|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **REPUBLIQUE DE COTE D’IVOIRE*****Union – Discipline – Travail***-------------------**MINISTERE DE LA SANTE DE L’HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE** |  |

**Programme National de Lutte contre le Paludisme**

**POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

 ***Version mars 2022***

**SOMMAIRE**

[1. PROFIL DE LA COTE D’IVOIRE 9](#_Toc97892662)

[1.1. Données générales 9](#_Toc97892663)

[1.1.1. Situation géographique et administrative 9](#_Toc97892664)

[1.1.2. Écosystème, Environnement et Climat 9](#_Toc97892665)

[1.1.3. Données démographiques 10](#_Toc97892666)

[1.1.4. Données socio-économiques 10](#_Toc97892667)

[1.2. Organisation du système national de santé 10](#_Toc97892668)

[1.2.1. Versant administratif 10](#_Toc97892669)

[1.2.2. Versant offre de soins 10](#_Toc97892670)

[2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 12](#_Toc97892671)

[2.1. Profil épidémiologique du paludisme 12](#_Toc97892672)

[2.1.1. Parasites du paludisme 12](#_Toc97892673)

[2.1.2. Vecteurs du paludisme 12](#_Toc97892674)

[2.2. Cadre de la lutte contre le paludisme 13](#_Toc97892675)

[3. BUT, OBJECTIF ET PRIORITES NATIONALES DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 15](#_Toc97892676)

[3.1. But 15](#_Toc97892677)

[3.2. Objectif 15](#_Toc97892678)

[3.3. Priorités nationales pour la lutte contre le paludisme 15](#_Toc97892679)

[4. ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 16](#_Toc97892680)

[4.1. Orientations politiques 16](#_Toc97892681)

[4.1.1. Vision 16](#_Toc97892682)

[4.1.2. Missions 16](#_Toc97892683)

[4.1.3. Principes directeurs et valeurs 16](#_Toc97892684)

[4.2. Les stratégies nationales de lutte contre le paludisme 16](#_Toc97892685)

[4.2.1. Prévention du paludisme 16](#_Toc97892686)

[4.2.2. Diagnostic biologique du paludisme 17](#_Toc97892687)

[4.2.3. Traitement du paludisme 18](#_Toc97892688)

[4.2.4. Système de pharmacovigilance 19](#_Toc97892689)

[4.2.5. Collaboration avec le secteur privé médical et les structures sanitaires confessionnelles 20](#_Toc97892690)

[*4.2.6. Gestion des urgences humanitaires avec risque d’épidémie* 20](#_Toc97892691)

[4.3. Surveillance, suivi/évaluation et recherche opérationnelle 20](#_Toc97892692)

[*4.3.1. Surveillance, suivi/évaluation* 20](#_Toc97892693)

[*4.3.2 Recherche opérationnelle* 20](#_Toc97892694)

[*4.3.3. Interventions de soutien pour la lutte contre le paludisme* 21](#_Toc97892695)

[5. GESTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 22](#_Toc97892696)

[5.1. Cadre institutionnel et organisationnel 22](#_Toc97892697)

[5.2. Partenariat et Financement de la lutte contre le paludisme 22](#_Toc97892698)

[*5.2.1. Partenariat* 22](#_Toc97892699)

[*5.2.2. Financement de la lutte antipaludique* 23](#_Toc97892700)

[6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 23](#_Toc97892701)

[7. REVISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 24](#_Toc97892702)

[BIBLIOGRAPHIE 25](#_Toc97892703)

**PREAMBULE**

Le paludisme représente la première cause de morbidité avec 33% des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays, un taux d’incidence de 173,43 pour 1000 dans la population générale et un taux d’incidence de 440,97 pour 1 000 chez les enfants âgés de moins de 5 ans *(RASS 2020).* Les enfants âgés moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les populations les plus vulnérables.

L’Etat de Côte d’Ivoire pour faire face à cette situation, a inscrit la lutte contre le paludisme au titre des priorités des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) successifs dont celui de la période 2021-2025.

Pour accélérer l’atteinte des Objectifs pour le Développement Durable (ODD) relatifs au paludisme, un plan mondial de lutte a été élaboré avec l’appui du Partenariat Mondial « Faire Reculer le Paludisme » (FRP). Cette politique vise l’intensification des interventions majeures pour l’élimination du paludisme en 2030.

En Côte d’Ivoire, depuis 2010 de véritables progrès sont enregistrés dans les domaines de la prévention par l’utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action (MILDA) du diagnostic parasitologique, de la prise en charge des cas, du suivi évaluation à travers la mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme et de la communication pour le changement social et comportemental.

Afin de pérenniser les acquis et tendre vers l’élimination du paludisme d’ici fin 2030, le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU) avec l’appui de ses partenaires, a élaboré ce document de politique de lutte contre le paludisme. Ce document prend en compte les nouvelles recommandations de l’OMS et celles issues de la revue des performances du programme 2016-2020. Sur la base de données factuelles contenues dans cette revue, un nouveau plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période 2021-2025 a été élaboré.

Le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle invite les prestataires, les responsables sanitaires du secteur public et privé les responsables administratifs et les partenaires au développement à s’approprier ce document de politique et les directives techniques qui y figurent.

En effet, ce document fait office de référence nationale en matière de lutte contre le paludisme.

Ensemble contribuons à l’amélioration de l’état de santé de la population à travers un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme.

Zéro paludisme en Côte d’Ivoire, je m’engage !

**Pierre DIMBA**

**Ministre de la Santé, de l’Hygiène Publique**

**et de la Couverture Maladie Universelle**

**SIGLES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

|  |  |
| --- | --- |
| ACPCI | Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire |
| An. | *Anopheles*  |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| CECI  | Coalition des Entreprises privées de Cote d’Ivoire |
| CEDEAO | Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CHR | Centre Hospitalier Régional  |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CNCAM | Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments |
| CPN | Consultation Pré-Natale  |
| CPS | Chimio-Prévention du Paludisme Saisonnier  |
| CTA  | Combinaison Thérapeutique à base dérivé d’Artémisinine |
| DDS | Direction Départementale de la Santé |
| DRS | Direction Régionale de la Santé |
| DSCMP  | Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité  |
| EDS  | Enquête Démographique et de Santé |
| EIP  | Enquête sur les Indicateurs du Paludisme  |
| EPPA | Enquête sur la Prévalence Parasitaire et l’Anémie |
| ESPC  | Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts  |
| FM | Fonds Mondial |
| GSA | Groupe Scientifique d’Appui |
| IDH  | [Indice de Développement Humain](http://fr.wikipedia.org/wiki/Indicateur_de_pauvret%C3%A9)  |
| Ig | Immunoglobulines |
| INS | Institut National de la Statistique |
| INSP  | Institut National de Santé Publique |
| IPR | Institut Pierre Richet |
| LAL  | Lutte Anti Larvaire  |
| MICS | Enquête à indicateurs multiples |
| MILDA  | Moustiquaires Imprégnées d’insecticide à Longue Durée d’Action  |
| OMS  | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non-Gouvernementale  |
| OOAS  | Organisation Ouest Africaine de la Santé  |
| ORSEC | Organisation des Secours en Situation de Catastrophe |
| PCIMNE  | Prise en charge Intégrée des Maladies du nouveau et de l’Enfant |
| PECADOM | Prise en charge du paludisme à domicile |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination  |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PID | Pulvérisation Intra-Domiciliaire  |
| PMA  | Paquet Minimum d’Activités. |
| PMT | Praticiens de Médecine Traditionnelle |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire  |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNPMT | Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle  |
| PSN | Plan Stratégique National  |
| PSP | Pharmacie de la Santé Publique |
| PTF | Partenaire Technique et Financier  |
| PVE | Paludisme Viscéral Evolutif  |
| RBM  | « Roll Back Malaria » |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l’Habitat  |
| S/P  | Sulfadoxine-Pyriméthamine  |
| SIG | Système d’Information et de Gestion |
| SPH | Splénomégalie Palustre Hyperactive  |
| TDR  | Test Rapide de Dépistage |
| TET | Test d’Efficacité Thérapeutique |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| [UEMOA](http://fr.wikipedia.org/wiki/Union_%C3%A9conomique_et_mon%C3%A9taire_ouest-africaine) | Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine |
| UNICEF | Fonds des Nation Unies pour l’Enfance |
| VIH | Virus de l’Immunodéficience Humaine |

**REMERCIEMENTS**

Le processus d’élaboration du document de la politique de lutte contre le paludisme traduit la parfaite collaboration entre le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle et ses partenaires techniques et financiers. Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique voudrait-il sincèrement remercier l’ensemble des Experts nationaux et ceux des partenaires qui ont hautement contribué à la réalisation de ce document de politique.

Ces remerciements vont tout particulièrement :

* aux différents Experts des Directions et Services émanant du Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, pour leur entière disponibilité et les efforts qu’ils n’ont sans cesse ménagés pour l’élaboration de ce document,
* aux Experts des autres Ministères techniques pour leurs contributions très appréciées,
* aux Ordres et Syndicats professionnels du secteur de la santé et la société civile pour leur contribution à l’élaboration des documents de la prise en charge du paludisme,
* aux Experts du secteur privé sanitaire à travers la Coalition des Entreprises privées de Côte d’Ivoire (CECI), l’Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire (ACPCI) pour leur collaboration à l’intégration effective de la prise en charge du paludisme dans le secteur privé de la santé,
* à l’ensemble de nos Partenaires techniques et financiers OMS, UNICEF, FM, l’USAID/ PMI, GSA pour leur grande mobilisation, leur participation active tout au long du processus consensuel d’élaboration du document de politique de lutte contre le paludisme.

Le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle a la ferme conviction que nous poursuivrons ensemble nos efforts dans la mise en œuvre de ce document, qui vise une Côte d’Ivoire émergente et prospère sans paludisme.

**RESUME**

Le présent document de politique nationale de lutte contre le paludisme s’inscrit dans le cadre de la politique et des stratégies de réduction de la pauvreté.

Il a pour but de définir les grandes orientations de la lutte contre le paludisme dans le cadre du développement durable et de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.

L’objectif général est de réduire de façon significative la transmission du paludisme dans la population pour que cette maladie ne soit plus un problème de santé public d’ici 2030.

Pour atteindre ces objectifs, la Côte d’Ivoire mettra en œuvre les stratégies ci-après :

* Accès universel à la prise en charge correcte des cas ;
* Accès universel aux moyens et méthodes de prévention ;
* Mobilisation d’un financement viable et pérenne pour la lutte ;
* Renforcement du système de surveillance, de suivi-évaluation et la recherche opérationnelle ;
* Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme ;
* Intensification du partenariat, du plaidoyer et de la communication pour le changement social et comportemental.

Les interventions prioritaires sont :

* La prise en charge rapide et correcte des cas confirmés dans les formations sanitaires et à domicile.

* La chimio-prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte ;
* La promotion de l’utilisation de la MILDA ;
* La surveillance, suivi-évaluation ;
* La Communication pour le Changement Social et Comportemental ;
* La recherche opérationnelle ;

Les interventions nouvelles sont :

* La pulvérisation intra domiciliaire, la Chimio-prévention du paludisme Saisonnier et le Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson.

**CONTEXTE**

# PROFIL DE LA COTE D’IVOIRE

## Données générales

### Situation géographique et administrative

Située en Afrique de l’Ouest, la Côte d’Ivoire est limitée au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l’Ouest par la Guinée et le Libéria, à l’Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Elle se situe entre le 4°30’ et le 10°30’ de latitude nord et le 8° et le 9° de longitude ouest et couvre une superficie de 322 462 km².

Sur le plan administratif, la Côte d’Ivoire compte 14 districts autonomes, 31 régions, 108 départements, 475 sous-préfectures, 201 communes et plus de 8576 villages. Elle a pour capitale politique, Yamoussoukro située au centre du pays, à 230 km d’Abidjan la capitale économique. La langue officielle est le Français.

Le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) dispose d’un découpage administratif sanitaire particulier avec 33 régions sanitaires et 113 districts sanitaires.

### Écosystème, Environnement et Climat

La Côte d’Ivoire dispose d’un relief relativement peu accidenté composé notamment de plaines au Sud, de plateaux étagés au Centre et au Nord. L’Ouest du pays est une zone montagneuse dont le point culminant est le Mont Nimba (1 753 mètres). La végétation en Côte d’Ivoire est caractérisée par une zone forestière au Sud, une zone pré-forestière au centre et une zone de savane au Nord.

Il existe quatre grands fleuves : le Cavally (700 km) à l’extrême-Ouest, le Sassandra (600 km) à l'Ouest, le Bandama (1 050 km) au Centre et le Comoé (1 160 km) à l'Est.

La Côte d’Ivoire est soufflée alternativement par des courants d’air continental et maritime, sec ou humide.

La pluviométrie est globalement homogène sur tout le territoire ivoirien avec des hauteurs moyennes annuelles qui varient entre 900 mm d’eau au Nord avec un régime unimodal et 2 200 mm d’eau au Sud avec un régime bimodal. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne annuelle de 30°C.

Les variations thermiques (ordre de 3°C mensuelle et annuelle) sont très faibles. L’humidité relative reste toujours élevée (moyenne supérieure à 80 %).

Les changements climatiques qui affectent le monde entier n’ont pas épargné la Côte d’Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l’alternance des saisons. Ainsi, on peut retrouver souvent de fortes pluies en décembre et l’harmattan ne dure plus que quelques semaines.

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d’Ivoire.

### Données démographiques

Selon le Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH) de 2014 la population de la Côte d’Ivoire est de 22 671 333 habitants avec une densité de 70 habitants par km². Selon les projections de l’Institut National de la Statistique (INS) cette population peut être estimée 26 446 072 habitants en 2020. Elle est composée de 51,7% d’hommes et de 48,3% de femmes (RGPH 2014) avec 76% d’autochtones et 24% d’étrangers. Selon la structure d’âge, la population est très jeune avec 41,8% d’enfants de 0 à 14 ans et 35,5% de jeunes de 15 à 34 ans, soit un total de 77,3% de la population générale. La moitié de cette population (50,3%) vit en milieu urbain dont 38,7% concentrée à Abidjan ce qui correspondant à 20,8% de la population générale.

### Données socio-économiques

Depuis 2012, la Côte d’Ivoire a renoué avec la croissance et son Produit Intérieur Brut (PIB) est passé de moins 4% en 2011 à 9,5% en 2015, soit une croissance moyenne estimée de 9,4 % sur la période 2012-2015. Toute fois 46,3% de la population générale vit en dessous du seuil de pauvreté (ENV, 2015). En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu’en milieu urbain (35,9 %). Elle touche aussi bien les femmes (47,4%) que les hommes (45,5%) (PNDS 2016 - 2020). Le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur le développement humain en 2019 classe la Côte d’Ivoire au rang de 165ème sur 189 pays ayant un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,514 (PNUD, rapport 2019).

##  Organisation du système national de santé

Le système de santé ivoirien à l’instar des systèmes de santé des pays africains est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins.

### Versant administratif

Le système national de santé comprend trois (3) niveaux dans sa structuration administrative :

- ***Le niveau central*** avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les programmes nationaux de santé, est chargé de la définition de la Politique, de l’appui et de la coordination globale de la santé ;

- ***Le niveau intermédiaire*** composé de 33 Directions Régionales de la Santé (DRS) qui ont une mission d’appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;

- ***Le niveau périphérique*** composé de 113 Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts Sanitaires qui sont chargés de coordonner l’action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires.

### Versant offre de soins

L’offre de soins est composée du secteur public prépondérant, du secteur privé en plein essor et de la médecine traditionnelle.

***Le secteur public***

* Au niveau périphérique, nous avons 3 411 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont 2 311 ESPC publics (RASS, 2020).
* Au niveau intermédiaire, nous avons 131 hôpitaux de référence dont 112 hôpitaux généraux et 19 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ainsi que 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké).
* Au niveau tertiaire, nous avons 05 CHU, 04 Instituts nationaux spécialisés et 04 Etablissements Publics Nationaux d’Appui.

En ce qui concerne le secteur privé, la Côte d’Ivoire compte 1 100 ESPC privés (760 privés lucratifs de premier niveau, 96 privés lucratifs confessionnels, 54 privés d’entreprise et 190 privés ONG), 12 hôpitaux confessionnels et 17 polycliniques (RASS, 2020).

***Le secteur pharmaceutique privé***

Il occupe une place prépondérante dans le système de santé et couvre entre 80 et 90% de l’offre en médicament. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement :

* quatre (4) grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90 % de leurs produits ;
* mille cent (1100) officines privées de pharmacie ;
* huit (8) unités de production de médicaments, dont 4 en activité produisant 6% du marché pharmaceutique national.

***La médecine traditionnelle***

Le Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU) a mis en application les recommandations de l’OMS, en intégrant la médecine traditionnelle au niveau de ses priorités comme une alternative aux besoins en santé de la population pour améliorer la couverture sanitaire et réduire les disparités et inégalités en matière d’accès des populations à des soins de qualité.

L’exercice et l’organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelle sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d’Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelle.

Ce secteur compte plus de 7 187 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), organisés en associations nationales et fédérations.

# SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

## 2.1. Profil épidémiologique du paludisme

### Parasites du paludisme

*2.2.1.1 Distribution des parasites*

*Plasmodium falciparum* demeure toujours l’espèce prédominante. Il est en cause dans plus de 95% des cas. Toutefois, d’autres espèces sont rencontrées en Côte d’Ivoire dans moins de 5% des cas. Il s’agit de *Plasmodium malariae* *et Plasmodium ovale* et plus rarement *Plasmodium vivax* (EPPA, 2016 ; rapports PNLP, 2018).

Les prévalences parasitaires les plus faibles sont retrouvées dans les régions sanitaires d’Abidjan et les plus élevées dans les régions du centre et de l’Est du pays (EPPA, 2016).

*2.2.1.2 Résistances des parasites et tolérance des CTA*

En Côte d’Ivoire, seule la résistance de *Plasmodium falciparum* a été étudiée. Aucun échec thérapeutique précoce n’a été observé avec l’Artésunate-Amodiaquine et l’Artéméther-Luméfantrine selon les études réalisées dans les différents sites (Touré *et al*., 2018 & 2020 ; Konaté *et al*., 2018 ; Assi *et al.*, 2020).

### Vecteurs du paludisme

*2.2.2.1. Répartition spatiale des vecteurs*

Le paludisme est transmis par trois complexes d’espèces vectorielles en Côte d’Ivoire : *An. gambiae s.l., An. funestus s.l. et An. nili s.l.* (*IPR/INSP – PNLP, 2020*) *An. gambiae s.l.* représente l’espèce prédominante dans tous les sites de surveillance à l’exception de San Pedro où *An. nili* prédomine et Yamoussoukro et à Bouaké où l’espèce vectrice majeure est *An. funestus* (*IPR/INSP – PNLP, 2020*). Ces espèces vectrices sont à l’origine d’une transmission pérenne du paludisme.

*2.2.2.2. Résistance des vecteurs aux insecticides*

En Côte d’Ivoire, le niveau de résistance d’*An. gambiae*, aux insecticides utilisés pour l’imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides et les faciès épidémiologiques du paludisme (*IPR/INSP – PNLP, 2018 & 2019*).

Cette variation de sensibilité de vecteurs aux insecticides va induire une stratification de la lutte anti vectorielle basée sur l’utilisation de produits insecticides.

**2.2.3 Dynamique de transmission**

La dynamique de la transmission du paludisme en Côte d’Ivoire varie suivant les zones géoclimatiques.

Sur la base de l’incidence annuelle de 2018, on distingue 5 niveaux d’endémicité classés en niveau très faible, faible, modéré, élevé et très élevé, qui couvrent respectivement 2%, 17%, 18%, 30% et 34% de la population.

## 2.2. Cadre de la lutte contre le paludisme

Le contexte international de la lutte contre le paludisme repose sur la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme telle que recommandé par la conférence d’Amsterdam depuis 1992. Elle renferme les notions de : (i) volonté politique affirmée, (ii) variabilité épidémiologique du paludisme et des conditions socio-économiques des Etats, (iii) partenariat privilégié avec les communautés.

Au niveau régional, conscient des conséquences du paludisme sur leurs populations, les Chefs d’Etats et de gouvernements Africains ont consacré pour la première fois le sommet africain tenue à Abuja en avril 2000 à la lutte contre le paludisme. Ce sommet a permis de prendre des engagements pour accélérer la lutte.

Par ailleurs les autorités des pays de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ont mis en place un outil intégré de gestion de la santé par la création de l’Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). C’est dans ce cadre qu’il est proposé actuellement l’intensification de la lutte contre le paludisme par l’introduction des bio-larvicides et la mise en place d’un plan stratégique intégré de lutte contre le paludisme dans l’espace CEDEAO.

La volonté politique pour parvenir au contrôle du paludisme s’est manifestée par l’intégration de la lutte dans la politique nationale de Soins de Santé Primaires adoptée en 1992 d’une part et par l’inscription de la lutte contre cette endémie au rang des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), ce qui s’est traduit par la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) par arrêté N° 133 MSP/CAB/ du 09 mai 1996.

En 1999, à l’instar des autres pays endémiques d’Afrique, la Côte d’Ivoire s’est engagée dans l’initiative mondiale « Roll Back Malaria » (RBM), ou « Faire Reculer le Paludisme ». La réunion de consensus des pays francophones d’Afrique s’est tenue à Abidjan en avril 1999. Au cours de la même année, la Directrice Générale de l’OMS a procédé au lancement officiel de l’initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme » en présence du Président de la République de Côte d’Ivoire.

Par ailleurs, la Côte d’Ivoire a adhéré à la déclaration et au Plan d’Abuja sur la lutte contre le paludisme, adopté par les Chefs d’États africains le 25 avril 2000.

En 2005, suite au développement rapide de la résistance de Plasmodium à la chloroquine, le pays a adopté une nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme avec l’introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d’Artémisinine (CTA) dans le traitement des cas de paludisme simple et l’utilisation de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) en Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour la chimio prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

Depuis l’adoption par les chefs d’États africains en 2006, des nouveaux objectifs d’Abuja sur l’accès universel, la Côte d’Ivoire avec l’appui de ses partenaires a élaboré trois plans stratégiques successifs 2006-2010 ; 2012-2015. Le PSN 2012-2015 a été révisé et extrapolé sur la période 2016-2017. Ces PSN ont bénéficié du financement du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers les projets du *Round 6* et du *Round 8 et du nouveau modèle de financement.*

La stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 adoptée par l'assemblée mondiale de la santé en mai 2015, fournit un cadre complet pour élaborer des programmes adaptés en vue d’accélérer les progrès vers l’élimination du paludisme. La stratégie vise à réduire les taux de mortalité palustre et l'incidence de la maladie d’au moins 90 % d’ici 2030.

Le nouveau plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période 2021-2025 prend en compte les orientations recommandées par la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et les recommandations de la revue des performances du programme exécuté sur la période 2016-2020.

Les principaux axes stratégiques développés portent sur les domaines de la lutte antivectorielle à travers la promotion de l’utilisation des MILDA, la PID et la LAL ; la prévention du paludisme chez la femme enceinte par le traitement préventif intermittent (TPI) à base de SP, le diagnostic et la prise en charge des cas dans les secteurs public, privé et communautaire ; la communication pour le changement des comportements, le suivi/évaluation, la recherche opérationnelle, le renforcement de la coordination et du partenariat.

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

### 3.1. But

Contribuer de manière significative à l'amélioration du bien-être de la population en éliminant le paludisme.

### 3.2. Objectif

Réduire de façon significative la transmission du paludisme dans la population pour que cette maladie ne soit plus un problème de santé public d’ici 2030.

### 3.3. Priorités nationales pour la lutte contre le paludisme

Les priorités nationales pour la lutte contre le paludisme sont les suivantes :

* Accès universel à la prise en charge correcte des cas ;
* Accès universel aux moyens et méthodes de prévention ;
* Mobilisation d’un financement viable et pérenne pour la lutte ;
* Renforcement du système de surveillance, de suivi-évaluation et la recherche opérationnelle ;
* Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme ;
* Intensification du partenariat, du plaidoyer et de la communication pour le changement social et comportemental.

# 4. ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

## 4.1. Orientations politiques

### 4.1.1. Vision

La vision de la présente politique est :

* **Une Côte d’Ivoire prospère sans paludisme à travers un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme.**

### 4.1.2. Missions

Conformément à l’arrêté N˚311MSHP/CAB du 04 octobre 2007, les missions du PNLP sont : i) Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme par des activités de types promotionnel, préventif, curatif et de recherche ; ii) Coordonner les activités de lutte contre le paludisme.

### 4.1.3. Principes directeurs et valeurs

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme repose sur les 8 principes fondamentaux suivants :i )Appropriation et leadership, ii) Accès universel et équitable aux services de lutte contre le paludisme, iii) Renforcement d’un Partenariat inclusif et coordonné, iv) Responsabilité, v) Gestion fondée sur des données probantes et axée sur les résultats, vi) Inclusion socio-économique et équité, vii) Renforcement de l’appropriation et l’engagement communautaire, viii) Renforcement de l’intersectorialité et de la multisectorialité.

Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de lutte contre le paludisme et qui sont prescrites aux acteurs à tous les niveaux dans l’accomplissement de leurs tâches sont : i) le respect de la diversité des peuples et des cultures, ii) le respect de la dignité de la personne humaine, iii) le respect des droits humains et de l’égalité du genre.

## 4.2. Les stratégies nationales de lutte contre le paludisme

Les principales stratégies de la politique nationale de lutte contre le paludisme sont essentiellement en rapport avec l’accès universel aux mesures de prévention, de diagnostic biologique et de traitement du paludisme.

### 4.2.1. Prévention du paludisme

* ***La lutte anti vectorielle***

La lutte contre les vecteurs sera intégrée et renforcée afin de parvenir à contrôler l’endémie. Cette lutte intégrée contre les vecteurs combinera : (i) la distribution des MILDA en campagne de masse, en routine dans les services de CPN, PEV, consultations curatives, dans des sites spécifiques et au niveau de la communauté. Elle sera basée sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides, (ii) la Lutte Anti Larvaire (LAL), (iii) la Pulvérisation Intradomicilaire d’insecticide à effet rémanent (PID), (iv) la promotion de l’assainissement du cadre de vie et (v) la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

* ***Chimio-prévention du paludisme chez la femme enceinte***

Afin de minimiser les conséquences du paludisme chez la femme enceinte (anémie maternelle et fœtale, parasitémie placentaire, faible poids de naissance, mortalité néonatale, etc.), en plus de l’utilisation de la MILDA, toute femme enceinte vivant en Côte d’Ivoire doit bénéficier d’un Traitement PréventifIntermittent (TPIg) avec la **Sulfadoxine-Pyriméthamine** (SP) par voie orale. Le TPI chez la femme enceinte sera administré à partir du 2ème trimestre de la grossesse ou dès l’apparition des mouvements fœtaux actifs. Une dose sera donnée chaque mois et cela jusqu’à l’accouchement, en prise supervisée (stratégie DOT).

* ***Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)***

Conformément aux recommandations de l’OMS adoptées en 2012, tous les enfants âgés de 03 à 59 mois dans les zones éligibles pour la chimio prévention du paludisme saisonnier à *Plasmodium falciparum,* doivent recevoir 4 doses de l’association sulfadoxine/pyriméthamine et amodiaquine (SP + AQ) par voie orale. La Côte d’Ivoire prévoit d’identifier des zones éligibles pour la mise en œuvre de cette CPS. Un plan de mise en œuvre de la CPS doit être élaboré sur la base des recommandations de l’OMS.

* ***Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIn)***

Le traitement préventif intermittent est une nouvelle stratégie de chimio prévention préconisée par l’OMS. Des études sur la meilleure méthode de déploiement de cette stratégie sont en cours. Au vu de ces résultats, cette stratégie pourra être déployée de manière progressive en Côte d’Ivoire. Un plan de mise en œuvre et des directives techniques du TPIn doivent être élaborés sur la base des recommandations de l’OMS.

**NB : la CPS et le TPIn ne doivent pas être appliqués simultanément dans les mêmes zones.**

* ***Chimio prévention chez des groupes particuliers***

Certains groupes de personnes avec des situations spécifiques, comme les sujets non immuns migrants en zone endémique doivent bénéficier, en plus de l’utilisation de la MILDA, d’une chimioprévention spécifique utilisant **la Méfloquine, la Doxycycline, l’Atovaquone-proguanil** dont le protocole est défini conformément aux directives nationales.

* ***Vaccins antipaludiques***

L’introduction d’un vaccin antipaludique en CI est envisagée par le PNLP sur recommandation de l’OMS. Pour ce faire, un cadre de mise en œuvre au niveau du pays sera défini et adopté selon la politique nationale de santé en vigueur.

### 4.2.2. Diagnostic biologique du paludisme

Tout cas suspect de paludisme doit-être confirmé biologiquement par la microscopie ou par les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) avant le début du traitement antipaludique. Cette confirmation des cas doit se faire au niveau des structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté.

La microscopie (goutte épaisse et le frottis sanguin) est l’examen de référence et doit toujours être effectuée en priorité pour confirmer les cas de paludisme au niveau des formations sanitaires de référence.

Les TDR doivent être utilisés en priorité dans toutes les structures sanitaires publiques et privées là où la microscopie n’est pas disponible ainsi que dans la communauté.

Le choix des TDR doit obéir aux critères de pré-qualification de l’OMS et sur la base de l’efficacité prouvée par des résultats d’évaluations au niveau national. Les tests présentant une durée de lecture inférieure ou égale à 15 minutes seront privilégiés afin d’assurer une prise en charge rapide des cas de paludisme.

Le manuel d’assurance qualité élaboré par le PNLP doit être mis à la disposition des laboratoires chargés du diagnostic parasitologique du paludisme.

### 4.2.3. Traitement du paludisme

* ***Traitement du paludisme simple***

La prise en charge du paludisme simple se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et également au niveau communautaire. Elle repose sur l’utilisation des Combinaisons thérapeutiques à base de dérivé d’Artémisinine (CTA) suivantes : **Artésunate + Amodiaquine** ou **Artéméther + Luméfantrine** ou **Dihydroartémisinine+Pipéraquine (DHA-PPQ)** ou **Pyronaridine+Artésunate** par voie orale en **première intention**.

En cas d’échec à l’une de ces combinaisons thérapeutiques : **l’alternative est la quinine orale qui devient ainsi le médicament de 2ème intention**. Il en est de même en cas de contre-indication aux CTA.

* ***Traitement du paludisme grave***

Le traitement du paludisme grave utilise l’Artésunate injectable ou l’Artéméther injectableou la quinine injectable.

* ***Traitement de pré-transfert du paludisme***

Les cas de paludisme grave suspectés dans les centres de santé et la communauté doivent immédiatement être transférés dans la structure la plus proche pour recevoir le traitement approprié. Avant le transfert, il faut administrer :

* chez l’adulte et le grand enfant : une dose d’Artésunate injectable ou d’Artéméther injectable ;
* chez l’enfant de moins de 6 ans : une dose d’Artésunate rectale ou d’Artéméther IM et de paracétamol.
* ***Traitement des autres formes du paludisme***

Le diagnostic du Paludisme Viscéral Evolutif (PVE) et de la Splénomégalie Palustre Hyperactive (SPH) est établi par la positivité des sérologies palustres et des immunoglobulines (Ig G et Ig M). Leur traitement se fait selon le schéma suivant :

* Une cure de CTA par l’Artésunate + Amodiaquine ou l’Artéméther + Luméfantrine ou la **Dihydroartémisinine + Pipéraquine ou Pyronaridine +Artésunate** suivie d’une dose de la Sulfadoxine-pyriméthamine une semaine après l’arrêt de la CTA tous les 15 jours pendant 6 mois.
* ***Cas particulier du paludisme de la femme enceinte***

***Paludisme simple***

La **Quinine base** est préconisée quels que soient le type de paludisme et l’âge de la grossesse.

Les **CTA** (l’Artésunate+Amodiaquine ou l’Artéméther+Luméfantrine ou Dihydroartémisinine+Pipéraquine, Pyronaridine+Artésunate) peuvent également être prescrites à partir du 2ème trimestre de la grossesse.

***Paludisme grave***

Le traitement repose sur l’utilisation de **l’Artésunate injectable** ou l’**Artéméther injectable** ou la **Quinine injectable** quel que soit l’âge de la grossesse avec en relais la quinine orale ou une CTA à partir du deuxième trimestre.

* ***Surveillance de l’efficacité des antipaludiques***

La surveillance de la sensibilité des plasmodies aux antipaludiques est nécessaire pour identifier précocement une résistance et orienter le choix thérapeutique. Cette surveillance se fera à travers les Tests d’Efficacité Thérapeutiques (TET) des antipaludiques et la recherche des marqueurs de résistance réalisés périodiquement dans les sites sentinelles PNLP par les instituts de recherche et universités nationales sous la responsabilité du PNLP.

La notification des cas d’échec thérapeutique ou d’efficacité moindre aux antipaludiques doit être considérée avec beaucoup d’attention, car elle constitue un premier élément important qui apporte la preuve d’une possible présence de la résistance dans la zone concernée qui sera confirmée par les TET et l’analyse des marqueurs de la résistance.

### 4.2.4. Système de pharmacovigilance

L’objectif principal de la pharmacovigilance à laquelle souscrit le PNLP est de veiller à la sécurité du patient sous antipaludiques. Ainsi, il revient aux prestataires de notifier toute survenue d’événements indésirables dans le suivi des patients sous antipaludique.

Le comité national de pharmacovigilance sous la responsabilité de l’Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), aura en charge les formations, les séances d’imputabilité et de feedback aux agents notificateurs et la déclaration aux autorités sanitaires.

### 4.2.5. Collaboration avec le secteur privé médical et les structures sanitaires confessionnelles

Bien que le secteur privé médical pose encore des difficultés en termes de régulation et de qualité des prestations de service, il importe d’harmoniser le protocole thérapeutique sur la prise en charge des cas et les mesures préventives du paludisme avec celui du secteur public.

Dans ce cadre, le PNLP sous le contrôle du ministère en charge de la santé construit un partenariat avec les faitières des organisations du secteur privé médical lucratif, non lucratif et confessionnel à travers la dispensation du TPIg, la distribution gratuite des MILDA, la formation, la supervision et le recueil des données.

### *4.2.6. Gestion des urgences humanitaires avec risque d’épidémie*

Les situations d’épidémie du paludisme peuvent se présenter en temps de crise socio-politique, crise sanitaire, de guerre, de violences locales ou de catastrophes naturelles qui occasionnent le déplacement massif des populations composées en majorité de femmes et d’enfants.

Pour la prise en charge du paludisme chez ces populations regroupées dans les camps de déplacés, il sera développé dans le cadre du plan ORSEC, des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement des cas confirmés du paludisme, ainsi que des activités de communication.

## 4.3. Surveillance, suivi/évaluation et recherche opérationnelle

### *4.3.1. Surveillance, suivi/évaluation*

Le PNLP privilégiera la prise de décisions fondées sur des évidences en renforçant le contrôle de la qualité des données de routine, le système de surveillance entomologique, parasitologique, épidémiologique, les études socio-anthropologiques et le suivi des interventions à tous les niveaux y compris la communauté.

L’évaluation des performances du programme doit se faire à travers des revues et des enquêtes spécifiques notamment l’EIP, l’enquête de service et autres enquêtes ménages de grandes envergures telles que la MICS et l’EDS

Le plan de suivi-évaluation doit être élaboré pour décrire clairement l’organisation et le fonctionnement du système de suivi-évaluation du PNLP et apporté une valeur ajoutée au renforcement du système d’information sanitaire.

### *4.3.2 Recherche opérationnelle*

Le PNLP soutiendra la recherche opérationnelle sur l’efficacité des interventions de lutte contre le paludisme et encouragera des études. Les axes de recherche seront définis en fonction des priorités du programme en étroite collaboration avec les parties prenantes et les institutions de recherche et universités.

Un comité d’experts pluridisciplinaire, réuni au sein du Groupe Scientifique d’Appui (GSA) au PNLP apporte son expertise pour la conduite des études (validation des protocoles, supervision des études, validation des rapports d’étude, réalisation de certaines études), l’élaboration des documents normatifs et l’orientation technique.

Dans le cadre de la dissémination des résultats de la recherche, un colloque scientifique sur le paludisme est organisé tous les deux ans par le PNLP en collaboration avec les instituts de recherche et les universités.

### *4.3.3. Interventions de soutien pour la lutte contre le paludisme*

Différentes activités de soutien à la lutte contre le paludisme sont déclinées dans des plans d’actions et menées concomitamment avec les principales interventions stratégiques.

* **Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale**

En vue de renforcer l’adhésion et l’engagement des partenaires et des communautés bénéficiaires et accroitre l’utilisation des services fournis par le programme de lutte contre le paludisme, le PNLP en collaboration avec la Direction de la Santé Communautaire (DSC), mettra l’accent sur le développement d’une approche de communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Un plan stratégique de communication a été élaboré à cet effet.

* **Contribution du PNLP au renforcement du système de santé**

Le PNLP contribuera au renforcement du système de santé avec l’appui technique et financier des partenaires à travers le renforcement de capacités des prestataires et l’équipement en matériel technique, en matériel roulant des structures et services de santé, la mobilisation de ressources supplémentaires pour renforcer le suivi et la coordination des activités au niveau opérationnel, la contribution aux évaluations des performances du système de soins de santé.

Une attention particulière sera accordée à la collaboration entre le PNLP, les autres programmes de santé, les Universités, les Instituts de recherche, le secteur privé et les Services impliqués dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

* **Règlementation, approvisionnement et gestion des antipaludiques et autres intrants**

En matière de Médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques, l’Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) délivre les autorisations de mise sur le marché et les autorisations d’importation. La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (Nouvelle PSP), assure l’approvisionnement de ces produits au niveau national. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) assure le contrôle qualité des médicaments et intrants à trois niveaux : avant l’enregistrement, avant la distribution et au cours de l’utilisation. Il est appuyé dans certains cas par des laboratoires de référence nationale et internationale.

Le PNLP, avec l’aide de ses partenaires, est chargé de la détermination des spécifications techniques des intrants.

La Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégiques (CNCAM) a en charge la coordination des activités de quantification, la contribution au fonctionnement du système d’alerte précoce.

La Nouvelle PSP a en charge l’approvisionnement et la distribution des médicaments et autres produits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les outils du SIGL seront rendus disponibles pour une meilleure gestion des intrants antipaludiques.

# 5. GESTION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

## 5.1. Cadre institutionnel et organisationnel

La création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est régie par l’arrêté N° 133 MSP/CAB du 06 mai 1996. Cet arrêté, modifié par l’arrêté N°311/MSHP/CAB du 04/10/2007, décrit le fonctionnement actuel du PNLP.

La Direction Générale de la Santé, assure la coordination des activités des programmes prioritaires dont fait partie le PNLP.

Les activités de lutte contre le paludisme sont coordonnées au niveau central par la Direction de coordination du PNLP, au niveau régional par l’équipe régionale de santé, et au niveau départemental par les équipes cadres de district.

L’implication des acteurs communautaires et des collectivités locales consistera en leur participation aux processus de planification, de mise en œuvre et d’évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

## 5.2. Partenariat et Financement de la lutte contre le paludisme

### *5.2.1. Partenariat*

La coordination des interventions de lutte contre le paludisme se fera à travers l’organisation semestrielle des Task-Forces régionales et nationales. Les Task-forces régionales seront plus techniques et doivent être organisées avec les partenaires au niveau régional (ONG, entreprises, collectivités locales et institutions décentralisées…). Elles doivent permettre d’apprécier la performance des interventions de lutte contre le paludisme et préparer la Task-force nationale.

Les Task-forces nationales réuniront les parties prenantes pour échanger sur la mise en œuvre des interventions et prendre des décisions.

En vue de renforcer la coordination des interventions, une cartographie des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) de la lutte contre le paludisme sera réalisée. La Direction de Coordination du PNLP renforcera et diversifiera son partenariat, à l’échelle nationale (Ministères, Assemblée Nationale, Chambre des rois, Conseils Généraux, Municipalités, Entreprises etc…) ainsi qu’au niveau international (OMS, UNICEF, RBM, OOAS, FM, PMI, ONG, …) pour garantir un financement durable.

### *5.2.2. Financement de la lutte antipaludique*

Le financement de la lutte contre le paludisme se fait en priorité par l’apport financier de l’Etat à travers la loi des finances. Cet apport doit se poursuivre et même s’accroitre d’année en année. Le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers, des collectivités territoriales et toute autre bonne volonté doit être continuellement renforcé pour la mobilisation de ressources financières additionnelles.

Ces ressources mobilisées et la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) vont contribuer à renforcer l’accessibilité financière des populations aux services de lutte contre le paludisme.

Le PNLP doit élaborer un plan stratégique aligné au cycle planification du ministère de la santé. Ce document doit servir pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources auprès de l’Etat et des partenaires.

# 6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La mise en œuvre de la politique doit être traduite à travers l’élaborations de documents normatifs et stratégiques tels que les plans stratégiques, le plan de suivi-évaluation, le plan de communication, les directives, le guide d’assurance qualité de la microscopie, le guide national de diagnostic du paludisme, le plan de gestion de la résistance aux antipaludiques le plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides, le manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable, un plan de passation des marchés, le plan de gestion des achats et des stocks et le plan de mobilisation des ressources.

Le succès de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme repose entre autres sur : i) le maintien de l’engagement politique, ii) la mobilisation des ressources requises, iii) la collaboration intra, inter et multisectorielle, iv) la coordination entre les différentes parties prenantes, (v) l’implication et l’adhésion effective des communautés et vi) la subvention ou la gratuité des prestations de services du paludisme notamment pour les groupes vulnérables.

Les activités de lutte antipaludiques au niveau des structures sanitaires sont intégrées au paquet minimum d’activités (PMA).

Le suivi de la mise en œuvre de la politique de lutte antipaludique est assuré par la Task-force à travers des réunions périodiques.

La réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme dépendra principalement, de la capacité à maintenir la stabilité institutionnelle en dépit des menaces de toute nature (le coronavirus, catastrophes naturelles, etc…).

# 7. REVISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le présent document de politique est un outil dynamique. Il peut être révisé chaque fois que cela est nécessaire en fonction des nouvelles orientations et des priorités du pays. Toute révision ou mise à jour dudit document doit se faire en collaboration avec les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en Côte d’Ivoire.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Assi SB**,** Toure AO, Ouattara L, Zika KD, Aoura KJ, Lingue KN, Coulibaly Y, Adon S, Adoubryn DK, 2020. Efficacy and safety of Artemether-Lumefantrine and Artesunate-Amodiaquine in the treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in northern Côte d'Ivoire. *African Journal of Parasitology Research* ; Vol. 7 (12), pp.001-011.
2. IPR / INSP - PNLP, 2019. Surveillance de la résistance aux insecticides des moustiques vecteurs de paludisme dans les sites sentinelles de Côte d’Ivoire. Rapport d’étude.
3. IPR / INSP - PNLP, 2020. Transmission vectorielle du paludisme dans douze 12 sites sentinelles de Côte d’Ivoire. Rapport d’étude.
4. Konaté A, Barro-Kiki PCM, Angora KE, Bédia-Tanoh AV, Djohan V, Kassi KF, Vanga-Bosson H, Miézan AJS, Assi SB, Menan EIH, Yavo W., 2018. [Efficacy and tolerability of artesunate-amodiaquine versus artemether-lumefantrine in the treatment of uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria at two sentinel sites across Côte d’Ivoire](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29717574). *Ann Parasitol* ;64(1):49–57. doi: 10.17420/ap6401.132.
5. Offianan AT, Assi SB, Yavo W, Kiki-Barro PCM, Abba T, Tiacoh L, Konate A, Angora KE, Bedia A, Menan H, Adoubryn KD, Bissagnene E, 2020. Consortium ACT. Efficacy and safety of Artesunate-amodiaquine and Artemether-lumefantrine the first line malaria treatment at six sentinel’s sites across Côte d’Ivoire in West Africa. *Annals of Parasitology*, 66(4), 561–571 doi: 10.17420/ap6604.299.
6. OMS, 2009. Prise en charge de paludisme, manuel d'opérations, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
7. OMS, 2010. Récapitulatif de la politique de l’OMS, GMP, Mai 2010. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
8. OMS, 2011. Accès Universel aux tests Diagnostiques du Paludisme : Manuel pratique
9. OMS, 2011. Recommandations sur la révision des cibles du GMAP,Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
10. OMS, 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. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
11. OMS, 2021. Lignes directives de l’OMS sur le paludisme, [WHO guidelines for malaria, 16 february 2021]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; (WHO/UCN/GMP/2021.01).
12. OMS/RBM, 2012. Plan mondial pour la gestion de la résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme (GPIRM), Résumé d’orientation. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
13. PNLP, 2005. Politique nationale de lutte contre le paludisme en Côte d’Ivoire.
14. Toure OA, Landry TN, Assi SB, Kone AA, Gbessi EA, Ako BA, Coulibaly B, Kone B, Ouattara O, Beourou S, Koffi A, Remoue F, Rogier C, 2018. [Malaria parasite clearance from patients following artemisinin-based combination therapy in Côte d'Ivoire.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30464545) *Infect Drug Resist.*;11:2031-2038. doi: 10.2147/IDR.S167518. eCollection 2018.
15. WHO, 2005. Strategy for improving access to treatment through Home Management of Malaria, RBM (WHO/HTM/MAL/2005.1101). Geneva : World Health Organization.
16. WHO, 2009. Malaria Microscopy Quality Assurance Manual, Version 1. Geneva : World Health Organization.
17. WHO, 2011. Global plan for artemisinin resistance containment (GPARC),
18. WHO, 2012. Disease surveillance for malaria control, an operational manual. Geneva : World Health Organization.
19. WHO, 2012. T3 (Test. Treat. Track) : Scaling up diagnostic testing, treatment and surveillance for malaria,; Geneva : World Health Organization.
20. WHO, 2015. Indoor Residual Spraying (IRS) : An operational manual for indoor residual spraying for malaria transmission control and elimination – 2nd ed, Geneva : World Health Organization.