} et 3 ^{ème} TRIMESTRES / TOUS LES ADULTES NON ENCEINTES ^{a,c}
MEDICAMENTS DE PREMIERE INTENTION	<p>Sel de quinine par voie orale 10 mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours, plus, si disponible, + clindamycine 10 mg/kg par voie orale deux fois par jours pendant 7 jours</p> <p>CTA est indiquée⁰⁰²⁰seulement si c'est le seul traitement disponible immédiatement, ou si le traitement par quinine pendant 7 jours + clindamycine échoue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artémether + luméfantrine, ou • Artésunate + amodiaquine^d, ou • Artésunate + méfloquine, ou • Dihydroartémisinine + pipéraquline, ou • Artésunate + sulfadoxine-pyriméthamine (SP)^e <p>Doses des CTA les plus fréquemment utilisées pendant la grossesse: Artémether / luméfantrine (Coartem) : 20 mg/120 mg, 4 comprimés par voie orale toutes les 12 heures pendant 3 jours (à prendre après un repas ou une boisson contenant des graisses) ; les 2 premières doses devraient, idéalement, être données à 8 heures d'intervalle ou Artésunate / amodiaquine (AS/AQ) : 100 mg/270 mg, 2 comprimés par voie orale pendant 3 jours^d</p>
MEDICAMENTS DE DEUXIEME INTENTION	<p>Artésunate + clindamycine^b pendant 7 jours ou</p> <p>Les CTA indiquées comme médicaments de 1^{ère} intention pour les 2^{ème} et 3^{ème} trimestres si la quinine par voie orale n'est pas disponible ou si le traitement échoue</p>	

Abréviation : CTA, combinaison thérapeutique à base d'artémisinine.

a. Se référer aux directives nationales pour les médicaments de 1^{ère} et 2^{ème} intention.

b. L'artésunate et la clindamycine co-emballées sous blister ne sont pas disponibles. Pour assurer une haute adhérence au traitement, l'artésunate et la clindamycine doivent être administrées sous observation aux femmes enceintes pour lesquelles le traitement par d'autres CTA n'ont pas donné de résultats.

c. OMS, 2015 : Guidelines for the treatment of malaria (Directives pour le traitement du paludisme), 3^{ème} édition, pages 33-34.

d. Eviter la prescription de schémas de CTA contenant de l'amodiaquine si possible, pour les patients séropositifs au VIH sous zidovudine ou efavirenz. (OMS, 2015 : Guidelines for treatment of malaria [Directives pour le traitement du paludisme], 3^{ème} édition, page 48.)

e. Artésunate + SP est un médicament approuvé mais n'est pas une formule fixe, et peut ne pas être efficace dans les zones de haute résistance à la SP. Eviter de prescrire l'artésunate + SP aux patients séropositifs sous traitement au co-trimoxazole. (OMS, 2015 : Guidelines for treatment of malaria, 3rd edition p. 48, p. 54.)

Traitement du paludisme non compliqué



- Observer la cliente avaler la première dose de l'antipaludique (sous observation directe) et enregistrer les doses.
- Lui conseiller de :
 - Compléter le traitement commencé.
 - Revenir dans les 48 heures pour le suivi ou avant si son état se détériore.
 - Consommer des aliments riches en fer.
 - Utiliser les MII et d'autres mesures de prévention.
- Suivre les directives nationales en ce qui concerne l'utilisation du TPIg-SP et du fer / acide folique pendant et après le traitement du paludisme.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Traitement du paludisme non compliqué (suite)



- Donner des antipaludiques de première intention.
 - Se référer à l'outil de travail sur la prise en charge des cas.
- Traiter la fièvre axillaire de $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
 - Eponger avec de l'eau tiède ; donner deux comprimés de 500 mg de paracétamol toutes les 6 heures, au besoin.
- Diagnostiquer et traiter l'anémie.
- Donner des fluides.

Module Section 4.6



Prise en charge du paludisme grave

Le paludisme grave : Convulsions ou crises



- Si une femme enceinte présente des convulsions il faut déterminer si elles sont dues au paludisme ou à l'éclampsie.
- Rassembler les informations contenues dans le tableau suivant pour déterminer la cause des convulsions ou crises.

Déterminer la cause des convulsions



Signes / Symptômes	Paludisme grave	Eclampsie
Antécédents récents de fièvre, frissons	Oui	Non
Température	> 37,5°C	< 38°C
Tension artérielle	Diastolique < 90 mm Hg	Diastolique > 90 mm Hg
Protéinurie	Non	Oui
Splénomégalie	Possible	Non
Ictère	Oui	Non

Autres considerations (CDC 2013)



- Si on suspecte l'éclampsie, stabiliser la patiente et la traiter avec du sulfate de magnésium, selon les directives nationales, et référer.
- Si on suspecte le paludisme grave, stabiliser la patiente et la traiter avec l'antipaludique approprié et du diazépam, et référer.
- Les antipaludiques oraux ne sont pas recommandés pour le traitement initial du paludisme grave.
- Si on suspecte le paludisme grave mais qu'on ne peut pas faire de diagnostic de laboratoire, faire un prélèvement de sang pour le test de diagnostic dès qu'il est disponible et commencer un traitement parentéral.

Traitement de pré-transfert d'un cas de paludisme grave (OMS 2015d)



- Le but principal du traitement d'un cas de paludisme grave est de prévenir la mort.
- Le risque de mourir du paludisme grave est le plus élevé les 24 premières heures.
- Retarder le début du traitement antipaludique approprié peut aggraver la condition de la patiente ou même causer la mort.
- Il s'agit de commencer le traitement immédiatement et de donner à la patiente enceinte la dose intégrale de drogues antipaludéennes parentérales avant de la référer : artésunate parentéral en un bolus de 2,4 mg / kg ou injection IM.

Stabilisation du paludisme grave



Stabiliser en donnant une dose de charge du médicament antipaludique approprié, et référer la femme ***immédiatement*** si elle a des symptômes qui suggèrent un paludisme grave.

Stabilisation et traitement de pré-transfert pour le paludisme grave



Tous les trimestres / Adultes qui ne sont pas enceintes	
Médicament de première intention	Artésunate parentéral en un bolus de 2,4 mg/kg ou injection IM comme dose de charge
Médicament de deuxième intention	Si l'artésunate n'est pas disponible, administrer l'artéméther par voie IM; si cela n'est pas disponible, démarrer une quinine parentérale immédiatement jusqu'à l'obtention de l'artésunate

Pour voir l'outil de travail Traitement du paludisme non compliqué chez les femmes en âge de procréer, voir la Figure II dans le manuel de référence.

Préparation à la référence



- Expliquer la situation à la cliente et à sa famille.
- Donner le traitement pré-référence si possible.
- Aider à prendre les dispositions pour le transport à la structure de référence, si possible.
- Accompagner la patiente lors du transport si possible et s'assurer d'avoir suffisamment de médicaments.
- Consigner l'information sur la carte de soins prénatals.

Fiche de référence



- Inclure l'information suivante sur votre fiche de référence :
 - Brève antécédents de la condition de la patiente
 - Détails du traitement administré
 - Raison pour la référence
 - Toute constatation significative des antécédents, de l'examen physique ou des tests de laboratoire
 - Points marquants ou détails importants de la grossesse actuelle
 - Copie de la fiche des consultations prénatales de la cliente, si possible
 - Information pour contacter le centre référant au cas où le centre de référence ou le prestataire aurait des questions

Source : Adapté de l'OMS 2015d.

Reconnaitre et signaler les effets indésirables potentiels



- Les prestataires de santé doivent comprendre les effets indésirables potentiels de tous les médicaments qu'ils administrent. Notamment les médicaments utilisés pour traiter le paludisme pendant la grossesse ; ces médicaments sont en général bien tolérés, n'ont pas d'effets secondaires ou ont des effets secondaires bénins s'ils sont utilisés selon l'usage prescrit.
- Les femmes doivent être informées sur les effets secondaires qu'elles pourraient ressentir et ce qu'elles doivent faire s'ils se produisent. Les effets secondaires potentiels sont résumés dans la diapositive suivante.

Reconnaitre et signaler les effets indésirables potentiels (suite)



- Artéméther / luméfantrine (AL) : Faiblesse, maux de tête, étourdissements
- Artésunate / amodiaquine (AA) : Faiblesse (modéré ou sévère), maux de tête, étourdissements
- Quinine : Bourdonnement dans les oreilles, hypoglycémie (si administrée par voie parentérale)
- Artemisinine : Etourdissements, maux de tête, vomissements, diarrhée

Reconnaitre et signaler les effets indésirables potentiels (suite)



- Les prestataires doivent être au courant du fonctionnement du système de pharmacovigilance (innocuité des médicaments) dans leur pays où ils peuvent signaler :
 - Les effets indésirables
 - D'autres préoccupations au sujet des médicaments qu'ils administrent

En résumé : Diagnostique et traitement du paludisme



- Il est essentiel que les tests de diagnostic soit effectués pour confirmer la maladie.
- Le paludisme non compliqué est facile à traiter s'il est reconnu tôt, mais il est essentiel de compléter la durée du traitement pour qu'il soit efficace.
- Etant donné que le paludisme grave nécessite une prise en charge spécialisée, les femmes atteintes doivent recevoir une dose de charge de l'antipaludique approprié et être référées immédiatement pour éviter les complications et la mort.



Module Section 4.7



Education sur la santé



Actualiser les connaissances



- Cet atelier sur le paludisme et le matériel de formation permettra aux participants d'être informés sur les politiques les plus récentes et sur les pratiques actuelles.
- Le contrôle du paludisme est un secteur dynamique avec de nouvelles découvertes dans le domaine des médicaments, des insecticides, et d'autres interventions.
- Afin de maintenir les meilleures pratiques, les agents de santé doivent actualiser leurs connaissances en pratiquant l'auto-apprentissage.

Journaux gratuits et magazines



MALARIA JOURNAL **IMPACT FACTOR 3.40**

Home | **Articles** | Authors | Reviewers | About this journal

Editor-in-Chief
Marcel Hommel, University of Liverpool

[Editorial Board](#) | [Instructions for authors](#) | [FAQ](#)

Articles

Latest | **Most viewed**

Research [Open Access](#)
Designing and implementing interventions to change clinicians' practice in the management of uncomplicated malaria: lessons from Cameroon
Achonduh QA, Mbacham WF, Mangham-Jefferies L, Cundill B, Chandler C, Pamen-Ngako J, Lele AK, Ndong IC et al.
Malaria Journal 2014, **13**:204 (29 May 2014)

Paper describing the process of designing health worker training to improve malaria case management.

Research [Open Access](#)
Seasonal genetic partitioning in the neotropical malaria vector, Anopheles

May 2010 Volume 22 Number 4

Africa HEALTH

Counting malaria out: setting targets for 2010
Communicating science clearly to the public
Special education review
Global Fund: simplifying and consolidating
Iron supplements for children in malarial areas?
India: the pharmacy of the developing world

With financial support from



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

jhpiego
Saving lives. Improving health.
Transforming futures.

L'internet : Un outil essentiel pour l'auto-apprentissage continu



- Journaux gratuits en ligne
 - Africa Health : <http://www.africa-health.com/>
 - Malaria Journal : <http://www.malariajournal.com/>
- Twitter
 - Si vous avez un compte twitter, recherchez les informations les plus récentes en utilisant : #malaria
- Listserve
 - Inscrivez-vous aux publipostages
 - <http://knowledge-gateway.org/malaria>

Références et ressources



Voir le manuel de référence pour toutes les références.