



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail – Justice - Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

**DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION
ET DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE**

Programme National de Lutte Contre le Paludisme

***Politique Nationale de Lutte Contre le
Paludisme***

Février 2014

PREFACE

La décision de réviser la politique nationale de lutte contre le paludisme en Guinée est motivée par la nécessité de tenir compte des nouvelles considérations scientifiques qui ont suscité de nouvelles recommandations OMS.

Les résultats des recherches montrent que l'introduction de l'Artémisinine et de l'Artémether dans la prise en charge du paludisme grave, l'adoption du traitement intermittent préventif et de la chimio-prévention saisonnière du paludisme comme approches préventives chez l'enfant, contribuent à réduire considérablement la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Le présent document a pour objet de fournir des directives claires aux différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le but d'harmoniser les stratégies de prévention et de prise en charge des cas adoptées par la Guinée conformément aux recommandations de l'OMS.

Il aborde des questions opérationnelles et techniques et doit être utilisé comme un outil de référence pour la planification et l'exécution des activités de lutte contre le paludisme.

La disponibilité de ce document permettra certainement de mettre en œuvre les activités de lutte dans un cadre de partenariat élargi entre le secteur public, le secteur privé, les partenaires bi et multi latéraux, les ONGs, les Universités et les Communautés à la base.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique adresse ses sincères remerciements aux partenaires (RBM, OMS, USAID/PMI, UNICEF, Plan Guinée, MSF Suisse ; CRS ; PSI ; HKI ; CHID FUND...) grâce à l'appui technique et financier desquels ce travail a été réalisé.

Etant convaincu que ce document répondra à toutes les questions actuelles qui se posent dans la lutte contre le paludisme en Guinée, je garde l'espoir qu'il contribuera davantage à l'amélioration de la santé nos populations.

Médecin Colonel Dr Remy Lamah

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

SOMMAIRE

PREFACE 2

SIGLES ET ACRONYMES 4

REMERCIEMENTS 6

1. PROFIL PAYS 7

- 1.1. Présentation du pays 7
- 1.2. Organisation du système national de santé 8

2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 9

- 2.1. Contexte régional et international 9
- 2.2. Profil épidémiologique du paludisme 9

3. BUT, OBJECTIF ET PRIORITES NATIONALES DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 11

- 3.1. But de la lutte contre le paludisme 11
- 3.2. Objectif de la lutte contre le paludisme 11
- 3.3. Priorités nationales pour la lutte contre le paludisme 11

4. ORIENTATIONS POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 12

- 4.1. Vision 12
- 4.2. Fondements, Principes directeurs et Valeurs 12
- 4.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme 12

5. GESTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 21

- 5.1. Cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le paludisme 21
- 5.2. Partenariat et Financement de la lutte contre le paludisme 21

6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE 23

- 6.1. Normes et procédures pour la lutte contre le paludisme 23
- 6.2. Renforcement des capacités du système de santé à travers la lutte contre le paludisme 23

7. MISE A JOUR DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 25

Références bibliographiques 26

Liste des personnes ayant participé au processus de révision de la Politique de Lutte contre le Paludisme 27

SIGLES ET ACRONYMES

ACS : Agent Communautaire de Santé
CMC : Centre Médical Communal
CPN : Consultation Périnatale
CRS: Catholic Reliefs Services
CS : Centre de Santé
DCS : Direction Communale de la Santé
DPS : Direction Préfectorale de la Santé
DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS: Enquête Démographique et Sanitaire
GAS : Gestion des Achats et de Stocks
SIGL : Système National d'Information de Gestion Logistique
AQ : Artésunate Amodiaquine
TDR : Test de Diagnostic Rapide
CTA : Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artemisinine
SMIR : Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
PID : Pulvérisation Intra Domiciliaire
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
CDMT : Cadres de Dépenses à Moyen Terme
HKI : Helen Keller International
ISF : l'Indice Synthétique de Fécondité
LAV : Lutte Anti - vectorielle
MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
TPI : Traitement Préventif Intermittent
SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine
CPS : Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
MICS : Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MSF: Médecin Sans Frontière
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PMI: Initiative Présidentiel de lutte contre le Paludisme
PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PS : Poste de Santé

PSI: Population Services International

RBM: Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)

UNICEF: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

USAID: Agence Américaine pour le Développement International

REMERCIEMENTS

Le processus de révision du Document de politique nationale de lutte contre le paludisme a été conduit de bout en bout sous la supervision du PNLP par un comité technique comprenant des experts nationaux et des partenaires appuyant la lutte contre le paludisme en Guinée.

Le présent document a été validé à l'issue d'un atelier national ayant réuni les acteurs à tous les niveaux et les partenaires du programme.

Au nom du Ministère de la Santé, le Coordonnateur National félicite et remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce document.

Ces remerciements s'adressent en particulier aux :

- Partenaires du PNLP, pour leurs appuis techniques et financiers qui ont été déterminants pour avoir un document de qualité,
- Membres des équipes techniques d'experts, qui ont conduit avec professionnalisme le processus de révision et de validation de la Politique nationale de lutte contre le paludisme;
- Directeurs et chefs de services centraux du ministère de la santé, pour leur appui et leur engagement tout au long du processus;
- Directeurs régionaux et préfectoraux de santé, institutions de formation en santé et de recherche, pour leurs contributions valeureuses au document ;
- Membres de l'équipe du PNLP, pour le suivi et la coordination efficace du processus ayant permis de doter le programme d'un document de qualité.

1. PROFIL PAYS

1.1. Présentation du pays

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

La Guinée est composée de quatre régions naturelles qui sont :

- **La Basse Guinée** : région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et se caractérise par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.
- **La Moyenne Guinée** : région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm.
- **La Haute Guinée** : région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.
- **La Guinée Forestière** : ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

Autrefois appelée " Les rivières du Sud " la Guinée est le pays le plus arrosé de l'Afrique de l'Ouest. Elle dispose de la plus large côte (300 Km sur l'Océan Atlantique) en Afrique de l'Ouest. Elle est la source de 13 des fleuves qui arrosent les pays voisins à la Guinée (dont le fleuve Niger - le plus grand de l'Afrique de l'Ouest). De nos jours, 1161 cours d'eau sont répertoriés. L'hydrographie du pays se partage en deux grands types, selon ses régions naturelles:

- **Hydrographie des Régions montagneuses (La Guinée Forestière et la Moyenne Guinée):** Elle est composée des Torrents, des cascades et des chutes. Par exemple les chutes de Kinkon et les chutes de Kambadaga à Pita 396 Km de Conakry, les chutes de Sala (Labé 431 Km de Conakry), les chutes voile de la mariée à Kindia 145 km de Conakry, Les chutes de dubréka ou " chien qui fume" à Dubreka (42 km de Conakry), les cascades de Sarékali (vers Mali Yimbèrin/Labé), la chute de Gubé à Kéraouané, les chutes de kindoï, de Tinkisso et de Kankama (à Faranah 562 Km de Conakry), les chutes de Yendé (entre Guéckedou et Kissidougou 700 km de Conakry)...
- **Hydrographie des Régions plates (La Haute Guinée et la Basse Guinée):** Elle est composée de lacs, d'étangs, des mares, des marécages, des plages.... Par exemple le mare de Baro (à Kignèro/ Kouroussa), les mares de Dalaba (à Dalaba), les plages du Milo à Kankan, les plages djoliba à Kouroussa, les plages de Baffing à Siguiri, les plages des îles de Loos (Room, Kassa, blanche), la plage Bel Air (à Boffa 225 km de Conakry), la plage Rogbané de Conakry. **Cette richesse hydrographique donne à la Guinée le titre de " Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ".**

Au plan de la démographie, la population totale de la Guinée est estimée à 11 414 149 habitants en 2013 avec une densité moyenne de 46 habitants au km². Le taux annuel d'accroissement de la

population est de 3,1%. Les résultats de l'EDS/MICS- IV 2012 ont montré que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé en moyenne à 5,1 enfants par femme, le Taux brut de Natalité de 34 ‰ individus, le taux de mortalité maternelle de 724 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances vivantes. Selon la même enquête, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans est de 122 ‰. En d'autres termes, en Guinée, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Du point de vue administratif, la Guinée est subdivisée en 33 préfectures à l'intérieur du pays et 5 communes dans la capitale Conakry. Ces préfectures et communes sont regroupées en 8 régions administratives.

L'économie de la Guinée est dominée par le secteur rural et le secteur minier qui contribuent respectivement pour 18 % et 19 % au PIB. Le secteur rural assure l'emploi et les moyens de subsistance à la majorité de la population. Le sous-sol renferme d'immenses potentialités minières (bauxite, or, diamant et fer).

Selon le DSRP 2007, près de la moitié de la population (49,2 %) vit en dessous du seuil de pauvreté (196 USD par personne et par an).

1.2. Organisation du système national de santé

La politique sanitaire de la Guinée est basée sur les Soins de Santé Primaires lancés en 1987. Depuis 2001, le pays est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire.

La politique sanitaire du gouvernement a pour vision une société dans laquelle toute personne vivant en Guinée est en bonne santé. Cette vision implique l'accès universel aux soins de qualité, une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, la disponibilité d'un personnel de santé formé, motivé et valorisé, un approvisionnement adéquat des structures sanitaires en intrants de qualité, un financement conséquent du secteur, un cadre de travail approprié et un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

Le système de santé est organisé autour d'une structure pyramidale à 3 niveaux :

- **Le niveau central** comprenant le cabinet du Ministre de la Santé (Secrétaire Général, conseillers, chef de cabinet, services d'appui) les Directions Nationales et les services rattachés.
- **Le niveau intermédiaire** qui comprend les **Directions Régionales de la Santé** couvrant les districts sanitaires.
- **Le niveau périphérique** qui est composé des Directions Préfectorales/Communales de la Santé (DPS/DCS) ; ce système est équivalent du district sanitaire défini par l'OMS.

L'offre de soins est assurée par les sous-secteurs public et privé.

- **Les structures publiques** de soins sont composées de Poste de santé (PS), Centres de Santé (CS), Centres médicaux communaux (CMC), Hôpitaux préfectoraux, Hôpitaux régionaux et les Hôpitaux nationaux. Les ACS, rattachés aux structures publiques, assurent les soins essentiels de base au niveau communautaire, en particulier sur la prise en charge et la prévention du paludisme.
- **Le secteur privé** comprenant des établissements hospitaliers d'entreprises, des cabinets de soins infirmiers, de sages-femmes, de consultations médicales, des cliniques et des structures pharmaceutiques (officines, points de vente, agences de promotion et grossistes répartiteurs).

Le secteur privé associatif et confessionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes.

Le secteur informel (vente illicite de médicaments, cliniques clandestines, prestataires clandestins ambulants etc.) se développe rapidement et de façon incontrôlée.

2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2.1. Contexte régional et international

Compte tenu de sa situation géo climatique, la Guinée fait partie des pays d'Afrique subsaharienne où le paludisme est stable avec une transmission pérenne. Cette pathologie représente la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires.

Afin de faire face efficacement, entre autres, à cette endémie majeure, la Guinée a adhéré à la stratégie mondiale « Santé pour Tous ». C'est ainsi que la politique sanitaire nationale repose fondamentalement sur la stratégie des soins de santé primaire adoptée par l'OMS en 1978. Elle s'appuie sur l'intégration harmonieuse des soins curatifs, préventifs et promotionnels, la promotion de la santé individuelle, familiale et communautaire, la participation de la communauté à la conception, au financement, à l'exécution et à l'évaluation des actions de santé.

Les objectifs nationaux de lutte contre le paludisme sont en adéquation avec les Initiatives Mondiales et Africaines de lutte contre la maladie auxquelles le gouvernement a souscrit, notamment les résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur le Paludisme, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme du Partenariat Faire Reculer le Paludisme RBM, les objectifs d'Abuja de l'Union Africaine et les objectifs de la CEDEAO.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement Guinéen a mis en place un Programme chargé de la conception, de la mise en œuvre et du suivi/évaluation de la politique nationale de lutte contre le paludisme. La politique nationale de lutte contre le paludisme, dont les stratégies sont régulièrement adaptées au contexte national sur la base des directives de l'OMS en vigueur est mise en œuvre à travers différentes générations de plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme.

2.2. Profil épidémiologique du paludisme

Le paludisme sévit en Guinée à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière longue (6 à 8 mois), avec 100 à 400 piqûres infestantes par homme et par an.

En Guinée toute la population est exposée au risque de paludisme, avec toutefois une vulnérabilité beaucoup plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

La stratification du paludisme montre que le pays se situe dans une zone de haute transmission. Selon les résultats de L'EDS-V (2012), la prévalence globale du paludisme dans le pays est de 44 %. Elle présente de fortes variations selon le milieu de résidence (53 % en milieu rural contre 18 % en milieu urbain). Au niveau des régions, c'est surtout Faranah (66 %) et Nzérékoré (59 %) qui se distinguent avec les plus fortes prévalences alors qu'elle est la plus faible dans la ville de Conakry (3 %).

Selon une étude réalisée par P. Carnevale et al en 2010, il existe 4 zones de niveaux d'endémicité différents en Guinée:

- Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et Kamsar). Le vecteur prédominant est *Anopheles melas*.
- Une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière du Sénégal et du Mali, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est *A. funestus*, et la façade atlantique à pluviométrie élevée où domine *A. melas*.
- Une zone hyper endémique qui s'étend du sud est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière du Liberia et de la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est *A. gambiae* ss.
- Une zone holoendémique située en Haute Guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont *A. funestus* et *A. arabiensis*.

En Guinée, le plasmodium falciparum est responsable de 98% des cas de paludisme. Les autres plasmodiums rencontrés sont *P. Malariae* et *P. Ovale*.

Très peu d'études récentes ont réalisées sur les vecteurs en Guinée. Les complexes *Anopheles gambiae*.l. et *Anopheles funestus* constituent les principaux vecteurs avec respectivement 31,8% et 8,7% selon l'enquête entomologique réalisée par MC Baldé et al IRD kindia.

3. BUT, OBJECTIF ET PRIORITES NATIONALES DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

3.1. But de la lutte contre le paludisme

Réduire le fardeau socio-économique du paludisme dans la population à un niveau où il ne constitue plus un problème de Santé Publique.

3.2. Objectif de la lutte contre le paludisme

Réduire de façon significative la transmission du paludisme dans la population en perspective de son élimination.

3.3. Priorités nationales pour la lutte contre le paludisme

En droite ligne avec la politique nationale de santé, la lutte contre le paludisme en Guinée met l'accent sur les priorités suivantes:

- Assurer une couverture universelle des services de prévention et de prise en charge du paludisme intégrés aux autres services de lutte contre la maladie, avec un accès gratuit ou subventionné conformément à la politique nationale de santé ;
- Maintenir un accès et une couverture élevée à des interventions de qualité pour un impact durable ;
- Renforcer la surveillance du paludisme, le système national d'information sanitaire, le suivi et l'évaluation ;
- Mobiliser un financement viable pour le programme national de lutte contre le paludisme dans le cadre des priorités de la politique nationale de santé ;
- Réduire la charge du paludisme afin d'atteindre à long terme l'objectif d'élimination de la maladie ;
- Renforcer la gestion de la lutte contre le paludisme notamment les structures impliquées dans la planification et la mise en œuvre des interventions ;
- Renforcer le partenariat avec d'autres programmes nationaux, les partenaires techniques, financiers et la société civile ;
- Renforcer la collaboration transfrontalière et sous régionale sur le paludisme.

4. ORIENTATIONS POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

4.1. Vision

Une Guinée sans paludisme pour un développement socioéconomique durable.

4.2. Fondements, Principes directeurs et Valeurs

La constitution de la Guinée stipule que l'Etat garantit pour chaque citoyen le droit à la santé.

Le Programme de Lutte contre le Paludisme de la Guinée est mis en œuvre conformément aux résolutions prises sur le paludisme par l'OMS, les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains, le Secrétariat Général des Nations Unies et le partenariat mondial « Faire Reculer le Paludisme ».

Conformément à l'esprit de la politique nationale de santé, la politique de lutte contre le paludisme se base sur des principes et des valeurs universels, à savoir la justice sociale, la solidarité, l'équité, l'éthique, la probité et la qualité.

Les principes directeurs se basent sur la bonne gouvernance, l'approche genre, le respect des évidences scientifiques et des recommandations internationales dans le choix des interventions de lutte contre le paludisme.

4.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme

Les stratégies de lutte contre le paludisme appliquées par le PNLP en Guinée s'inspirent des recommandations de l'OMS au niveau mondial.

4.3.1. Mesures de prévention du paludisme

La prévention du paludisme, composante majeure de la lutte contre le paludisme, comprend des mesures préventives individuelles et collectives.

Des directives nationales sur les différentes stratégies de prévention du paludisme doivent être élaborées et régulièrement mises à jour chaque fois que cela est nécessaire.

4.3.1.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme

La Lutte Anti - vectorielle (LAV) est une stratégie majeure de prévention du paludisme. Dans la perspective d'élimination du paludisme en Guinée, le PNLP doit mettre l'accent sur la mise en œuvre de toutes les méthodes de LAV efficaces, appropriées et faisables en fonction des faciès épidémiologiques.

4.3.1.1.1. Moustiquaires imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)

Dans le cadre de la lutte intégrée contre les vecteurs, le PNLP doit promouvoir l'utilisation de la MILDA comme mesure de protection individuelle.

Toute la population doit bénéficier des MILDA pour un accès universel, soit une MILDA pour 2 personnes.

Le choix de la MILDA utilisée dans le pays doit être fait par un comité d'experts sur la base des pré-qualifications OMS et en tenant compte de la sensibilité des vecteurs aux insecticides dans le pays.

Les MILDA doivent être distribuées en routine aux groupes cibles, de façon intégrée aux prestations des services de santé et à travers des approches communautaires novatrices.

En vue de permettre une couverture universelle pérenne aux MILDA, le ministère de la santé doit organiser périodiquement des campagnes de distribution de masse de moustiquaires à toute la population.

D'autres matériaux imprégnés d'insecticides pourraient être envisagés par le PNLN sur la base de résultats de recherche opérationnelle mettant en évidence des avantages comparatifs.

4.3.1.1.2. Pulvérisation Intradomiciliaire d'Insecticide (PID) à effet résiduel

Le PNLN doit accorder une attention particulière à l'application de la PID comme mesure de protection communautaire. Son application dans le pays doit se faire sur la base de critères épidémiologiques et entomologiques spécifiques aux zones ciblées.

Les procédures techniques d'application de la PID au niveau communautaire et le choix des insecticides à utiliser dans le pays doivent être adoptés par un comité d'experts au niveau national sur la base des pré-qualifications et directives techniques OMS en vigueur.

La mise en œuvre initiale de la PID ne doit être envisagée qu'après une analyse de situation initiale sur la base de laquelle doivent être mesurés les progrès lors de l'évaluation de chaque cycle de pulvérisation. Pour cela, le PNLN doit s'assurer de la mise en place d'équipes techniques performantes avant l'exécution de tout cycle de PID. La mise en œuvre de la PID doit se faire en étroite collaboration avec les pouvoirs publics, le secteur privé, la société civile et la communauté.

L'impact de la PID dans les zones ciblées du pays doit être régulièrement documenté à travers des évaluations rapides et des projets de recherche opérationnelle permettant de mieux définir les profils entomologiques et épidémiologiques du paludisme.

4.3.1.1.3. Lutte antilarvaire

La lutte anti larvaire est considérée comme une mesure supplémentaire qui doit être utilisée dans les phases de contrôle et de pré-élimination du paludisme. C'est une mesure de protection communautaire qui ne doit être appliquée dans une zone ciblée qu'après une analyse de situation de base permettant de cartographier les gîtes larvaires répondant aux critères pré-établis par des experts nationaux.

Les méthodes envisagées pour la destruction des gîtes larvaires peuvent être de types chimiques, biologiques ou mécaniques.

Les produits antilarvaires à utiliser et les procédures techniques de mise en œuvre de cette mesure doivent être adoptés par des experts nationaux sur la base des spécifications et des directives techniques OMS en vigueur.

Pour être efficace et pérenne, la lutte antilarvaire doit s'inscrire dans un plan cohérent et intégré qui définit clairement le cycle de réalisation des activités et leur complémentarité avec les interventions essentielles de lutte antivectorielle (Promotion MILDA, PID).

L'impact de la lutte antilarvaire dans les zones ciblées doit être régulièrement documenté à travers des évaluations rapides et des projets de recherche opérationnelle en vue d'une meilleure définition des profils entomologiques et épidémiologiques du pays.

4.3.1.1.4. Gestion de l'environnement

Afin d'améliorer le cadre de vie en général et celui de l'habitat en particulier, des mesures d'assainissement du milieu et de gestion de l'environnement doivent être vulgarisées dans le pays. Pour cela, une approche multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes concernées par ce volet doit être promue par le ministère de la santé sur la base d'un partenariat diversifié et solide avec la société civile, le secteur privé et d'autres départements ministériels. A cet effet, le PNLP doit s'inscrire dans les efforts nationaux visant à mobiliser des ressources suffisantes permettant la mise en place de programmes d'assainissement et de gestion de l'environnement notamment en milieu urbain.

4.3.1.1.5. Gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides

Conformément aux protocoles et recommandations de l'OMS en vigueur, le PNLP doit mettre en place un système de surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides à travers des sites sentinelles. Ce système doit aussi prendre en compte le contrôle de qualité des MILDA lors de leur acquisition par le niveau central et au cours de leur utilisation au niveau communautaire.

Les niveaux et les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides dans le pays doivent être cartographiés et régulièrement documentés avec l'appui des institutions nationales de recherche et les universités habilitées.

Le suivi de la dynamique de la résistance de la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides doit se faire en routine par le PNLP au niveau des sites sentinelles, en partenariat avec les institutions nationales et internationales de recherche.

4.3.1.2. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

La prévention du paludisme chez la femme enceinte doit comprendre l'utilisation des MILDA et le Traitement Préventif Intermittent (TPI).

Toute femme enceinte doit recevoir une MILDA dès le premier contact dans le cadre du paquet préventif offert lors de la Consultation Pré Natale (CPN). Elle doit également recevoir au moins trois Traitements Préventifs Intermittents (TPI) à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) sous prises supervisées lors des CPN, à partir du deuxième trimestre jusqu'à l'accouchement.

Le PNLP doit développer un cadre de collaboration avec les services en charge de la Santé de la Reproduction lors de la mise en œuvre des mesures de prévention chez les femmes enceintes à travers les services de santé et au niveau communautaire.

4.3.1.3. Chimio prévention chez l'enfant

4.3.1.3.1. Chimio prévention du paludisme Saisonnier

Conformément aux recommandations de l’OMS adoptée en 2012, tous les enfants âgés de 3 à 59 mois dans les zones éligibles pour la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) à *Plasmodium falciparum*, doivent recevoir 4 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine et d’Amodiaquine (SP+AQ) par voie orale. La mise en œuvre de la CPS dans les zones sélectionnées du pays doit se faire à travers les formations sanitaires (centres de santé, postes de santé) ou dans la communauté par des Agents Communautaires de Santé (ACS).

Des directives nationales et un plan de mise en œuvre de la CPS dans les zones ciblées doivent être élaborés sur la base des recommandations OMS à cet effet.

4.3.1.3.2. TPI chez le nourrisson

Le traitement préventif intermittent chez le nourrisson doit être appliqué dans les zones éligibles selon les critères recommandés par l’OMS avec de la Sulfadoxine-Pyriméthamine par voie orale. Il doit être intégré au Programme Elargi de Vaccination de routine au niveau des formations sanitaires.

Des directives nationales et un plan annuel de mise en œuvre du TPI chez le nourrisson doivent être élaborés sur la base des recommandations OMS.

La CPS et le TPI chez le nourrisson ne doivent pas être appliqués simultanément dans les mêmes zones.

4.3.1.3.3. Traitements préventifs du paludisme chez des groupes spécifiques

Des traitements préventifs du paludisme pour divers groupes spécifiques peuvent être adoptés et appliqués selon les directives nationales, sous la supervision du PNLP.

Tout sujet neuf entrant en Guinée doit être protégé contre le paludisme conformément aux directives nationales de prévention du paludisme en vigueur.

4.3.1.4. Vaccin antipaludique

L’application d’un candidat vaccin antipaludique en Guinée doit être envisagée par le PNLP dès qu’il y a une recommandation OMS d’application. Pour ce faire, un cadre de mise en œuvre au niveau du pays devra être défini et adopté selon la politique nationale de santé en vigueur.

4.3.2. Prise en charge des cas de paludisme

La politique de prise en charge du paludisme comprend le diagnostic biologique et le traitement rapide et efficace avec des antipaludiques de qualité.

Des directives nationales sur le diagnostic biologique et le traitement spécifique du paludisme, à différents niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau communautaire, doivent être élaborées et régulièrement mises à jour sur la base des recommandations OMS en vigueur.

4.3.2.1. Diagnostic biologique du paludisme

Tout cas suspect de paludisme vu au niveau d'une formation sanitaire ou par un Agent Communautaire de Santé (ACS) doit être testé. Est considéré comme paludisme tout cas suspect confirmé biologiquement par microscopie ou TDR.

Tous les prestataires de service (personnel de laboratoire, personnel soignant, ACS) doivent être formés sur les techniques de réalisation de la microscopie et/ou des TDRs avec leur supervision régulière en vue d'assurer la qualité du diagnostic.

4.3.2.1.1. Confirmation du paludisme par la microscopie

La microscopie est l'examen de référence pour la confirmation biologique du paludisme car elle permet l'identification des différentes espèces plasmodiales et le suivi du traitement des cas graves de paludisme (densité parasitaire).

La microscopie doit être réalisée au niveau des structures de santé disposant d'un équipement adapté et de personnel qualifié, notamment dans toutes les structures de référence (hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux, cliniques privées), et de manière progressive au niveau des centres de santé des secteurs public, privé, confessionnel et associatif.

4.3.2.1.2. Confirmation du paludisme par les TDR

Les TDR doivent être réalisés dans toutes les structures de santé (publiques, privées, associatives, confessionnelles) où l'examen microscopique n'est pas disponible et au niveau communautaire.

Dans les hôpitaux de référence, les TDR doivent être utilisés dans les services d'urgence, au cours des gardes et en cas de non fonctionnalité de la microscopie.

Le type de TDR à utiliser par le Programme doit être défini et périodiquement mis à jour par un comité national d'experts sur la base des préqualifications OMS.

4.3.2.1.3. Assurance – qualité des services de laboratoire

Un système d'assurance – qualité doit être mis en place dans le cadre du diagnostic biologique du paludisme (microscopie, TDR). Il doit permettre de standardiser les procédures de laboratoire en général (réseau de laboratoires) et d'harmoniser les techniques de la réalisation de la microscopie et des TDR en particulier.

Des contrôles de qualité du diagnostic biologique du paludisme, internes et externes, doivent être régulièrement réalisés au niveau des formations sanitaires sous la supervision du PNLN et en étroite collaboration avec des structures de référence (laboratoires nationaux de référence, Universités, laboratoires de référence OMS).

4.3.2.2. Traitement spécifique du paludisme

Le traitement doit être administré en fonction de la forme de paludisme (simple ou grave) et du niveau de plateau technique de la structure réalisant la prise en charge.

4.3.2.2.1. Traitement du paludisme simple

Tout cas de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* doit bénéficier d'un traitement antipaludique avec les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) par voie orale.

Ce traitement doit être réalisé au niveau de toutes les formations sanitaires publiques, confessionnelles, associatives, privées et dans la communauté (ACS formés sur le paludisme).

En cas de paludisme à *Plasmodium vivax*, le traitement spécifique doit être adapté selon les recommandations de l’OMS en vigueur.

La monothérapie à base d’Artémisinine orale doit être bannie dans tout le pays, conformément à la Résolution WHA60.18 adoptée par l’ensemble des États membres de l’OMS lors de la 60^{ème} Assemblée mondiale de la santé en mai 2007.

4.3.2.2.2. Traitement du paludisme grave

Tout cas de paludisme grave doit bénéficier d’un traitement antipaludique avec des dérivés d’Artémisinine ou des sels de quinine par voie parentérale. Dès que la voie orale est possible, le relais du traitement parentéral doit être fait avec les CTA.

La prise en charge du paludisme grave doit être réalisée dans les formations sanitaires ayant les capacités requises pour un traitement adéquat.

4.3.2.2.3. Traitement du paludisme chez la Femme enceinte

Tout cas de **paludisme simple chez la femme enceinte** doit être traité avec la quinine par voie orale au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, et les CTA par voie orale à partir du 2^{ème} trimestre.

Tout cas de **paludisme grave chez la femme enceinte** doit être traité avec la quinine par voie parentérale au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, et des dérivés de l’Artémisinine ou des sels de quinine par voie parentérale à partir du 2^{ème} trimestre.

4.3.2.2.4. Traitement pré-transfert du paludisme grave

Tous cas de **paludisme grave vu au niveau d’une formation sanitairesans capacité de prise en charge adéquate** doit bénéficier d’un traitement spécifique pré-transfert avec des dérivés d’Artémisinine en intramusculaire ou en suppositoire avant d’être référé.

Tous cas de **paludisme grave vu au niveau communautaire** (ACS formé sur le paludisme) doit bénéficier d’un traitement spécifique pré-transfert avec des dérivés d’Artémisinine en suppositoire avant d’être référé vers la formation sanitaire la plus proche.

4.3.2.3. Système de pharmacovigilance

Le système national de pharmacovigilance doit contribuer à la sécurité des patients lors de l'utilisation des antipaludiques conformément aux recommandations OMS en vigueur.

A cet effet, le PNLP doit appuyer les structures habilitées du ministère de la santé et les institutions spécialisées au cours du processus d'élaboration des directives techniques et du plan national de mise en œuvre du système national de pharmacovigilance prenant en compte les antipaludiques.

4.3.2.4. Surveillance de l'efficacité des antipaludiques

Pour prévenir à temps l'émergence ou la propagation d'une pharmaco-résistance, le PNLP doit réaliser le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques utilisés dans le pays, selon le protocole OMS en vigueur. Pour cela, un système de surveillance de routine doit être mis en place à travers des sites sentinelles sous la responsabilité du PNLP et en étroite collaboration avec des institutions de recherche et les universités de référence.

4.3.3. Situations d'urgences complexes avec risque d'épidémies de paludisme

Des situations d'urgences dans le pays pourraient entraîner des conditions favorables à la survenue d'épidémies de paludisme. La prédiction et la réponse aux éventuelles épidémies de paludisme doivent se faire dans le cadre du système national de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).

Pour ce faire, le PNLP doit appuyer les services habilités du ministère de la santé et/ou autres institutions de recherche pour documenter davantage la situation épidémiologique du paludisme et mettre à jour le profil paludisme (épidémiologique, entomologique) du pays à travers des banques de données fiables.

4.3.4. Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale

La mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre le paludisme et le changement de comportement souhaité passent nécessairement par la disponibilité d'informations pratiques utiles et réalisables par la communauté.

A cet effet, la communication pour un changement de comportement doit être une priorité du PNLP et intégrée aux prestations de services à tous les niveaux du système de santé et au sein des communautés. Elle doit avoir pour but l'amélioration constante de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme.

Des stratégies et/ou directives sur la communication institutionnelle, de proximité et de masse, doivent être développées par le PNLP en collaboration avec les services habilités du ministère de la santé et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. De même, le PNLP doit élaborer un Plan national de communication sur le paludisme et des supports de communication à diffuser à travers des canaux appropriés. .

Pour une bonne couverture des populations ciblées, le PNLP doit établir un large partenariat avec des structures spécialisées en communication et des réseaux communautaires impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme. Il doit également maintenir un plaidoyer de haut niveau en faveur de la lutte contre le paludisme auprès des décideurs politiques, des acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires.

4.3.5. Gestion des approvisionnements et des stocks

4.3.5.1. Approvisionnement et distribution des intrants antipaludiques

La disponibilité permanente des intrants pour la lutte contre paludisme est cruciale pour la continuité des services de prévention et de traitement assurés par le PNLN. Pour cela, un plan de Gestion des Achats et des Stocks (GAS) doit être élaboré par le PNLN en collaboration avec la centrale d'achat des médicaments et les partenaires du programme en vue de répondre aux insuffisances identifiées. Les intrants antipaludiques doivent être intégrés dans liste nationale de médicaments et produits essentiels du ministère de la santé.

La quantification des intrants pour la lutte contre le paludisme doit être réalisée sur la base de méthodes scientifiques valides. Le PNLN doit avoir le leadership lors de la détermination des spécifications techniques et des quantifications des intrants antipaludiques.

L'accès universel aux services de lutte contre le paludisme doit demeurer la règle lors de la détermination des besoins nationaux en intrants antipaludiques.

La gestion des achats et des stocks des intrants antipaludiques doit être conforme aux règles, procédures et directives mises en place par le ministère de la santé. Le système d'approvisionnement des formations sanitaires et du niveau communautaire en intrants antipaludiques essentiels doit être en adéquation avec les procédures définies par le Ministère de la Santé.

Le système de gestion et de distribution des intrants antipaludiques acquis dans le cadre de projets spécifiques sur le paludisme doit se faire sous le leadership du PNLN en étroite collaboration avec les autres partenaires dans le cadre des procédures définies par le Ministère de la Santé.

Afin de renforcer le Système National d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) comprenant les intrants antipaludiques, le PNLN doit appuyer à tous les niveaux les services du Ministère de la Santé habilités..

4.3.5.2. Contrôle-qualité des intrants antipaludiques

La réglementation des intrants de la lutte contre le paludisme doit être conforme aux procédures mises en place par les services habilités du ministère de la santé, notamment lors de l'élaboration de la politique pharmaceutique, des procédures, de l'enregistrement, de l'inspection et de la pharmacovigilance.

Le contrôle-qualité des intrants antipaludiques, tant lors de l'acquisition qu'en cours d'utilisation, doit être réalisé par les services compétents du ministère de la santé, en partenariat avec les laboratoires de référence nationaux et internationaux homologués par l'OMS.

4.3.6. Surveillance, suivi/évaluation, recherche opérationnelle

Le système de Surveillance, Suivi et Evaluation est essentiel pour informer régulièrement sur les performances du programme et la prise de décision. Ce système, incluant la recherche opérationnelle sur le paludisme, doit répondre aux besoins en données et s'intégrer autant que possible au système national d'information sanitaire du pays.

Un plan national de suivi/évaluation du programme, aligné au plan stratégique en vigueur, doit être élaboré en collaboration avec les partenaires appuyant la lutte contre le paludisme en Guinée. Ce Plan doit décrire clairement l'organisation et le fonctionnement du système de suivi/évaluation du PNLN et apporter une valeur ajoutée au renforcement du système national d'information sanitaire. Il doit disposer également d'un cadre logique de performance avec des indicateurs de processus, d'effet et d'impact permettant de mesurer périodiquement les résultats de la mise en œuvre des interventions de lutte, à court et moyen terme.

4.3.6.1. Surveillance, Suivi et Evaluation

Le système de surveillance de routine au niveau opérationnel doit permettre le suivi de la mise en œuvre du programme et surtout aider à faire des évaluations rapides des performances du PNLP en analysant de façon périodique les données collectées au niveau des structures sanitaires publiques, confessionnelles, associatives et privées. Des données additionnelles doivent être collectées par le PNLP à travers des sites sentinelles.

Les méthodes d'évaluation des résultats du programme doivent être harmonisées avec les directives standards adoptées au niveau national et international, notamment en ce qui concerne les enquêtes dans les formations sanitaires et ménages. Une base de données informatisée robuste, au niveau central (Coordination PNLP) et opérationnel (régions, districts), doit être développée en y intégrant les informations sur des indicateurs consensuels permettant le suivi des progrès du programme et la prise de décision.

En collaboration avec le service du Ministère de la Santé en charge de la gestion de l'information sanitaire, le PNLP doit appuyer la mise en place de systèmes innovants sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ce système doit permettre de rendre disponible en temps réel des informations valides sur le paludisme en vue de leur utilisation par les différentes parties prenantes.

4.3.6.2. Recherche opérationnelle

En Guinée, plusieurs institutions de recherche travaillent sur la thématique du paludisme. Afin de disposer d'informations sur l'efficacité, l'efficacité et l'impact des interventions du Programme, le PNLP doit promouvoir la recherche opérationnelle sur le paludisme à tous les niveaux du système de santé.

Pour cela, il doit établir un partenariat avec des institutions de recherche pour la conduite périodique de projets de recherche d'intérêt commun. Ces projets doivent respecter les procédures et règles d'éthiques définies par le ministère de la santé, et appuyer le renforcement des capacités des structures de recherche collaboratrices.

Le PNLP doit veiller à la dissémination et à l'utilisation des résultats de recherches valides sur le paludisme en vue d'adapter les stratégies de lutte et améliorer les performances du programme.

5. GESTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

5.1. Cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le paludisme

La politique nationale de lutte contre le paludisme doit s'inscrire en droite ligne avec la politique de santé et les grandes orientations pour le développement de l'action sanitaire dans le pays.

La mission, l'organisation et le fonctionnement du programme de lutte contre le paludisme doivent être clairement définis à différents niveaux, conformément à la politique du ministère de la santé. Ainsi, l'organigramme du PNLP et les descriptions de postes des responsables des différentes unités doivent être définis et adoptés selon l'organisation du ministère de la santé. Les Services et programmes concernés par la lutte contre le paludisme doivent être impliqués dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

Au niveau opérationnel, l'organisation et la gestion de la lutte contre le paludisme doivent être assurés par les équipes d'encadrement du niveau régional et préfectoral conformément aux procédures définies par le ministère de la santé.

La gestion de la lutte antipaludique au niveau communautaire doit être intégrée dans le paquet d'activités des ACS défini par la politique de la santé communautaire.

La mise en œuvre des activités et le suivi des performances du programme doivent se faire en étroite collaboration avec les partenaires des niveaux central et opérationnel.

Un Comité National de Coordination multisectoriel composé de représentants des différentes parties impliquées dans la lutte contre le paludisme doit être créé pour appuyer le PNLP dans sa mission.

Compte tenu des multiples défis de la lutte contre le paludisme, notamment ceux en rapport avec la vision de l'élimination, le Programme doit:

- Avoir le leadership en matière de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Etre pourvu d'un personnel qualifié et en nombre suffisant à tous les niveaux;
- Avoir une ligne budgétaire de financement de la lutte contre le paludisme
- Initier des mécanismes de motivations du personnel de santé impliqué dans la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre le paludisme ;
- Rechercher en permanence à améliorer les conditions de travail et de fonctionnement des différentes structures impliquées dans l'encadrement et la gestion de la lutte contre le paludisme à différents niveaux.

5.2. Partenariat et Financement de la lutte contre le paludisme

5.2.1. Partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme

La lutte antipaludique doit s'inscrire en droite ligne avec les mécanismes de partenariat définis par le ministère de la santé. Afin d'impulser davantage l'intérêt des parties prenantes au Programme, le PNLP doit mettre l'accent sur le renforcement du partenariat « Faire Reculer le Paludisme » avec une implication effective des acteurs et PTF à différents niveaux. La communauté doit demeurer au centre de ce partenariat pour renforcer son adhésion et sa participation dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

De façon spécifique, le PNLP doit développer des modèles innovants de partenariat avec le secteur privé médical en vue d'harmoniser en particulier les directives techniques sur la prise en charge des cas et la prévention du paludisme.

5.2.2. Financement de la lutte contre le paludisme

Afin de mobiliser des ressources accrues en faveur de la lutte contre le paludisme, le PNLN doit s'inscrire dans une dynamique de financement de la santé à travers le PNDS et le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) élaborés au niveau national. A cet effet, il doit élaborer de façon cyclique des Plans stratégiques de lutte contre le paludisme et conduire un plaidoyer fort auprès de l'Etat et de différents partenaires afin de mobiliser tous les ans les ressources adéquates inscrites dans les plans d'actions opérationnels. Ce plaidoyer doit permettre à la lutte contre le paludisme d'occuper une place importante dans le budget de l'Etat et amener les autorités nationales à inscrire la lutte contre le paludisme dans tout projet de développement, en particulier hydro-agricole.

De même, le PNLN doit saisir les opportunités des initiatives novatrices de financements au niveau national et international en vue de combler les carences programmatiques et financières du Plan stratégique de lutte contre le paludisme en vigueur.

Conformément aux engagements internationaux sur le paludisme auxquels a souscrit la Guinée, le PNLN doit accélérer la mise en œuvre des recommandations en rapport avec :

- l'accès universel des populations aux services préventifs et curatifs du paludisme selon les systèmes nationaux de protection sociale en vigueur ;
- la suppression des taxes et droits de douanes sur les intrants antipaludiques ;
- l'intégration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des prestations de lutte contre le paludisme.

6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE

6.1. Normes et procédures pour la lutte contre le paludisme

Les priorités et les orientations stratégiques en matière de lutte contre le paludisme doivent s'inscrire en droite ligne avec la politique nationale de santé. Pour cela, la politique nationale de lutte contre le paludisme doit être traduite à travers :

- des directives standardisées de prise en charge des cas aussi bien dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire;
- des directives standardisées sur les stratégies de prévention du paludisme ;
- des directives standardisées sur les initiatives à base communautaire, notamment sur la communication pour un changement de comportement;
- la diffusion des nouvelles directives techniques/algorithmes et outils de communication à différents niveaux de la pyramide sanitaire et dans la communauté;
- l'élaboration et la diffusion de guides/manuels de formation pour renforcer les compétences des acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'élaboration cyclique de Plans stratégiques et Plans de Suivi&Evaluation du programme ;
- l'élaboration de plans d'action annuels avec une analyse des carences financières et programmatiques ;
- l'élaboration et la vulgarisation de plans nationaux de communication sur le paludisme;
- l'élaboration et la vulgarisation de procédures opérationnelles standards sur la mise en œuvre et le suivi des interventions du programme ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des standards de performance pour assurer la qualité des services de lutte contre le paludisme.

6.2. Renforcement des capacités du système de santé à travers la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme nécessite un système de santé renforcé et fonctionnel à tous les niveaux. Dans le souci d'améliorer et pérenniser l'efficacité des services de prestation du Programme, la lutte contre le paludisme doit être intégrée à tous les niveaux du système de santé. L'intégration de la lutte antipaludique dans le système national de santé doit être faite à l'occasion de différents événements, en particulier lors:

- de la conception, la planification et l'évaluation des capacités au niveau central ;
- du processus de mise en œuvre des activités des autres programmes de santé ;
- des évaluations des performances du système de soins;
- de la mobilisation de ressources auprès du Gouvernement et des partenaires au développement.

La contribution du PNLP à l'amélioration des performances du système de santé doit être traduite à travers ses 6 piliers, notamment i)-la formation continue et la motivation des prestataires de service de santé, ii)-la mobilisation de ressources financières suffisantes pour les prestations de services sur le paludisme, iii)-la disponibilité d'intrants antipaludiques de qualité à tous les niveaux, iv)-l'accessibilité et l'équité aux prestations de service sur le paludisme, v)-le développement de la

collaboration inter et intra sectorielle, et du partenariat public-privé sur le paludisme, vi)-la gestion et la disponibilité d'informations fiables sur le paludisme permettant la prise de décision.

7. MISE A JOUR DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le présent document de politique de lutte contre le paludisme est un outil de référence dynamique. Il doit être révisé chaque fois que cela est nécessaire pour y intégrer de nouvelles orientations nationales adaptées des recommandations OMS.

Tout processus de révision du présent document doit être fait en étroite collaboration avec les différents acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en Guinée.

_____ 000 _____

Références bibliographiques

- Strategy for improving access to treatment through Home Management of Malaria, RBM (WHO/HTM/MAL/2005.1101).
- Indoor Residual House Spraying (IRS), An operational manual for expansion of IRS for malaria control and elimination, Version 2, 2006
- Global Malaria Programme, le paludisme chez la femme enceinte: Lignes directrices pour la mesure des indicateurs clés utilisés aux fins du suivi et de l'évaluation, OMS, 2007
- Plan D'action Mondial du Paludisme 2008-2015, RBM Partnership, 2008
- Directives de l'OMS pour le traitement du paludisme, deuxième édition 2010
- Récapitulatif de la politique de l'OMS, GMP, Mai 2010
- Global plan for artemisinin resistance containment (GPARC), WHO, 2011;
- Accès Universel aux tests Diagnostiques du Paludisme: Manuel pratique OMS, 2011
- Malaria Quality Microscopy Assurance Manual, WHO, Version 1
- T3 (Test. Treat. Track) : Scaling up diagnostic testing, treatment and surveillance for malaria, WHO, 2012
- Note d'information sur les critères de sélection recommandés pour l'acquisition de tests de diagnostic rapide (TDR), Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS, 2012
- Disease surveillance for malaria control, an operational manual, 2012
- Disease surveillance for malaria elimination, an operational manual, 2012
- Plan mondial pour la gestion de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme (GPIRM), OMS/RBM, 2012 – Résumé d'orientation
- Recommandations sur la révision des cibles du GMAP, Juin 2011
- WHO Policy Brief for the Implementation of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy using Sulfadoxine-Pyriméthamine (IPTp-SP), 11 April 2013.

Liste des personnes ayant participé au processus de révision de la Politique de Lutte contre le Paludisme

N°	Prénoms et Noms	Institution
1.	Dr Moussa KEITA	CN/PNLP
2.	Dr Timothée GUILAVOGUI	CNA/PNLP
3.	Dr Amadou Sadio DIALLO	Consultant
4.	Dr Nouman DIAKITE	SE/ PNLP
5.	Dr Mohamed Binne CAMARA	Approvisionnement PNLP
6.	Dr Souleymane DIAKITE	SE/ PNLP
7.	M. Kekoro MAGASSOUBA	Comptable/PNLP
8.	Dr Djantoun TRAORE	Pharmacie PNLP
9.	Dr Fodé CISSE	DPS Dubréka
10.	Mme Cocker Kany CONDE	PNLP
11.	Dr Nene Oumou DIALLO	PNLP
12.	Dr Tata GAKOU	DSVCo
13.	Dr Ibrahima Telly DIALLO	SNIS/BSM/MSHP
14.	Dr HELAL Antoine	PCIMNE
15.	Dr Ferida MARA	DNSFN/MSHP
16.	Dr Diouhe Mamadou BARRY	DRS/Boke
17.	Dr Abdoulaye Tounkourouma BALDE	DRS Labe
18.	Dr Saa KOUNDOUNO	DRS/Faranah
19.	Mohamed Lamine Aissata CAMARA	MSHP/ USAID/PMI
20.	Dr Aissata FOFANA	Stop Palu/RTI/ USAID/PMI
21.	Prof. HYJAZI Yolande	Stop Palu/RTI/ USAID/PMI
22.	Olivier BYICAZA	CRS
23.	Dr Alphonse Vohou SAKOUVOGUI	Plan Guinée

24.	Dr Serigne DIAGNE	SIAPS/USAID/PMI
25.	Dr Gassim CISSE	MCHIP/USIAD/PMI
26.	Dr Mamadou Dalaba DIALLO	Service Santé/Armées
27.	Dr Youssouf LO	Conseiller Technique PMI/PNLP
28.	Dr Sidikiba SIDIBE	SE/ Stop Palu/RTI/USAID/PMI
29.	Dr Souro KAMANO	Stop Palu/RTI / USAID/PMI
30.	M. Mamadou Bobo BARRY	Stop Palu/RTI /USAID/PMI
31.	M. Lansana CAMARA	PSI
32.	Olivier BYICAZA	SE/ CRS
33.	Dr Sekou SOLANO	Plan Guinée
34.	Dr Siriman CAMARA	NPO/ATM-OMS Guinée
35.	Dr Abderrahmane Kharchi TFEIL	OMS, Equipe inter pays Paludisme, Burkina Faso