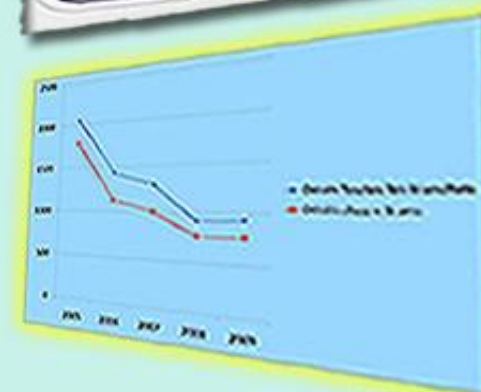
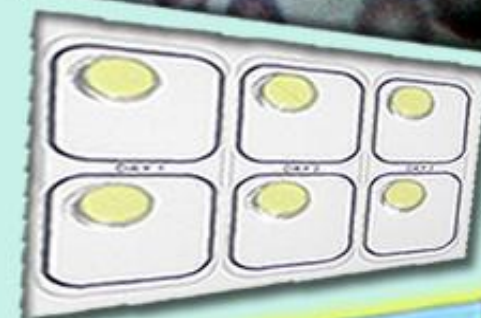




PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2011-2015

Vers un Bénin sans Paludisme !



Sommaire

INTRODUCTION	5
I – GENERALITES	8
II - ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE.....	14
II - ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE.....	14
III - ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	19
IV – ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIES.....	33
V – PLAN STRATEGIQUE.....	36
VI –MODALITES DE MISE EN OEUVRE.....	50
VII – SURVEILLANCE, SUIVI-EVALUATION, RECHERCHE SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	67
VIII ESTIMATION DES BESOINS ET BUDGET ISATION	77
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES.....	84

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ABC	Activités à Base Communautaire
BM	Banque Mondiale
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux
CASES	Centre d'Action de Solidarité pour l'Evolution de la Santé
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA
CREC	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DDEPS	Direction Départementale des Enseignements Primaire et Secondaire
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DPMED	Direction des Pharmacies du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DSF	Direction de la Santé Familiale
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSRP	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EDSB	Enquête Démographique et de Santé au Bénin
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GE/DP	Goutte Epaisse/ Densité Parasitaire
GF	Groupe des Facilitateurs
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant –Lagune
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpital de Zone
IBC	Interventions à Base Communautaire
IEC/CCC	Information, Education et Communication / Communication pour le Changement de Comportements
IITA	International Institut of Tropical Agriculture
ILD	Insecticide de Longue Durée d'action
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MEPN	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
MEPS	Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire

MFFE	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'action
MS	Ministère de la Santé
OCB	Organisation communautaire de Base
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PEC	Prise en Charge
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNPMT	Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle
RBM	Roll Back Malaria
RC	Relais Communautaire
RGPH3	3 ^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus d'Immuno déficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

INTRODUCTION

Dans le monde, environ 300 à 500 millions de personnes souffrent du paludisme au cours d'une année, entraînant 1,5 à 2,7 millions de décès par an. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « le paludisme continue à peser de manière inacceptable sur la santé et le développement économique de plus de 100 pays à travers le monde. Toutes les 30 secondes, un enfant meurt du paludisme ». On estime que, dans de nombreux pays, les dépenses consacrées au paludisme peuvent atteindre 40 % de celles du secteur de la santé et que 20 à 50 % des admissions hospitalières lui sont imputables (OMS et UNICEF, 2003).

Dans la région africaine de l'OMS, où surviennent 80 à 90 % des décès, le paludisme constitue un important problème de santé publique. Il devient un obstacle majeur au développement économique et à l'amélioration du niveau de santé des populations.

Malgré l'existence de moyens de prévention et de traitement, on estime à environ un million le nombre de personnes qui décèdent des suites de cette maladie chaque année dans le monde. On relève chaque jour plus de 3.000 cas de décès d'enfants¹, dus au paludisme. La femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans sont particulièrement vulnérables face au paludisme, cause majeure de mortalité périnatale, de faible poids à la naissance et d'anémie maternelle.

En effet, selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2008, le paludisme est la première cause d'hospitalisation avec 20,1% des cas enregistrés. Les anémies en sont la deuxième cause avec 7,9% des cas. De plus, les enfants de moins de cinq ans reçus en hospitalisation dans les formations sanitaires en 2008 représentent 36% des cas d'hospitalisation au cours de l'année. Chez ces enfants, le paludisme est également la première cause d'hospitalisation avec 34,6% des cas enregistrés dans cette catégorie de patients. L'anémie occupe la deuxième place (16,6%), suivie des infections respiratoires aiguës (6,5%).

Face à ce tableau peu reluisant dû aux affres du paludisme, des mesures correctives sont en cours d'exécution avec le Partenariat Mondial "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) dont la convention a été signée par les Chefs d'Etat de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) à Abuja en avril 2000 et impliquant le Fonds Mondial (FM), la Banque Mondiale (BM) l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Ainsi, avec la mise en œuvre des plans stratégiques 2001-2005 et 2006-2010, de lutte contre le paludisme, le gouvernement du Bénin s'est engagé à renforcer les efforts de lutte contre cette maladie, à travers diverses stratégies. L'objectif visé à travers cette nouvelle politique est de réduire de 50%, par rapport à 2001, la morbidité et la mortalité imputables au paludisme d'ici à 2010.

Plusieurs projets ont été mis en œuvre aussi bien par le gouvernement béninois que par les ONG internationales et locales pour contribuer à limiter la transmission à l'être humain et à traiter efficacement la maladie.

Dans le cadre de la lutte contre cette maladie, le Bénin a bénéficié des appuis dont celle de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme (PALP), de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) à travers le Présidentiel Malaria Initiative (PMI), du Fonds Mondial à travers les institutions non gouvernementales à savoir Africare Bénin et Catholic Relief Service (CRS).

Ces institutions non gouvernementales œuvrent dans la lutte contre le paludisme au niveau communautaire à travers respectivement :

- le Projet d'Intensification de la Lutte contre le Paludisme (PILP Africare) et

¹Programme renforcé de la banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique, 2009

- le Projet Palu Alafia.

Sur les 34 zones sanitaires du Bénin, le projet Palu Alafia du CRS intervient dans 14 zones sanitaires et couvre la période de 2008 à 2012 pour sa première phase. Le projet PILP-Africare intervient dans les 20 autres zones sanitaires et couvre la période de 2009-2015. Le PALP du Programme National de Lutte contre le Paludisme quant à lui intervient dans l'ensemble du pays et couvre la période de 2007-2011.

Le présent Plan Stratégique Quinquennal (PSQ) basé sur la Politique de lutte contre le paludisme, vise à atteindre la couverture universelle des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme pour la période de 2011 à 2015. Il se veut un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les acteurs et partenaires déjà impliqués ou susceptibles de l'être dans l'exécution des activités. Dans ce contexte, le plan a pour ambition de créer les conditions pouvant permettre de contribuer de façon significative aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

GENERALITES

I – GENERALITES

1.1. Données administratives

Le Bénin est situé en Afrique Occidentale sur le Golfe de Guinée. Il s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km sur la côte.

Il couvre une superficie de 114 763 km² et est limité au Nord par le Niger (sur 120 km), au Nord-ouest par le Burkina Faso (sur 270 km), à l'Ouest par le Togo (sur 620 km), à l'Est par le Nigeria (sur 750 km) et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 125 km.

La loi n°97/028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou.

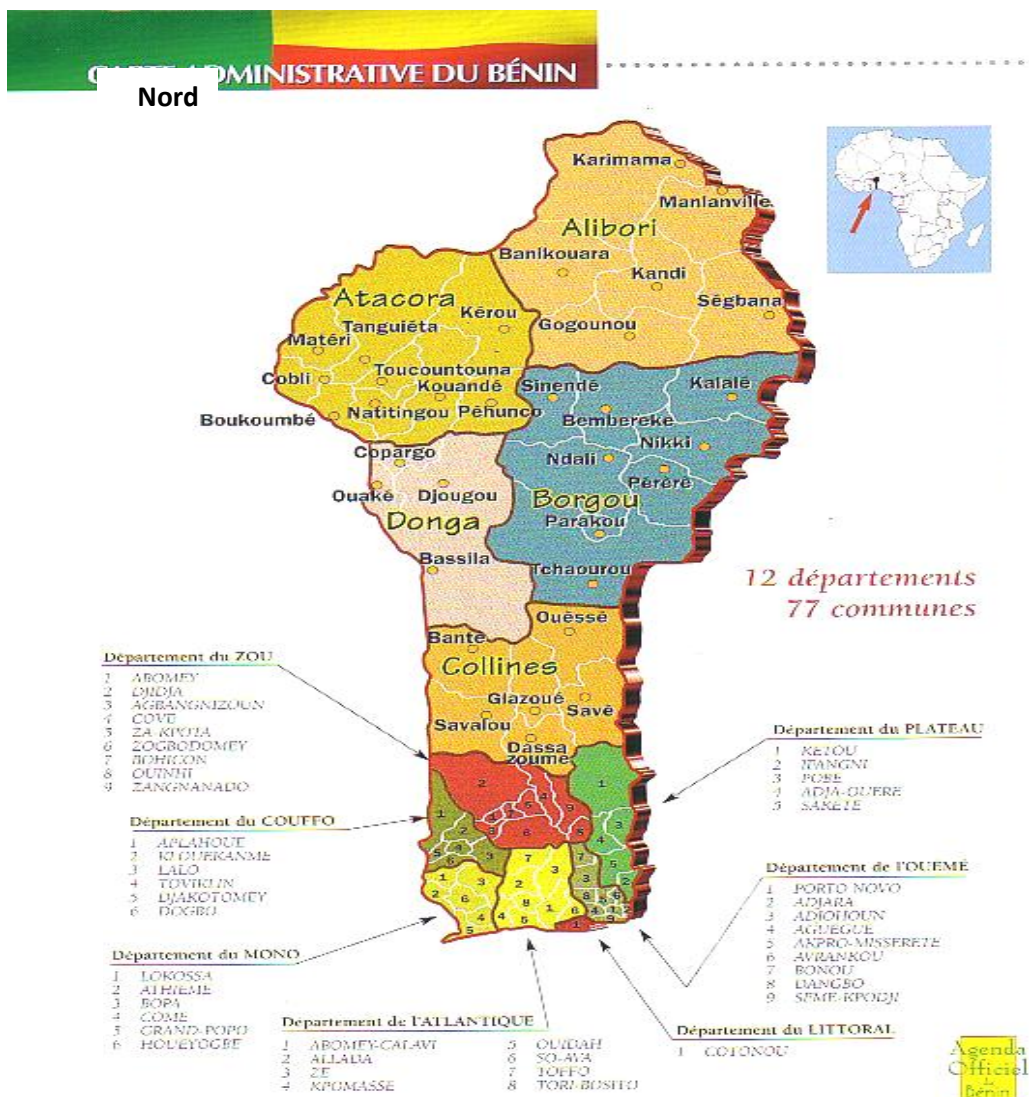


Figure N°1 : Carte administrative du Bénin

1.2. Données environnementales et climatiques

Le climat

Le Bénin est caractérisé par trois (3) principales zones climatiques réparties comme suit :

- Au Sud, un climat subéquatorial avec deux (2) saisons pluvieuses (avril - juillet et octobre - novembre) et deux (2) saisons sèches (août - septembre et décembre - mars). La température, relativement élevée, subit de faibles variations entre 24°C et 32°C. Les précipitations sont en moyenne de 1200 mm par an.
- Au Centre, une deuxième zone climatique de type soudano - guinéen caractérisée par un climat tropical semi - humide.
- Au Nord, un climat tropical humide avec une saison pluvieuse (mai - octobre) et une saison sèche (novembre - avril).

Le relief et le réseau hydrographique

Trois (3) reliefs caractérisent le Bénin :

- La région côtière, la plus basse, est située au-dessous du niveau de la mer (Océan Atlantique). Elle est inondable toute l'année et présente un ensemble écologique constitué de marécages et de retenues d'eau ;
- La région du plateau avec la dépression de la Lama qui traverse le pays de l'Est à l'Ouest ;
- La région des collines s'étend du centre vers le Nord avec un point culminant à 800 m (l'Atacora) par rapport au niveau de la mer.

Deux (2) réseaux hydrographiques arrosent le pays :

- Le premier, le plus important, est composé des fleuves Ouémé, Mono et Zou, avec leurs affluents. Ceux-ci prennent leur source dans le Nord du pays et se jettent dans l'Océan Atlantique.
- Le second réseau est composé de quatre (4) fleuves. Il arrose la région septentrionale et se compose du Mékrou, de l'Alibori et de la Sota qui se jettent dans le Niger puis de la Pendjari qui se jette dans la Volta.

Ces caractéristiques climatiques déterminent les activités des hommes, leur mode de vie et de production (systèmes agricoles, habitat et utilisation des ressources naturelles). Elles favorisent la constitution du biotope propice au développement de l'agent pathogène responsable du paludisme. En effet, cette maladie est liée aux écosystèmes aquatiques avec une prévalence endémique dans toutes les régions, notamment celles situées au sud du pays.

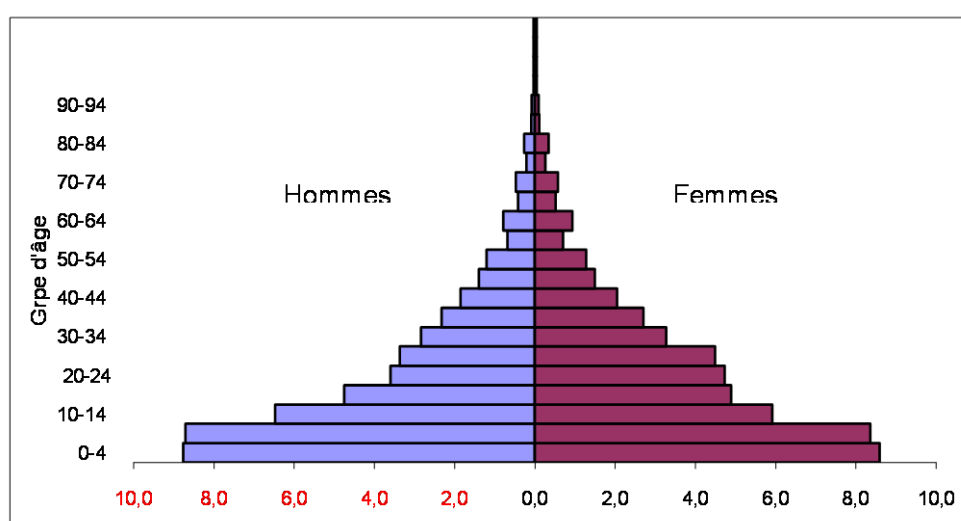
1.2. Données démographiques

Au 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3), la population béninoise est estimée à 6.769.914 habitants en 2002 avec un taux d'accroissement naturel de 3,25 %. Selon les projections démographiques réalisées, la population du Bénin serait de 9.032.821 habitants en 2011. Elle est inégalement répartie entre les départements du Nord et du Sud. En effet, les quatre (4) départements du Nord (Alibori, Atacora, Borgou et Donga) couvrent 75 % du territoire national, mais abritent seulement environ 30 % de la population. La population rurale représente 73 % de la population totale.

La structure par sexe et par âge présente une population jeune (figure N° 2) et à dominance féminine avec un rapport de masculinité de 94 %. La répartition par grands groupes d'âges de cette population révèle que les moins de 15 ans représentent 46,8 %, ceux de 15 à 60 ans font 47,9 % et les plus de 60 ans ne représentent que 5,3 %. Cette répartition montre la jeunesse de la population béninoise, mais la proportion des personnes du 3^{ème} âge est en augmentation.

Cette jeunesse, gage du dynamisme de la population, impose un défi majeur en matière de santé, d'éducation, de loisirs et d'emplois

Par ailleurs, bien qu'il naisse, en réalité, plus de garçons que de filles (103 garçons pour 100 filles), la population béninoise est à dominance féminine : 51,4 % de femmes pour 48,6 % d'hommes. « La surmortalité masculine, surtout à la naissance où la différence d'espérance de vie avoisine les 5 ans (4,4 ans) et le phénomène migratoire des hommes à la recherche d'un mieux-être, font que la population compte plus de femmes que d'hommes ».



Source : INSAE, RGPH3, 2002

Figure N° 2 : Pyramide des âges au Bénin en 2004

L'espérance de vie moyenne nationale est de 59,2 ans en 2002. Elle est plus élevée chez les femmes (61,3 ans) que chez les hommes (57,2 ans). Bien qu'elles aient une espérance de vie moyenne plus élevée que celle des hommes, les femmes courent plus le risque de décéder entre 15 et 49 ans (âge de la procréation proche de la limite de 40 ans retenue pour l'espérance de vie), en raison de la mortalité maternelle liée aux complications de l'accouchement (surtout chez les femmes analphabètes).

La croissance rapide de la population résulte d'une fécondité encore élevée (5,38) et d'une mortalité en baisse, mais qui se situe encore à un niveau élevé, surtout pour la tranche infantile. Sur les 30 dernières années, on observe une baisse générale de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Le quotient de mortalité infantile est passé de 135,6 ‰ en 1972 à 90,0 ‰ en 2002.

Ces déterminants géographiques et démographiques sont renforcés par des considérations d'ordres socioculturel, politique et économique qui influencent le recours aux soins en cas de paludisme et imposent que le comportement de l'individu soit placé dans le contexte général où il se produit.

1.3. Situation socio – économique

Sur le plan économique, le Bénin est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) : un tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. En milieu urbain, 38 % des ménages ont été classés comme pauvres, 21 % comme ménages vulnérables tandis que l'indice national de la pauvreté globale en milieu rural est de 40,6%. Cette pauvreté est surtout caractérisée par :

- un faible pouvoir d'achat des populations ;
- une inégalité d'accès physique aux soins de santé en raison notamment de l'inégalité de la répartition des infrastructures et du personnel.

Les femmes sont les principales victimes de cette pauvreté. Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé au Bénin (EDSB) de 1996 et 2001, on note que l'indice de pauvreté non monétaire est passée de 43,4 % en 1996 à 49,0 % en 2001.

Tableau I : Indice global de la pauvreté par milieu au Bénin

Milieu	1994-1995	1999-2000	2001-2002	2001-2006
Urbain	24,21%	24,55%	23,6%	27,2%
Rural	30,36%	31,22%	31,6%	40,6%
Ensemble Bénin	28,88%	29,62%	28,5%	36,8%

Sources : ELAM6, ELAM9, ECVR I et II, EMICOV 2006

Afin de lutter contre la pauvreté, l'Etat béninois, avec l'appui de différents partenaires au développement, a élaboré un Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté au Bénin (DSRP) (2002-2006), qui met un accent particulier sur le développement des zones rurales. Ce document de stratégie s'est basé sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, pour éliminer l'extrême pauvreté et la faim, le Bénin compte réduire de 50 % la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, en faisant passer l'indice de pauvreté de 29,62 % à 15 %, d'ici à l'an 2015. Dans ce même registre, il est retenu de réduire de 50 % la proportion de personnes souffrant de malnutrition, d'ici à l'an 2015 et le taux de mortalité infanto juvénile à 90 % en 2015. Il est également retenu que d'ici à 2015, il faudrait avoir maîtrisé le paludisme et commencer par inverser la tendance actuelle.

C'est dans ce contexte de faible performance économique qu'il faut analyser la situation du paludisme, en tant que principal facteur de maintien des sociétés dans la pauvreté et d'obstacle au développement. En effet, selon l'OMS, une famille touchée par le paludisme dépense en moyenne 25 % de son revenu annuel pour se faire soigner, sans compter ce qu'elle dépense pour la prévention et son manque à gagner.

Sur le plan de l'instruction et de l'éducation en général, en 2002, 57 % (taux de non fréquentation scolaire) de la population béninoise sont sans instruction. Les femmes représentent environ 66 % de cet effectif contre 34 % pour les hommes. Parallèlement, le taux d'alphabétisation reste encore faible. Il est passé de 24,4 % en 1992 à 37,7 % en 2002 puis à 41% en 2008. Chez les hommes, ce taux est de 48,2 % contre 28,1 % chez les femmes. Chez les jeunes hommes âgés de 15 – 24 ans, ce taux est de 64% contre 42% chez les femmes de même âge. Le taux net de scolarisation et de fréquentation des filles par rapport à celui des garçons est de : Primaire 87% , secondaire 49% en 2009. Le rapport Filles/Garçons est de 0,75 dans l'enseignement primaire et 0,59 dans l'enseignement secondaire. Ainsi, malgré leur effectif élevé, les femmes enregistrent le taux de scolarisation le moins élevé. Cette inégalité

s'aggrave au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève. Les préjugés sociaux et les habitudes culturelles (notamment en milieu rural), les contraintes économiques et celles internes au système éducatif lui-même justifient ces différences en matière d'instruction. Ainsi, le Bénin est encore loin de l'universalité de l'instruction. Un peu plus de la moitié des Bénéinois reste encore sans instruction au début du troisième millénaire.

Le pourcentage important de femmes ne sachant ni lire, ni écrire, constitue une contrainte majeure pour la lutte contre le paludisme. En effet, l'alphabétisation ou la scolarisation de la mère semble jouer un rôle décisif en ce qui concerne la survie de l'enfant. Il apparaît, de plus en plus évident, que les enfants dont la mère n'a pas été scolarisée (ou alphabétisée) courent plus de risque de décéder que ceux dont la mère a un niveau de scolarisation au moins égal au primaire. Il est en effet admis que « l'éducation des parents et particulièrement celle de la mère est déterminante du niveau de la mortalité des jeunes enfants » .

Sur le plan socioculturel, la promotion de la santé qui reste tributaire des représentations sociales et culturelles que les communautés se font de la maladie, doit tenir compte du fait qu'une fraction non négligeable de la population continue de percevoir le paludisme comme une maladie causée par le soleil, la consommation excessive d'arachides grillées et/ou d'huile rouge, les durs travaux, la fatigue, la sorcellerie (surtout chez les enfants de moins de 5 ans), etc. La prise en compte de cette perception et des connaissances des communautés par rapport à la prévention et au traitement de la maladie est donc un préalable à la conception et à la mise en œuvre de toutes les interventions.

Aussi, la participation communautaire en tant que processus de développement de stratégie basée sur la consultation, le dialogue et l'« autonomisation » de la communauté doit-elle être privilégiée. Elle devra permettre de pallier les insuffisances des différentes approches de lutte contre le paludisme qui n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés, du fait de l'insuffisance des ressources pour la mise à l'échelle des interventions. La participation des communautés à l'élaboration et à la validation du plan stratégique quinquennal devra leur permettre d'identifier leurs propres problèmes et de décider de la manière la plus efficace de les résoudre.

Au total, l'analyse des déterminants environnementaux, socioculturels et économiques pose le problème de la vulnérabilité sociale des individus qui met en valeur l'importance des facteurs qui limitent la capacité de réponse des groupes face à la maladie et expliquent pourquoi ils sont plus susceptibles à l'infection que d'autres, parce que n'ayant pas accès aux mesures de prévention, ou n'ayant pas assez de connaissances au sujet du traitement approprié ou encore n'ayant que peu d'options économiques en situation de maladie.

ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

II - ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

2.1. Organisation du système de santé

L'architecture générale du système de santé au Bénin présente un découpage administratif à trois niveaux :

- **Le niveau central ou national** : qui a la responsabilité de définir la politique nationale de santé du pays. Sa responsabilité s'étend dans les domaines de la planification, la coordination et la mise en œuvre de la politique sanitaire.
- **Le niveau intermédiaire ou départemental** : il coordonne les activités sanitaires définies au plan national.
- **Le niveau périphérique** : il s'agit de l'unité sanitaire la plus décentralisée. Les zones sanitaires s'articulent autour d'un hôpital de référence, en l'occurrence un hôpital national et de réseaux de services sanitaires publics ou privés, couvrant une zone géographique définie. Elles assurent la participation communautaire, la viabilité des services et la coordination entre les formations sanitaires publiques et privées.

Tableau 2: Organisation nationale du système de santé

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio sanitaires	Spécialités
Central ou National	Ministère de la Santé	- Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU HKM) - Centre National de Pneumo-Phtysiologie - Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Jacquot	- Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynécologie & obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L., Ophtalmologie - Autres spécialités
Intermédiaire ou Départemental	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	- Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynécologie & obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L., Ophtalmologie. - Autres spécialités
		- Hôpital de Zone - Centre de santé (CS)	Médecine générale, Chirurgie d'urgence, Gynécologie & obstétrique,

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio sanitaires	Spécialités
Périphérique	Zone sanitaire (Bureau de zone)	-Formations sanitaires privées	Radiologie, Laboratoire, Pharmacie
		Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)	-Alphabétisation -Loisirs
		-Maternité et Dispensaire	-Dispensaires isolés -Maternités isolées -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique
		Unité Villageoise de Santé (UVS)	-Soins, Accouchements, Caisse de Pharmacie

Source : MS/DPP/SGSI-SNIGS

Selon la pyramide sanitaire, la République du Bénin compte 34 Zones Sanitaires réparties dans les 12 départements du Bénin. Le Projet d'Intensification de la Lutte contre le Paludisme (PILP) met en œuvre, de façon ciblée, ses activités dans 20 Zones Sanitaires, le Projet Palu Alafia dans 14 zones sanitaires et le Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme dans les 34 Zones Sanitaires.

2.2 Performances

Beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre les OMD relevant du secteur de la santé en raison des tendances actuelles. Cette situation sanitaire du pays s'explique globalement par :

- ***une offre inadéquate de services sanitaires*** : bien que la proportion des arrondissements disposant en 2008 de Centres de Santé soit de 89%, il est à noter que la plupart ne sont pas conformes aux normes. Ainsi, de nombreux Centres de Santé existants restent à réhabiliter, en plus des constructions à réaliser dans les arrondissements dépourvus d'infrastructures sanitaires. Par ailleurs, malgré les efforts fournis, plusieurs Zones Sanitaires sont sans Hôpital de Zone et l'effectif du personnel est insuffisant, surtout celui des médecins spécialistes appelés à servir dans les hôpitaux de zone.
- ***Personnel de santé insuffisant*** : L'effectif du personnel de santé demeure insuffisant. La distribution du personnel est fortement déséquilibrée en défaveur des niveaux périphérique et rural. Enfin, l'insuffisance de formation continue, de supervision et de

mesures incitatives de même que la faiblesse par endroits du plateau technique contribuent au mauvais fonctionnement des Centres de Santé.

Tableau N 3: Evolution du nombre de personnel de santé par catégories socio-professionnelles de 2000 à 2008

Catégories socio professionnelles	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Médecins	909	923	939	975	1013	1025	1088	1087	1095
Infirmiers	2336	2570	2774	2140	2730	3091	3563	3971	3663
Sages-femmes	885	977	1029	1036	993	1230	999	1270	1392
Techniciens Laboratoire	336	345	387	421	451	435	317	473	528
Techniciens radiologie	ND	ND	ND	ND	71	63	87	77	76

Source : Annuaire de statistiques 2000-2008/SNIGS/DPP/MS

- ***une faible utilisation des services sanitaires offerts*** : En 2008, le taux de fréquentation des services de santé était encore faible (45,1%) contre 46% en 2007.

Du point de vue *gouvernance au niveau du système de santé*, il faut régler plusieurs problèmes, notamment la gestion peu efficiente de la dépense publique.

La gouvernance du système de santé doit permettre d'améliorer la bonne répartition et l'utilisation des ressources disponibles.

L'appui des autres partenaires non gouvernementaux (PTF, partenaires sociaux, secteurs privés, etc.) est essentiel pour la résolution des différents problèmes de santé, compte tenu de la proportion du budget national attribuée à la santé ainsi que les capacités techniques insuffisantes de l'administration.

2.3. Défis du système de santé

Au vu de tout ce qui précède, les grands défis du système de santé sont présentés dans le tableau ci – dessous par domaine ainsi que les attentes du PNLP par rapport au renforcement du système de santé.

Domaines de renforcement du système de santé	Attentes du PNLP par rapport au renforcement du système de santé
Leadership et gouvernance	Volonté politique manifeste à soutenir la lutte contre le paludisme ; Gestion efficiente des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé.
Financement durable et protection sociale	Disponibilité en temps opportun des ressources financières pour mettre en œuvre le plan stratégique à partir de sources internes et externes afin de s'assurer que toute la population à risque est couverte par les interventions requises
Personnel de santé	Personnel suffisant et bien formés équitablement répartis sur toute l'étendue du territoire national pour mettre en œuvre des interventions de meilleure qualité ; Personnel de santé respectant les directives de confirmation biologique des cas de paludisme.
Produits médicaux, Technologie, Infrastructures et Logistique	Mise en place d'une stratégie efficace d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risque
Prestation de services	Mise en œuvre de paquets d'interventions efficaces contre le paludisme à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin grâce à des installations sanitaires et des structures à base communautaire
Système d'information sanitaire	Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables en temps opportun. Elles comprennent les cas de paludisme confirmés et des décès.

SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

III - ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

3.1 Epidémiologie et stratification

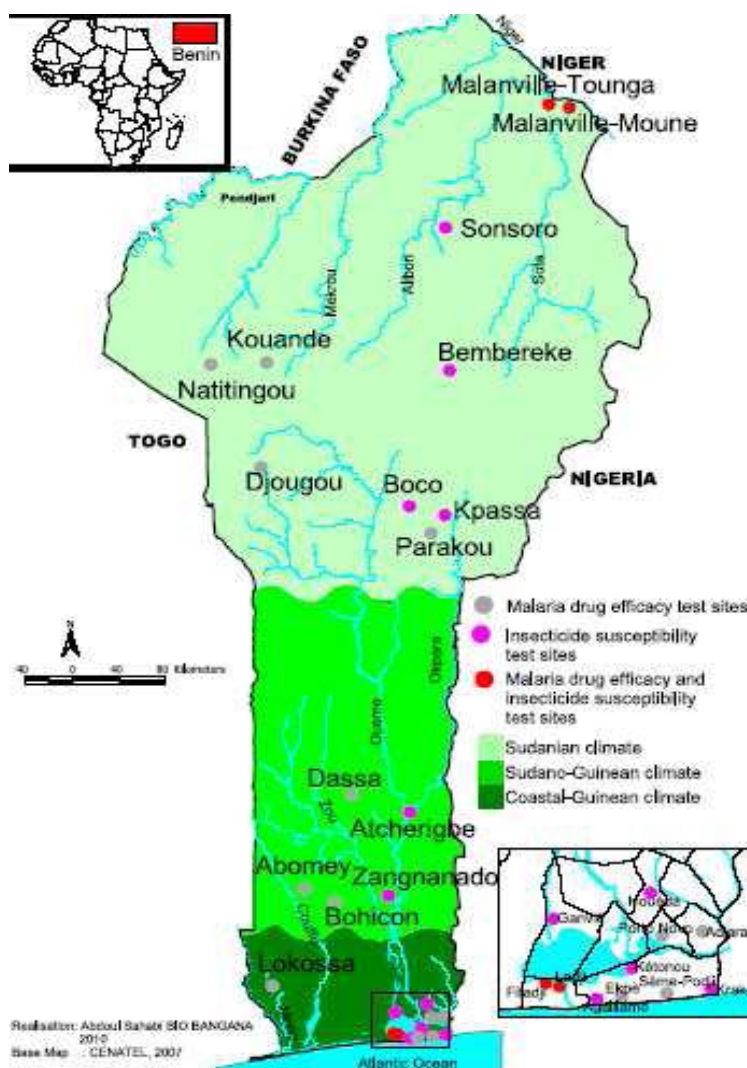


Figure N° 3 : Carte de l'endémicité du paludisme au Bénin

Au Bénin de 2005 à 2009, en se référant au Système National d'Information et de Gestion des données Sanitaires (SNIGS), le paludisme est la cause de 0.9 à 1.3 millions de cas de consultation et de 1 400 à 2 050 décès enregistrés dans les formations sanitaires. Plus de 40% des cas de paludisme sont enregistrés chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans les centres de santé. La grande majorité des décès (près de 75%) est également enregistrée chez les petits enfants.

Le paludisme est une maladie endémique au Bénin avec des recrudescences saisonnières, comme le montre la figure ci-dessous :

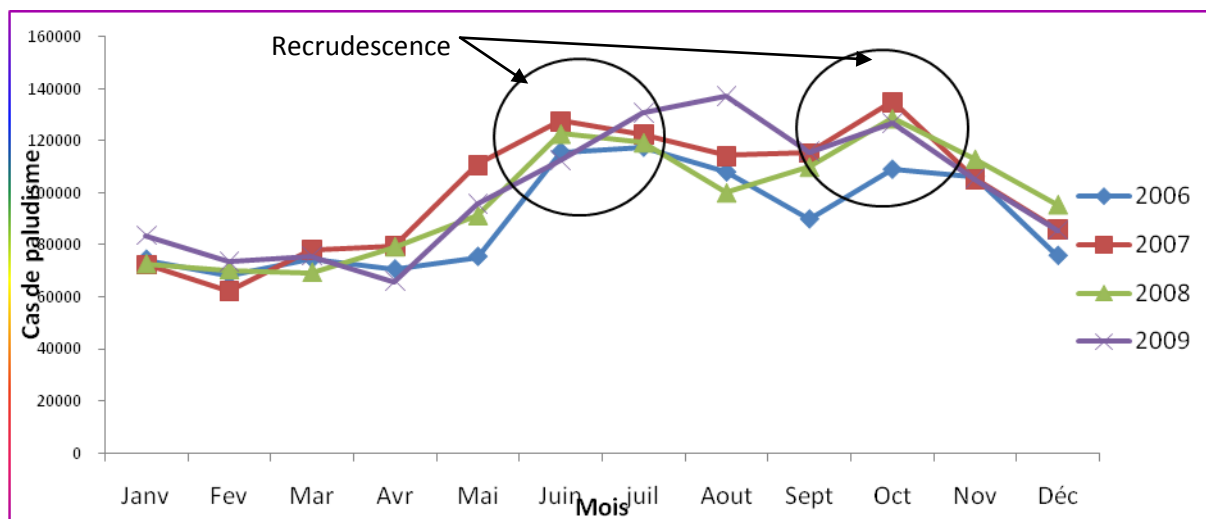


Figure N 4: Variations saisonnières des cas de paludisme suspects au Bénin de 2006 à 2009.

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables et sont exposés aux formes graves de la maladie. Toutes les tranches d'âges sont aussi touchées par le paludisme comme le montre la figure ci-dessous.

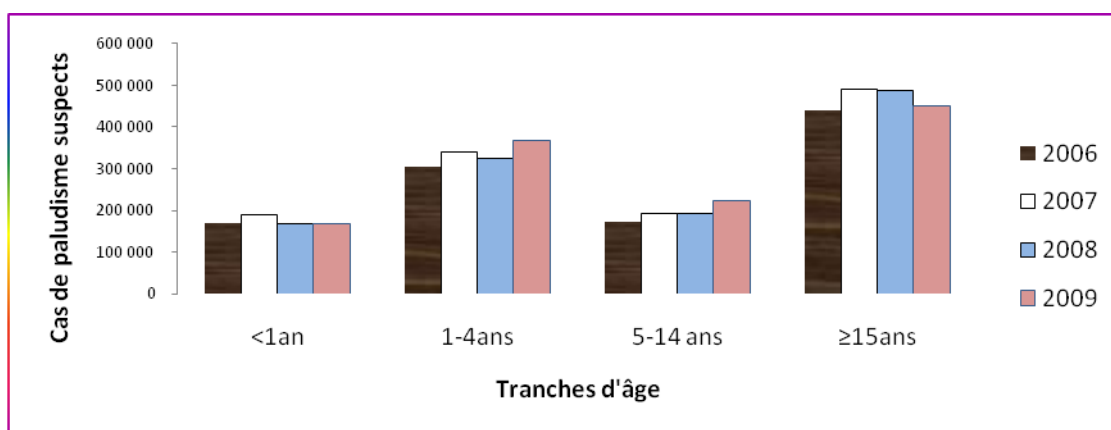


Figure N 5: répartition des cas de paludisme par tranches d'âge de 2006 à 2009

3.1.1 Parasites du paludisme

L'agent pathogène du paludisme est majoritairement le *Plasmodium falciparum* et **minoritairement** les *Plasmodium malaria*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium vivax*.

Au Bénin la transmission du paludisme est stable mais influencée par plusieurs facteurs notamment l'espèce vectorielle, la géographie, le climat et l'hydrographie.

Nahum distingue trois zones :

- 1) dans la zone Sud, côtière avec des lacs et lagons, la transmission est hétérogène du fait de la diversité des vecteurs,
- 2) au centre, la transmission est holo-endémique et
- 3) dans la zone nord la transmission est saisonnière avec un pic au cours de la saison des pluies qui commence en juin et finie habituellement en octobre.

3.1.2 Vecteurs du paludisme

Une étude ancienne (1990) conduite au Bénin a permis de savoir que le complexe *An. gambiae* est formé de quatre entités taxonomiques : *An. melas* (34,7%), *An. arabiensis* (01,9%) et trois formes chromosomiques d'*An. gambiae* s.s. (63,4%).

3.2 Bref historique de la lutte contre le paludisme au Bénin:

- 1986 à 1992, les interventions de lutte contre le paludisme ont été exclusivement menées dans les formations sanitaires ;
- 1991 : élaboration d'un avant-projet du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- 1992 : élaboration d'un premier Plan Quinquennal de lutte contre cette endémie pour la période de 1992 – 1996 ; ce plan, à cause de son caractère vertical, est centralisé et manque d'engagement financier au niveau national. Il a connu peu de succès. Il a été intégré aux soins de santé primaires en 1992 et a connu une révision en 1994. Ce plan s'est illustré par la création de sites sentinelles de surveillance de la chimio sensibilité du plasmodium à la chloroquine et la création des centres d'imprégnation de moustiquaires en 1996.
- 1997 à 1999 : le Bénin a bénéficié d'un financement de l'OMS, dans le cadre d'un plan de Lutte Antipaludique Accélérée (LAPA).
- juillet 1998, le Dr Harlem GRO BRUNDTLAND, alors Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé le programme de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme »,
- 1999 : adhésion du Bénin à l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme » ;
- 2000 : Adoption de la déclaration dite d'Abuja pour le contrôle du paludisme par le Chef de l'Etat béninois au sommet des chefs d'Etat et de Gouvernement tenu à Abuja (Nigeria), en avril 2000 ;
- 2001 : Elaboration d'un plan stratégique 2001-2005 ;
- 2003 : Accès au Financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose
- 2004 : Consensus National pour le changement de la Politique de Lutte contre le Paludisme
- 2006 : Rencontre Internationale sur le Vaccin Antipaludique (MVI: Malaria Vaccin Initiative)
- 2006 : Elaboration du plan stratégique 2006-2010 ;
- 2006 : Accès au financement du Booster Program de la Banque Mondiale ;
- 2007 : Première campagne nationale de distribution de MIILD aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans Voir organigramme en Annexe
- 2008 : Mise en œuvre PMI/USAID, projet ALAFIA du round 7 FMSTP ; expérience-pilote de la PID ;
- 2009 : Elaboration des directives nationales sur la prise en charge du paludisme au niveau communautaire ; Elaboration de PITA ;
- 2010 : Revue du PNLP ;
- 2011 : Campagne nationale de distribution gratuite de MIILD aux ménages pour l'accès universel.

3.3. Résultats de la revue de performance

3.3.1. Gestion du Programme

Le Bénin a adhéré au mouvement mondial “Faire Reculer le Paludisme” (FRP) ou “Roll Back Malaria” (RBM). Il a adopté une vision de lutte contre le paludisme contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin 2015. Par rapport à cette vision, le Gouvernement a assigné au Ministère de la Santé une mission clairement définie dans le document de politique et des stratégies du développement du secteur de santé 2002-2006[].

La lutte contre le paludisme est une priorité dans la réforme du secteur de la santé. Il existe une politique nationale de lutte contre le paludisme au Bénin. Les directives de cette politique sont mises à jour et conformes aux politiques et directives de l'OMS et sont également adaptées au contexte local/national.

a) Forces

Le paludisme, 1^{er} problème de santé publique, bénéficie d'un engagement politique très élevé. Par ailleurs, l'atteinte des objectifs de la lutte est possible grâce à la disponibilité des ressources financières et l'engagement manifeste des partenaires techniques et financiers à soutenir la lutte. Il existe une dynamique de cadre fonctionnel de concertation de tous les partenaires de la lutte contre le paludisme avec la tenue régulière de réunions de concertation des partenaires tous les 1^{ers} mercredis du mois et une tenue de réunions hebdomadaire du staff du PNLP. Le PNLP a rendu disponible les documents de politiques et de stratégies en matière de lutte contre le paludisme et une vulgarisation des directives de prise en charge du paludisme. La gestion du paludisme se fait de façon intégrée à tous les niveaux de la pyramide et les ONG bénéficient de contractualisation.

b) Faiblesses

Malgré les efforts engagés il existe des faiblesses liées à la coordination des actions des interventions au niveau départemental, à la supervision des acteurs du niveau opérationnel et aux ressources humaines compétentes. Ce qui a pour conséquence une gestion insuffisante des données sur la lutte contre le paludisme et leur archivage ainsi qu'une participation insuffisante du secteur privé et des ministères sectoriels aux interventions de lutte contre le paludisme.

c) Opportunités

Outre la disponibilité en ressources financières, la lutte contre le paludisme présente les opportunités suivantes : volonté politique de vaincre le paludisme et forte couverture en infrastructures sanitaires, collaboration intrasectorielle avec la DSME, PNPMPT etc

d) Menaces

Des situations non contrôlables pourraient survenir au cours du prochain Plan Stratégique, il s'agit de : la réduction du budget de l'état entraînant une dépendance importante vis-à-vis

du financement extérieur, la faiblesse du système de santé dans son ensemble et les changements climatiques avec la multiplication des zones inondables.

3.3.2. Gestion des Approvisionnements et Stocks

La politique pharmaceutique du Bénin est gérée au sein du Ministère de la Santé par la Direction des Pharmacies, du Médicaments et des Explorations diagnostiques (DPMED). Depuis la création de la CAME (Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels), tous les médicaments et autres intrants sont centralisés afin de faciliter l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et confessionnelles des trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Ces structures constituent une opportunité pour le PNLP qui peut ainsi passer par la CAME pour les commandes des CTA et tous les autres intrants.

Le Programme a mis en place avec l'aide des PTF un système de pharmacovigilance et de contrôle de qualité afin de suivre la qualité de la prise en charge du paludisme sur toute l'étendue du territoire

a) Forces

L'adoption d'une nouvelle politique de traitement du paludisme à partir de Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) avec arrêt de toute monothérapie constitue l'un des points forts de l'engagement politique des autorités nationales.

Afin de faciliter la gestion des intrants de la lutte contre le paludisme que sont : les CTA, les TDR, la SP et les MILD des logiciels de gestion de stocks aux niveaux périphérique (Médistock) et central (Pipeline) ont été adoptés

b) Faiblesses

Mentionnons néanmoins que malgré ces situations avantageuses, il est observé des ruptures de stocks parce que le système d'information logistique n'est pas totalement opérationnel, difficultés de quantification des besoins.

c) Opportunités

Le renforcement de la composante gestion des approvisionnements pourrait utiliser des opportunités comme la couverture relativement élevée du pays en infrastructures sanitaires. La mobilisation des ressources pour l'application de la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et enfants de moins de 5ans pourrait aussi impliquer les collectivités locales grâce au transfert des compétences et des ressources.

d) Menaces

Malgré les dispositions qui sont entrain d'être prises pour décourager l'utilisation de la monothérapie, il faut craindre l'apparition de résistance due à une utilisation anarchique des antipaludiques favorisée par la vente illicite sur les marchés parallèles.

3.3.3. Lutte antivectorielle

La Lutte Intégrée contre les Vecteurs (LIV) est une composante clé dans les stratégies de prévention des maladies à transmission vectorielle notamment le paludisme. Elle vise à rompre la chaîne de transmission du parasite entre le moustique et l'homme tout en respectant l'environnement.

En matière de politique de lutte anti-vectorielle, le choix du Bénin repose d'une part sur la lutte contre les moustiques adultes et d'autre part sur la lutte contre les larves. Ce choix vise la réduction de la transmission du paludisme par : la protection individuelle (utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action) ; la protection familiale (la promotion de la pose des grillages anti moustiques aux ouvertures des habitations, promotion de la pose des plafonds, l'aération des habitations) ; la protection collective la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) d'insecticide à effet rémanent, traitement aux biolarvicides des gîtes de moustiques, réduction des gîtes larvaires par l'assainissement du milieu.

a) Forces

La LIV est le volet bénéficiant du plus grand engagement politique avec l'implication effective de ministères partenaires. Sur le terrain, il est noté une excellente structuration par niveau : central de conception d'orientation politique, intermédiaire de coordination, périphérique de mise en œuvre.

Par ailleurs, la mobilisation des partenaires a permis au Bénin de réaliser en trois ans deux grandes campagnes de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées en vue de l'accès universel.

b) Faiblesses

Si l'implication des autres ministères dans la LAV, l'insuffisance de coordination des actions de tous les Ministères impliqués dans la lutte anti vectorielle constitue néanmoins une faiblesse. Par ailleurs, une mauvaise planification aboutit à une rupture des stocks de MIILD dans certaines localités, alors que dans d'autres, la MIILD est disponibles sans que les femmes, en raison du paiement à faire, n'arrivent pas à l'obtenir.

c) Opportunités

La volonté politique au plus haut niveau et l'engagement des partenaires constitue une importante opportunité.

d) Menaces

Résistance croissante de l'anophèle aux insecticides et l'aggravation de la crise financière sont des circonstances non maîtrisables qui pourraient remettre tous les acquis de la LAV au Bénin.

3.3.4 Diagnostic et prise en charge du paludisme

Dans le cadre de la réduction des taux de mortalité et de morbidité liés au paludisme, le PNLP dispose au nombre de ses stratégies de lutte, la prise en charge correcte des cas précédée d'un diagnostic biologique adéquat. La surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques constitue le sous bassement de la politique de lutte contre le paludisme actuellement en cours au Bénin. En effet, en matière de directives, l'élaboration de la Politique de lutte contre le paludisme au Bénin a tenu compte des résultats des tests d'efficacité thérapeutique menés en 2002 et vérifiés en 2003 et 2004, de la disponibilité sur le marché des médicaments préconisés et homologués par l'OMS.

Le document sur les directives de la lutte contre le paludisme préconise pour la prise en charge du paludisme simple, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), en l'occurrence l'artéméther-luméfantrine et l'artésunate-amodiaquine en combinaison fixe quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire après confirmation parasitologique de la maladie soit par goutte épaisse/frottis sanguin, soit par Test de Diagnostic Rapide du fait de l'inexistence de laboratoire dans tous les centres de santé périphériques.

a) Forces

- Disponibilité des documents de politique et de directives en matière de prise en charge du paludisme ;
- Formation des acteurs de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Existence d'un pool de superviseurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

b) Faiblesses

- Résistance des acteurs à l'utilisation des TDR ;
- Coût relativement élevé des GE.
- Irrégularité des supervisions en non application des recommandations ;
- Faible implication du privé ainsi que la faible structuration de la prise en charge des cas du paludisme simple au niveau communautaire.

c) Opportunités :

- Engagement des partenaires à soutenir les suivis post formation et la supervision des acteurs ;

d) Menaces :

- Apparition de résistance aux CTA constitue une menace sérieuse face à l'ampleur de la circulation des monothérapies malgré les différents Arrêtés Ministériels.
- L'instabilité au poste des ressources humaines formées sur le paludisme.

3.3.5 Prévention et traitement du paludisme chez la femme enceinte

Le paludisme pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur dans la plupart des régions endémiques. Dans la région sub-saharienne, plus de 25 millions de femmes africaines tombent enceintes et risquent de subir les conséquences de la maladie. Le paludisme est à la fois un danger pour les femmes elles-mêmes et pour leur bébé. On enregistre dans les zones endémiques stables du paludisme 10.000 décès maternels, 200.000 morts de nouveaux nés chaque année ; le paludisme est responsable de 8% à 14% de tous les cas de faible poids de naissance et de 3% à 8% de tous les décès de nourrissons. Le paludisme contribue aussi à l'augmentation de l'anémie chez la mère, au retard de croissance intra-utérine. C'est pourquoi les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les groupes vulnérables ciblés par l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ».

En raison de sa situation géographique, le Bénin se situe dans une zone d'endémie palustre stable et ne connaît pas d'épidémie. Dans ce contexte, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables.

a) Forces

- Existence de la politique nationale qui tient compte de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse ;
- Disponibilité de l'algorithme de prévention du paludisme chez la femme enceinte
- L'existence du manuel de formation sur le contrôle du paludisme pendant la grossesse ;
- Connaissance des femmes enceintes sur le paludisme.

b) Faiblesses

- Non disponibilité des données épidémiologiques sur le paludisme chez la femme enceinte;
- Absence de supervision intégrée PNLP/DSF ;
- Mauvais remplissage des outils par les agents de santé dans les formations sanitaires;
- Communication insuffisante entre les prestataires et les femmes enceintes pour ce qui concerne le TPI

c) Opportunités

- Soutien politique
- Disponibilité des partenaires

d) Menaces

- Risque d'augmentation du taux de résistance de la SP qui est actuellement la seule molécule retenue pour le TPI

3.3.6 IEC/CCC/ Mobilisation communautaire

Au Bénin, la lutte contre le paludisme a connu plusieurs plans d'actions à travers plusieurs phases. Au cours des années 60 on espérait pouvoir éradiquer le paludisme grâce à des interventions spécifiques ponctuelles telles que les pulvérisations de DDT, le traitement par la chloroquine, une approche dite la chloroquinisation et une surveillance des cas. Ces ambitions, malheureusement, n'ont pas intégré la communication sociale qui prend son appui sur les déterminants comportementaux à considérer. Les résultats n'étaient pas encourageants. L'avènement de l'Initiative FRP en 2000 a ouvert une nouvelle page de la lutte antipaludique caractérisée par des plans conséquents qui font bonne place à la communication sociale soutenue par la recherche. Cette approche privilégie un partenariat dynamique qui met l'accent sur l'implication des organisations nationales et internationales dans la lutte contre la première cause de morbidité et de mortalité au Bénin. Après la mise en œuvre de deux plans stratégiques quinquennaux porteurs des préoccupations de « *Faire Reculer le Paludisme* » : 2001-2005 et 2006-2010, il importe de faire le bilan des résultats enregistrés en matière de communication et de gestion du partenariat afin de se réarmer pour viser des défis plus grands.

➤ Forces

- Disponibilité de documents de politique et de directives en communication : documents et outils d'accompagnement ;
- Leadership technique du PNLP en matière de coordination des actions de communication sociale dans le pays ;
- Documentation de la 2ème édition des meilleures pratiques de lutte contre le paludisme au Bénin ;
- Expériences avérées de contractualisation avec les structures non gouvernementales : ONG et Radios de proximité ;
- Organisation de la semaine nationale de lutte contre le paludisme ;
- Organisation de caravane de sensibilisation sur le paludisme ;
- Bonne gestion du partenariat très engagé pour la lutte contre le paludisme ;
- Célébration de la JMP.

➤ Faiblesses

- Insuffisance de suivi de proximité des Activités à Base Communautaire (ABC) par les niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Faible vulgarisation des documents stratégiques de communication et de partenariat ;
- Insuffisance de personnel qualifié au sein des deux services ayant à charge la communication et les interventions à base communautaire du niveau central et du niveau intermédiaire ;
- Sous exploitation du site internet du PNLP
- Insuffisance de supports audio visuels didactiques et andragogiques.

➤ Opportunités

- Engagement des partenaires vis-à-vis du Groupe Technique de Travail en Communication (GTTC) à travers l'autorisation de leurs collaborateurs responsables de la communication et de mobilisation sociale à participer assidûment aux séances trimestrielles de GTTC ;
- Engagement des partenaires techniques et financiers à soutenir les meilleurs plans stratégiques visant l'accès universel des soins en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ;
- Disponibilité des technologies de l'information et de la communication qui facilitent le partage instantané des informations.

➤ **Menaces :**

- Faiblesse du système sanitaire du pays en matière de capacité à gérer les opportunités en faveur de l'accessibilité géographique et financière des populations démunies aux soins de qualité ;
- Préjudice de plus en plus important causé par le secteur informel au contrôle des intrants de bonne qualité ;
- Pesanteurs socio culturelles ;
- Faible implication des autres secteurs dans la communication en faveur de la lutte contre le paludisme;

3.3.7. Surveillance, suivi & évaluation et recherche

De 2006 à 2010, le PNLP a renforcé son système de suivi évaluation après une analyse de la situation qui a débouché sur l'élaboration d'un plan de renforcement. Des activités séquencées, complémentaires et bien articulées ont été exécutées en vue de mettre en œuvre ce plan. Des outils de collecte de données pour le Système d'Information de Routine du Paludisme (SIRP) et le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) ont été vulgarisés. En outre des outils de collecte de données de morbidité et mortalité palustres dans les sites sentinelles ont été révisés et mis en utilisation. De plus, des bases de données relatives aux activités et la logistique du paludisme (LOGISNIGS avec un module sur le paludisme, et le MEDISTOCK) ont été mises en place et sont opérationnelles dans presque toutes les zones sanitaires, au niveau des directions départementales de la santé. En outre, chaque année il est élaboré un plan intégré de travail annuel et des outils de suivis de la mise en œuvre de ce plan.

➤ Forces

- Existence de points focaux PNLP à tous les niveaux du système de santé qui constituent des leviers sur lesquels la coordination nationale du PNLP pourrait s'appuyer pour le développement de ses activités dans un contexte de collaboration intégrée.
- Elaboration et Intégration d'un module PNLP dans la base de données du LOGISNIGS.
- Installation de la version du LOGISNIGS incluant le module paludisme au niveau des zones sanitaires ;
- Existence des antennes départementales PNLP pouvant jouer un rôle important dans la gestion et la transmission des données ;
- Formation des statisticiens de ZS sur la gestion de l'information de routine ;
- Production du Bulletin trimestriel.

➤ Faiblesses

- Insuffisance de collaboration entre les membres des points focaux PNLP à tous les niveaux du système de santé ;
- Faible implication des antennes départementales PNLP dans la gestion des données et leur transmission à la coordination nationale du PNLP ;
- Attention marginale accordée aux indicateurs de paludisme au cours du monitoring semestriel de la couverture dans les centres de santé ;
- Dépendance du PNLP de la SSD pour les données relatives au paludisme ;
- Insuffisance de personnel dans certains services départementaux du PNLP ;
- Insuffisance de rigueur de la part des prestataires dans le remplissage des registres ;
- Discrimination dans la remontée des données vers les bureaux des zones ;
- Retard dans la remontée des données sanitaires ;
- Insuffisance de matériel informatique dans certaines structures (Zones Sanitaires).
- Absence de data manager permanent au PNLP

➤ **Opportunités :**

- Système de santé assez structuré
- Disponibilité du financement du PMI pour accompagner le processus du renforcement du système de suivi évaluation ;
- Disponibilité de supports standardisés par type d'activités qui permettent de collecter une grande quantité de données sur le paludisme au niveau des formations sanitaires.
- Remplissage quotidien des supports de données du SNIGS et d'autres partenaires assurant ainsi une collecte quotidienne d'une quantité impressionnante de données relatives au paludisme
- Existence d'un mécanisme de remontée des données vers les structures supérieures.

➤ **Menaces :**

- Disponibilité limitée de Technique d'Information et de Communication (TIC) en particulier, l'internet dans les Zones Sanitaires et les DDS.
- Pauvreté de liaison communicationnelle entre les différents niveaux du système de santé et la coordination nationale du PNLP
- Insuffisance de l'archivage des données dans les centres de santé et les hôpitaux.
- Faible régulation des recherches en matière de lutte contre le paludisme au Bénin ;

3.3.8. Défis du nouveau plan stratégique

Au regard de ce qui précède, il existe des défis majeurs que le PNLP doit relever. Il s'agit globalement de l'atteinte et du maintien de l'accès universel aux interventions majeures de contrôle du paludisme au cours du prochain quinquennat;

Selon les grands axes d'intervention, les défis à relever sont :

Domaine de gestion des cas de paludisme:

La confirmation des cas par la microscopie ou les TDR chez toutes les tranches d'âge dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. A cet effet, la prise de sanction positive ou négative dans le cadre de l'application de l'Arrêté portant confirmation diagnostique obligatoire des cas suspects constitue le **défi majeur** de l'amélioration de la PEC. Aussi la collaboration fructueuse avec le secteur privé, tant au niveau des structures de soins que des officines de cession des produits pharmaceutiques doit être renforcée. La disponibilité des médicaments, des TDR et autres intrants et l'accessibilité aux populations pauvres et vulnérables.

Domaine de prévention des cas de paludisme :

L'utilisation régulière des MILD toutes les nuits et toutes les saisons par la population en générale et les groupes cibles en particulier est le défi majeur. De plus l'adoption de comportements favorables à l'assainissement du cadre de vie immédiat en vue de réduire les gîtes larvaires doit être une priorité. Enfin la mise en place d'un "système de veille entomologique" dans les différents sites sentinelles, pour recueillir des données sur la typologie entomologique est nécessaire. Poursuite de la PID et l'assainissement du milieu.

Domaine du suivi évaluation :

La fonctionnalité intégrale du système d'information permettant à la coordination nationale de disposer à temps réels des données relatives à la couverture des interventions, la morbidité, la mortalité et la logistique des intrants antipaludiques est le défi majeur. Il en est de même de la pérennisation de l'élaboration du PITA avec tous les partenaires et son respect durant la mise en œuvre des activités, son suivi régulier et son évaluation à mi-parcours et à la fin ;

POLITIQUES ET STRATEGIES

IV – ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIES

4.1. Vision du PNLP

D'ici à 2030, le paludisme ne sera plus un problème de santé publique au Bénin.

4.2. Mission du PNLP

La mission du PNLP est d'assurer l'accès universel à la prévention et au traitement correct du paludisme pour réduire les taux de mortalité et de morbidité dus au paludisme.

4.3. Valeurs, principes directeurs et Orientations politiques

4.3. 1. Valeurs et principes directeurs

Le Plan Stratégique 2011-2015 est basé sur le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2015, la Politique nationale de lutte contre le paludisme et son cadre stratégique de mise en œuvre, la politique nationale des interventions au niveau communautaire, les objectifs d'Abuja définis par les Chefs d'Etat en 2000 et 2006, le Plan Stratégique Mondial Faire Reculer le Paludisme 2005-2015 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les valeurs qui régissent le présent plan stratégique sont les suivantes : l'équité, la qualité, le compte rendu et le partenariat. Les principes directeurs concernent le renforcement de la coordination dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux surtout au niveau intermédiaire avec la mise en place de véritable coordination départementale. La collaboration avec la société civile, le secteur privé et les autres ministères sectoriels sera renforcée avec une implication accrue de la communauté et une attention particulière aux groupes vulnérables (jeunes enfants et femmes enceintes) et aux populations démunies et marginalisées.

Ces fondements sont également basés sur les principes de :

- ❖ Le « trois en un » : une seule coordination, un seul Plan stratégique et un seul mécanisme de suivi.
- ❖ La décentralisation

Elle constitue la réelle approche qui peut garantir i) la délégation des moyens au niveau intermédiaire et opérationnel ; ii) la planification des activités de lutte contre le paludisme de la base (ZS) vers le niveau national en tenant compte de leur pertinence et de leur efficience en vue de l'atteinte des objectifs d'Abuja) ; iii) la prise en compte des activités de lutte contre le paludisme par les plans d'actions des zones sanitaires.

❖ La participation communautaire

Le renforcement de la participation communautaire dans le processus de planification et de l'offre des services de santé aux populations constitue un défi à relever avec l'implication des collectivités locales, des relais communautaires, des groupes structurés et des leaders d'opinion dans tous les villages.

❖ L'intégration des activités

L'amenuisement des ressources, l'implication de partenaires divers et la nécessité de porter rapidement à l'échelle les interventions montrent la nécessité et l'urgence de développer des mécanismes d'intégration et de coordination efficaces aux niveaux national, départemental et zone sanitaire. Le but de l'intégration est d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour la santé dans les pays et de coordonner la participation des partenaires afin de réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants et les femmes enceintes. Au niveau communautaire la lutte contre le paludisme (traitement et prévention) sera intégrée dans le paquet des interventions SMI en tenant compte de l'initiative présidentielle sur la gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

❖ Le renforcement du système de santé

Il est évident aujourd'hui que l'efficacité pratique des interventions de lutte contre le paludisme est en relation avec les performances du système de santé. Le coût – efficacité du paquet de services dépend de la planification, du système d'approvisionnement, de la logistique, du système d'informations, de la gestion financière, du suivi/évaluation et d'autres prestations de soutien. Le renforcement du système de santé est donc nécessaire et est souligné dans le plan stratégique comme processus pour améliorer et rendre pérennes les prestations dont bénéficient les populations les plus vulnérables. La collaboration intra sectorielle doit être renforcée avec la DSME, la Médecine traditionnelle, le SNIGS etc.

❖ La pérennisation

La pérennisation des interventions de lutte ne sera possible que si les actions sont intégrées dans le système de santé renforcé et que la population s'approprie cette lutte.

❖ La collaboration intersectorielle

Cette approche instaure un partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres secteurs de développement concernés : Education, Environnement, Famille, Municipalités, Secteur privé, autres structures non gouvernementales etc.

4.3. 1. Orientations politiques

Dans le souci d'assurer l'accès universel aux soins surtout aux populations les plus vulnérables, le Bénin a opté pour la prise en charge gratuite des cas de paludisme simple et grave chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes.

PLAN STRATEGIQUE

V – PLAN STRATEGIQUE

But, objectifs et résultats attendus

La lutte contre le paludisme au Bénin s'inscrit en étroite ligne avec les orientations de la politique nationale de santé.

5.1.1. But :

Le but de la Lutte contre le paludisme au Bénin est de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour 2015.

5.1.2. Objectifs du programme

- Réduire de 75% le nombre de cas de paludisme d'ici à 2015 par rapport à 2000 ;
- Atteindre une mortalité nationale proche de zéro (1 décès pour 100 000 habitants) pour tous les décès évitables liés au paludisme ;
- Renforcer les capacités de gestions managériales du programme.

Objectif général 1

- Réduire de 75% le nombre de cas de paludisme d'ici à 2015 par rapport à 2000;

De façon générale cet objectif vise à réduire le nombre de cas de paludisme simple et grave en mettant l'accent sur les interventions de prévention visant entre autres réduire au maximum le contact homme – vecteur, la longévité des vecteurs du paludisme, la modification de l'environnement pour le rendre hostile à la prolifération du moustique. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée constitue la stratégie principale de réduction du contact homme-vecteur, donc de la transmission du paludisme. La pulvérisation intra-domiciliaire visant à diminuer la longévité des vecteurs constitue une stratégie complémentaire à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée. L'utilisation des bio-larvicides dans certaines zones permettra de façon intégrée aux autres stratégies pré-citées de réduire la densité larvaire. La prévention du paludisme chez la femme enceinte, outre l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, se fait à travers le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine.

Objectifs spécifiques 1

D'ici fin 2015,

- ◆ 100% des ménages ont acquis au moins deux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action;
- ◆ 100% de la population générale dorment sous MIILD ;
- ◆ 100% des femmes enceintes dorment sous MIILD ;
- ◆ 100% des enfants de moins de cinq ans dorment sous MIILD ;
- ◆ 100% des structures des zones retenues sont protégées à travers la pulvérisation intra domiciliaire ;
- ◆ 100% des femmes enceintes ont reçu deux doses de SP en prise supervisée.

Objectifs intermédiaires 1

D'ici fin 2013,

- ◆ 95% des ménages ont acquis au moins deux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action ;
- ◆ 95% de la population générale dorment sous la MIILD ;
- ◆ 95% des femmes enceintes dorment sous la MIILD ;
- ◆ 95% des enfants de moins de cinq ans dorment sous la MIILD ;
- ◆ 100% des structures des zones retenues sont protégées à travers la pulvérisation intra domiciliaire ;
- ◆ 80% des femmes enceintes ont reçu deux doses de SP en prise supervisée.

Axe d'intervention

Prévention du paludisme dans une approche d'accès universel à travers la lutte anti vectorielle intégrée et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte.

Stratégies

- Stratégie 1.1 Accès universel aux MIILD

La mise à l'échelle nationale des MIILD se fait grâce à des campagnes nationales de distribution gratuite des MIILD aux ménages à trois ans d'intervalle.

Activités

- ➡ Mobilisation des MIILD nécessaire à la couverture des besoins de MIILD au niveau des ménages ;
- ➡ Identification de stratégie appropriée pour une distribution efficiente de ces MIILD aux ménages ;
- ➡ Renforcement des capacités des acteurs pour une mise en œuvre efficiente de la campagne ;
- ➡ Organisation de la distribution des MIILD ;
- ➡ Sensibilisation des populations pour une utilisation effective des MIILD distribuées.

- Stratégie 1.2 Accès ciblé aux MIILD

Entre deux campagnes il y a une distribution de routine de MIILD lors des consultations prénatales et pendant les séances de vaccination. Des distributions au niveau de points de cession communautaires existent pour le reste de la population.

Activités

- ➡ Rendre disponible de façon permanente des MIILD dans les formations sanitaires publiques (et privées) ;
- ➡ Assainissement de la filière MIILD ;
- ➡ Collaboration intersectorielle ;

- ➡ Sensibilisation des bénéficiaires ;
- ➡ Sensibilisation des populations pour une utilisation effective des MIILD distribuées.

○ Stratégie 1.3 : Accès universel des maisons des zones retenues à la PID :

La pulvérisation intra – domiciliaire est une intervention complémentaire à l'utilisation des MIILD dans certaines zones sélectionnées sur des principes entomologiques et épidémiologiques.

Activités

- ➡ Mobilisation des ressources
- ➡ Renforcement des capacités des acteurs
- ➡ Mobilisation des communautés
- ➡ Suivi entomologique
- ➡ Suivi de la sauvegarde environnementale

○ Stratégie 1.4 : Assurer la mise en œuvre d'autres interventions de lutte antivectorielle complémentaires à la MIILD et à la PID

Activités

- ◆ Utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes
 - ➡ Cartographie de tous les gîtes larvaires
 - ➡ Ependage des larves
 - ➡ Suivi biologique des gîtes traités
- ◆ Utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes
 - ➡ Plaidoyer auprès des élus locaux et municipaux
 - ➡ Sensibilisation porte à porte
 - ➡ Mise en place d'un cadre de collaboration avec les structures et ministères impliqués dans l'aménagement et modification de l'environnement

○ Stratégie 1.5 : Accès universel au Traitement préventif intermittent

Le Bénin a adopté la politique du TPI avec l'utilisation de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) depuis 2003. Toutes les femmes enceintes éligibles bénéficient de deux doses lors des consultations prénatales aussi bien dans le secteur public que privé.

Activités

- ➡ Dotation permanente de SP des formations sanitaires
- ➡ Renforcement des capacités des agents de santé
- ➡ Communication pour le développement
- ➡ Monitoring des activités de TPI

- ➡ Recherche active des perdues de vue par les prestataires et les relais communautaires
- ➡ Collaboration intersectorielle

Objectif général 2

Atteindre une mortalité nationale proche de zéro (1 décès pour 100 000 habitants) pour tous les décès évitables liés au paludisme.

De façon générale il s'agira de reconnaître le paludisme à travers les symptômes classiques au sein de la population mais surtout d'en confirmer le diagnostic au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires publiques, confessionnelles et privées. Cette approche veut qu'aux différents niveaux de prestataires de soins, il y ait une possibilité de réaliser une microscopie pour une GE ou d'utiliser un TDR (Test de diagnostic rapide).

Objectifs spécifiques 2

D'ici fin 2015 :

- ◆ 100% cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires publiques ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 100% cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires privées retenues ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 100% cas suspects de paludisme au niveau communautaire dans les zones requises ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 100% des formations sanitaires publiques et privées ont assuré une prise en charge correcte des cas de paludisme confirmés ;
- ◆ 100% des cas de paludisme confirmés au niveau communautaire ont bénéficié d'un traitement correct ;
- ◆ 100% des cas graves de paludisme dans les formations sanitaires publiques et dans les formations sanitaires privées retenues, ont bénéficié d'une prise en charge correcte ;
- ◆ 100% des formations sanitaires publiques et privées retenues ont été approvisionnées de façon permanente en intrants antipaludiques.

Objectifs intermédiaires 2

D'ici fin 2013 :

- ◆ 100% des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires publiques ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 50% des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires privées retenues ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 60% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire dans les zones requises ont bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;

- ◆ 80% des formations sanitaires publiques et privées ont assuré une prise en charge correcte des cas de paludisme confirmés ;
- ◆ 70% des cas de paludisme confirmés au niveau communautaire ont bénéficié d'un traitement correct ;
- ◆ 80% des cas graves de paludisme dans les formations sanitaires publiques et dans les formations sanitaires privées retenues, ont bénéficié d'une prise en charge correcte ;
- ◆ 100% des formations sanitaires publiques et privées retenues ont été approvisionnées de façon permanente en intrants antipaludiques.

Axes d'intervention

- Confirmation diagnostique systématique des cas de paludisme avant administration d'antipaludiques ;
- Prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires publiques et privées retenues, au niveau communautaire et à domicile.

Stratégies

Stratégie 2.1 Amélioration du diagnostic précoce et de la prise en charge correcte du Paludisme dans toutes les formations sanitaires

Le PNLP se propose de contribuer à l'équipement de toutes les formations sanitaires en matériel de diagnostic (microscopes et TDR) et de faciliter la mise à disposition des médicaments antipaludiques. Ces interventions sont complétées par le renforcement des capacités des prestataires de soins et des techniciens de laboratoire.

Activités

- ➡ Approvisionnement et distribution réguliers aux centres de santé des TDR
- ➡ Utilisation des TDR dans les formations sanitaires publiques, privées ;
- ➡ Mise en place d'un cadre de concertation secteur public privé pour l'utilisation des TDR.
- ➡ Approvisionnement et distribution réguliers aux centres de santé des intrants de lutte contre le paludisme ;
- ➡ Utilisation des intrants de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires publiques, privées.

Stratégie 2.2 : Accès universel à la prise en charge du paludisme au niveau communautaire.

Plusieurs études ont démontré que la prise en charge précoce (dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre) des cas de paludisme simple réduit significativement le risque de survenue des cas graves de la maladie. Par ailleurs certaines études ont montré que plus de 70% des cas de fièvre sont pris en charge à domicile. Mais la plupart des stocks des CTA se trouvent au niveau des formations sanitaires publiques dont parfois l'accessibilité est difficile

(situées à plus de 5 km des localités). Aujourd'hui, il n'est plus un secret pour personne que la prise en charge communautaire des cas de paludisme est capitale pour atteindre l'accès universel.

Activités

- ➡ Approvisionnement et distribution réguliers des relais communautaires et OCB en TDR ;
- ➡ Renforcement des capacités des relais communautaires et OCB ;
- ➡ Utilisation des TDR au niveau communautaire ;
- ➡ Partenariat avec les ONG pour une amélioration de l'intervention au niveau communautaire ;
- ➡ Utilisation des intrants de lutte contre le paludisme par les relais communautaires et OCB ;
- ➡ Prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes ;
- ➡ Intégration du paludisme dans le paquet SMI au niveau communautaire et son mise à l'échelle pour une couverture universelle.

Pour l'atteinte des objectifs d'impact, il est important d'optimiser la gestion du programme de lutte contre le paludisme à travers le renforcement de la planification, du système de suivi évaluation, la communication en faveur de la lutte contre le paludisme et le partenariat.

Objectif général 3

Renforcer les capacités de gestions managériales du programme.

Il s'agit de renforcer le système de suivi évaluation, la communication en faveur de la lutte contre le paludisme et le partenariat.

D'ici fin 2015,

- ◆ 100% des formations sanitaires publiques et privées retenues fournissent mensuellement des données de routine de qualité sur l'épidémiologie et la gestion des intrants;
- ◆ 100% des indicateurs contractuels du PNLP sont renseignés dans les délais impartis ;
- ◆ 100% des recherches opérationnelles planifiées ont été réalisées ;
- ◆ 100% des coordinations départementales sont autonomes ;
- ◆ 100% des besoins en ressources humaines sont couverts au niveau départementale et central ;
- ◆ Toutes les équipes départementales et la coordination nationale disposent des outils modernes de communication (Internet, téléphone corporate, intranet, fax...) ;

- ◆ Les interventions liées à la communication ont entraîné un changement de comportement significatif en faveur de la lutte contre le paludisme au sein de la population ;
- ◆ Le système de communication du PNLP est efficace pour lui assurer une meilleure visibilité à l'échelle nationale et internationale.

Axe d'intervention

- Surveillance épidémiologique, entomologique et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques, la pharmacovigilance et le suivi / évaluation de la lutte antipaludique ;
- Recherche et la promotion de la pharmacopée ;
- Gestion de la lutte contre le paludisme/Partenariat pour faire reculer le paludisme ;
- Communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale pour un changement de comportement et l'éducation de la population sur l'environnement sain;

Stratégies

Stratégie 3.1 : Renforcement du suivi/évaluation

Le Programme vise à renforcer le Système d'Information de Routine du Paludisme (SIRP) pour les données épidémiologiques et du Système d'Information et de Gestion Logistique pour les données de gestion logistique afin de disposer des informations pertinentes qui aideront de façon régulière à la prise de décision. Le Programme doit rendre disponibles des ressources humaines, matérielles et financières adéquates au bon fonctionnement de ces systèmes.

Stratégie 3.2 : Renforcement de la recherche opérationnelle

Aujourd'hui, l'utilisation de stratégies essentielles dans la lutte contre le paludisme se base sur les évidences. Ce sont les résultats du suivi de l'efficacité des antipaludiques et des insecticides. Le PNLP va renforcer ces capacités en vue de disposer des ressources adéquates pour conduire ces différentes études avec l'appui technique des structures spécialisées.

En outre le PNLP établira une collaboration avec le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle en vue de promouvoir les bonnes pratiques de lutte contre le paludisme par la médecine traditionnelle.

Stratégie 3.3 : Renforcement du partenariat

Le PNLP va maintenir un partenariat efficace avec les différentes structures des partenaires impliquées dans la communication en faveur de la lutte contre le paludisme. Le groupe technique de communication assurera la coordination de toutes les interventions de communication afin de mieux canaliser les efforts des différents partenaires pour l'atteinte des objectifs suscités. Le défi d'un plan intégré de communication valable pour tous les partenaires sera relevé.

La communication en faveur du paludisme au niveau communautaire sera renforcée grâce aux relais communautaires, aux radios de proximité, aux praticiens de la médecine traditionnelle et les élus locaux. La collaboration intersectorielle sera aussi renforcée en vue de faire de la lutte contre le paludisme une priorité partagée à tous les niveaux.

Stratégie 3.4 : Visibilité du PNLP

Le PNLP va renforcer sa stratégie de médiatisation de ses interventions en vue de s'assurer une meilleure visibilité. A ce titre le site internet du PNLP sera viabilisé et des émissions audiovisuelles périodiques seront réalisées et diffusées aussi bien sur les médias nationaux qu'internationaux. La mise en réseau de communication du PNLP et de ces partenaires stratégiques du niveau opérationnel sera maintenue et étendue. La mise à jour et l'animation du site du PNLP

Stratégie 3.5 : Gestion et Approvisionnement des intrants

Les stratégies gestion des approvisionnements et stocks des intrants de lutte contre le paludisme sont décrits dans le guide de gestion des ILP.

5.1.3. Résultats attendus

1. La prévention multiple est améliorée

- Accroissement de l'utilisation des MILD au sein de la population et en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Accroissement de l'observance du TPI chez les femmes enceintes ;
- Réduction de la population de moustiques en général, des gîtes larvaires et des anophèles en particulier dans les zones bénéficiant de pulvérisations intra domiciliaires.

2. L'accès prompt et rapide au diagnostic et traitement du paludisme est amélioré

- Reconnaissance précoce de la fièvre palustre et application de test de diagnostic rapide effectif au niveau communautaire ;
- Traitement par CTA effectif et généralisé à tous les malades ;
- Référence appropriée des cas de paludisme grave assurée ;
- Qualité du traitement du Paludisme améliorée ;
- Services de soins de base accessibles à tous les patients.

3. Le système de Suivi/ Evaluation et la recherche opérationnelle sont renforcés

- Disponibilité des données de routine en temps réel
- Accroissement et disponibilité de fonds destinés au S&E et à la recherche
- Données de routine et activités de monitoring du programme renforcées ;
- Evaluation périodique des performances du PNLP à travers les indicateurs de résultats et d'impact renforcée ;
- Tests d'efficacité et de contrôle de qualité des antipaludiques et des insecticides renforcés;
- Revues annuelles du PNLP réalisées.
- Indicateurs contractuels du PNLP produits à temps

4. La communication pour un changement de comportement et la mobilisation sociale est renforcée

- Communication interpersonnelle (CIP) sur la prévention et le traitement du paludisme améliorée ;
- Adhésion du secteur privé aux activités de CCC accrue ;
- Collaboration intersectorielle renforcée ;
- Visibilité du PNLP renforcée au niveau national et international

5. La gestion du programme et la coordination du partenariat est renforcée

- Coordination du PNLP surtout au niveau département renforcée ;
- Fonctionnement des GTT renforcée (GTT palu et grossesse, LIV etc.)

- Mécanismes de suivi des différents financements des fonds renforcés ;
- Stratégies de mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières mises en œuvre ;
- Gestion des ressources humaines rendue efficace ;
- Planification intégrée renforcée (PITA).

5.1.4. Mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme en vue d'un impact

Dans l'optique d'avoir un impact sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme, il est nécessaire d'assurer une couverture universelle des interventions de prévention et de prise en charge à l'échelle.

Les moustiquaires imprégnées et en particulier celles imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, ont fait leur preuve et plusieurs études ont démontré qu'une utilisation communautaire globale pourrait influencer sensiblement la morbidité.

Aussi pour obtenir une réduction significative du fardeau du paludisme (morbidité et mortalité) il faut améliorer le recours aux MIILD et élargir leur utilisation afin d'obtenir une couverture efficace qui aboutirait à la réduction du fardeau de la maladie avec un impact sur les indicateurs du long terme. L'atteinte rapide de ce taux d'utilisation de (100%) suppose une couverture de 100% de la population.

L'atteinte de cette couverture impose au Bénin de rechercher des stratégies de distributions massives comme les campagnes couplées avec les autres interventions de santé en faveur de la survie de l'enfant tout en améliorant la communication dans le domaine des changements sociaux et comportementaux. L'accès universel serait ainsi atteint.

La décision du Chef d'Etat sur la gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes permettra d'améliorer l'accès aux soins à la population pauvres et vulnérables.

5.1.5. Suivi de la performance et évaluation de l'impact :

Les mécanismes de suivi - évaluation permettront de suivre les interventions et d'apprécier le niveau d'atteinte des trois différents types d'indicateurs par rapport aux objectifs fixés, à savoir :

- les indicateurs de processus relatifs au déroulement des activités ;
- les indicateurs de résultats par rapport aux objectifs spécifiques ;
- les indicateurs d'impact par rapport à l'objectif général de santé.

Le système de suivi et d'évaluation mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sera fonctionnel et reposera sur :

- le Système d'Information de Routine du Paludisme (SIRP) et le Système d'Information de Gestion Logistique du paludisme (SIGL) ;
- le monitoring semestriel dans les formations sanitaires ;
- la supervision (nationale, départementale, périphérique)
- le suivi du plan intégré annuel de lutte contre le paludisme
- l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme par le MIS ;
- les études épidémiologiques ;
- les enquêtes post campagne de distribution des MIILD.

5.2 Cadre de performance et indicateurs

Tableau N°4 Valeurs de référence et valeurs cibles de quelques indicateurs selon les années

Indicateurs	Données de base			Cible par année				
	Valeur	Année	Source	2011	2012	2013	2014	2015
Indicateurs d'impact								
Incidence annuelle du paludisme (dans les formations sanitaires)	155‰	2000	SNIGS			62‰		31‰
Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires	750657	2000	SNIGS			375329		37533
Nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans les formations sanitaires	839	2000	SNIGS			420		105
Létalité due au paludisme	0.73‰	2000	PNLP			0.5 ‰		0.25‰
Létalité due au paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans	1.37‰	2000	PNLP			1‰		0,46‰
Taux de mortalité (toutes causes confondues) chez les enfants < 5 ans	-	-	EDS					
Indicateurs de résultat								
Proportion de ménages disposant d'au moins de deux MIILD	17.5%	2010	MIS	80%		90%		90%
Proportion de personnes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	-	-		80%		100%		100%
Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	64%	2010	MIS	80%		100%		100%
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	60%	2010	MIS	80%		100%		100%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)	46%	2010	MIS	60%	70%	80%		100%
Proportion de zones éligibles ayant bénéficié de la PID	-	-	-			100%		100%
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	32.8%	2010	Rapport Revue	45%	80%	100%		100%

Indicateurs	Données de base			Cible par année				
	Valeur	Année	Source	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées	-	-			-	50%		100%
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones requises	-	2010	PNLP		25%	60%		100%
Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires publiques	95%	2010	Rapport Revue	95%	95%	100%	100%	100%
Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées	-	-	-	40%	50%	80%	90%	100%
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté	25%	2010	MIS	40%	60%	70%	80%	100%
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	80%	2010	Rapport Revue	85%	90%	100%		100%
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées	-	-	-			80%		100%
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques (CTA) recommandés	-	2010	Rapport EUV	90%	95%	100%		100%
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de Sulfadoxine-Pyriméthamine	-	2010	Rapport EUV	90%	95%	100%		100%
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de MIILD	-	2010	Rapport EUV	90%	95%	100%		100%

MODALITES DE MISE EN OEUVRE

VI –MODALITES DE MISE EN OEUVRE

6.1. Interventions essentielles de lutte contre le paludisme

Elles visent une réduction de la survenue des cas de paludisme ainsi que les décès au sein des populations exposées à la maladie. Elles intègrent le renforcement des méthodes de prévention multiple d'une part et d'autre part l'amélioration de l'accès prompt et rapide au diagnostic et traitement du paludisme

6.1.1. Renforcement des méthodes de prévention multiple

6.1.1.1 Lutte intégrée des vecteurs

Cibles

- ◆ 100% des ménages auront acquis au moins deux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en vue de l'atteinte de l'accès universel d'ici 2015 ;
- ◆ 100% de la population générale auront dormi sous la MIILD d'ici 2015 ;
- ◆ 100% des structures des zones éligibles auront été protégées à travers la pulvérisation intra domiciliaire.

Stratégies

Accès universel et l'utilisation des MIILD

Extension de la PID dans les communes éligibles

Utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes

Aménagement/modification de l'environnement pour une réduction des gîtes larvaires

Modalités de mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre sont décrites par stratégie.

Accès universel et l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'action (MIILD)

L'accès et l'utilisation seront assurés par la distribution des MIILD à travers les campagnes de masse, de routine, les cessions aux hors cibles, la communication pour le développement.

Extension de la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID) dans les communes éligibles

Le Bénin compte 77 communes et conformément au document de stratégie à long terme (2010-2015) de mise en œuvre de la PID au Bénin, l'extension de la PID se fera progressivement dans les communes éligibles ; la progression s'étendra à quatre autres nouvelles communes chaque année de 2011 à 2015 soit un total de 8 communes PID en 2011 et 24 en 2015. Les nouvelles communes introduites seront toujours maintenues à chaque extension.

La stratégie de l'extension de la PID peut s'appuyer sur diverses variantes tactiques de mise en œuvre en fonction de la situation éco épidémiologiques des zones incluses, des niveaux de couverture des autres mesures de lutte, des ressources disponibles et des contraintes opérationnelles locales. Le succès de cette stratégie repose sur la mise en œuvre de plusieurs interventions ou activités intégrées. C'est ainsi que les principaux volets de la phase pilote vont être maintenus et renforcés.

Utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes

De nombreux gîtes larvaires sont rencontrés dans nos communautés en particulier dans les zones marécageuses ; l'utilisation des biolarvicides se fera à petite échelle et sa généralisation dans tout le pays sera progressive en fonction des résultats. Les biolarvicides seront utilisés dans tous les départements du Littoral et de l'Atlantique, ainsi ces départements seront entièrement couverts au moins pendant deux ans (2012-2013). Par la suite, chaque année deux nouveaux départements pourront être intégrés au regard des résultats atteints après cette phase pilote.

Il faut rappeler que l'utilisation de biolarvicides est un moyen de lutte anti vectorielle d'appoint.

Aménagement/modification de l'environnement

Les mouvements des populations vers les centres urbains tels que Cotonou, Abomey-Calavi, Porto-Novo et Parakou ont entraîné des explosions démographiques suivies d'une gestion irrationnelle de l'environnement. Une collaboration intersectorielle entre le Ministère de la Santé, ceux de l'environnement et de l'urbanisme, les responsables des mairies et les centres de recherche tel que le CREC permettra la planification et la mise en œuvre des interventions susceptibles d'infléchir la courbe de prévalence du paludisme (priver les moustiques des sites où leurs larves peuvent se développer).

Interventions

Les interventions à mener sont présentées ci-dessous par stratégie et par modalité de mise en œuvre.

- Accès universel et l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'action (MIILD)
 - o Mobilisation des MIILD
 - o Identification de stratégie appropriée pour une distribution efficiente
 - o Organisation de la distribution des MIILD
 - o Disponibilité permanente des MIILD dans les formations sanitaires publiques (et privées)
 - o Assainissement de la filière MIILD
 - o Collaboration intersectorielle
 - o Sensibilisation
- Extension de la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID) dans les communes éligibles
 - o Renforcement des capacités de mise en œuvre
 - o Mobilisation des communautés
 - o Suivi et évaluation

- Utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes
 - Cartographie de tous les gîtes larvaires
 - Epannage des larves
 - Suivi biologique des gîtes traités
- Aménagement/modification de l'environnement
 - Plaidoyer auprès des élus locaux et municipaux
 - Sensibilisation porte à porte
 - Mise en place d'un cadre de collaboration avec les structures et ministères impliqués dans l'aménagement et modification de l'environnement

Indicateurs de résultat

- Proportion de ménages disposant ayant au moins de MIILD
- Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous MIILD
- Proportion des femmes enceintes dormant sous MIILD
- Proportion d'habitats éligibles ayant bénéficié de la PID
- Proportion de gîtes larvaires traités avec des biolarvicides

6.1.1.2 Traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes et le nourrisson

Cibles

- ◆ 100% des femmes enceintes auront reçu deux doses de SP en prise supervisée d'ici 2015

Stratégies

Renforcement des acquis du TPI à la SP chez la femme enceinte

Modalités de mise en œuvre

Quelques interventions et activités sont nécessaires pour mettre en œuvre cette stratégie. Il s'agira de (i) mettre à disposition des formations sanitaires aussi bien publiques, privées que confessionnelles et associatives de la SP pour une distribution gratuite aux femmes enceintes en prise supervisée ; (ii) faire des recherches actives des perdues de vue par les prestataires et les relais communautaires ; (iii) inciter les femmes enceintes à se rendre en CPN pour un meilleur suivi de leur grossesse afin de prévenir les maladies évitables.

Ceci suppose une meilleure information des agents de santé ayant la responsabilité de la prise en charge de ces femmes, ainsi qu'une concertation périodique entre ces techniciens, les relais communautaires et les responsables à différents niveaux.

Ainsi, les interventions suivantes sont proposées :

Interventions

- Dotation permanente de SP de qualité des formations sanitaires Renforcement des capacités des agents de santé

- Communication pour le développement
- Monitoring des activités de TPI
- Recherche active des perdues de vue par les prestataires et les relais communautaires
- Collaboration intersectorielle

Indicateurs de résultat

- Proportion de femmes enceintes ayant reçu **les deux doses de SP en traitement préventif intermittent** pour le paludisme

En dehors du TPI chez la femme enceinte, le Bénin pourrait envisager aussi le TPI chez le nourrisson. La mise en œuvre de cette stratégie s'inscrira dans le cadre d'un consensus national obtenu avec les parties prenantes et s'inspirera des orientations techniques disponibles.

6.1.1.2. Renforcement de l'accès prompt et rapide au diagnostic et traitement du paludisme

Pour parvenir à un renforcement de l'accès prompt et rapide au diagnostic et au traitement du paludisme, il faut procéder :

- au renforcement du diagnostic du paludisme à tous les niveaux, publics, privés et communautaires,
- à une prise en charge correcte et rapide des cas simples de paludisme à tous les niveaux ;
- à une prise en charge correcte et rapide des cas graves de paludisme

6.1.1.3 Renforcement du diagnostic du paludisme

Cibles :

- ◆ 100% cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires publiques auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 100% cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires privées retenues auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;
- ◆ 100% cas suspects de paludisme au niveau communautaire dans les zones requises auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique ;

Stratégies :

Accès universel au diagnostic du paludisme à tous les niveaux ;

Modalités de mise en œuvre :

- Amélioration du diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR de bonne qualité dans le secteur public
- Etablissement d'un partenariat avec le secteur privé pour l'utilisation des TDR
- Amélioration du diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR de bonne qualité
- dans le secteur privé

- Amélioration des capacités d'intervention des ONGs partenaires
- Amélioration de la couverture du pays en relais communautaires ou OCB
- Amélioration du diagnostic du paludisme par la disponibilité constante des TDR de bonne qualité dans la communauté

Interventions

Les interventions suivantes sont proposées selon les modalités de mises en œuvre.

- **Amélioration du diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR de bonne qualité dans le secteur public**

Approvisionnement et distribution réguliers aux centres de santé des TDR

Utilisation des TDR dans les formations sanitaires publiques, privées ;

Mise en place d'un cadre de concertation secteur public privé pour l'utilisation des TDR.

Approvisionnement et distribution réguliers aux centres de santé des intrants de lutte contre le paludisme ;

Utilisation des TDR dans les formations sanitaires publiques, privées.

Partenariat avec les ONG pour une amélioration de l'intervention au niveau communautaire

- **Etablissement d'un partenariat avec le secteur privé pour l'utilisation des TDR**

- **Amélioration du diagnostic du paludisme par l'utilisation des TDR de bonne qualité dans le secteur privé**

Utilisation des TDR dans les formations sanitaires privées

Approvisionnement et distribution réguliers des centres de santé privés en TDR

Installation de nouveaux relais ou d'OCB dans les localités non couvertes

- **Amélioration des capacités d'intervention des ONGs partenaires**

Appui au fonctionnement des ONGs partenaires

- **Amélioration de la couverture du pays en relais communautaires ou OCB**

Réalisation d'une étude pilote sur les modalités de mise œuvre des TDRs au niveau communautaire ;

- **Amélioration du diagnostic du paludisme par la disponibilité constante des TDR de bonne qualité dans la communauté**

Utilisation des TDR par les relais communautaires ou les OCB

Approvisionnement et distribution réguliers des relais ou OCB en TDR

Indicateurs de résultat :

1. Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques

2. Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées
3. Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones requises

6.1.1.4 Prise en charge correcte et rapide des cas simples de paludisme

Cibles :

- ◆ 100% des formations sanitaires publiques et privées auront assuré une prise en charge correcte des cas de paludisme confirmés ;
- ◆ 100% des cas de paludisme confirmés au niveau communautaire auront bénéficié d'un traitement correct ;

Rappel de la situation actuelle :

Le diagnostic est un volet obligatoire dans la prise en charge du paludisme. Avec la mise en œuvre de la Politique depuis 2008, tout cas de fièvre doit être confirmé palustre, avant l'administration du traitement ; mais elle n'était pas obligatoire pour la tranche d'âge de 0 à 5 ans. Toutefois, depuis la mise à jour des Directives de prise en charge des cas en février 2011, la confirmation diagnostique du paludisme avant toute thérapie doit être systématique dans les formations sanitaires quel que soit le niveau de la pyramide. Cependant, cette confirmation s'étendra progressivement au niveau communautaire, après quelques études pilotes dans certaines localités afin d'assurer une mise à l'échelle efficiente.

Sur le plan épidémiologique, les résultats de la revue de performance du PNLP montre que la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu un épisode fébrile et qui a reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale suivant l'apparition de la fièvre dans les centres de santé est de 95,5% et que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre qui reçoit un antipaludique efficace (CTA) à dose requise dans un délai de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes à domicile est passé de 5,0% en 2008 à 23,4% en 2010. Certes, des efforts restent à fournir pour la prise en charge précoce des cas au sein de la communauté et la sensibilisation doit être renforcée à son endroit.

Par ailleurs, la mise en application des nouvelles Directives implique le renforcement du plateau technique des formations sanitaires et une commande soutenue des TDR afin d'appuyer efficacement le niveau communautaire.

Stratégies :

Accès universel au traitement du paludisme simple par les CTA

Modalités de mise en œuvre :

- Mise à l'échelle des CTA
- Amélioration de la qualité de PEC du paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées

- Amélioration de la qualité de PEC du paludisme simple à domicile et dans la communauté

Interventions

Les interventions suivantes sont proposées selon les modalités de mises en œuvre.

- Mise à l'échelle des CTA

Approvisionnement et distribution réguliers des CTA dans tous les secteurs

Disponibilité permanente des CTA de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

- Amélioration de la qualité de PEC du paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées

Renforcement des compétences des prestataires de soins des formations sanitaires publiques et privées

Vulgarisation du document de Politique Nationale de lutte contre le paludisme, des algorithmes de PEC des cas et des documents de normes et standards en matière de PEC du paludisme simple

- Amélioration de la qualité de PEC du paludisme simple à domicile et dans la communauté

Renforcement des capacités des mères d'enfants et autres acteurs communautaires (RC/ASBC, enseignants, tradipraticiens, etc.)

Disponibilité des CTA à doses thérapeutiques dans les communautés

Développement d'une stratégie efficace de communication

Mise en place d'un mécanisme intégré de motivation des acteurs communautaires

Indicateurs de résultat :

1. Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires publiques ;
2. Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées ;
3. Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté ;
4. Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques (CTA) recommandés.

6.1.1.5 Prise en charge correcte et rapide des cas graves de paludisme

Cible :

100% des cas graves de paludisme dans les formations sanitaires publiques et dans les formations sanitaires privées cibles, auront bénéficié d'une prise en charge correcte

Rappel de la situation actuelle :

L'évaluation du Plan stratégique 2006-2010 a montré que les directives nationales de traitement des cas de paludisme sont mises en application et que la proportion de patients hospitalisés pour paludisme grave ayant reçu un traitement adapté dans les établissements de santé est de 80,9% ; ce qui explique la baisse de la létalité rapportée par l'annuaire des statistiques du Ministère de la Santé. Selon ce même document, le paludisme demeure la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès au niveau des formations sanitaires, mais sa létalité est passée de 14 pour 1 000 cas en 2005 à 7,8 pour 1 000 cas en 2009. Ainsi, on a noté une baisse progressive de la létalité de 2005 à 2009, grâce aux diverses interventions de lutte contre le paludisme, surtout en matière de prise en charge des cas.

Stratégies :

Accès universel au traitement du paludisme grave

Modalités de mise en œuvre :

- Mise à l'échelle des kits de PEC ;
- Amélioration de la qualité de PEC du paludisme grave dans les hôpitaux et autres formations sanitaires de référence publiques et privées.

Interventions :

- **Mise à l'échelle des kits de PEC**

Approvisionnement et distribution réguliers des kits dans tous les secteurs ;

Disponibilité permanente des Kits de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Amélioration de la qualité de PEC du paludisme grave dans les hôpitaux et autres formations sanitaires de référence publiques et privées**

Renforcement des compétences des prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence ;

Vulgarisation du document de Politique de lutte contre le paludisme des documents de normes et standards en matière de PEC des cas de paludisme grave ;

Renforcement du plateau technique des hôpitaux et autres formations sanitaires de référence publiques et privées.

Indicateurs de résultats :

1. Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques ;
2. Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées.

6.2. Interventions de soutien à la lutte contre le paludisme

Elles comportent l'amélioration la communication pour un changement de comportement et la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme d'une part et d'autre part le renforcement de la gestion du programme et la coordination du partenariat pour l'impact.

6.2.1 Renforcement la communication pour un changement de comportement et la mobilisation sociale

D'ici à 2015, les interventions liées à la communication auront entraîné un changement de comportement significatif au profit de la lutte contre le paludisme au sein de la population.

Aussi, le système de communication du PNLP devra-t-il lui permettre d'être efficace afin de lui assurer une meilleure visibilité à l'échelle nationale et internationale.

Cible:

- 100% des chefs de ménage des milieux urbains et ruraux connaissent la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action comme un moyen efficace de prévention contre le paludisme y compris les mesures d'assainissement de base ;
- 100% des mères ou gardiens d'enfants connaissent le traitement indiqué pour le paludisme simple ;
- 100% des chefs de ménage et des mères d'enfants connaissent que l'administration des CTA est subordonnée à la positivité des TDR ;
- 100% des mères ou gardiens d'enfants connaissent les signes du paludisme ;
- 100% des femmes enceintes des milieux urbains et ruraux connaissent le TPI et ses avantages.

Rappel de la situation actuelle:

Le plan intégré de communication pour le renforcement de la lutte contre le paludisme 2011 – 2015 devra être un outil de promotion des nouvelles approches de prévention et de prise en charge du paludisme, destiné à accompagner et soutenir les nouvelles orientations stratégiques de la lutte contre la maladie au Bénin. En tant que tel, il opéra pour des stratégies et approches communicationnelles fondées sur la promotion de la santé. Il se base sur le diagnostic communautaire et les facteurs déterminant les comportements individuels et collectifs en prenant en compte deux critères essentiels : *l'importance* et la *facilité du changement de comportement*.

Dans cette logique, le plan propose des actions de communication convergente capables d'induire au niveau des populations, un changement volontaire de comportement. Aussi, définit – il un cadre approprié pour une participation des communautés, un renforcement effectif des capacités d'interventions des groupes cibles, une collaboration intra et inter sectorielle et un partenariat efficace en vue d'atteindre les objectifs de l'initiative « **Faire Reculer le Paludisme** ». La mise en œuvre du plan de communication qui accompagnera le nouveau plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période allant de **2011 à 2015** prendra en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et devra intégrer différents volets de la lutte antipaludique dans différents secteurs de développement. Il impliquera indubitablement les différents acteurs à tous les niveaux

de la pyramide sanitaire, ceux du secteur privé, de la société civile, les décideurs, les détenteurs du pouvoir local, traditionnel, les partenaires notamment les communautés bénéficiaires, etc. Car l'évolution actuelle de la lutte antipaludique au Bénin mérite d'être soutenue et dynamisée par tous pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement dans le secteur de la santé. En effet, selon l'étude LQAS réalisée en 2008, au lendemain de la toute première campagne de distribution de masse des MIILD aux mères d'enfants de moins de cinq ans, les niveaux de couverture de 84%, et 62% atteints respectivement pour le pourcentage de moustiquaires non déchirées (pas de trou ou pas de déchirure dans les moustiquaires) et le pourcentage de moustiquaires lavées avec savon doux témoignent d'une bonne connaissance et pratique des mères d'enfants de 0 à 59 mois qui semblent avoir compris les modalités d'entretien des MIILD. Cette performance témoigne aussi du succès relatif de l'importante campagne d'information de sensibilisations menées lors de la campagne de distribution. Par contre, de grands efforts restent à faire quant à la connaissance du rôle de MIILD dans la prévention du paludisme, la connaissance des signes de dangers et des médicaments antipaludique pour lesquels des niveaux de couverture plus faibles ont été enregistrés. Cette perspective exige du PNLP, le développement et la mise en œuvre d'un véritable plan de communication et de changement de comportement qui sera basé sur des théories et des expériences ayant fait leur preuve. Par ailleurs, les résultats de la revue de performance du PNLP relative au Plan stratégique quinquennal 2006-2010 révèlent que le défi majeur qui attend le PNLP est l'atteinte et le maintien au cours du prochain quinquennat de l'accès universel aux interventions majeures de contrôle du paludisme. Au regard donc de ces réalités il urge de développer une approche communicationnelle axée sur des stratégies conséquentes.

Stratégies:

Il s'agira en réalité de développer **la communication pour le développement** qui prend en compte :

- ◆ Le plaidoyer
- ◆ La CCC
- ◆ La Mobilisation sociale

Modalités de mise en œuvre :

Une identification des comportements susceptibles d'être promus en vue du changement de comportement et des interventions subséquentes sont nécessaires pour l'élaboration et la mise en œuvre de l'arsenal de communication pour accompagner le contrôle du paludisme au Bénin au cours de la période 2011-2015.

En matière du traitement de la maladie, les comportements à promouvoir sont les suivants :

- *les mères/gardiens d'enfants respectent la posologie dans le traitement chez les enfants,*
- *les chefs de ménage recourent systématiquement aux soins adéquats dans les 24h après l'apparition des symptômes du paludisme ;*
- *les mères ou gardiens d'enfants reconnaissent les signes de gravité du paludisme nécessitant le recours immédiat aux soins ;*
- *les agents de santé et les relais communautaires font le diagnostic biologique du paludisme avant tout traitement ;*

- *les agents de santé respectent toujours la prise en charge des cas de paludisme ;*

Quant à la démarche prophylactique, il s'agira de promouvoir les comportements suivants :

- *les chefs de ménage des milieux urbains et ruraux connaissent la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action comme un moyen efficace de prévention contre le paludisme ;*
- *les populations en général participent à l'assainissement de leur milieu de vie à travers la destruction des gîtes larvaires favorables au développement du vecteur de transmission du paludisme ;*
- *les femmes enceintes des milieux urbains et ruraux connaissent le TPI et ses avantages ;*

Il importe de rappeler que deux paramètres sont pris en compte dans l'analyse des comportements et la facilité à le changer : l'importance est mesurée à travers *la fréquence du comportement, le lien avec le paludisme* et la *nécessité d'intervention*. Le changement se fonde sur les ressources nécessaires, les considérations culturelles et l'expérience acquise au niveau d'autres programmes. Ainsi, les interventions ci-après sont nécessaires.

Interventions :

Développer le **plaidoyer** en vue de :

- L'amélioration du budget alloué à la lutte contre le paludisme
- Renforcement de l'implication des communes dans la mobilisation des ressources
- L'Assainissement du milieu et la destruction des gîtes larvaires

Développer des techniques de **CCC** en faveur de :

- L'utilisation des MIILD au sein des ménages ;
- L'utilisation des services de CPN pour améliorer la couverture en TPI2

Développer la **mobilisation sociale**

Indicateurs de résultats :

- Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILD ;
- Proportion des femmes enceintes dormant sous MIILD ;
- Proportion de FE pratiquant systématiquement le TPI au cours de la grossesse ;
- Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques et publiques.

6.1.2. Renforcement de la gestion du programme et la coordination du partenariat pour l'impact

Il consistera en **i)** un renforcement de la coordination du PNLP surtout au niveau département avec la mise en place de véritable coordination départementale, **ii)** la mise en place de mécanismes de suivi des différents financements qui existent pour le contrôle des activités et la transparence dans l'utilisation des fonds, **iii)** la gestion efficace des ressources engagées dans la lutte contre le paludisme à tous les niveaux, **iv)** la gestion rationnelle des achats et approvisionnement, **v)** la coordination du partenariat FRP en vue d'un impact.

❖ Renforcement de la coordination du PNLP

La mise en œuvre du Plan Stratégique précédent a été caractérisé par une gestion verticale du Programme, car les structures les plus décentralisées sont peu impliquées et peu informées sur la planification de la lutte et la plupart des activités ont été menées par le niveau national. Cependant la gestion adéquate des interventions est un volet fondamental de la lutte contre le paludisme. Elle constitue jusqu'à ce jour, l'une des faiblesses des actions entreprises dans le cadre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ». D'où la nécessité de mettre en œuvre des stratégies axées sur le renforcement des capacités, l'amélioration de la planification et la coordination de la lutte contre le paludisme et le renforcement du partenariat pour la mobilisation des ressources additionnelles.

Le PNLP ne dispose pas d'assez de compétences et d'une organisation structurelle suffisante pour mener à bien la lutte antipaludique à tous les niveaux et dans tous les domaines. Le renforcement des capacités de gestion, la décentralisation/intégration de la lutte contre le paludisme sont fondés sur la nécessité de mettre à la disposition des structures de lutte contre le paludisme, un cadre institutionnel plus approprié et des compétences adéquates à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La contractualisation basée sur les résultats avec le niveau opérationnel, les ONG, les Institutions de recherche sera un atout dans la mise en œuvre efficace et efficiente des interventions.

La coordination insuffisante de la lutte antipaludique et l'inexistence d'une instance de décision qui prend en compte les personnes ressources ayant des compétences diverses en la matière (parasitologues, sociologues, entomologistes, pédiatres, gynécologues, internistes, biologistes, communicateurs, etc.) ont été les faiblesses relevées dans le précédent Plan quinquennal. Le présent plan stratégique propose la mise en place d'un Comité technique pour orienter la prise de décision au niveau national et des cadres de concertation avec les acteurs et partenaires à tous les niveaux.

La planification de lutte contre le paludisme sera faite depuis la base (ZS) vers le niveau central (PNLP) en tenant en compte des interventions de l'ensemble des partenaires.

❖ **Renforcement de la collaboration stratégique avec les directions et programmes ayant des objectifs communs avec le PNLP**

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme va renforcer sa collaboration avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle, la Direction des Pharmacies du médicament et des Explorations diagnostiques, et l'Agence Nationale pour la vaccination. En effet, cette collaboration stratégique est une nécessité absolue pour les deux parties en vue d'atteindre leurs objectifs spécifiques d'une part et d'autre part d'améliorer la santé des populations en général et celle de la mère et de l'enfant en particulier.

❖ **Gestion des ressources financières**

Stratégies:

- Appui financier aux zones sanitaires pour la mise en œuvre de leur plan opérationnel pour réduire le fardeau de la maladie (contrat de performance);
- Disponibilité d'un cadre de planification et de prévision des dépenses à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Appui technique et financier pour améliorer les capacités de gestion des ressources financières avec le renforcement de la régie du PNLP en comptables et financiers.

Modalités de mise en œuvre

Le système de gestion financière sera calqué sur celui mis en place au niveau central et dans les départements et zones sanitaires.

❖ **Gestion des ressources humaines :**

Faire une projection des besoins de renforcement des capacités du personnel dans le domaine de lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système de santé avec disponibilité d'un budget ;

Assurer le renforcement des capacités des ressources humaines en vue d'améliorer les services fournis pour la mise à échelle rapide des interventions de lutte contre le paludisme ;

Mettre en place un mécanisme innovant de motivation des agents du PNLP basé sur la performance afin de fidéliser au poste les acteurs de la lutte contre le paludisme : détermination des primes mensuelles payables en fonction des performances obtenues.

❖ **Gestion des achats et approvisionnements :**

Le PNLP dispose d'un plan d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments et produits de lutte contre le paludisme dont les objectifs sont les suivants:

- Faciliter l'achat des Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), de la Sulfadoxine – Pyriméthamine (SP), des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MIILD) et des tests de diagnostic rapide (TDR) en fonction des besoins ;
- Rationaliser des dépenses ;

- Assurer une distribution pérenne des produits indispensables à la prise en charge et à la prévention du paludisme ;
- Améliorer la gestion des stocks ;
- Encourager l'utilisation correcte des médicaments et des MIILD ;
- Suivre/Evaluer le processus d'achat et de distribution ;
- Mesurer la performance du circuit d'approvisionnement et de distribution

Stratégies :

- Renforcement du processus de quantification des besoins en ILP ;
- Amélioration de la disponibilité des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Amélioration de l'utilisation des ILP et gestion rationnelle des stocks.

Modalités de mise en œuvre:

Pour assurer une bonne disponibilité des intrants, le PNLP, avec l'aide de ses partenaires, procède à la détermination des spécifications techniques et la quantification des intrants. L'estimation et la quantification des ILP (médicaments, TDR, réactifs, MIILD) est faite sur la base de méthodes scientifiquement valides en tenant compte de la disponibilité de données fiables nécessaires pour la méthode choisie. L'accès universel doit être la règle principale.

Le PNLP et ses partenaires s'appuient sur les structures nationales chargées de l'approvisionnement et de la distribution des produits de lutte contre le paludisme retenus par le pays. La gestion des approvisionnements des antipaludiques et d'autres intrants de prise en charge est assurée par la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et Génériques. A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les outils de gestion prévus par le SIGL doivent être disponibles pour maîtriser les mouvements des stocks. Des inventaires périodiques à tous les niveaux permettent de faire des mises à jour périodiques des stocks. Un seul système de gestion informatisé est retenu pour accompagner le processus de gestion.

Pour les MIILD acquises dans le cadre de projets spécifiques, le système de gestion et de distribution dans les zones ciblées doit se faire en étroite collaboration avec les partenaires impliqués tout en documentant régulièrement toutes les activités s'y rapportant.

L'enregistrement et le contrôle de qualité tant à l'acquisition qu'en cours d'utilisation (assurance qualité) des intrants sont assurés par les structures compétentes.

Indicateurs:

- Taux de disponibilité des documents normatifs pour la gestion des approvisionnements et stocks ;
- Proportion de structures (nationale, départementale, ZS et FS) n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques recommandés.

- **Coordination du partenariat national FRP en vue d'un impact :**

La coordination du partenariat pour Faire Reculer le Paludisme est assurée par le Groupe des Facilitateurs qui apporte un soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de l'initiative. Composé d'un secrétariat permanent et de cinq (5) commissions techniques dont celle de la Collaboration et du Partenariat, ce groupe développe le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, contribue à l'élaboration de la Politique de lutte contre le paludisme et développe le partenariat avec le secteur privé et autres secteurs de développement concernés ainsi que la collaboration intra sectorielle.

Stratégies :

- Elaboration d'une stratégie publique – privée, multisectorielle du partenariat en vue de renforcer les efforts de prévention et de lutte antipaludique pour obtenir un impact à tous les niveaux ;
- Collaboration avec les autres programmes dans un effort d'intégration: PCIME, PEV, SR, Surveillance épidémiologique intégrée, DHAB, ...

Modalités de mise en œuvre:

La coordination du partenariat en vue d'un impact est le défi de tous ceux qui s'impliquent directement ou indirectement. Par conséquent quel que soit l'endroit où un partenaire intervient, il devra rechercher dans un contexte global les voies et moyens pour que son appui soit dans la complémentarité. C'est pourquoi le PNLN va coordonner le partenariat en s'aidant de rencontres périodiques (mensuelles, bimestrielles ou trimestrielles). Il s'agit de réunions qui permettent de faire le suivi et de travailler dans la transparence.

Toutes les parties prenantes seront impliquées à la lutte contre le paludisme. Il s'agit de :

- **Secteur public**

Education : révision des modules de formation sur le paludisme dans les écoles professionnelles de santé, formation des enseignants sur le paludisme.

Utilisation des enseignants dans la communication sur le paludisme à tout le niveau. Exploration des voies et moyens de les impliquer dans la réalisation des TDR au niveau communautaire et le suivi de l'utilisation des MIILD à travers les écoles

Recherche scientifique : sera mis à la contribution dans le renforcement des capacités des laboratoires, la surveillance des antipaludiques et la surveillance entomologique ;

Environnement : élaboration et la mise en œuvre de la politique de lutte intégrée contre le vecteur notamment la mise en œuvre des activités d'assainissement à grande échelle pour détruire les gîtes larvaires temporaires et si possible les permanentes.

Agriculture : implication à la lutte intégrée contre le vecteur

Intérieur : collectivités locales : destruction des gîtes potentiels autour des habitations (eau stagnante dans les soucoupes, vases, seaux, détrit, noix de coco etc.) pour priver les

moustiques des sites où leurs larves peuvent se développer ; prévention individuelle contre les piqûres de moustique par les moustiquaires

Economie et Finances : appui budgétaire, renforcement des ressources humaines

Famille : s'investit dans la mobilisation sociale, diffusion des messages au sein des familles, implication des services de développement communautaire

Communication : diffusion des messages du PNLP par la presse écrite et audiovisuelle privée et communautaire

Culture : implication des artistes et musiciens

- Secteur privé

Les pharmaciens privés pour le conseil et orientation des malades, la formation du personnel des cabinets privés et cliniques pour l'application de la nouvelle politique et la collecte des données sur le paludisme, plaider auprès des sociétés et des entreprises pour la mobilisation des ressources.

- Société civile

Contractualisation avec les ONG nationales et internationales pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire concernant la prévention du paludisme (hygiène, assainissement, sensibilisation, promotion et distribution des MILD) et la prise en charge de l'enfant fébrile à domicile.

Indicateurs:

- Un plan de travail des partenaires est disponible et mis en œuvre ;
- Les comptes rendus des rencontres périodiques sont disponibles ;
- Pourcentage de réunions des partenaires tenues sur prévues

SUIVI-EVALUATION, RECHERCHE

VII – SURVEILLANCE, SUIVI-EVALUATION, RECHERCHE

SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

7.1 Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique constitue un élément fondamental de la lutte contre le paludisme et consiste à collecter systématiquement et continuellement, à analyser, interpréter et diffuser les données sanitaires pour une prise de décision.

Elle prend en compte les données de mortalité et de morbidité collectées et analysées au niveau des sites sentinelles, des formations sanitaires, des communautés, du SNIGS et d'autres entités de recherche. La mise en place d'un bon système de surveillance épidémiologique permettra au programme d'avoir une vision plus large sur l'évolution des cas. Pour ce faire, il est nécessaire de renforcer les compétences des différents acteurs du système à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ce renforcement contribuera à l'amélioration de la qualité des données à collecter de même que leur analyse. La collaboration avec le SNIGS doit être renforcée pour assurer mensuellement la disponibilité des données au programme. Aussi, le système de surveillance doit faire le recueil de toutes les données communautaires. Le renforcement du partenariat existant entre le PNLP et les structures de recherche devrait aider à l'amélioration du système de surveillance épidémiologique sur le paludisme au Bénin.

Elle contribuera aussi au renforcement de la recherche opérationnelle, de la recherche - action et à l'amélioration des stratégies de mise en œuvre du plan.

Outre les données de routine à collecter, des enquêtes ou études ponctuelles doivent être organisées sur les effets et impacts des interventions antipaludiques.

Les objectifs de la surveillance sont :

1. décrire la tendance de l'évolution du paludisme;
2. d'étudier la dynamique de diffusion sociale, temporelle et spatiale et d'en prédire l'extension ;
3. de détecter des phénomènes anormaux sur la base d'indicateurs révélant les situations de recrudescence liés aux changements climatiques ;
4. de déterminer les facteurs de risque du paludisme afin de proposer les mesures de prévention et des recommandations les plus adaptées;
5. d'évaluer les actions de prévention.

7.2 Système de suivi - évaluation

Le système de suivi-évaluation vise à créer et rendre opérationnel le mécanisme de gestion des informations en matière de lutte contre le paludisme, aux fins de produire des indicateurs nécessaires au suivi des activités et à l'évaluation des stratégies. Il est essentiel pour apprécier les progrès réalisés en fonction des objectifs fixés et des résultats obtenus. Il permet aux décideurs, gestionnaires et partenaires de la lutte contre le paludisme de disposer des

informations en vue de la prise de décision conséquente. Pour sa mise en œuvre le système de suivi-évaluation a pour boussole le plan de suivi-évaluation qui vise à disposer d'un cadre définissant les procédures de suivi des interventions et des performances des acteurs de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il permet :

- i) d'assurer la disponibilité des informations à travers la gestion de base de données sur le paludisme à tous les niveaux ;
- ii) de mesurer périodiquement le degré d'exécution des activités planifiées à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- iii) d'évaluer annuellement le niveau de résistance des plasmodies aux antipaludiques et du vecteur aux insecticides.

Cibles:

- 100% des activités de lutte contre le paludisme sont suivies ;
- 100% des indicateurs contractuels du Programme National de Lutte contre le Paludisme sont produits ;

Conformément aux objectifs du PSN, les cibles et les indicateurs d'impact et de résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau N°5 Indicateurs d'impact et de résultat selon les objectifs

A Objectifs généraux	A: Indicateurs d'Impact
Réduire de 75% (à 37 533) le nombre de cas de paludisme d'ici à 2015 par rapport à 2000 (750 657)	Incidence annuelle du paludisme (dans les formations sanitaires) Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire
Atteindre une mortalité nationale proche de zéro (1 décès pour 100 000 habitants) pour tous les décès évitables liés au paludisme	Nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans les formations sanitaires Léthalité due au paludisme Léthalité due au paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans
B. Objectifs spécifiques	B. Indicateurs de résultat
100% des ménages auront acquis au moins deux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en vue de l'atteinte de l'accès universel ;	Proportion de ménages disposant au moins de deux MIILD
100% de la population générale auront dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	Proportion de personnes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête
100% des femmes enceintes auront dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête ;	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête
100% des enfants de moins de cinq ans auront dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête ;	Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête

B. Objectifs spécifiques	B. Indicateurs de résultat
100% des femmes enceintes auront reçu deux doses de SP en prise supervisée ;	Proportion de femmes enceintes ayant reçu deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)
100% des zones retenues auront été protégés à travers la pulvérisation intradomiciliaire	Proportion de zones retenues ayant bénéficié de la PID
100% des formations sanitaires publiques et privées retenues auront été approvisionnées de façon permanente en intrants pour la prévention.	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de sulfadoxine-pyriméthamine
	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de MILD
100% des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires publiques auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique	Proportion de patients suspects de paludisme vus par un agent de santé ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques
80% des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires privées auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique	Proportion de patients suspects de paludisme vus par un agent de santé ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées
100% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire dans les zones retenues auront bénéficié d'un test biologique/parasitologique	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones retenues
100% des formations sanitaires publiques et privées retenues auront assuré une prise en charge correcte des cas de paludisme confirmés	Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires publiques
	Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées retenues
100% des cas de paludisme confirmés au niveau communautaire auront bénéficié d'un traitement correct	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant souffert du paludisme simple au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté
100% des cas graves de paludisme dans les formations sanitaires publiques et dans les	Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques

B. Objectifs spécifiques	B. Indicateurs de résultat
formations sanitaires privées retenues, auront bénéficié d'une prise en charge correcte	Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées retenues
100% des formations sanitaires publiques et privées retenues auront été approvisionnées de façon permanente en intrants antipaludiques 100% des formations sanitaires publiques et privées retenues auront fourni mensuellement des données de routine de qualité sur l'épidémiologie et la gestion des intrants; 100% des indicateurs contractuels du PNLP auront été renseignés dans les délais impartis ; 100% des recherches (appliquées, opérationnelles, action) planifiées auront été réalisées. D'ici 2015 les interventions liées à la communication auront entraîné un changement de comportement significatif en faveur de la lutte contre le paludisme au sein de la population	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques (CTA) recommandés
	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de Quinine
	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus de TDR
	Proportion de formations sanitaires publiques ayant fourni mensuellement des données de routine de qualité sur l'épidémiologie et la gestion des intrants
	Proportion de formations sanitaires privées ayant fourni mensuellement des données de routine de qualité sur l'épidémiologie et la gestion des intrants
	Proportion des indicateurs contractuels du PNLP ayant été renseignés dans les délais impartis
Le système de communication du PNLP est efficace pour lui assurer une meilleure visibilité à l'échelle nationale et internationale	Proportion des recherches planifiées ayant été réalisées
	Proportion de la population ayant changé de comportement significativement vis-à-vis du paludisme
	Proportion d'enquêtés (populations et autres acteurs) connaissant le PNLP au niveau national et international

Stratégies:

Mise en place des systèmes de suivi d'exécution du plan stratégique

Mise en place des systèmes de suivi d'impact

Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre de ce mécanisme de suivi passera par :

- la mise en place d'un système de suivi régulier des activités inscrites au PITA
- **Intégration au système de monitoring semestriel existant au niveau opérationnel**
- la mise en place d'un système de supervision intégrée pour améliorer la performance des prestataires
- le renforcement du SIGL
- le renforcement de la surveillance épidémiologique et entomologique
- la réalisation des études spécifiques

Interventions

Selon les modalités de mise en œuvre, les interventions suivantes sont proposées:

- **Mise en place d'un système de suivi des activités inscrites au PITA**

Le suivi du PITA consistera à :

- l'élaboration des procédures de collecte et traitement des données ;
- l'archivage
- l'élaboration des rapports d'activités
- la dissémination

- **Intégration au système de monitoring semestriel existant au niveau opérationnel.**

Ce système permettra de mesurer la performance des agents à travers :

- l'utilisation des fiche de monitoring
- le renforcement de capacités
- la réalisation du monitoring des
- la résolution des goulots d'étranglement

Mise en place d'un système de supervision intégrée

Pour l'amélioration de la compétence des prestataires, ce système s'occupera de :

- la vulgarisation du manuel de supervision
- l'élaboration des outils de supervision
- la réalisation des supervisions
- le suivi des recommandations de la supervision par les prestataires

- **Renforcement du SIGL**

Révision des outils de collecte des données

Elaboration des rapports trimestriels sur la gestion logistique

- **Renforcement de la surveillance épidémiologique et entomologique**

Renforcement du SIRP

Intégration des outils dans la base de données

Publication des revues
Surveillance dans les sites sentinelles intégrée
Surveillance à base communautaire

- **Réalisation des études spéciales**

Identification des pistes des recherches
Mobilisation des moyens pour la recherche
Réalisation des études

7.3. Recherche

Cible:

Promouvoir 80% des recherches en vue d'amélioration de performances du PNLP ;
Mettre en application 80% des résultats de recherche jugés pertinents

Rappel de la situation actuelle:

Au Bénin, la lutte contre le paludisme souffre énormément de l'insuffisance de recherches pour identifier les moyens de lutte les plus efficaces. La recherche opérationnelle sur le paludisme se fait encore timidement ; car très peu d'activités de recherche sont conduites sur le territoire. La plupart des partenaires mettent un accent sur les interventions sans se référer aux activités ni aux résultats de recherche

Ainsi, il s'avère indispensable, en collaboration avec les institutions nationales de recherche et avec le concours de tous les partenaires, de placer la recherche à sa juste place pour soutenir cette lutte et utiliser les résultats de ces recherches pour la définition des directives et stratégies appropriées au contexte national.

Stratégies:

Développement des thématiques de recherche d'appui à la lutte contre le paludisme
Développement des capacités de recherche
Promotion de la recherche et la collaboration avec la médecine traditionnelle

Modalités de mise en œuvre :

Les interventions et activités de recherche prévues visent à supporter et à appuyer les activités de lutte contre le paludisme, de même que l'adhésion des communautés aux diverses stratégies inscrites dans le présent Plan Stratégique Quinquennal.

L'existence de quelques laboratoires de recherche au Bénin est un atout non négligeable à exploiter pour effectuer la recherche sur le paludisme. Toutefois, les capacités de ces laboratoires doivent être renforcées en vue d'identifier de nouveaux moyens de lutte contre le paludisme,

Interventions :

Faire le plaidoyer en faveur de la recherche
Développer des modèles de sensibilisation communautaire pour l'adhésion des populations aux stratégies FRP (CREC, IITA, PNLP, etc.)
Développer des « candidats insecticides » contre les vecteurs résistants (CREC, IITA, UAC, PNLP)
Développer de nouveaux médicaments antipaludiques à base d'extraits des plantes locales (PNLP, PPMT, Tradipraticiens, ISBA, école de pharmacie, etc.)
Renforcer les capacités en ressources humaines
Renforcer les capacités techniques et matérielles de laboratoires
Appuyer le financement de la recherche

Appuyer des sessions de formation en méthodologie de la recherche

Indicateurs de résultats :

Pourcentage de recherches réalisées sur le paludisme avec les résultats appliqués sur le terrain

7.4. Cadre des rapports axés sur les résultats

Le système de suivi/évaluation d'exécution génère une masse d'informations qu'il faut gérer. Le PNLP devra fournir aux partenaires au développement, au Gouvernement ou autres institutions concernées par la mise en œuvre du plan stratégique, les informations périodiques sur la pertinence, la performance et les chances de succès du programme. A cet effet, les rapports suivants seront élaborés :

- rapport trimestriel ;
- rapport annuel ;
- rapport d'évaluation du plan stratégique.

7.5. Evaluation du plan stratégique

Il sera procéder à deux types d'évaluation. L'évaluation ex-post externe et l'évaluation interne

Evaluation ex-post externe.

Elle comprend l'articulation entre deux plans stratégiques et l'évaluation à mi-parcours.

- Une évaluation à mi parcours pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats sera entreprise au début de la troisième année d'exécution du plan stratégique pour réorienter les stratégies et interventions.
- Une évaluation externe et la revue de performance pourront débiter dès la fin du premier trimestre de la dernière année du plan stratégique et marquer ainsi le lancement du processus d'élaboration du prochain plan.

Evaluation interne.

Des évaluations internes périodiques pourraient se faire également par le PNLP notamment Le monitoring semestriel des interventions de lutte contre le paludisme intégré au monitoring des activités du PEV/SSP

7.6. Indicateurs globaux de performance

Tableau N° 6 Sources et fréquences de suivi des indicateurs globaux de performance

Objectif de Politique	Indicateurs	Source de données par indicateur	Possibilité de recueil de la valeur de référence	Fréquence de suivi
Diagnostic et traitement	<i>Indicateurs d'impact</i>			
	Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires (incidence)	SNIGS	Oui	Annuelle
	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct	MIS, EDS	Oui	2ans, 5ans
	Nombre de décès dû au paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans (létalité)	EDS, SNIGS	OUI	Annuelle
Prévention	<i>Indicateurs de résultat</i>			
	Proportion d'enfant de moins de cinq ans ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	EDS, SNIGS	Oui	Annuelle
	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	EDS, SNIGS	Oui	Annuelle
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)	EDS, SNIGS	Oui	Annuelle

Tableau N° 13 : Indicateurs globaux de performance

BESOINS ET BUDGETISATION

VIII ESTIMATION DES BESOINS ET BUDGETISATION

8.1. Estimation des besoins en intrants de lutte contre le paludisme

A partir du document du plan de GAS, les estimations en intrants de lutte contre le paludisme se présentent ainsi que suit :

Tableau N 7: Estimation des besoins en médicaments et autres produits médicaux

Intrants	2011	2012	2013	2014	2015
MILD pour la campagne (en unités)				5 407 425	
MILD Pour la routine (en unités)	500 000	622 000	642 000	500 000	650 000
TDR (en unités)	5 258 226	4 462 148	4 319 220	3 559 102	2 500 000
AM-LM (en comprimés)	87 792 180	66 101 259	58 249 544	48 316 569	28 345 576
AS-AQ (en comprimés)	620 382	480 408	396 022	341 429	241 129
SP en comprimés)	2 452 749	2 532 464	2 789 088	3 059 718	3 300 000
Kit paludisme grave femme enceinte	17 033	13 626	10 220	6 813	3 407
Kit paludisme grave enfant de moins de cinq ans	603 251	482 601	361 951	241 301	120 650

8.2. Résumé du budget par domaine de prestation de service:

Tableau N°8 : *Budget par domaine de prestation de service selon les années*

Catégorie de cout	Année1	Année2	Année3	Année4	Année5	Total
Formation	411 481 202	1 386 657 657	81 739 907	4 650 000	4 650 000	1 889 178 767
Produits pharmaceutiques (Médicaments)	6 031 892 506	12 084 537 152	9 358 264 242	6 564 982 445	3 437 383 901	37 477 060 246
Produits et équipements médicaux	3 200 488 326	3 856 036 496	19 273 343 333	2 643 212 185	2 738 620 475	31 711 700 815
Planification et administration	975 868 545	5 334 803 970	3 213 418 801	5 828 108 046	3 204 418 801	18 556 618 163
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	147 931 436	161 928 035	151 280 666	122 654 663	129 927 242	713 722 042
Suivi et évaluation (S&E)	243 223 896	2 326 366 119	2 867 892 613	3 037 892 613	2 907 892 613	11 383 267 853
Infrastructure et autres équipements	-	359 931 166	15 000 000	15 000 000	-	389 931 166
Assistance technique	27 219 218	94 350 000	-	-	-	121 569 218
Matériel de communication	2 906 406	1 182 928 751	100 000 000	100 000 000	100 000 000	1 485 835 157
Autres (coût complet PID par individu)	1 471 243 055	2 114 121 758	3 525 358 786	4 412 850 793	4 250 540 212	15 774 114 604
Total général	12 512 254 590	28 901 661 103	38 586 298 347	22 729 350 746	16 773 433 244	119 502 998 031

8.3. Résumé du budget par catégorie de coût :

Tableau N°9 : Budget par catégorie de coût selon les années

Domaine de prestation de service	Année1	Année2	Année3	Année4	Année5	Total
Moustiquaires imprégnées (MIIL)	1 926 845 622	1 972 049 666	17 968 811 519	2 754 487 427	2 031 944 431	26 654 138 665
Suivi de la résistance aux insecticides	20 000 000	90 624 933	25 625 000	75 625 000	25 625 000	237 499 933
Prévention du paludisme pendant la grossesse	307 241 830	593 667 950	544 508 508	546 449 944	548 173 671	2 540 041 902
Diagnostic	1 771 491 250	1 751 181 606	1 508 113 551	1 181 721 283	834 358 598	7 046 866 290
Traitement des cas de paludisme simple à domicile	670 486 500	3 089 883 553	2 017 186 200	2 017 186 200	2 017 186 200	9 811 928 654
Traitement des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires	3 020 758 876	2 841 867 048	2 010 274 249	1 671 665 173	991 394 267	10 535 959 614
Traitement des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires	3 082 202 895	10 323 970 943	7 401 101 910	4 936 997 077	2 472 892 243	28 217 165 067
Pharmacovigilance	24 300 000	62 412 348	86 712 348	86 712 348	86 712 348	346 849 392
Suivi évaluation	112 757 554	1 839 714 456	2 239 488 696	2 399 488 696	2 279 488 696	8 870 938 099
Suivi de la pharmacorésistance	-	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	60 000 000
CCC – Communautaires	30 942 759	1 112 697 399	710 533 950	670 533 950	710 533 950	3 235 242 009
CCC - Mass médias	500 000	970 805 423	190 500 000	190 500 000	190 500 000	1 542 805 423
Gestion du Programme/Coordination du partenariat	66 205 032	1 848 494 019	75 663 628	1 502 712 853	75 663 628	3 568 739 161
Pulvérisation Intra domiciliaire/Larvicides	1 478 522 273	2 216 991 758	3 620 478 786	4 507 970 793	4 330 660 212	16 154 623 822
CCC – Evénements	-	72 300 000	72 300 000	72 300 000	63 300 000	280 200 000
CCC – Mobilisation sociale	-	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	400 000 000
Total général	12 512 254 590	28 901 661 103	38 586 298 347	22 729 350 746	16 773 433 244	119 502 998 031

8.4. Résumé des Gap financiers

Tableau N°10 : Financement du plan stratégique et analyse des gaps

Financement du plan stratégique et analyse des gaps

	Budget	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	TOTAL
A	Besoins de financement						
	Plan stratégique	12 512 254 590	28 901 661 103	38 586 298 347	22 729 350 746	16 773 433 244	119 502 998 029
	Ressources actuelles et connues						
C	Ressources nationales actuelles	100 000 000	750 000 000	750 000 000	750 000 000	750 000 000	3 100 000 000
	Etat	100 000 000	750 000 000	750 000 000	750 000 000	750 000 000	3 100 000 000
	Etat*						
	Autres secteurs (privé, société civile)						-
D	Ressources internationales actuelles connues						
	Partenaire 1: USAID/PMI	2 030 437 500	7 922 687 500	5 494 125 000			15 447 250 000
	Partenaire 2: Fonds Mondial	2 330 729 025	2 232 374 885	17 457 784 790	4 084 634 400	1 475 371 925	27 580 895 024

	Budget	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	TOTAL
	CRS	661 157 750	1 251 972 369	581 584 821			2 494 714 940
	AFRICARE	1 669 571 274	980 402 516	16 876 199 969	4 084 634 400	1 475 371 925	25 086 180 084
	Partenaire 3 : Banque Mondiale		1 706 250 000	1 706 250 000	1 706 250 000	1 706 250 000	6 825 000 000
	Partenaire 4: OMS		455 000 000	455 000 000	455 000 000	455 000 000	1 820 000 000
	Partenaire 5: UNICEF	134 360 000	71 594 464	73 911 042	75 756 075	78 777 733	434 399 314
	AUTRES PARTENAIRES						
b=c+d	Total des ressources	4 595 526 525	13 137 906 849	25 937 070 832	7 071 640 475	4 465 399 658	55 207 544 338
e=a-b	Gap	7 916 728 065	15 763 754 255	12 649 227 515	15 657 710 271	12 308 033 586	64 295 453 691

BIBLIOGRAPHIE

1. **INSAE.** *Projection de la population de l'ensemble du Bénin de 1997 à 2032*, Cotonou, octobre 1999
2. **INSAE.** *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation : caractéristiques socioculturelles et économiques*. 1994, Vol II, Tome 3.
3. **INSAE.** *Projection de la population de l'ensemble du Bénin de 1997 à 2032*. Octobre 1999.
4. **PNLP/MS :** *Rapport de la revue de performance du PNL(PNL), 2006-2010*, Cotonou, Avril 2011
5. **PNLP/MS :** *Rapport MIS d'évaluation des activités de lutte contre le paludisme (PNLP), 2010*, Cotonou, décembre 2010
6. **PNLP/MS :** *Politique Nationale pour la mise à l'échelle des Interventions à Base Communautaire de lutte contre le paludisme*, Juillet 2003.
7. **PNLP/MS :** *Plan d'Action Annuel de la Lutte Antivectorielle Intégrée - Exercice 2004*, janvier 2004
8. **PNLP/MS :** *Evaluation des activités à base communautaires avec proposition d'instruments d'intervention dans le cadre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » au Bénin*, août 2001.
9. **PNLP/MS :** *Evaluation à mi-parcours du PALP « Faire Reculer le Paludisme » au Bénin*, Mai 2009
10. **PNLP/MS :** *Politique Nationale de lutte contre le paludisme et cadre stratégique de mise en œuvre*, 2005
11. **PNLP/MS :** *Plan stratégique quinquennal pour faire reculer le paludisme au Bénin (2001-2005)*, 2001
12. **PNLP/MS :** *Plan stratégique quinquennal pour faire reculer le paludisme au Bénin (2006-2010)*, 2006
13. **PNLP/MS :** *Plan d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments et produits de lutte contre le paludisme*
14. **SSDRO/MS.** *Annuaire des statistiques sanitaires 2009*, Cotonou, novembre 2010.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition des activités par intervention

- ♦ Moustiquaires imprégnées (MIILD)

Domaine de prestation de service	Activité
Moustiquaires imprégnées (MIILD)	Acquérir des MIILD pour la campagne de 2014
	Organiser une campagne de distribution de masse en 2014
	Acquérir des MIILD pour la distribution de routine
	Organiser deux ateliers d'actualisation des directives de distribution de routine
	Approvisionner toutes les formations sanitaires publiques et privées y compris les hôpitaux en MIILD
	Organiser des visites trimestrielles de suivi régulier de la distribution de routine dans les formations sanitaires
	Recenser toutes les structures de ventes de moustiquaires
	Organiser des réunions annuelles de concertation avec les structures de vente de moustiquaires
	Assurer le contrôle de qualité des MIILD entrant dans le pays quel que soit la source
	Organiser des réunions intersectorielles de régulation de l'importation des moustiquaires (ministère du commerce, etc.)
	Former des relais en appui conseil à l'utilisation des MIILD

♦ Pulvérisation Intra domiciliaire/Larvicides

Domaine de prestation de service	Activité
Pulvérisation Intra domiciliaire/Larvicides	Construire des magasins de stockage du matériel d'équipement et d'insecticides pour des formations sanitaires
	Rédiger un document de directive sur la mise en œuvre de la PID comme stratégie de LAV
	Organiser des réunions trimestrielles de coordination multisectorielle (PNLP, DHA, MAEP, CREC, ISBA...)
	Organiser une campagne de PID
	Organiser un voyage d'étude dans les pays couverts par RTI sur la PID
	Organiser un voyage d'étude dans les pays utilisant les larvicides
	Cartographier et surveiller les gîtes reproductifs de moustiques dans les zones
	Réaliser les études d'impacts environnementaux et sociaux de l'utilisation des larvicides
	Réaliser l'inventaire des larvicides disponibles sur le marché
	Réaliser les études sur l'efficacité et la rémanence des larvicides disponibles
	Former les acteurs sur l'utilisation des larvicides
	Acquérir des équipements et des consommables pour l'utilisation des larvicides
	Appuyer les communes dans l'utilisation des larvicides dans les zones ciblées
	Organiser des réunions trimestrielles de suivi de la destruction des gîtes larvaires
	Réaliser une étude post utilisation (audit environnemental) des larvicides dans les zones concernées.
	Organiser des réunions semestrielles de concertation avec les structures et ministères impliqués dans l'aménagement et modification de l'environnement
	Organiser semestriellement de réunions intersectorielles au niveau départemental
	Faire trimestriellement des campagnes de destruction des gîtes larvaires intradomiciliaires

◆ Suivi de la résistance aux insecticides

Domaine de prestation de service	Activité
Suivi de la résistance aux insecticides	Réaliser tous les deux ans un test de sensibilité des vecteurs aux insecticides sur les sites sentinelles
	Réaliser tous les deux ans un test d'efficacité des MIILD
	Doter le PNLP d'un insectarium
	Equiper l'insectarium du PNLP en matériel
	Assurer le fonctionnement de l'insectarium du PNLP
	Collecter tous les deux ans les données sur le comportement des vecteurs sur la dynamique de la transmission (permanente, saisonnière)

◆ Prévention du paludisme pendant la grossesse

Domaine de prestation de service	Activité
Prévention du paludisme pendant la grossesse	Acquérir les doses requises de SP pour le TPI
	Approvisionner toutes les formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles et associatives) en SP
	Former les agents de santé sur le TPI
	Mettre à niveau des agents de santé sur le TPI
	Faire des supervisions intégrées (PNLP et DSME) de la santé maternelle et infantile (TPI, PTME, PHPP)
	Organiser des CPN en stratégies avancées
	Appuyer trimestriellement les activités de recherche active des femmes enceintes au niveau de la communauté dans le cadre de la prévention du paludisme (TPI et MIILD)
	Identifier une structure organisée (groupements féminins, ONG, RC, etc.) dans chacun des villages du pays pour la mobilisation des populations en matière de lutte contre le paludisme y compris le TPI
	Organiser des séances de sensibilisation semestrielles en matière de lutte contre le paludisme y compris le TPI
	Organiser des réunions semestrielles de concertation entre le PNLP, la DSME, les unités de recherche (FSS, DRS, etc.) et les différentes organisations médicales

♦ Diagnostic du paludisme

Domaine de prestation de service	Activité
Diagnostic	Acquérir des TDR en quantité suffisante y compris pour les relais communautaires et les privés
	Approvisionner les formations sanitaires de TDR en quantité suffisante
	Créer un comité de suivi pour l'utilisation des TDR
	Organiser des réunions du comité de suivi de l'utilisation des TDR
	Mettre en place au niveau local (villages ou quartiers de ville) un comité de suivi des relais ou OCB
	Recruter un consultant national pour appuyer l'élaboration du document de référence pour une harmonisation des modalités d'intervention au niveau communautaire
	Organiser un atelier de validation du document de référence pour une harmonisation des modalités d'intervention au niveau communautaire
	Réalisation d'une étude pilote sur les modalités de mise œuvre des TDRs au niveau communautaire
	Approvisionner les relais communautaires ou OCB de TDR en quantité suffisante
	Acquérir des réactifs de laboratoire
	Acquérir des microscopes pour le diagnostic du paludisme
	Former les techniciens de laboratoire sur le diagnostic
	Organiser des visites de control de qualité des lames

♦ Traitement des cas de paludisme simple à domicile

Domaine de prestation de service	Activité
Traitement des cas de paludisme simple à domicile	Organiser un atelier d'élaboration du cahier de charge des relais communautaires
	Multiplier et disséminer le cahier de charge des relais communautaires
	Identifier des relais ou OCB au niveau des localités non couvertes
	Former tous les nouveaux relais communautaires ou OCB identifiés sur la prévention le diagnostic et la prise en charge du paludisme
	Mettre à niveau tous les relais communautaires ou OCB déjà en service sur la prévention le diagnostic et la prise en charge du paludisme
	Installer des relais ou OCB au niveau des localités non couvertes
	Approvisionner les relais communautaires et les OCB en CTA
	Organiser un atelier d'actualisation des directives de PEC au niveau communautaire
	Organiser des rencontres de monitoring trimestriel des activités des relais communautaires
	Assurer la motivation des relais communautaires

♦ Traitement des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires

Domaine de prestation de service	Activité
Traitement des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires	Multiplier pour les différentes structures sanitaires privées et publiques les documents de Politique de lutte contre le paludisme et d'algorithmes de PEC des cas de paludisme simple
	Organiser un atelier de dissémination des documents de Politique de lutte contre le paludisme vers les différentes structures sanitaires privées et publiques
	Organiser deux atelier d'élaboration du plan national de formation / recyclage des agents de santé sur la PEC du paludisme
	Former tous les prestataires de soins des CS (privés et publics)
	Recycler tous les prestataires de soins des CS (privés et publics)
	Elaborer les plans nationaux d'approvisionnement en CTA et en TDR
	Commander les CTA de 1ere ligne selon les besoins quantifiés
	Commander les CTA de 2eme ligne selon les besoins quantifiés
	Approvisionner toutes les formations sanitaires en CTA par un circuit de distribution bien défini
	Assurer le Control de qualité des CTA
	Faire un plaidoyer pour la subvention des prix des CTA, afin de les rendre disponibles
	Organiser un atelier d'élaboration d'un plan de formation en cascades des mères d'enfants
	Former les mères d'enfants et autres acteurs communautaires sur les 17 pratiques communautaires clés pour la survie de l'enfant
	Octroyer des primes des motivations aux meilleurs centres et aux meilleurs agents en matière de PEC correcte des cas

♦ Traitement des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires

Domaine de prestation de service	Activité
Traitement des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires	Former tous les prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence (privés et publics)
	Mettre à niveau les prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence précédemment formés
	Reproduire pour les différents hôpitaux et autres structures de référence privés et publics les documents de normes et standards en matière de PEC des cas de paludisme grave
	Approvisionner les différents hôpitaux et autres structures de référence privés et publics en documents de normes et standards en matière de PEC des cas de paludisme grave
	Doter les hôpitaux de matériels médico-techniques et consommables indispensables pour la PEC des cas
	Doter les hôpitaux et autres structures de référence en kits pour la PEC du paludisme grave chez la femme enceinte
	Doter les hôpitaux et autres structures de référence en kits pour la PEC du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans
	Réaliser périodiquement des inventaires en médicaments
	Octroyer des primes de motivation aux meilleurs hôpitaux (et autres structures de référence) et aux meilleurs agents en matière de PEC correcte des cas

♦ Pharmacovigilance

Domaine de prestation de service	Activité
Pharmacovigilance	Rendre fonctionnels 10 sites de pharmacovigilance par anciens départements
	Suivre les effets de la pharmacovigilance dans les formations sanitaires et au niveau communautaire

♦ Suivi évaluation

Domaine de prestation de service	Activité
Suivi évaluation	Organiser des visites mensuelles de supervision des relais communautaires ou OCB
	Organiser des visites trimestrielles de supervision des prestataires des FS par EEZS
	Organiser des visites trimestrielles de supervision des EEZS par le niveau départemental
	Organiser des visites trimestrielles de supervision des DDS par le niveau central
	Réaliser l'évaluation à mi-parcours du plan stratégique
	Réaliser la revue de performance du plan stratégique
	Organiser une étude exploratoire sur l'acceptabilité des MIILD par les utilisateurs des MIILD au sein des ménages
	Réaliser tous les deux ans une enquête MIS

♦ Suivi de la pharmaco résistance

Domaine de prestation de service	Activité
Suivi de la pharmaco résistance	Réaliser des tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques

♦ CCC – Communautaires

Domaine de prestation de service	Activité
CCC – Communautaires	Recruter un consultant un cabinet de communication pour élaborer un plan intégré de communication (PIC) sur la PEC du paludisme et des autres maladies de l'enfant à domicile
	Organiser un atelier de validation du draft du PIC
	Editer le plan intégré de communication (PIC) sur la PEC du paludisme et des autres maladies de l'enfant à domicile
	Organiser des ateliers de dissémination du plan intégré de communication (PIC) sur la PEC du paludisme et des autres maladies de l'enfant à domicile
	Assurer la mise en œuvre du PIC
	Actualiser le document des meilleures pratiques de lutte contre le paludisme
	Assurer l'évaluation de la mise en œuvre du PIC
	Multiplier le document des meilleures pratiques de lutte contre le paludisme
	Organiser deux ateliers de dissémination le document des meilleures pratiques de lutte contre le paludisme
	Louer des panneaux géants en complément de l'existant pour les affiches portant des messages de sensibilisation sur le paludisme
	Organiser des journées portes ouvertes sur le PNLP
	Faire des visites à domicile pour l'utilisation effective des MIILD et leur entretien
	Organiser des séances de sensibilisation grand public sur les grandes thématiques relatives à la prévention et à la prise en charge du paludisme
	Contractualiser avec les ONG pour la réalisation des activités de prévention à base communautaire
	Contractualiser avec les Groupements de Femmes ayant des activités économiques pour la réalisation des activités de prévention à base communautaire
	Formation des animateurs d'ONG
	Rencontre d'échanges sur les bonnes pratiques entre ONG
	Acquisition du matériel de vidéo mobile pour les séances de sensibilisation de masse

♦ CCC – Mass médias

Domaine de prestation de service	Activité
CCC - Mass médias	Plaidoyer pour la production des messages de lutte contre le paludisme en utilisant la technologie GSM pour atteindre les populations
	Recruter une agence pour le développement des supports graphiques
	Recruter une agence pour le développement des supports audiovisuels
	Organiser des pré-tests des outils élaborés par les agences
	Multiplier les supports graphiques
	Contractualiser avec les médias de proximité (Radios, TV, les quotidiens) pour la diffusion des messages contenus sur les supports
	Produire un bulletin d'information sur la lutte antipaludique au Bénin
	Animer quotidiennement le site internet du PNLP
	Organiser des journées scientifiques sur l'évolution de la lutte contre le paludisme
	Publier les résultats d'études réalisées en matière du contrôle du paludisme au Bénin dans des revues scientifiques nationales et internationales

♦ CCC – Mobilisation sociale

Domaine de prestation de service	Activité
CCC – Mobilisation sociale	Organiser des campagnes de salubrité « ville sans gites larvaires »
	Octroyer des primes de motivation aux villes modèles au décours des campagnes de salubrité « ville sans moustique »
	Appuyer les projets de mobilisation sociale élaborés au niveau des ZS par les ONG et la communauté avec l'appui de la ZS (œuvres de l'esprit)

♦ CCC – Evénements

Domaine de prestation de service	Activité
CCC – Evénements	Appuyer les JMP
	Appuyer les journées internationales de la femme et de l'enfant
	Appuyer l'une fêtes nationales d'envergure

♦ Gestion du Programme/Coordination du partenariat

Domaine de prestation de service	Activité
Gestion du Programme/Coordination du partenariat	Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit de l'Assemblée Nationale, du Gouvernement et des autres Institutions de la République, pour l'accroissement du budget alloué à la lutte contre le paludisme et pour la subvention des outils de lutte contre le paludisme
	Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit de la cellule de passation des marchés sur la qualité de la MIILD commandée et à l'endroit du patronat du secteur industriel et commercial,
	Organiser des réunions mensuelles des partenaires FRP
	Organiser un plaidoyer à l'endroit des différents Ministères (MEPN, MAEP, MFFE, MEPS, MDP, MDEF, MDCCNT/PR, MDCTTPU/PR, etc.) pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme intégrées dans leur plan d'action annuel
	Organiser des séances de plaidoyer des divers partenaires sur l'assainissement de la filière MIILD
	Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit des maires et chefs d'arrondissement sur l'institutionnalisation des campagnes de destruction des gîtes larvaires au niveau de chaque commune.
	Faire des plaidoyers pour susciter l'implication des municipalités dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action annuel des zones sanitaires en matière du contrôle du paludisme dans les différentes aires sanitaires
	Faire des plaidoyers pour amener les municipalités à intégrer dans leur plan de développement, une ligne budgétaire destinée à soutenir les actions de lutte antipaludique au profit de leurs administrés
	Faire participer le PNLP aux rencontres d'échange internationales sur la lutte antipaludique
	Organiser un atelier de partage des expériences reçues lors des échanges internationaux
	Elaborer la micro planification de la lutte contre le paludisme au niveau de chaque village concerné
	Acquérir 12 véhicules picks up pour la coordination et les cellules départementales du PNLP
	Acquérir 4 véhicules station wagon pour la coordination et les cellules départementales du PNLP
	Acquérir 34 motos tout terrain pour les cellules départementales et les zones sanitaires du PNLP
	Assurer le fonctionnement de la coordination du PNLP
	Assurer le fonctionnement des cellules départementales du PNLP
	Acquérir du matériel informatique pour la coordination et les cellules départementales du PNLP

ANNEXE 2 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'initiative RBM au Bénin

Indicateurs :

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
Indicateurs d'impact					
	Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires	Nombre de cas de paludisme (simple et grave) enregistrés chez toutes les tranches d'âge dans les formations sanitaires	SNIGS/SIRP-PNLP	Mensuelle Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
	Nombre de cas de paludisme enregistrés chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans les formations sanitaires	Nombre de cas de paludisme enregistrés chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans les formations sanitaires	SNIGS/SIRP-PNLP	Mensuelle Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
	Nombre de cas de paludisme enregistrés chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans la communauté	Nombre d'enfants âgés de moins 5 ans traités pour fièvre due au paludisme dans la communauté par les relais communautaires ou assimilés	SIRP-PNLP	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
	Incidence annuelle du paludisme (dans les formations sanitaires)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires Dénominateur: Population x 1000	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
1	Incidence annuelle du paludisme confirmé (dans les formations sanitaires)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés dans les formations sanitaires Dénominateur: Population totale x 1000	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	Incidence annuelle du paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	Numérateur : Nombre de cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire Dénominateur : Population x 1000	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
2	Incidence annuelle des cas de paludisme grave (dans les formations sanitaires)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme grave notifiés dans les formations sanitaires Dénominateur : Population totale x 1000	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
2	Incidence annuelle des cas de paludisme confirmés grave dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés grave notifiés dans les formations sanitaires Dénominateur : Population totale x 1000	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
4	Prévalence du <i>Plasmodium</i>	Numérateur : Nombre de porteurs de <i>Plasmodium</i> confirmés (microscopie) Dénominateur : Population totale enquêtée x 1000	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	Nationale
4	Prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de porteurs de <i>Plasmodium</i> confirmés (microscopie) chez les enfants âgés de moins de 5 ans Dénominateur : Population totale d'enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés x 1000	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	Nationale
5	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	Numérateur : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl) Dénominateur : Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		a été mesuré lors de l'enquête x 100			
6	Taux de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires	Numérateur : Nombre de lames ou tests de diagnostic rapide avec résultats positifs pour le paludisme dans les formations sanitaires Dénominateur: Nombre de GE et TDR réalisés dans les formations sanitaires x100	SNIGS/SIRP-PNLP/Enquêtes	Mensuelle Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
6	Taux de positivité (GE/TDR) au niveau de la communauté	Numérateur : Nombre de lames ou tests de diagnostic rapide avec résultats positifs pour le paludisme dans la communauté Dénominateur: Nombre de GE et TDR réalisés dans la communauté x100	Enquêtes	Annuelle	National, Départemental et Zone sanitaire
	Taux de mortalité, toutes causes confondues	Numérateur : Nombre de décès survenus au sein de la population Dénominateur: Population totale x1000	Enquête démographique et de santé	Tous les 5 ans	Nationale
3	Mortalité due au paludisme confirmé	Numérateur : nombre de cas de décès dus au paludisme confirmés notifiés Dénominateur: Population totale à risque de paludisme x 1000	Enquête (mise en place d'un dispositif pour le suivi de cohorte)	Annuelle	Nationale
	Proportion de décès dus au paludisme dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès toutes confondues enregistrés dans les	SNIGS/SIRP/PNLP	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		formations sanitaires			
	Proportion de décès dus au paludisme confirmé dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmés enregistrés dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès toutes confondues enregistrés dans les formations sanitaires	SNIGS/SIRP/PNLP	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
	Létalité due au paludisme	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de cas de paludisme (simple et grave) enregistrés dans les formations sanitaires	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
	Létalité due au paludisme confirmé	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmé enregistrés dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de cas de paludisme (simple et grave) confirmé enregistrés dans les formations sanitaires	SNIGS/SIRP-PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
Indicateurs de résultats					
Objectif : 100% des personnes vivant dans les ménages béninois utilisent des MIILD					
	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées	Nombre total de MIILD distribuées aux enfants âgés de moins d'un an par le PEV, aux femmes enceintes par les CPN et aux populations à travers les campagnes	SNIGS/SIRP-PNLP/ Rapport des	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
			campagnes de distributions des MIILD		National
	Proportion de ménages disposant d'au moins deux MIILD	Numérateur : Nombre de ménages disposant d'au moins de deux MIILD Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés x 100	Enquête	Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
	Proportion de personnes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	Numérateur : Nombre de personnes ayant dormi sous la MIILD la nuit ayant précédé l'enquête Dénominateur : Nombre total de personnes dans les ménages enquêtés x 100	Enquête	Tous les 3 ans	National, Départemental et Zone sanitaire
	<i>Proportion de ménages (ou structures ou murs) dans les zones ciblées couverts par la pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois</i>	<i>Numérateur : Nombre d'habitations occupées dans la zone ciblée du programme de pulvérisation intra-domiciliaire ayant bénéficié d'une pulvérisation</i> <i>Dénominateur : Nombre total d'habitations occupées dans la zone ciblée du programme de pulvérisation intra-domiciliaire</i>	<i>Rapport d'activité de PID</i> <i>Enquête</i>	<i>Annuelle</i>	<i>Aire couverte par la PID</i>
Objectif : 100% des femmes enceintes observent correctement le Traitement Préventif Intermittent (TPI2)					
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur	Numérateur : Nombre de femmes ayant reçu au moins deux doses de TPI au cours de leur dernière grossesse menée à terme pendant les deux dernières années	Enquêtes	Annuelle Tous les 3 à 5 ans	National, Départemental, Zone sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)	Dénominateur : Nombre total de femmes interrogées ayant mené leur grossesse à terme au cours des deux dernières années			
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu un traitement préventif intermittent au cours de consultations prénatales	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins deux doses d'un traitement préventif intermittent recommandé au cours d'une consultation prénatale Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes reçues en consultation prénatale pour la première fois	SNIGS/SIRP-PNLP	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
Objectif : 100% des cas suspects de paludisme enregistrés dans les secteurs public et privé sont confirmés par les TDR ou la microscopie					
	Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme	Numérateur : Nombre de patients souffrant du paludisme, reçus en consultation dans un centre de santé ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme Dénominateur : Nombre total de patients souffrant du paludisme reçus en consultation dans un centre de santé	SNIGS/SIRP-PNLP	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
Objectif : 100% des cas de paludisme simple à tous les niveaux sont correctement prise en charge					
	Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires	Numérateur : Nombre de patients souffrant du paludisme simple et correctement pris en charge dans une formation sanitaire Dénominateur : Nombre total de patients reçus dans une formation sanitaire pour	Supervision Enquête	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		paludisme simple			
	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct (au niveau communautaire ou dans formations sanitaires)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant suivi un traitement antipaludique correct Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines dans	Enquête	Annuelle Tous les 3 ans	Zone sanitaire Départemental National
	Proportion de personnes ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines et reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre, conformément à la politique nationale	Numérateur : Nombre de personnes ayant souffert de fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre Dénominateur : Nombre total de personnes ayant souffert de fièvre au cours des deux dernières semaines	Enquête	Annuelle Tous les 3 ans	Zone sanitaire Départemental National
	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques recommandés	Numérateur : Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un jour ou plus d'antipaludiques recommandés Dénominateur : Nombre total de formations sanitaires cédant d'antipaludiques recommandés	SNIGS/SIRP-PNLP/ Enquêtes	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Départemental National
Objectif : 100% des cas graves sont correctement pris en charge					
	Proportion de personnes reçues	Numérateur : Nombre de personnes	Enquête	Annuelle	Zone sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	pour paludisme grave ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires	admisses pour un paludisme grave qui ont reçu correctement des médicaments antipaludiques et un traitement de soutien conformément à la politique nationale de traitement du paludisme Dénominateur : Nombre total de personnes admises pour paludisme grave dans les formations sanitaires		Trimestrielle	Départemental National
Objectif : Communication pour un changement de comportement et la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme sont renforcées					
	Proportion de personnes connaissant la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme	Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées	Enquête	Tous les 1 à 3 ans	Zone sanitaire Départemental National

ANNEXE 4 Organigramme du PNLP

