



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME¹



PLAN STRATEGIQUE DE

LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BENIN 2006 – 2010



Révision décembre 2007

PREFACE

Connu depuis la nuit des temps, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique en Afrique. Chaque année, 1,5 à 2,7 millions de décès dus au paludisme sont enregistrés dans le monde. Parmi ces cas de décès, 90 % se produisent en Afrique.

Au Bénin, selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2006, le paludisme représente en 2006, 39,7 % des motifs de recours aux soins et la première raison d'hospitalisation (24,7 %) dans les structures sanitaires.

L'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée le 23 juillet 1998 par l'OMS et ses partenaires a reçu un écho favorable auprès des chefs d'Etat des pays du Nord et de leurs pairs des pays endémiques d'Afrique.

Dans ce cadre, le Bénin a élaboré en 2001, un premier Plan stratégique quinquennal 2001-2005 "Faire Reculer le Paludisme". Ce plan a été évalué en mars 2006, révélant d'importants acquis à préserver, notamment par rapport à la couverture en moustiquaires imprégnées (qui est passée à 40,62 % en 2005, contre 4,4 % en 2001 chez les enfants de moins de cinq ans) et à la prise en charge des cas (72,88 % en 2005, contre 15,1 % en 2001 dans les formations sanitaires). Cependant, des défis majeurs sont à relever dans d'autres domaines pour l'atteinte des objectifs fixés par les chefs d'Etat et de Gouvernement africains lors des sommets tenus en avril 2000 et mai 2006 à Abuja (Nigeria). Il s'agit essentiellement de : la résistance des parasites aux antipaludiques usuels et de celle des vecteurs aux insecticides actuellement disponibles, l'implication communautaire et les actions multisectorielles.

C'est dans ce contexte, qu'intervient l'élaboration du plan stratégique 2006-2010 " Faire Reculer le Paludisme" au Bénin. Feuille de route des interventions, ce document devra permettre aux différents acteurs de la lutte contre le paludisme et les partenaires nationaux de FRP de disposer d'outils de planification, d'exécution et d'évaluation des actions. A cet effet, trois orientations majeures y sont développées :

- L'adoption des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA),
- L'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action,
- L'adoption du Traitement Préventif Intermittent pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

C'est pourquoi, j'invite tous les partenaires au développement, personnels de santé, décideurs, Organisations Non Gouvernementales, etc. à se l'approprier pour une meilleure conjugaison et une coordination des efforts sur le terrain, pour la mise à l'échelle des interventions essentielles en vue de l'accès universel.

Je profite de cette occasion pour exprimer toute ma gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

KESSILE TCHALA
Ministre de la Santé

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX.....	9
LISTE DES TABLEAUX	9
RESUME.....	11
INTRODUCTION.....	14
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE BENIN	15
1.1. Caractéristiques générales	16
1.2. Situation socio – économique	19
1.3. Profil sanitaire et épidémiologique	21
1.3.1. Profil sanitaire	21
1.3.2. Profil épidémiologique	22
CHAPITRE II : SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	25
2.1. Cadre institutionnel et organisationnel.....	26
2.2. Epidémiologie du paludisme au Bénin.....	28
2.3. Analyse diagnostique de l'évaluation du plan stratégique	28
2.2. Leçons tirées de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2001 – 2005	32
2.4 Financement de la lutte antipaludique.....	33
CHAPITRE III : ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIES	35
3.1 Orientations politiques	36
3.1.1 Vision	36
3.1.2 Mission	36
3.1.3. Principes directeurs	36
3.2 Orientations stratégiques	37
3.2.1 Défis à relever :	37
CHAPITRE IV : PLAN STRATEGIQUE 2006 - 2010	38
4.1 But, Objectifs et Résultats attendus :	39
4.1.1. But	39
4.1.2 Objectif général	39
4.1.3. Objectifs spécifiques	39
4.1.4. Résultats attendus.....	39
4.2 Axes stratégiques.....	40
4.3 Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en vue d'un impact.....	40
4.4 Modalités de mise en œuvre des stratégies	41
4.4.1 Interventions essentielles intégrées	41
4.4.2 Interventions de soutien :	41
4.4.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact.....	41

CHAPITRE V : CADRE DE MISE EN OEUVRE.....	43
5.1 Interventions essentielles intégrées	44
5.1.1 Réduction du fardeau du paludisme	44
5.1.2 Prise en charge du paludisme – maladie	47
5.2 Interventions de soutien	51
5.2.1 Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme	51
5.2.2 Gestion des ressources humaines	51
5.2.3 Gestion matérielle y compris la gestion des achats et approvisionnements.....	52
5.2.4 Gestion financière	52
5.2.4 Coordination du partenariat en vue d'un impact.....	52
5.2.5 Communication intégrée : Plaidoyer, CCC, et mobilisation sociale.....	54
5.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact	55
5.3.1 Suivi/Evaluation	55
CHAPITRE VI : EVALUATION DES BESOINS, ANALYSE DES CARENES PROGRAMMATIQUES ET FINANCIERES.....	60
6-1-Evaluation des besoins et analyse des carences programmatiques.....	61
6-2-Carences programmatiques.....	65
6-2-1- Mise en œuvre et suivi évaluation du plan stratégique	65
6-2-2 Estimations budgétaires	66
6-3- Mobilisation des ressources et analyse des carences financières	68
6-3-1 Estimation des ressources mobilisées par types de bailleurs et estimation des Ecart	68
6-3-2- Identification des mécanismes probables de financement	70
CHAPITRE VII : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
CHAPITRE VIII : ANNEXES.....	74
ANNEXE 1 : Définition des activités par intervention.....	75
ANNEXES 2 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'initiative faire reculer le paludisme au Bénin	86

SIGLES ET ABREVIATIONS

BM	Banque Mondiale
CASES	Centre d'Action de Solidarité pour l'Evolution de la Santé
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CES	Conseil Economique et Social
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	Centre d'Informations, de Prospectives et de Conseils
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA
COGES	Comité de Gestion du Centre de Santé
CREC	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
CREDESA	Centre Régional pour le Développement et la Santé
CS	Comité de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCom	Centre de Santé de Commune
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DDEPS	Direction Départementale des Enseignements Primaire et Secondaire
DDS	Direction Départementale de la Santé
DDZS	Direction de Développement des Zones Sanitaires
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DIVI	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNPEV	Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DPM	Direction des Pharmacies et du Médicament
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective

DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de la Santé Familiale
DSIO	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSRP	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FS	Formation Sanitaire
GF	Groupement Féminin
GH	Groupement d'Hommes
HAAC	Haute Autorité de l'Audio-visuel et de la Communication
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpital de Zone
IBC	Interventions à Base Communautaire
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
IITA	International Institute of Tropical Agriculture
ILD	Insecticide de Longue Durée d'action
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JAP	Journée Africaine de Lutte contre le Paludisme
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MDCCNT/PR	Ministère Délégué Chargé de la Communication et des Nouvelles Technologies auprès du Président de la République

MDCTPU/PR	Ministère Délégué Chargé des Transports, des Travaux Publics et de l'Urbanisme auprès du Président de la République
MDEF	Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances
MEPN	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
MEPS	Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
MESFP	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle
MFFE	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides
MILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'action
MS	Ministère de la Santé
MSCL	Ministère de la Sécurité Publique et des Collectivités Locales
MST	Maladie Sexuellement Transmise
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORTB	Office de Radiodiffusion et Télévision du Bénin
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PEVG	Programme d'Eradication du Ver de Guinée
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissements Publics
PNB	Produit National Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNT	Programme National contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPMT	Programme de Promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles
PSI/ABMS	Population Services International/Association Béninoise de Marketing Social
RC	Relais Communautaire
RGPH3	3 ^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIEC	Service de l'Information, Education et Communication
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SP	Sulfadoxine - Pyriméthamine
SSDRO	Service des Statistiques, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle
SSTSU	Service de la Santé au Travail et en Milieu Scolaire et Universitaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TET	Test d'Efficacité Thérapeutique
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UAC	Université d'Abomey - Calavi
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus d'Immuno déficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES	Pages
Figure N° 1 : Carte administrative du Bénin	16
Figure N° 2 : Pyramide des âges au Bénin en 2004	17
Figure N° 3 : Les Cinq premières affections rencontrées en consultation dans les formations sanitaires au Bénin en 2006	18
Figure N° 4 : Cinq premières causes de consultation des enfants de 0 à 5 ans dans les formations sanitaires au Bénin en 2006.....	18
Figure N° 5 : Organigramme du PNLP	21
Figure N° 6 : Cartographie de surveillance des zones de résistance d'A.g. à la perméthrine au Bénin	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Incidences globales de la pauvreté par milieu au Bénin	18
Tableau II : Système national de santé au Bénin	21
Tableau III : Répartition des affections rencontrées en consultation par ordre décroissant dans la population au Bénin en 2005	23
Tableau IV : Evolution du financement de la lutte antipaludique au Bénin de 2001 à 2006	33
Tableau V : Répartition des quantités nécessaires de MIILD entre 2007 et 2010	63
Tableau VI : Répartition des quantités nécessaires de SP entre 2007 et 2010	63

Tableau VII : Répartition des quantités nécessaires de CTA entre 2007 et 2010	63
Tableau VIII : Répartition des quantités nécessaires de Coasurcam entre 2008 et 2010	64
Tableau IX : Répartition des quantités nécessaires de Kit de PEC du paludisme grave chez les enfants de moins de 5ans entre 2008 et 2010	64
Tableau X: Répartition des quantités nécessaires de TDR et de Goutte épaisse entre 2008 et 2010	64
Tableau XI : Répartition des coûts des intrants pour la prévention et la prise en charge du paludisme au Bénin entre 2008 et 2010	66
Tableau XII : Répartition du budget global en FCFA du plan stratégique par composante et par année entre 2008 et 2010	67
Tableau XIII : Répartitions des apports en FCFA par partenaire au PNLP et identification du gap à financer	69

RESUME

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique en Afrique, où il tue chaque année, 1,5 à 2,7 millions de personnes dans le monde dont 90 % en Afrique. Au Bénin, il représente 36 % des motifs de recours aux soins et la première raison d'hospitalisation (18 %) dans les structures sanitaires en 2005.

Après l'évaluation du premier Plan Stratégique Quinquennal pour "Faire Reculer le Paludisme" au Bénin 2001-2005, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) se dote d'un nouveau Plan pour la période de 2006 à 2010 qui vise à mettre à l'échelle, les interventions prioritaires de la lutte antipaludique en se basant sur la nouvelle Politique nationale de lutte contre le paludisme. Ce Plan tient compte de nombreux défis majeurs à relever dans maints domaines en vue de l'atteinte des objectifs d'Abuja. Pour ce faire, les éléments clés contribuant à l'atteinte desdits objectifs regroupent :

- la poursuite de l'effort de décentralisation des activités jusqu'au niveau opérationnel ;
- la planification des activités de lutte contre le paludisme depuis la base (ZS) vers le niveau national (PNLP) en tenant compte de leur pertinence et de leur efficience ;
- le renforcement de la participation communautaire à la lutte contre le paludisme ;
- la mise à l'échelle effective des interventions techniques du PNLN dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (CTA, MIILD, TPI, IBC, PCIME communautaire) ;
- le développement de la pharmacovigilance dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- la disponibilité des Kits d'urgence pour la PEC du paludisme grave chez les jeunes enfants ;
- le renforcement de la supervision à tous les niveaux y compris communautaire ;
- la prise en compte des interactions entre SIDA et Paludisme ;
- l'existence d'un plan national de formation/recyclage ;
- la révision des modules sur le paludisme dans les écoles de formation professionnelle ;
- le développement de la lutte intégrée contre le vecteur (LIV) y compris les autres moyens de lutte (biologiques) ;
- la poursuite du plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources ;
- l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Intégré de Communication /Plaidoyer ;
- une plus forte implication des autres secteurs de développement - y compris le secteur privé - dans la promotion de l'utilisation des MII ;
- l'éducation sanitaire de la population en matière de gestion de l'environnement ;

- l'organisation des campagnes intégrées de distribution des MIILD ;
- la révision à la baisse des prix de cession des moustiquaires imprégnées,
- Etc.

Le présent Plan stratégique qui se focalise sur la problématique de la décentralisation, l'intégration, le renforcement du système de santé et la pérennisation des interventions de lutte contre le paludisme, répond au principe de « trois en un » : un seul Plan stratégique, un seul mécanisme de coordination nationale, et un seul système de suivi / évaluation. La prise en compte des indicateurs de processus, de résultats et d'impact, permettra de faire les évaluations à mi parcours et finale du présent Plan Stratégique Quinquennal pour « Faire Reculer le Paludisme ».

INTRODUCTION

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, « 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 »². On estime que, dans de nombreux pays, les dépenses consacrées au paludisme peuvent atteindre 40 % des dépenses 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.

Au Bénin, cette maladie représente 39,7 % des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires et se situe au premier rang des principales affections dont souffrent les communautés en 2006. Le paludisme est la première cause d'hospitalisation (24,7 %) et de décès. Il sévit dans toutes les régions du Bénin où il induit de profonds bouleversements socio-économiques dont l'ampleur reste encore à mesurer. Face à cette situation, le Bénin s'est doté depuis 1992, d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ce Programme a mené plusieurs activités de lutte antipaludique à travers diverses stratégies et approches. En 1997, les activités ont été renforcées par la stratégie de Lutte Antipaludique Accélérée (LAPA). Les objectifs fixés à ce Programme portent sur le renforcement des capacités de lutte contre le paludisme dans certaines zones sanitaires.

En 1998, est né un mouvement mondial "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) ou "Roll Back Malaria" (RBM). Il s'agit d'une nouvelle initiative de lutte contre ce fléau lancée sous l'impulsion de l'OMS et de ses partenaires : le PNUD, l'UNICEF et la Banque Mondiale. Le Bénin s'est engagé à soutenir cette initiative lors de sa participation au Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement à Abuja (Nigeria) en avril 2000 et en mai 2006.

La lutte antipaludique figure au nombre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) comme l'une des cibles mondiales pour 2015 et la période 2001-2010 a été déclarée par les Nations Unies comme « Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette initiative, le PNLPP s'est doté en 2001, d'un Plan Stratégique Quinquennal 2001-2005. Au terme des cinq années de sa mise en œuvre, ce plan a connu une évaluation en 2006. Les résultats de cette évaluation ont montré d'importants acquis à renforcer pour garantir une pérennisation des interventions.

Le présent Plan Stratégique Quinquennal basé sur la nouvelle Politique de lutte contre le paludisme, vise à mettre à l'échelle les interventions prioritaires de la lutte antipaludique pour la période de 2006 à 2010. Il se veut un cadre de référence et un outil d'orientation pour tous les acteurs et partenaires déjà impliqués ou susceptibles d'être impliqués dans l'exécution des activités. Dans ce contexte, le plan a pour ambition de créer les conditions pouvant permettre d'intensifier la mise en œuvre des interventions préventives et curatives dont l'impact sur la mortalité et la morbidité est prouvé, d'améliorer l'accès universel au traitement et d'amplifier significativement la couverture des interventions efficaces.

² Plan stratégique mondial FAIRE RECULER LE PALUDISME 2005-2015 - pp1.

CHAPITRE I

GENERALITES SUR LE BENIN

1.1. Caractéristiques générales :

Situé en Afrique Occidentale et sur le Golfe de Guinée, le Bénin 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.

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).

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.

CARTE ADMINISTRATIVE DU BÉNIN

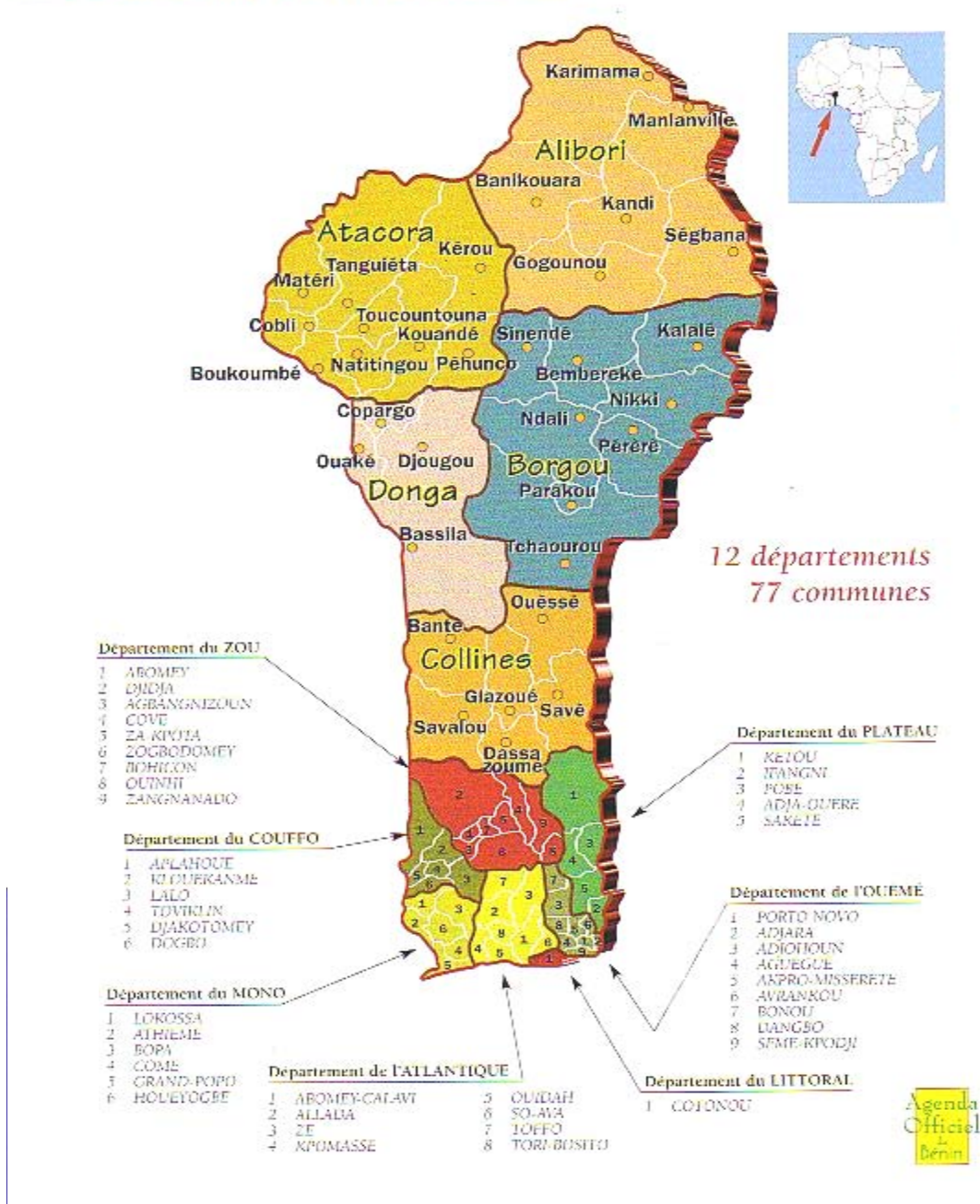


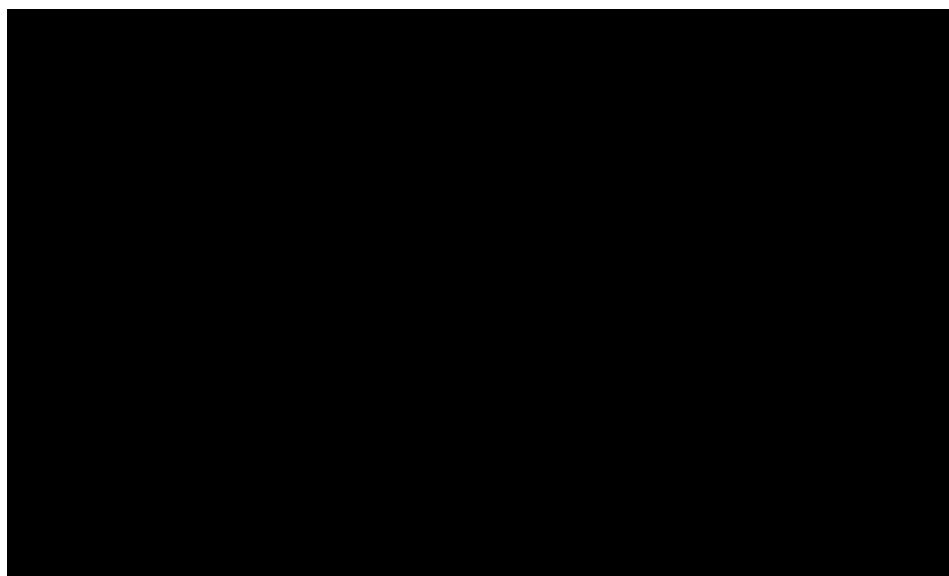
Figure N° 1 : Carte administrative du Bénin

La situation démographique

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 à 3,2 %. Selon les projections démographiques réalisées, la population du Bénin serait de 7.697.915 habitants en 2006. 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 de la population, gage de son dynamisme, constitue cependant une contrainte au regard des défis importants qu'elle impose 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 »³.



Source : INSAE, RGPH3, 2002

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

³ **Ministère de la Santé**, Annuaire des Statistiques Sanitaires du Bénin ; 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.

Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSB-II de 2001 et à l'EDSB-III de 2006, il semblerait que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse importante, passant de 78 ‰ pour la période 1996-2001 à 62 ‰ pour la période 2001-2006. De même, la mortalité infantile aurait connu une baisse importante, passant de 89 ‰ à 67 ‰ au cours de la même période (* EDS 2006 : Rapport préliminaire)

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

1.2. Situation socio – économique :

Sur le plan économique, le Bénin est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ) : 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 37 %. 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 de 1996 et 2001, on note que l'incidence de pauvreté non monétaire est passée de 43,4 % en 1996 à 49,0 % en 2001.

Tableau I : Incidences globales de la pauvreté par milieu au Bénin

Milieu	1994-1995	1999-2000
Urbain	24,21	24,55
Rural	30,36	31,22
Ensemble Bénin	28,88	29,62

Sources : ELAM6, ELAM9, ECVR I et II

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 (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. 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 % le nombre 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 commencé 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.

Du point de vue 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. Chez les hommes, ce taux est de 48,2 % contre 28,1 % chez les femmes. Le taux net de scolarisation des filles est de 45,3 %. Le rapport Filles/Garçons est de 0,75 dans l'enseignement primaire et 0,59 dans l'enseignement secondaire⁴. 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 Béninois 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 » (Tiapanil, 1985).

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

⁴ *Annuaire des Statistiques Sanitaires* du Ministère de la Santé - SNIGS – 2005

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.

1.3. Profil sanitaire et épidémiologique

L'analyse du profil sanitaire et épidémiologique met en exergue le système sanitaire, ses caractéristiques et les défis majeurs auxquels il est confronté.

1.3.1. Profil sanitaire

Sur le plan organisationnel, le système de santé est calqué sur le découpage administratif. Ce découpage qui a une structure pyramidale, comprend trois niveaux distincts : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique. Le tableau ci-après, résume l'organisation de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé.

Tableau II : Système national de santé au Bénin en 2006

<i>NIVEAUX</i>	<i>STRUCTURES</i>	<i>institutions hospitalières et Spécialités socio-sanitaires</i>	
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) - Centre National de Pneumo-Phtisiologie - Centre National de Psychiatrie - Centre National de Gériatrie	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie -Gynéco-obstétrique -Radiologie -Laboratoire -O.R.L -Ophtalmologie -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	- l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune(HOMEL) - Centre Hospitalier Départemental (CHD) - Centre d'Information, de Prospective, d' Ecoute et de Conseil (CIPEC) - Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL) -Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè -Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie - Gynéco-obstétrique - ORL- - Ophtalmologie -Radiologie -Laboratoire - Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	- Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé (CS) - Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) -Formations sanitaires privées -Maternités et dispensaires isolés -Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) -Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	-Médecine générale - Chirurgie d'urgence -Gynéco-obstétrique - Dispensaire - Maternité - Alphabétisation - Loisirs -Radiologie -Laboratoire - Pharmacie -Dispensaire -Maternité - Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Soins -Accouchements -Caisse de pharmacie

Source : DPP/SSD – SNIGS

Dans ce contexte, l'organisation du niveau central est régie par le Ministère de la Santé (MS) qui est chargé de « mettre en œuvre la politique définie par le gouvernement en matière de santé ». A cet effet, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

L'organisation du niveau intermédiaire est, quant à elle, régie par les Directions Départementales de la Santé (DDS), qui sont chargées de la mise en œuvre au niveau du département, de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification, de la coordination de toutes les activités des services de santé et de la surveillance épidémiologique dans les aires sanitaires de leur ressort.

Enfin, le niveau périphérique est représenté par la zone sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. La zone sanitaire est constituée d'un réseau de services publics et privés de premier contact (tous les centres de santé au niveau des communes, arrondissements et villages) appuyé sur un hôpital de première référence, public ou privé.

Sur le plan des infrastructures sanitaires, le système de santé comprend :

- 671 formations sanitaires dans le secteur public et 631 formations sanitaires dans le secteur privé, soit un total de 1 302 formations sanitaires. Le ratio habitant/formation sanitaire est 4 738.
- 6 684 lits d'hospitalisation sont recensés dans le secteur public, soit un ratio de 923 habitants pour un lit.

Sur le plan des ressources humaines, le système sanitaire béninois dispose en 2005, de 5 623 agents de santé dont 1 167 exercent dans le secteur privé ; 82 % de ces agents sont des paramédicaux. En moyenne, on compte un médecin pour 7 011 habitants, un infirmier pour 2 799 habitants, une sage-femme pour 1 317 habitants et un technicien de laboratoire pour 476 habitants. Toutefois ces ratios sont loin d'être ceux souhaités et prouvent qu'une insuffisance en personnel de santé reste à combler. Ces dispositions ont permis de rendre disponible un réseau sanitaire vaste et diversifié dans toutes les régions du Bénin. Ainsi, la gamme des soins qui y sont dispensés, témoigne de la nécessité pour les prestataires de mettre à la disposition des communautés les services qui répondent à leurs besoins et dont elles peuvent assumer le coût.

1.3.2. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par une prédominance de maladies transmissibles avec des taux élevés de morbidité et de mortalité, une mortalité croissante liée aux maladies non transmissibles et une mortalité infanto juvénile et maternelle élevée. Ce profil est déterminé par la qualité du milieu de vie, les conditions écologiques et climatiques, la capacité des services de santé à jouer pleinement leur rôle et les comportements des individus.

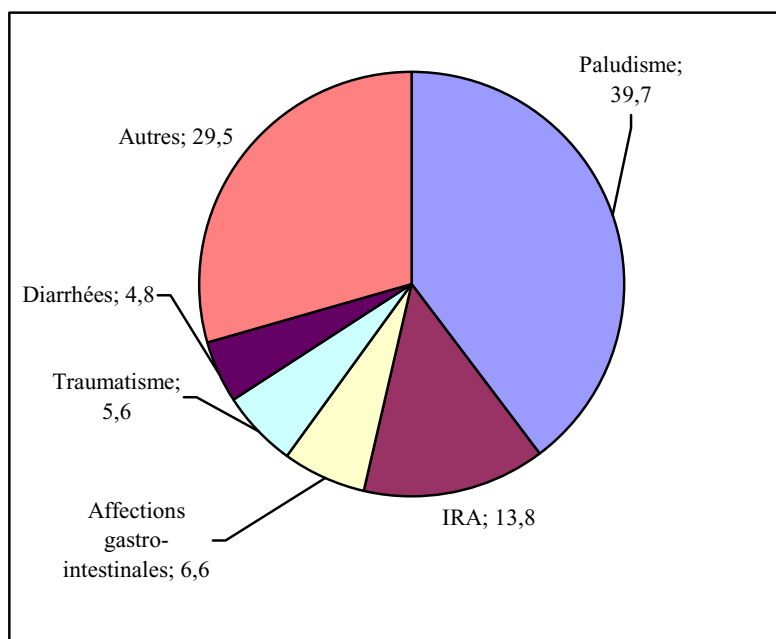
Sur le plan statistique, le Bénin est caractérisé par des pathologies variées, avec une prédominance des affections endémo épidémiques dont la plus importante est le paludisme. Les principales maladies au sein de la population générale reçue en consultation en 2005 par ordre décroissant, sont présentées dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Répartition des affections rencontrées en consultation par ordre décroissant dans la population au Bénin en 2005

Principales affections	Total	Pourcentage
Paludisme	898 949	36 %
IRA	346 037	14 %
Affections gastro-intestinales	175 012	7 %
Traumatismes	156 578	6 %
Diarrhées	132 324	5 %
Anémies	98 961	4 %
Affections dermatologiques	64 115	3 %
Hypertension artérielle	38 028	2 %
Autres affections oculaires	27 922	1 %
Affections bucco-dentaires	28 652	1 %
Reste des affections	535 132	21 %
Total des cas	2 501 710	100 %

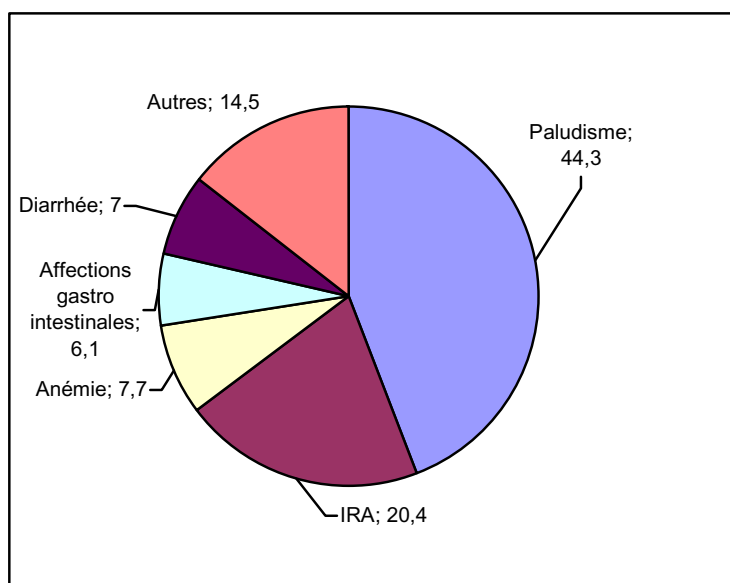
Source : SNIGS/DPP/MSP, 2005

Le paludisme se situe au 1^{er} rang des affections dont souffrent les communautés. En effet, il représente en 2005, 36 % des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires pour la population générale et 41 % chez les enfants de moins de cinq ans (figure N° 3). Le taux d'incidence moyen du paludisme simple est de 108 ‰. Ce taux d'incidence est nettement plus élevé chez les enfants de moins de cinq ans : 491 ‰ pour les enfants de moins d'un an contre 197 ‰ pour ceux d'un à quatre ans. Le taux d'incidence du paludisme grave en 2005 est de 15 ‰. Il est également très élevé chez les enfants de moins de 5 ans : 84,0 ‰ pour les enfants de moins d'un an contre 42,0 ‰ pour les enfants d'un à quatre ans. La létalité moyenne du paludisme grave est de 12 ‰.



Source: SNIGS/DPP/MS, 2006

Figure N°3.- Les Cinq premières affections rencontrées en consultation dans les formations sanitaires au Bénin en 2006



Source : SNIGS/DPP/MS, 2006

Figure N° 4 : Cinq premières causes de consultation des enfants de 0 à 5 ans dans les formations sanitaires au Bénin en 2006

CHAPITRE II

SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

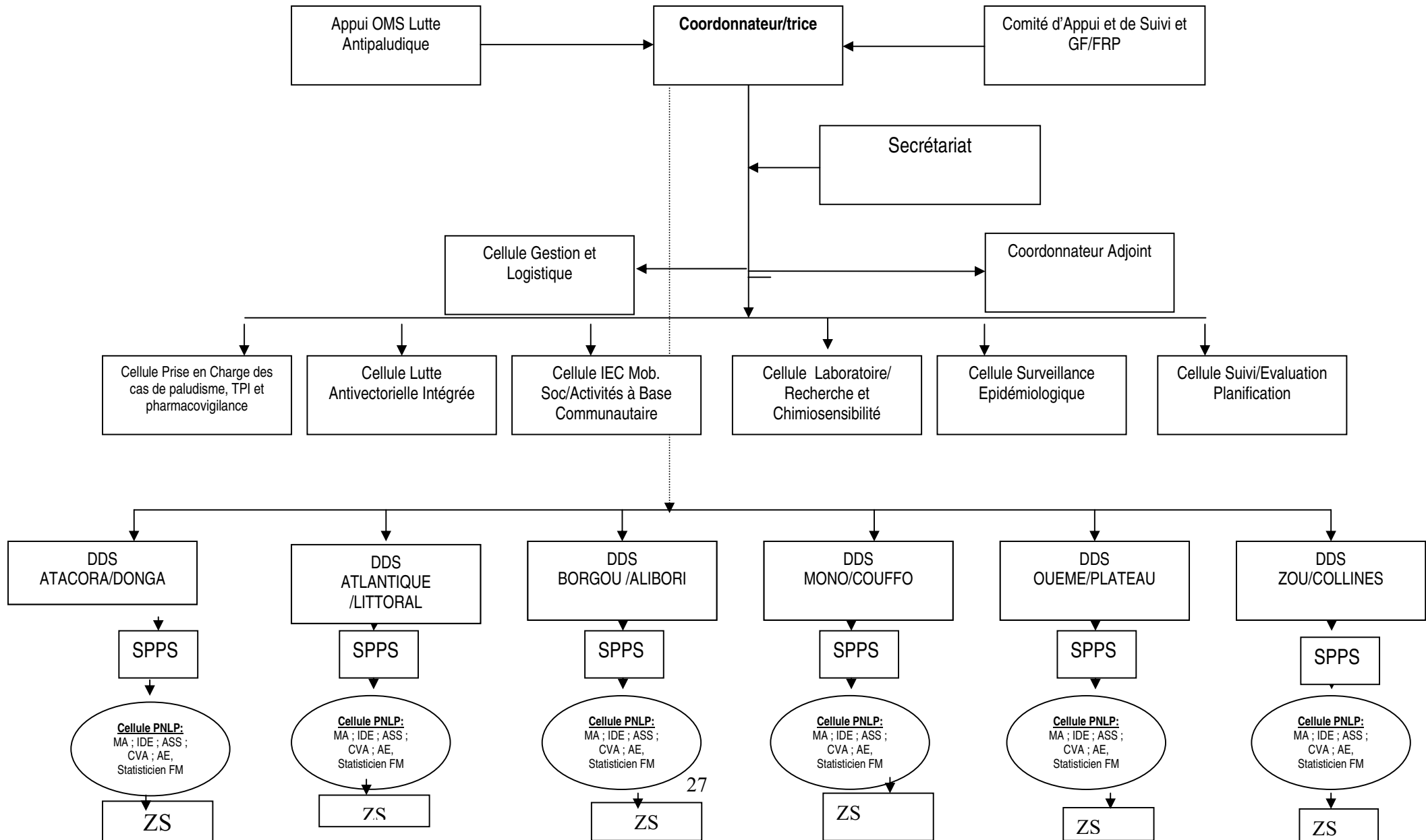
2.1. Cadre institutionnel et organisationnel :

L'analyse du cadre institutionnel et organisationnel révèle que la lutte antipaludique a été marquée par la mise en œuvre de nombreuses stratégies qui explicitent aujourd'hui la situation épidémiologique de la maladie. Ainsi, de 1986 à 1992, les interventions en matière de lutte contre le paludisme ont été exclusivement menées dans les formations sanitaires. C'est en 1991 qu'un avant-projet du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été élaboré. Cet avant-projet a été suivi de l'élaboration en 1992 d'un premier Plan quinquennal de lutte contre cette endémie couvrant la période de 1992 à 1996. Ce plan, à cause de son caractère vertical et centralisé et surtout du manque d'engagement financier au niveau national 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 chimiosensibilité du plasmodium à la chloroquine et la création des centres d'imprégnation de moustiquaires en 1996.

De 1997 à 1999, à l'instar de nombreux pays africains, le Bénin a bénéficié d'un financement de l'OMS, dans le cadre d'un plan de lutte antipaludique accélérée (LAPA). Au cours de cette période, les actions menées ont permis de renforcer les capacités de prise en charge des malades et d'évaluer l'efficacité thérapeutique de la chloroquine.

En juillet 1998, le Dr Harlem GRO BRUNDTLAND, alors Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé un programme ambitieux pour les pays touchés par le paludisme au regard des conséquences qu'occasionne la maladie sur les plans économique et social. Il s'agit de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme », adoptée au Bénin en 1999. Les actions qui ont suivi ont porté sur une campagne d'information qui a permis de renforcer l'engagement national, confirmé par l'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 et récemment en mai 2006.

Figure N°5 : Organigramme du PNLP



2.2. Epidémiologie du paludisme au Bénin :

En référence à l'endémie palustre, deux (2) profils épidémiologiques basés essentiellement sur des données éco climatiques caractérisent le Bénin. Dans ce contexte, l'espèce plasmodiale la plus dominante est le *Plasmodium falciparum*. Cinq espèces d'anophèles interviennent dans la transmission du paludisme :

- *Anopheles gambiae s.s*
- *Anopheles arabiensis*
- *Anopheles melas*
- *Anopheles funestus*
- *Anopheles nili*.

Le complexe *Anopheles gambiae* est présent sur toute l'étendue du territoire national. Cet aperçu de la situation épidémiologique du paludisme permet également de mieux interpréter le cadre institutionnel qui repose sur les services médicaux, l'historique de la lutte contre le paludisme, la distribution des ressources et leur impact sur la prise en charge de la maladie.

2.3. Analyse diagnostique de l'évaluation du plan stratégique :

Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre le paludisme

○ Forces

Les points forts peuvent se résumer comme suit :

- Disponibilité des documents stratégiques : Politique Nationale de lutte contre le paludisme et son cadre de mise en œuvre, Plan National de Communication/Mobilisation Sociale, Politique et Plan Stratégique de mise à l'échelle des IBC ;
- Décentralisation du PNLP jusqu'à niveau intermédiaire : une cellule PNLP existe dans chaque département ;
- Leadership technique du PNLP ;
- Expérience de contractualisation avec les ONG nationales et les radios communautaires ;
- Disponibilité d'une expertise nationale ;
- Documentation des meilleures pratiques de lutte contre le paludisme au Bénin ;
- Bonne collaboration avec la PCIME (prise en charge), la DSF (paludisme et grossesse), la DHAB, le PNLO, le PEVG (lutte antivectorielle), le SNIGS (Suivi/Evaluation)
- Surveillance régulière de l'efficacité des antipaludiques et de la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- Existence d'un mécanisme de contrôle de qualité en matière de diagnostic microscopique du paludisme.

○ **Faiblesses**

Malgré l'existence des forces, on note quelques faiblesses qui se résument en ces points :

- Insuffisance de moyens pour assurer la disponibilité permanente des MII et des CTA,
- Faible participation du secteur privé et autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le paludisme,
- Insuffisance de suivi des agents de santé après les formations,
- Non disponibilité des données sur le paludisme chez les femmes enceintes pouvant être intégrées dans les outils du SNIGS,
- Faible vulgarisation des documents stratégiques et des résultats de recherches sur le Paludisme au Bénin,
- Planification insuffisamment coordonnée entre le PNLP et les Zones Sanitaires,
- Absence de système de contrôle de qualité des moustiquaires,
- Distribution des moustiquaires non toujours orientée vers les cibles (femmes enceintes et jeunes enfants)
- Insuffisance de personnel impliqué dans la gestion du programme essentiellement aux niveaux intermédiaire et central

○ **Opportunités**

Les différentes opportunités s'articulent de la façon suivante :

- Volonté politique manifeste,
- Environnement social favorable,
- Engagement des partenaires,
- Disponibilité du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et du *Booster program for Malaria Control*,
- Initiative du Président Bush pour la lutte contre le paludisme (PMI)
- Forte demande en moustiquaires imprégnées,
- Engagement des acteurs communautaires (chefs d'établissements scolaires, leaders d'opinion, chefs religieux, tradipraticiens, etc.),
- Couverture nationale élevée en CPN,
- Avènement de la décentralisation de l'administration territoire avec des Plans de Développement Communaux.

○ **Menaces**

Aux côtés des opportunités, il existe des menaces synthétisées de la manière suivante :

- Faiblesse du système sanitaire,
- Climat favorable au développement des gîtes larvaires,
- Faible pouvoir d'achat de la population,
- Pesanteurs socioculturelles,
- Faible implication des autres secteurs

En plus des actions porteuses menées au cours de la période 2001 à 2005, l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces a permis de mettre l'accent sur :

- la mise à l'échelle effective des interventions techniques du PNLP dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (CTA, MIILD, TPI, IBC, PCIME communautaire) ;

- le développement de la pharmacovigilance dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- le développement de la lutte intégrée contre le vecteur (LIV) y compris les autres moyens de lutte (biologiques) ;
- l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Intégré de Communication/Plaidoyer ;
- le renforcement de la supervision à tous les niveaux y compris communautaire ;
- la prise en compte des interactions entre le SIDA et le paludisme ;
- la disponibilité des Kits d'urgence pour la PEC du paludisme grave chez les jeunes enfants ;
- l'existence d'un plan national de formation/recyclage ;
- la révision des modules sur le paludisme dans les écoles de formation professionnelle ;
- la décentralisation, l'intégration, la contractualisation (avec les Zones Sanitaires, les ONG et autres structures communautaires), la collaboration intersectorielle et l'optimisation des coûts des interventions dans une vision de renforcement du système de santé ;
- Le renforcement du système de santé en accordant une attention particulière à l'intégration des interventions de lutte contre le paludisme aux autres aspects de la santé et du développement ;
- La poursuite du plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources ;
- Le respect des stratégies nationales de lutte contre le paludisme par les partenaires ;
- La réduction des frais d'imprégnation de moustiquaires ;
- Etc.

Ainsi, les éléments clés contribuant à l'atteinte des objectifs d'Abuja incluent :

- la mise en œuvre des campagnes intégrées de distribution des MIILD,
- le renforcement de la participation communautaire à la lutte contre le paludisme,
- une plus forte implication des autres secteurs du développement - y compris le secteur privé - dans la promotion de l'utilisation des MII ;
- la poursuite de l'effort de décentralisation des activités jusqu'au niveau opérationnel ;
- la planification des activités de lutte contre le paludisme depuis la base (ZS) vers le niveau national (PNLP) en tenant compte de leur pertinence et de leur efficience en vue de l'atteinte des objectifs d'Abuja ;
- la révision à la baisse des prix de cession des moustiquaires imprégnées.

Au total, en s'engageant dans ce mouvement mondial et régional, le Bénin s'est fixé pour objectif de réduire de moitié la mortalité et la morbidité liées au paludisme d'ici à l'an 2010 en assurant l'accès universel aux traitements efficaces. Pour répondre aux exigences d'une telle vision, le PNLP se dote du présent *Plan Stratégique Quinquennal pour « Faire Reculer le Paludisme »* (FRP) qui couvre la période de 2006 à 2010.

Situation du partenariat 2001 – 2005

Depuis 2002, un partenariat dynamique pour faire reculer le paludisme a été mis en place. Ce partenariat se caractérise par l'implication des plusieurs organisations nationales et internationales dans la lutte contre la maladie. Il s'agit de :

Le FMSTP (Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme) :

Mécanisme de financement pour une coalition mondiale contre trois maladies responsables de la pauvreté et freinant le développement. Le Bénin a bénéficié d'un financement de 5 073 150 USD à la 1^{ère} série et à la 3^{ème} série.

L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) accompagne le processus de lutte contre le paludisme à travers l'appui technique et financier à l'élaboration des documents de politique et de stratégies, le développement des capacités et la coordination, la planification, la mise en œuvre des activités et le Suivi/Evaluation des interventions.

L'UNICEF intervient dans le secteur de la santé et focalise ses actions dans trois zones sanitaires : Pobè/Kétou/Adja-Ouère (dans le département du Plateau), Abomey/Djidja/Agbangnizoun (dans le Zou) et Sinendé/Bembèrèké (dans l'Alibori). Le domaine d'avantage comparatif de l'UNICEF est la survie de l'enfant avec des interventions axées sur : la PCIME clinique, la PCIME communautaire et la recherche sur le TPI chez l'enfant.

La Banque Mondiale s'engage à contribuer à la lutte contre le paludisme pour une période de quatre ans. Cet appui financier permettra d'approvisionner le pays en antipaludiques à base d'artémisinine et en moustiquaires imprégnées à longue durée d'action.

L'USAID : (United States Agency for International Development / Agence américaine pour le développement international)

Il intervient dans la planification familiale, la lutte contre les mortalités maternelle et infantile, de même que les maladies infectieuses dont le paludisme.

- Les ONG internationales telles que PSI et MCDI assurent le marketing social des moustiquaires imprégnées, la promotion de la lutte contre le paludisme en milieu scolaire et au niveau communautaire.
- L'ONG AFRICARE s'investit depuis 2003 dans la lutte contre le paludisme dans les départements du Mono et du Couffo avec l'appui financier du Fonds Mondial. Les interventions développées portent sur la prise en charge des cas, la prévention, la mobilisation des communautés et le plaidoyer pour l'accroissement des ressources. Elles ont permis d'améliorer les couvertures en MII au niveau communautaire (49.890 MII cédées) et d'expérimenter la prise en charge du paludisme selon les directives de la nouvelle politique de lutte axées sur les CTA. Les actions de l'ONG AFRICARE sont soutenues dans la même région du Bénin par celle de

l'ONG Plan Bénin qui s'investit dans la PCIME communautaire et la promotion des MII.

Depuis 2003, la lutte contre le paludisme a enregistré l'implication d'une cinquantaine d'ONG nationales et d'une trentaine de radios locales qui interviennent dans l'encadrement des populations (promotion des MII et prise en charge des cas) sur l'ensemble du territoire national, notamment dans les zones à faible couverture, enclavées d'accès difficile. L'impact de leurs actions s'évalue à travers l'accroissement des niveaux de couvertures en MII et le niveau de connaissances des populations.

Le secteur privé (Association des Pharmaciens Privés "Pharm'action", les Laboratoires BAYER, etc.) apporte un appui pour la promotion des MILD et l'organisation des Journées Africaines de lutte contre le Paludisme (JAP).

Les comités de gestion des centres de santé (appelés COGECS) interviennent quant à eux pour assurer la disponibilité des médicaments dont les antipaludiques et des fournitures essentielles au niveau des formations sanitaires périphériques.

Enfin, la **communauté** est devenue un partenaire privilégié de la lutte contre le paludisme, à travers l'implication de plus en plus renforcée des comités de santé et des structures communautaires (Groupements de femmes, Groupements de jeunes, Relais communautaires, responsables religieux, enseignants, etc.) dans les interventions.

Toutefois la collaboration intersectorielle et l'implication du secteur privé à la lutte contre le paludisme constituent une préoccupation.

Au total, les actions du PNLP, associées à celles des différents partenaires sont tangibles sur le terrain. En référence aux données de base collectées en 2001, on note une importante évolution du point de vue des connaissances et pratiques liées au paludisme au sein de la population. Ainsi, étant une maladie de comportement, le paludisme pourra être contrôlé grâce à l'intensification des activités à base communautaire et de mobilisation sociale.

2.2. Leçons tirées de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2001 – 2005 :

L'évaluation de l'initiative FRP réalisée en mars 2006, révèle qu'en ce qui concerne **la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et à domicile**, la lutte contre le paludisme a connu une amélioration des couvertures par rapport à la qualité des soins. La proportion de Formations Sanitaires (FS) n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments de prise en charge du paludisme grave au cours des trois derniers mois et pendant sept jours de suite est de 83,33 % contre 41,7 % en 2001 et la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les FS est passée de 15,1 % en 2001 à de 72,88 % en 2005.

Toutefois, la qualité de la prise en charge du paludisme grave est en baisse, en raison notamment de la faible capacité financière de la population et l'insuffisance des plateaux techniques des formations sanitaires et de supervision des agents de santé. La proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les FS est de 38,17 % en 2005 contre 61,3 % en 2001. Ainsi, la mise en place d'un kit d'urgence pour la prise en charge du paludisme grave et le développement des ressources humaines (formations continues et de base) aidera à relever les défis.

Du point de vue de la communication, la politique et le plan de mise à l'échelle des IBC, de même que le plan de communication et de mobilisation sociale élaborés en 2003 ont insisté sur la responsabilisation du niveau opérationnel et plus particulièrement de l'équipe socio sanitaire locale. Mais le changement de politique n'a pas permis de mettre en place une politique conséquente d'approvisionnement communautaire en produits antipaludiques d'où la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les 24 heures à domicile est de 16,72 % contre 60 % prévus.

La stratégie de prévention du paludisme s'est concrétisée par le fait qu'au cours des cinq (5) années précédentes, le taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes a augmenté d'environ 8 à 10 fois pendant que leur prix a diminué de 5 à 6 fois au cours de la même période. Ainsi, plus de 828 335 MI ont été vendues à des prix subventionnés aux communautés. Le succès de la stratégie de prévention se traduit également par le fait que, dans la communauté, 64,58 % des femmes enceintes ont utilisé la chimioprophylaxie correcte ou TPI et neuf femmes enceintes sur dix ont fait au moins une CPN durant la grossesse. Il s'agit d'un bon résultat qui permet de dire que dans les communautés, près de 9 femmes enceintes sur 10 ont été exposées aux activités relatives à la prévention du paludisme pendant la grossesse.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête est de 40,62 % contre 60 % préconisé lors du sommet d'Abuja et celle des femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête est de 55,0 % contre les 60 %.

Evolution des indicateurs d'Abuja :

INDICATEURS	2001	2005	2006*	
			urbain	rural
Proportion d'enfants ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les 24h	18,5%	16,72%	31%	24,7%
Proportion d'enfants ayant eu le paludisme/fièvre et ayant bénéficié d'un traitement correct dans les FS	15,1	72,88	Non disponible	Non disponible
Proportion d'enfants atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les FS	61,3%	38,17%	Non disponible	Non disponible
Proportion de FS n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments de prise en charge du paludisme grave au cours des 3 deniers mois et pendant 7 jrs de suite	41,7%	83,33%	Non disponible	Non disponible
Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête	-	58,97%	55,7%	46,7%
Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête	4,4%	40,62%	25%	20,2%
Proportion de FE ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête	61,3%	55,00 %	55%	46,2%
Proportion de FE ayant dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	3,8%	31,67%	25,6%	19,7%
Proportion de FE ayant eu une chimioprophylaxie à la Chloroquine (ou au Traitement Préventif Intermittent à la SP)	43,3%	64,58%	88,5% 2,8%	82,3% 2,5%
Proportion de FE ayant eu au moins + CPN au cours de la grossesse	-	86,67%		

* EDS 2006 : Rapport préliminaire

2.4 Financement de la lutte antipaludique

Dès l'engagement d'Abuja, l'Etat béninois a pris la résolution d'allouer au secteur de la santé au moins 6 % du budget national. Le tableau III, présente l'évolution de l'ensemble du financement de la lutte antipaludique de 2001 à 2006.

Tableau IV : Evolution du financement de la lutte antipaludique au Bénin de 2001 à 2006 (en millions de francs CFA)

Source de financement	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BN	1 318	1 350	685	900	625	625
OMS	34	231	243	255	255	255
FAC	26	-	-	-	-	-
Fonds Mondial	-	-	-	500	480	664
UNICEF	7	7	7	7	7	7
Total	1 385	1 588	935	1 662	1 367	1 551

Source : SP / DPP / MS- Bénin

Cette contribution a permis la mise en place d'infrastructures et d'équipements dans l'optique de la décentralisation des activités du Programme (au niveau des départements et des zones sanitaires notamment). Aussi, est-il important de souligner la décision d'exonération cas par cas des droits de douanes sur les matériaux et produits de confection des moustiquaires par le Ministère des Finances, qui dénote d'un engagement politique au plus haut niveau. L'exécution des interventions de la lutte antipaludique a reposé sur la mise en place d'un mécanisme de mobilisation des ressources, à travers trois principales sources de financement que sont : l'Etat (Budget National), les partenaires au développement et les communautés.

De façon globale, les ressources allouées à la lutte contre le paludisme au Bénin de 2001 à 2005 sont estimées à environ vingt six millions quatre cent seize mille (26 416 000) \$US, tandis que les besoins pour la mise en œuvre du plan stratégique 2001-2005 ont été estimés à environ soixante seize millions (76 000 000) \$US : ce qui représente environ 34,8 % du montant attendu.

Aujourd'hui, une analyse diagnostique de la situation révèle des insuffisances et défis majeurs à relever dans la lutte contre le paludisme en rapport avec les mécanismes de gestion des services et des modalités de participation des communautés bénéficiaires.

CHAPITRE III

ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES

3.1 Orientations politiques :

3.1.1 Vision

La vision de la lutte contre le paludisme au Bénin comme dans la Région Africaine préconise que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique d'ici à 2030.

3.1.2 Mission

La mission du Programme National de Lutte contre le Paludisme est d'assurer l'accès universel à la prévention et au traitement du paludisme afin de permettre la réduction des taux de mortalité et de morbidité liés à cette maladie au sein de la population. Le présent Plan Stratégique FRP 2006-2010 doit permettre au Programme de renforcer la capacité de réponse du pays aux besoins de la lutte contre le paludisme, d'assurer le leadership politique et technique, une large information et la coordination des actions des partenaires.

3.1.3. Principes directeurs

Les principes et les valeurs qui sous tendent le présent Plan Stratégique sont basés sur le Plan ALAFIA 2025 du gouvernement béninois, la Politique nationale de lutte contre le paludisme et son cadre stratégique de mise en œuvre, 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 qu'il convient de mettre en évidence sont les suivantes : l'accès universel à une meilleure santé, le partenariat, la qualité des soins, l'efficacité, l'équité et l'obligation de rendre compte. De ce fait, les principes directeurs concernent le renforcement de la coordination de la lutte antipaludique à tous les niveaux, le renforcement de la collaboration avec la société civile, le secteur privé et autres secteurs de développement, l'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 le principe de « trois en un » : une seule coordination, un seul Plan stratégique et un seul mécanisme de suivi.

Décentralisation :

Qu'elle soit administrative ou sanitaire, elle constitue la réelle approche qui peut garantir i) la délégation réelle des moyens au niveau opérationnel ; ii) la planification des activités de lutte contre le paludisme depuis la base (ZS) vers le niveau national (PNLP) 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

Participation communautaire :

Bien que le niveau communautaire ne fasse pas partie de la pyramide sanitaire, il y a eu ces dernières années un engagement des populations à travers différents programmes de lutte contre la maladie avec l'implication des relais communautaires, les groupements féminins, leaders d'opinion. Le renforcement de la participation communautaire dans le processus de planification et de fourniture des services aux populations constitue un défi à relever. Des documents complémentaires seront élaborés pour préciser les directives en matière de prise en charge du paludisme au niveau communautaire.

Intégration :

- ❖ L'amenuisement des ressources, l'implication de partenaires divers et la nécessité de porter rapidement à l'échelle les interventions font prendre conscience de la nécessité de développer des mécanismes d'intégration et de coordination efficaces aux niveaux Régional, national et district.

- ❖ 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.

Quelques avantages de l'intégration

- Mise en commun des compétences
- Partage des expériences
- Contribution à l'atteinte des objectifs
- Contribution des ressources de différentes sources
- Moins de surcharge au niveau opérationnel

Le Bénin a expérimenté l'intégration au niveau opérationnel (Sème Kpodji) pendant deux ans et devra passer à la mise à échelle : la performance des programmes de lutte contre le paludisme influencent de manière significative : la santé de la reproduction, la santé infantile et les services de vaccination. Par conséquent les prestations fournies par les programmes pré ou post natal et PEV sont des opportunités pour la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de comprimés de SP pour le TPI.

Renforcement du système de santé :

Il est évident aujourd'hui que l'efficacité pratique des interventions de lutte contre le paludisme est une conséquence des 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'information, de la gestion financière, du suivi/évaluation et d'autres prestations de soutien. Donc le renforcement du système de santé est nécessaire et devra être souligné dans le plan stratégique comme processus pour améliorer et rendre pérennes les prestations dont bénéficient les populations les plus vulnérables.

Pérennisation :

L'un des principes de l'initiative de Bamako est la recherche de continuité dans les prestations de services offertes aux populations desservies par le niveau opérationnel. Ainsi la participation communautaire a été la clé de voûte pour le succès de cette initiative depuis les années 1990. La pérennisation de ces prestations ne sera possible que si les actions de lutte contre le paludisme seront intégrées dans le système de santé renforcé et la population s'approprie de cette lutte.

Approche sectorielle

Cette approche instaure un partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres secteurs de développement concernés : Education, Environnement, Famille, Municipalités etc. Chaque secteur doit définir ces propres activités de lutte contre le paludisme.

3.2 Orientations stratégiques

3.2.1 Défis à relever :

Les orientations stratégiques concordent avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Bénin et la vision mondiale de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme. Il s'agit notamment d'assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation correcte des CTA, des MIILD et de la SP pour le TPI. Les défis à relever au cours des cinq prochaines années dans la lutte contre le paludisme sont formulés à travers les objectifs de ce Plan Stratégique.

CHAPITRE IV

PLAN STRATEGIQUE 2006 - 2010

4.1 But, Objectifs et Résultats attendus :

4.1.1. But

Le but du plan stratégique national 2006 – 2010 est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations du Bénin

4.1.2 Objectif général

Réduire par rapport au taux de 2001, la mortalité et la morbidité dues au paludisme de 50 %, d'ici à 2010.

4.1.3. Objectifs spécifiques

En 2010 et par rapport à 2001,

- Assurer la prise en charge adéquate de 80 % des cas de paludisme simple chez les enfants âgés de moins de 5 ans à domicile et dans la communauté dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;
- Assurer la prise en charge adéquate de 80% des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires ;
- Assurer la prise en charge correcte de 80 % des cas de paludisme grave selon la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Amener 80 % des enfants âgés de moins de 5 ans à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Amener 80 % des femmes enceintes à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide;
- Assurer le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine - Pyriméthamine chez 80 % des femmes enceintes ;

4.1.4. Résultats attendus

A la fin de 2010,

- 80 % des cas de paludisme simple chez les enfants âgés de moins de 5 ans sont adéquatement pris en charge à domicile et dans la communauté dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;
- 80% des cas de paludisme simple sont adéquatement pris en charge dans les formations sanitaires ;
- 80 % des cas de paludisme grave sont correctement pris en charge selon la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- 80 % des enfants âgés de moins de 5 ans dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- 80% des femmes enceintes dorment sous la moustiquaire imprégnée ;
- 80 % des femmes enceintes observent le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine - Pyriméthamine.

4.2 Axes stratégiques

L'atteinte des objectifs de lutte contre le paludisme à l'horizon 2010 requiert la mise en place de dispositifs visant d'une part à prévenir la maladie et d'autre part à assurer une prise en charge adéquate des cas aussi bien dans les formations sanitaires qu'à domicile. Elle suppose l'identification d'axes d'intervention prenant en compte différents aspects de cette lutte dont notamment le renforcement des structures de gestion de la lutte à tous les niveaux, l'amélioration de la prise en charge des cas dans les centres de santé et au niveau de la communauté, la surveillance du vecteur (dont il faut assurer le contrôle) et du médicament (dont il faut maintenir l'efficacité thérapeutique).

Les axes d'intervention doivent tenir également compte de la prévention du paludisme (basée sur la lutte intégrée contre le vecteur et la prophylaxie chez les groupes spécifiques que constituent les femmes enceintes), de la promotion de la recherche et du renforcement de la communication intégrée.

Se basant sur les résultats attendus, les principaux axes d'interventions se présentent comme suit :

- ❖ La gestion de la lutte contre le paludisme/Partenariat pour faire reculer le paludisme ;
- ❖ La prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires, au niveau communautaire et à domicile ;
- ❖ La prévention du paludisme à travers la lutte antivectorielle intégrée et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ;
- ❖ La communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale ;
- ❖ La surveillance épidémiologique , entomologique et l'efficacité thérapeutique des antipaludiques, le suivi / évaluation de la lutte antipaludique ;
- ❖ La recherche.

4.3 Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en vue d'un impact :

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

Les moustiquaires imprégnées et en particulier celles dont l'imprégnation est faite au moyen 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 comme suit :

Impact " Cochrane review" d'essais de MII a montré que le taux d'utilisation de 80% (Lengeler, 2004),

- réduit de 50% l'incidence d'épisodes de paludisme simple dans les régions d'endémie stable,
- réduit de 45% le paludisme grave (20-63%),
- réduit de 29% la parasitémie élevée,
- réduit de 30% la prévalence de la splénomégalie,
- augmente la valeur moyenne de l'Hte de 1.7%.

Aussi pour obtenir une réduction drastique du fardeau du paludisme (morbidité et mortalité) il y a lieu d'améliorer ce recours et d'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 (80%) suppose une couverture de près de 95% au sein 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.

4.4 Modalités de mise en œuvre des stratégies :

4.4.1 Interventions essentielles intégrées :

Le cycle de la parasitose palustre impose une mise à l'échelle nationale des interventions de prévention et de traitement qui ont fait leur preuve dans certaines localités.

Après avoir mis en place tous les processus pour la prise en charge et la prévention dans le premier plan stratégique 2001 – 2005, c'est le moment d'utiliser toutes les opportunités de service (hôpitaux, centre de santé, poste de santé, cases de santé et domicile) et tous les acteurs possibles (secteurs : public, privé, confessionnel, société civile, ONG) dans le but de :

- Obtenir la réduction du fardeau du paludisme
- Traiter le paludisme – maladie à tous les niveaux
- Gérer le PNLP dans le cadre du renforcement du système de santé.

4.4.2 Interventions de soutien :

- Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme :

Elle consistera en un renforcement de la coordination du PNLP avec les mécanismes de suivi des différents financements qui existent pour le contrôle des activités et la transparence dans l'utilisation des fonds, l'élaboration des budgets - programmes annuels aux niveaux régions et districts, l'organisation de revues annuelles spécifiques au PNLP.

- Gestion des ressources humaines :

Elle comprendra entre autres le recrutement/affectation de personnel et surtout la formation et recyclage ;

- Gestion matérielle y compris la gestion des achats et approvisionnements :

Elle sera faite de la mise en place d'outils de gestion appropriés, l'organisation d'approvisionnements en MII et MEG de façon permanente à tous les niveaux du système.

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

Il s'agit du renforcement de la coordination des interventions des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en tenant compte des objectifs de 2010 et au-delà.

- Communication intégrée : CCC, plaidoyer et mobilisation sociale :

Il s'agit du renforcement de la mise en œuvre des activités de plaidoyer, de la mise en place du cadre de mobilisation sociale, de la promotion des interventions à base communautaire, et du renforcement de l'intégration de la lutte antipaludique aux SSP.

4.4.3 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 selon la périodicité suivante :

- **Au niveau national** : une supervision semestrielle formative et intégrée de tous les acteurs impliqués dans l'exécution des activités au niveau départemental ;

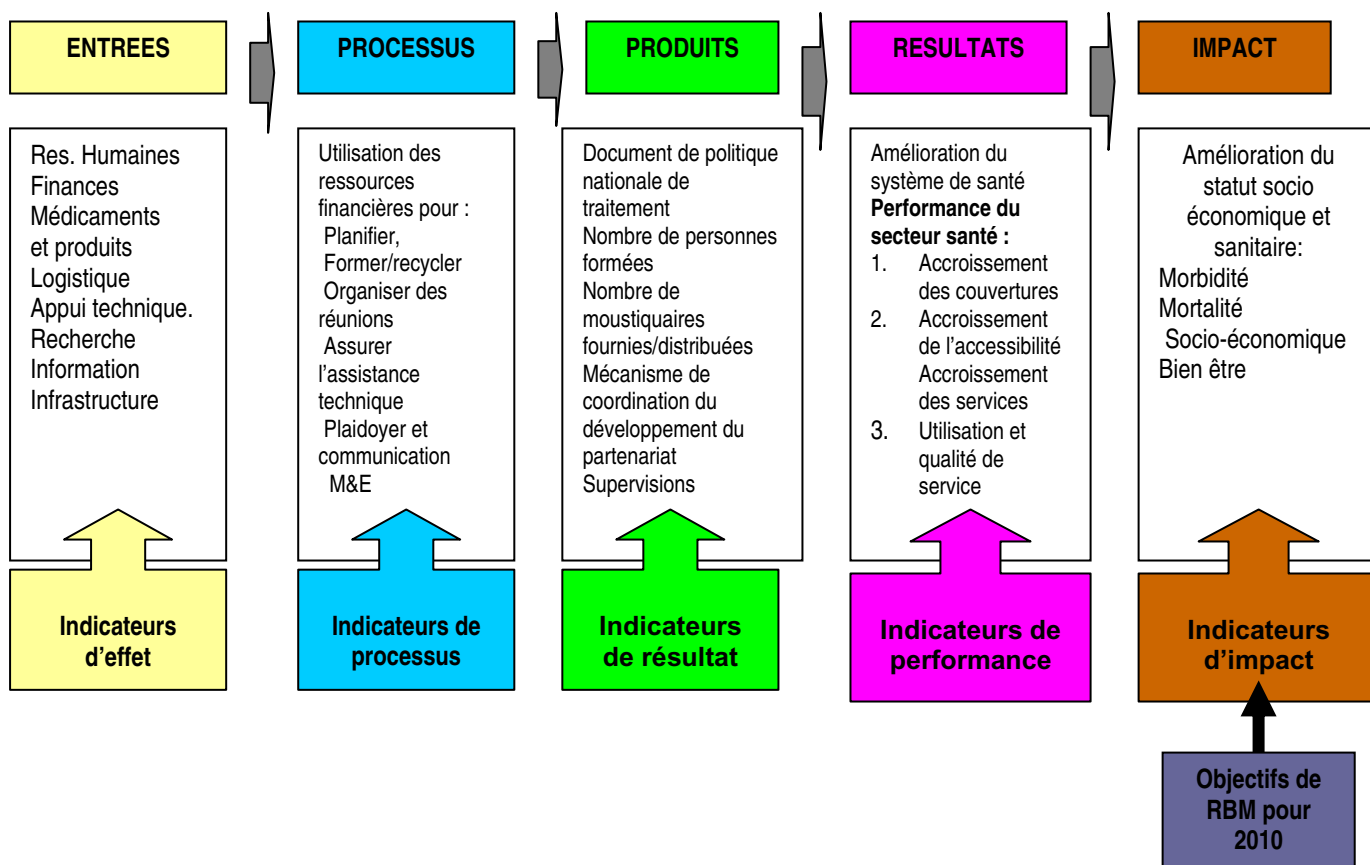
- **Au niveau départemental** : une supervision trimestrielle formative intégrée des acteurs impliqués dans l'exécution des activités au niveau des zones sanitaires ;
- **Au niveau périphérique** : une supervision mensuelle formative des acteurs impliqués dans l'exécution des activités au niveau des communes.

De façon concrète, la supervision consistera à investiguer la capacité technique et les compétences des acteurs à accomplir les tâches qui leur sont dévolues, tandis que le mécanisme de suivi mis en place permettra de vérifier la conformité de l'exécution des activités en rapport avec les micros planifications disponibles. Cette disposition devra favoriser des aménagements stratégiques au niveau des activités en cours d'exécution. Ainsi, la supervision des agents et le suivi des activités seront pilotés au niveau central par le PNLP, au niveau départemental par les DDS et au niveau périphérique par les Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires.

Le **monitoring semestriel** des interventions de lutte contre le paludisme intégré au monitoring des activités du PEV/SSP au niveau opérationnel devra être formalisé et généralisé.

Le renforcement de la **recherche** opérationnelle, de la recherche - action et de la recherche fondamentale contribuera à consolider le mécanisme de suivi et d'évaluation des interventions. Il permettra également d'améliorer les stratégies de mise en œuvre du Plan en les adaptant aux réalités du terrain.

Cadre de suivi - évaluation :



CHAPITRE V

CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1 Interventions essentielles intégrées :

5.1.1 Réduction du fardeau du paludisme :

5.1.1.1 Lutte intégrée des vecteurs :

Cible:

Amener 80 % des enfants âgés de moins de 5 ans à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;

Amener 80 % des femmes enceintes à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide;

Rappel de la situation actuelle:

La dynamique enregistrée dans la transmission des maladies à vecteurs, le changement de comportement des vecteurs, l'émergence des gènes de résistance aux insecticides dans les populations de moustique et de nombreux autres enseignements acquis dans la mise en place des stratégies de lutte antivectorielle passées ont orienté les choix vers une stratégie de Lutte intégrée contre les vecteurs pour les cinq années à venir.

L'avantage de cette approche est qu'elle prend simultanément en compte les vecteurs, le mode de transmission des parasites leur bio écologie et les divers Programmes nationaux impliqués dans la lutte contre les maladies à transmission vectorielle (Rapport OMS, 2005). Désormais, il ne s'agit plus d'éliminer uniquement les anophèles, mais de mettre sur pied des stratégies qui prennent en compte plusieurs vecteurs de maladies différentes (paludisme, filariose lymphatique, fièvre jaune, etc.). La stratégie de LIV repose sur le passage à l'échelle des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'action (MIILD), le développement des mécanismes pour rendre disponibles les kits d'imprégnation des moustiquaires contenant des formulations d'Insecticides de Longue Durée d'action (ILD), l'utilisation des larvicides dans les gîtes de moustiques, l'aménagement de l'environnement pour réduire la stagnation des eaux et le développement des gîtes larvaires et la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID). Toutefois, ces activités doivent être multisectorielles, multi partenariales et surtout s'inscrire dans la durée.

Stratégies:

Mise à l'échelle des MIILD

Utilisation des larvicides dans les gîtes de moustiques

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

Mise en œuvre de la PID dans les localités indiquées

Modalités de mise en œuvre :

Passage à l'échelle des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'action (MIILD) .

La campagne nationale intégrée de distribution gratuite des MILD aux enfants de moins de 5 ans est prévue en septembre 2007, dans le cadre de Malaria Booster Program de la Banque Mondiale. Après cette campagne la distribution des moustiquaires imprégnées à la nouvelle cohorte des nouveaux-nés, sera intégrée au PEV de routine en tenant compte de l'expérience en cours de certains partenaires (UNICEF, OMS , AFRICARE ...). Chaque femme enceinte recevra la MILD dans le Kit CPN au cours de la consultation prénatale.

Utilisation des larvicides dans les gîtes de moustiques

Plusieurs larvicides ont été testés ces trois (3) dernières années, dans le cadre de la lutte contre les vecteurs du paludisme et d'autres maladies transmises par les moustiques. Le Diflubenzuron par exemple, a été évalué avec succès en phases 1, 2 et 3 contre les larves d'Anophèles, de Culex et d'Aèdes (Rapport, CREC 2004). Le Bacillus Thuringiensis, larvicide biologique a également été testé en zone urbaine de Cotonou avec des résultats prometteurs (Rapport CREC, 2005). Dans un contexte

d'intégration d'outils efficaces de lutte contre les vecteurs, les larvicides seront utilisés en complément aux MIILD et en la pulvérisation intra domiciliaire pendant la période 2006 à 2010.

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

Les mouvements des populations vers les centres urbains tels que Cotonou, Porto-Novo et Parakou ont entraîné des explosions démographiques suivies d'une gestion irrationnelle de l'environnement. Plusieurs activités conjointes sur l'amélioration de la qualité de l'environnement des populations ont été initiées ces dernières années au Bénin entre le Ministère de la Santé, ceux de l'environnement et de l'urbanisme, les responsables de mairies et les centres de recherche tel que le CREC. Il découle de cette collaboration une nécessité d'agir sur l'environnement pour limiter la propagation de maladies à transmission vectorielle (paludisme, filariose lymphatique, fièvre jaune, etc.) et d'autres maladies liées à l'hygiène et à la salubrité (le choléra, la diarrhée, etc.). De nombreuses interventions et activités sont programmées dans le cadre de la réduction des gîtes larvaires au niveau communautaire : 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.

PID : Pulvérisation Intra domiciliaire (PID)

La pulvérisation intra domiciliaire à base d'insecticide à effet rémanent fait partie des interventions répandues dans les zones à paludisme in stable. Elles ont été utilisées avec beaucoup de succès dans les années 1950 dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'éradication mondial du paludisme.

Les pays de l'Afrique australe et de l'Afrique de l'Est pratiquent la PID depuis plusieurs années. Suite au sommet d'Abuja de mai 2006 et à la réhabilitation du DDT (juin 2006), il a été même recommandé aux pays à paludisme stable d'introduire la PID afin de potentialiser l'effet des MIILD.

Le projet « PMI » d'appui à la lutte contre le paludisme au Bénin a ciblé une introduction progressive de la PID dans les communes de Dangbo, Adjohoun et Bonou avec l'organophosphate ou carbamate.

Interventions

- Assainissement de la filière MIILD et ILD ;
- Contrôle de la qualité des MIILD
- Accessibilité des MIILD et PID aux populations ;
- Coalition multisectorielle pour la promotion des MIIL et PID efficace ;
- Assainissement de la filière « larvicide » et leur utilisation ;
- Coalition multisectorielle pour la promotion de la lutte contre les larves de moustiques
- Education des populations sur l'assainissement de l'environnement

Indicateurs de résultat :

- Proportion des foyers ayant au moins deux moustiquaire imprégnée d'insecticides (MIILD)
- Proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides. (MIILD)
- Proportion des femmes enceintes (autres groupes cibles) dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides. (MIILD)

5.1.1.2 Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Cible:

80 % des femmes enceintes observent le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine – Pyriméthamine.

Rappel de la situation actuelle:

La prévention du paludisme chez la femme enceinte a été faite pendant longtemps sur la base du médicament de référence qu'est la chloroquine. Cette chimioprophylaxie a donné de très bons résultats jusqu'à un passé récent. Mais, face à la Chloroquine - résistance élevée (35,2 %)⁵ et aux différents problèmes liés à l'observance de la chimioprophylaxie, le PNLP a opté pour une nouvelle approche en matière de prévention médicamenteuse du paludisme chez la femme enceinte par l'utilisation de la Sulfadoxine - Pyriméthamine en Traitement Préventif Intermittent. L'avantage de cette dernière approche réside dans le fait que la SP est utilisée en prise unique supervisée avec un moindre nombre de comprimés et une durée relativement plus courte par rapport à la chimioprophylaxie à la chloroquine et e Bénin présente également une bonne couverture en CPN.

Stratégies:

Mise à l'échelle 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 promouvoir l'utilisation de la SP chez toutes les femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent, afin de prévenir le paludisme au cours de la grossesse. Ceci suppose une meilleure information des agents de santé ayant la responsabilité de la prise en charge de ces femmes. La mise à l'échelle nationale des interventions techniques de prise en charge, des soins et de prévention contre ces maladies prioritaires demandent également une concertation périodique entre les responsables et techniciens de différents niveaux

Les interactions entre Paludisme et VIH pendant la grossesse, chez l'enfant et chez la mère constituent une préoccupation pour les Programme National de Lutte contre le Sida et le Programme National de Lutte contre le Paludisme. En Collaboration avec le PNLS, PNLP, DSF et DSIO , une stratégie nationale intégrée permettant de prendre en compte les activités de prévention du paludisme chez la femme enceinte séropositive sera développée et mise en œuvre.

Ainsi, les interventions suivantes sont proposées :

Interventions :

- Renforcement de la compétence des prestataires de soins des maternités ;
- Disponibilité constante en SP ;
- Développement d'une communication intégrée pour le CCC auprès des femmes enceintes sur le TPI dans le cadre de la consultation prénatale recentrée

Indicateurs de résultat :

Pourcentage de femmes enceintes suivant un traitement préventif intermittent conformément à la politique nationale.

⁵ PNLP : Etude d'efficacité thérapeutique des antipaludiques ; 2003

5.1.1.2.1 Traitement Préventif Intermittent Infantile à la sulfadoxine- pyriméthamine (TPIi/SP)

Rappel de la situation actuelle:

Le paludisme est une cause majeure de décès de nombreux enfants de 0 à 5 ans au Bénin. Des études récentes ont montré que plus de 23 % du taux de mortalité des moins de cinq ans en Afrique est attribuable au paludisme⁶. Selon les experts de l'initiative Faire Reculer le Paludisme, l'accélération rapide de la couverture des interventions en particulier, les préventives, peut amoindrir le fardeau du paludisme.

Les études antérieures ont prouvé l'efficacité et l'inocuité du TPIi ; les résultats de l'essai de recherche d'Ifaraka faire en Tanzanie sur l'utilisation du TPIi administré au cours du PEV de routine⁵ et les résultats d'un autre essai⁷ récemment publié suggèrent que le TPIi est efficace pour le contrôle et la prévention de l'anémie et du paludisme chez les nourrissons. Ces résultats semblent être corroborés par résultats préliminaires d'autres essais en cours, y compris un essai au Sénégal (Niakhar) qui a constitué en l'administration d'un traitement intermittent aux enfants de moins de cinq ans une fois par mois pendant la saison de forte transmission du paludisme (septembre-novembre 2002)⁸.

Au Bénin, cette stratégie pilote est mise en œuvre dans les zones d'interventions de l'UNICEF .

Interventions :

- Mise en place du TPIi dans deux zones sanitaires pilotes;
- Suivi et Evaluation du TPIi ;

5.1.2 Prise en charge du paludisme – maladie

5.1.2.1 Diagnostic du paludisme

Cible:

80% de confirmations diagnostiques du paludisme simple /paludisme grave sont réalisés dans les formations sanitaires pour les enfants de plus de 5 ans et les adultes

Rappel de la situation actuelle:

Le diagnostic est un volet essentiel dans la prise en charge du paludisme. La plupart des cas de paludisme sont actuellement traités sur la base de signes cliniques dans nos structures. Dans les régions endémiques pendant la saison de forte transmission palustre, une histoire récente de fièvre ou de corps chaud suffit pour suspecter le paludisme simple et instituer un traitement antipaludique.

Mais compte tenu du coût relativement élevé des CTA, leur commande est renforcée par l'utilisation des TDR et le renforcement des laboratoires déjà existants.

Stratégies:

Renforcement de la capacité des laboratoires à tous les niveaux,
Renforcement du système de conservation et d'utilisation des TDR

Modalités de mise en œuvre :

Réalisation de la goutte épaisse /frottis pour la confirmation du diagnostic dans les centres équipés chez les patients de plus de 5 ans ayant un paludisme simple ou faire le TDR dans les formations sanitaires périphériques non équipées;

⁶ Schellenberg D et al. *Intermittent Treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccination in Tanzania infants : a randomized placebo controlled trial* Lancet 2001 ; 357: 1471-1977

⁷ Magassa J et al. *Effect of Intermittent Treatment with Amodiaquine on anaemia and malarial fever in infant in Tanzania : a randomized placebo controlled trial*

⁸ Cissé B. IRD, Sénégal Communication personnelle Nov 2003

Réalisation de la goutte épaisse /frottis pour la confirmation du diagnostic chez les malades hospitalisés pour paludisme grave;

Interventions

Choix du produit, approvisionnement, gestion des stocks et distribution en TDR

Formation des agents de santé sur l'estimation des besoins et l'utilisation des TDR

Indicateurs de résultat :

Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture de stock continue de TDR recommandé au plan national.

Pourcentage des cas chez les patients de plus de 5 ans confirmés par le laboratoire ou le TDR

5.1.2.2 Prise en charge correcte et rapide du paludisme simple

Cible:

Assurer la prise en charge adéquate de 80 % des cas de paludisme simple chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans les formations sanitaires

Rappel de la situation actuelle:

L'une des principales stratégies dans la lutte contre le paludisme est la prise en charge des cas visant à assurer un accès rapide à un traitement efficace. Cela est défini comme l'accès au traitement dans les 24 heures suivant le début des symptômes.

Stratégies:

Mise à l'échelle des CTA pour le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées

Modalités de mise en œuvre :

Le Bénin donne un model de collaboration technique entre le PNLP et la PCIME dans le cadre de l'initiative Faire Reculer le Paludisme. La mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement par les CTA est une pratique nouvelle au Bénin qui, malgré un premier approvisionnement d'Arthémether – Luméfantrine ne couvre pas encore tout le pays. Aussi il y aura une extension progressive dans les autres localités non encore approvisionnées selon la disponibilité des CTA. Les agents de santé seront formés de façon intégrée sur les protocoles de traitement, l'utilisation des TDR, la pharmacovigilance et la quantification des besoins en CTA, TDR et MILD.

Un système de pharmacovigilance sera mis en place dans le même temps qui nécessitera un suivi régulier dans les structures de soins et dans la communauté pour détecter très tôt les effets du produit sur le bien-être des populations. Ces effets sont à la fois positifs et négatifs (effets secondaires et indésirables mineurs) tels que décrits ou non par la firme pharmaceutique. La mise en place de ce système de pharmacovigilance comportera une notification régulière des effets secondaires et indésirables rapportés par les consommateurs des médicaments, une collecte active et passive des données relatives aux médicaments, des analyses biochimiques, une analyse appropriée des données en vue d'une prise de décision adaptée pour la tolérance, l'observance et le suivi de la thérapeutique. Par ailleurs, un *feed back* de l'analyse des données collectées par le comité de pharmacovigilance sera fait aux firmes pharmaceutiques et à l'endroit des agents de santé à la base.

Interventions :

Approvisionnement et distribution réguliers des CTA

Gestion des stocks pour la disponibilité permanente des CTA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Renforcement des compétences des prestataires de soins sur la prise en charge, l'utilisation rationnelle des cta, la quantification des besoins en CTA et la pharmacovigilance

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

Renforcement du plateau technique des formations sanitaires (CS)

Indicateurs de résultat :

Proportion des enfants de moins de cinq ans (et d'autres groupes cibles) ayant le paludisme / de la fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les formations sanitaires.

5.1.2.3 Prise en charge du paludisme grave

Cible:

Assurer la prise en charge correcte de 80 % des cas de paludisme grave selon la politique nationale de lutte contre le paludisme

Rappel de la situation actuelle:

L'évaluation du Plan stratégique 2001 – 2005 a montré une baisse de performance quant à la prise en charge des formes graves de paludisme (61,3% en 2001 contre 38,17% en fin 2005 à l'évaluation). Cette situation serait due à la qualité de prise en charge d'une part et d'autre part à l'incapacité des patients (parents d'enfants) d'honorer les frais de prise en charge (Sérum glucosé 10%, Quinine, ...etc...)

Stratégies:

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

Modalités de mise en œuvre :

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 d'urgence pour la PEC du paludisme grave (sels de quinine et adjuvants) avec les orientations sur le mode de gestion

Interventions :

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 algorithmes de PEC des cas et 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

Disponibilité constante des médicaments de qualité pour la PEC des cas de paludisme grave

Indicateurs de résultats :

Proportion d'enfants référés/admis pour paludisme grave et qui ont bénéficié d'une prise en charge appropriée, efficace et gratuite

5.1.2.4 Prise en charge du paludisme au niveau communautaire et à domicile

Cible:

Assurer la prise en charge adéquate de 80 % des cas de paludisme simple chez les enfants âgés de moins de 5 ans à domicile et dans la communauté dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;

Rappel de la situation actuelle:

Le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Bénin. De nos jours, c'est une maladie qui est assez connue par les familles et les communautés à la base. Les mères d'enfants et autres parents prennent toujours des dispositions thérapeutiques dès l'apparition des premiers signes de la maladie avant de se rendre à l'hôpital. La qualité de ces premiers soins à domicile ou dans la communauté est d'une importance capitale pour l'évolution de la maladie. C'est pourquoi il est important d'améliorer la qualité de cette prise en charge à travers le renforcement des connaissances des mères d'enfants et autres acteurs communautaires impliqués dans la PEC du corps chaud à domicile, l'organisation d'une communication adaptée et la disponibilité constante en médicaments (CTA). Pour y parvenir, les interventions et activités à mener sont présentées à l'annexe 1 des activités par intervention.

Actuellement les Zones sanitaires ciblées par l'AFRICARE avec le financement du Fonds Mondial (3^{ème} série) assurent la disponibilité des CTA au niveau communautaire.

Stratégies:

Amélioration de la qualité de PEC de la fièvre/ paludisme simple à domicile et dans la communauté
Renforcement des connaissances des mères et de gardiens des enfants de moins de 5 ans de 17 pratiques –clés pour la survie de l'enfant.

Modalités de mise en œuvre :

Dans le cadre de l'amélioration de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant, le Bénin a opté pour les interventions qui privilégient la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) aussi bien au niveau des formations sanitaires que dans la communauté. Cette stratégie devra permettre de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme et autres maladies prioritaires chez l'enfant telles que la toux, la rougeole, la malnutrition, etc. à travers l'amélioration des techniques de prise en charge des cas et les 17 Pratiques Familiales et Communautaires. Une extension progressive de l'expérience de l'AFRICARE par rapport à la prise en charge des cas avec les CTA au niveau communautaire est prévue avec l'implication des ONG locales et Internationales. La cession des antipaludiques ainsi que des activités de communication de proximité en direction des groupes cibles que sont les mères d'enfants de 0-5ans, les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans seront développées par les RC et les groupements féminins.

Interventions :

Renforcement des capacités des mères d'enfants et autres acteurs communautaires (RC/ASBC, enseignants, tradipraticiens, etc.) sur la prise en charge et des connaissances des signes de repère du paludisme grave et les connaissances des pratiques communautaires clés pour assurer la survie de l'enfant

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

Mise en place progressive de la PCIME - Communautaire

Renforcement des capacités des acteurs communautaires

Indicateurs de résultats :

Proportion des enfants de moins de cinq ans (et d'autres groupes cibles) ayant le paludisme / de la fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures.

5.2 Interventions de soutien

5.2.1 Gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme

La mise en œuvre du Plan Stratégique précédent a été caractérisée 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.

5.2.2 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 ;

5.2.3 Gestion matérielle y compris la 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 (MILD) 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 MILD ;
- Suivre/Evaluer le processus d'achat et de distribution ;
- Mesurer la performance du circuit d'approvisionnement et de distribution

5.2.4 Gestion financière

Stratégies:

- Appui financier aux zones sanitaires pour la mise en oeuvre 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

Modalités de mise en œuvre

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

Indicateurs de résultat

Existence d'une estimation des besoins des CTA, TDR, MILD dans chaque ZS

5.2.4 Coordination du partenariat 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 oeuvre:

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 PNLP 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

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

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, plaidoyer 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

5.2.5 Communication intégrée : Plaidoyer, CCC, et mobilisation sociale

Cible:

Au moins 80% des populations des villes et du milieu rural appliquent un moyen de prévention y compris les mesures d'assainissement de base ;

Au moins 80% des mamans ou gardiens d'enfants de moins de 5 ans appliquent toutes les doses de traitement pour paludisme simple

Au moins 80% des mamans ou gardiens d'enfant de moins de moins de 5 ans connaissent les signes du paludisme grave

Rappel de la situation actuelle:

Le plan intégré de communication pour le renforcement de la lutte contre le paludisme 2006 – 2010 est 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 opte pour des stratégies et approches communicationnelles qui fondent l'approche écologique de la promotion de la santé. Il se basé sur le diagnostic communautaire et les facteurs déterminant les comportements individuels et collectifs en tenant compte de 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 ». Dans sa mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le plan intègre différents volets de la lutte antipaludique, différents secteurs de développement, différents acteurs et différentes stratégies, ressources et activités.

Stratégies:

- Plaidoyer
- Utilisation des techniques de CCC
- Mobilisation sociale

Modalités de mise en œuvre :

Tandis que dans le domaine du traitement, les comportements à promouvoir sont les suivants :

- les parents respectent la posologie du traitement chez les enfants,
- les parents recourent systématiquement aux soins adéquats dans les 24h après l'apparition des symptômes du paludisme ;
- les parents reconnaissent les signes de gravité du paludisme nécessitant le recours immédiat aux soins ;
- les agents de santé respectent toujours de prise en charge des cas de paludisme
- les populations sont impliquées dans l'assainissement de base et la destruction des gîtes larvaires

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, considérations culturelles et l'expérience acquise au niveau d'autres programmes. A l'issue de cet exercice,

Interventions :

Développer le plaidoyer en vue de :

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

Développer les techniques de CCC en vue de :

- Utilisation des MIILD
- Utilisation des services de CPN pour améliorer la couverture en TPI2

Indicateurs de résultats :

- tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous MII toute la nuit
- toutes les femmes enceintes dorment sous MII toutes les nuits ;
- toutes les FE pratiquent systématiquement le TPI au cours de la grossesse
- les populations détruisent les gîtes dans et aux alentours des concessions.
- les enfants fébriles de moins de 5 ans sont correctement prises en charge à domicile

5.3 Suivi de la performance et évaluation de l'impact

Le PNLP – Bénin dispose d'un Plan national de suivi – évaluation de la lutte contre le paludisme couvrant la période 2006 – 2010. Ledit plan a été élaboré sur la base de l'analyse des déterminants du suivi/évaluation. Les objectifs spécifiques que vise ce plan sont : 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 ; assurer la disponibilité des données sur le paludisme à travers la gestion de base de données sur le paludisme à tous les niveaux ; Mesurer périodiquement le degré d'exécution des activités planifiées à différents niveaux de la pyramide sanitaire ; mesurer annuellement le niveau d'atteinte des indicateurs de résultats du plan stratégique 2006 – 2010 ; évaluer annuellement le niveau de résistance des plasmodies aux antipaludiques et du vecteur aux insecticides.

5.3.1 Suivi/Evaluation

Cible:

CIBLES NATIONALES DE RBM ET INDICATEURS D'IMPACT DE BASE PROPOSES

A: Cibles de l'impact	A: Indicateurs d'Impact.
1. Réduire de 50% mortalité due au paludisme d'ici 2010 à partir des données de l'année 2000.	● Taux brut de mortalité (toutes causes) des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) ● Taux de mortalité due au paludisme des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) ● Taux de décès des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) admis dans des hôpitaux et des centres de santé disposant d'infrastructures d'hospitalisation
2. Réduire de 50% morbidité attribuée au paludisme d'ici 2010 à partir des données de l'année 2000.	● Morbidité attribuée au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles).

B. Cibles des Résultats (d'ici 2010)	B. Indicateurs de résultat
1. Au moins 80 % des sujets atteints de paludisme/fièvre auront accès à un traitement rapide adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes. 2. Au moins 80% des ménages cibles au niveau des districts disposeront de moustiquaires ou matériaux traités d'insecticides 3. Au moins 80% des personnes à risque, surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, dormiront sous moustiquaires ou matériaux traités d'insecticides 4. Au moins 80% des femmes enceintes à risque, surtout les primipares, auront accès à la chimioprophylaxie ou au traitement antipaludique intermittent	- Proportion des enfants de moins de cinq ans (et d'autres groupes cibles) ayant le paludisme / de la fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures. - Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme simple et correctement pris en charge dans les établissements de santé. - Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les établissements de santé. - Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture de stocks continue des médicaments antipaludiques de première intention et de deuxième intention recommandés au plan national. - Proportion des foyers ayant au moins deux moustiquaires imprégnées d'insecticides. - Proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides. - Proportion des femmes enceintes (autres groupes cibles) dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides. - Pourcentage de femmes enceintes suivant un traitement intermittent ou une chimio-prophylaxie antipaludique conforme à la politique nationale.

Rappel de la situation actuelle:

Indicateurs	2001	2005	2010	GAP de couverture
Couverture en MI des enfants de moins de 5 ans	4,40 %	40,62 %	80%	39,38 %
Couverture en MI des femmes enceintes	3,80 %	31,67%	80%	48,33 %
Pourcentage de cas de paludisme simple pris en charge correctement dans les formations sanitaires	15,10 %	72,88 %	80%	7,12 %
Pourcentage de cas de paludisme simple pris en charge correctement à domicile dans un délai de 24 heures après l'apparition des signes	18,50%	16,72 %	80%	63,28 %
Pourcentage de femmes enceintes sous TPI correcte	43,30%	64,58%	80%	15,42 %

Stratégies:

Mise en place d'un système de suivi régulier des activités pour le processus

Mise en place d'un système de monitoring intégré semestriel au niveau opérationnel pour mesurer les performances

Mise en place d'un système de supervision intégrée pour corriger améliorer le savoir faire des prestataires ;

Modalités de mise en œuvre :

Suivi du déroulement des différentes activités de lutte antipaludique,

Surveillance épidémiologique,

Contrôle du vecteur

Evaluation de la chimiosensibilité

Système d'information et de gestion logistique (SIGL)

Système d'assurance de qualité

Monitoring des différentes activités intégrées au PEV (performance)

Surveillance à base communautaire

Interventions :

Surveillance épidémiologique :

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 de la mise en place d'un bon système de surveillance épidémiologique permettra au programme d'avoir une vision plus large sur l'évolution des indicateurs clés. 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. Le PNLP renforcera la collaboration avec le SNIGS pour le suivi de la tendance du paludisme afin d'assurer chaque mois la disponibilité régulière de ces données au Programme.

Outre les données de routine à collecter, des enquêtes ou études ponctuelles doivent être organisées sur les effets et impacts des interventions antipaludiques sur la morbidité et la létalité palustres afin que le PNLP puisse répondre adéquatement aux besoins des populations. Aussi, le système de surveillance doit prendre en compte le volet communautaire, qui jusque là n'est pas développé. La majorité des cas de paludisme sont traités à domicile ou dans la communauté et ne sont pas notifiés. Il est donc important que le PNLP dispose également des données issues des communautés.

Surveillance entomologique

L'apparition des populations d'anophèles résistantes aux pyréthrinoïdes en Afrique nécessite la réalisation d'études sur la résistance, ses mécanismes, ses facteurs de sélection et son impact opérationnel sur le contrôle du paludisme. Les résultats obtenus dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest (Akogbéto et al. 2003 ; Awolola et al. 2002 ; Chandre et al. 1999 ; Diabaté et al. 2003 ; Djouaka et al. 2004) confirment la nécessité de mener des études de surveillance et de gestion de la résistance des anophèles aux insecticides.

En 1989, la résistance des anophèles aux pyréthrinoïdes est détectée et publiée pour la première fois au Bénin par l'équipe du CREC (Akogbéto et al. 1989). Au regard de l'impact de ce phénomène sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées et, grâce à l'apport financier de l'OMS-Bénin, de nombreuses études de suivi de la résistance ont été initiées de 2002 à ce jour. Les résultats actuellement disponibles révèlent la présence de plusieurs poches de résistance et font aussi ressortir une

propagation rapide de ce phénomène sur le territoire béninois (Akogbéto et al. 2002, Akogbéto et al. 2003, Akogbéto et al. 2004.).

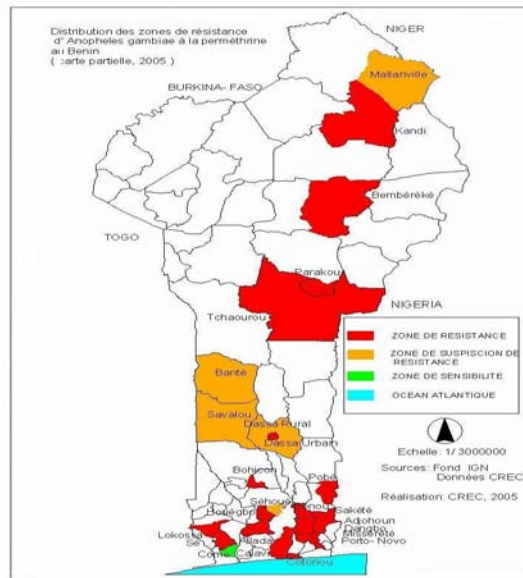


Figure N°6 : Cartographie de surveillance des zones de résistance d'A.g. à la perméthrine au Bénin

L'initiative Faire Reculer le Paludisme et plusieurs autres Programmes internationaux et nationaux ayant ciblé les moustiquaires imprégnées d'insecticides comme stratégie de prévention des maladies à transmission vectorielle, il urge de détecter et de cartographier la résistance, de surveiller son évolution dans les sites sentinelles entomologiques, de suivre la densité des vecteurs, les modifications dans leurs comportements et l'efficacité des moustiquaires imprégnées utilisés dans les communautés. Dans ce cadre, plusieurs activités de surveillance entomologique sont programmées en collaboration avec le CREC et surtout le test des autres insecticides (carbamates, organophosphate) pour les aspersions intra-intra domiciliaires éventuelles .

Surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques

Pour un meilleur contrôle de l'efficacité de la prise en charge des cas, il est important de vérifier régulièrement l'efficacité des différents antipaludiques utilisés. Cette surveillance se fera sur la base du protocole de l'OMS par une recherche active des enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre et venus consulter pour le paludisme simple avec l'implication de la FSS et ISBA . Toutefois, la surveillance passive mérite une dynamisation, compte tenu des nouvelles molécules de prise en charge des cas de paludisme simple.

4.3.3 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, PPPMT, 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

CHAPITRE VI

EVALUATION DES BESOINS

ANALYSE DES CARENCES

PROGRAMMATIQUES ET FINANCIERES

Le Plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Bénin pour la période 2006 – 2010 réunit des atouts quant au volet mobilisation des ressources. En effet certaines ressources avaient été déjà mobilisées avant la fin de la rédaction dudit plan. C'est pourquoi le sixième chapitre du plan ne s'est pas seulement intéressé à l'estimation budgétaire du plan mais a procédé à une analyse globale des besoins en tenant compte de la mise en œuvre des différentes stratégies retenues puis identifier les carences programmatiques qui en découlent (pertinence des stratégies retenues, des indicateurs, de la méthodologie de mise en œuvre et l'identification des gaps « besoins » en tenant compte de la conformité des objectifs par rapport aux normes internationales)

Dans une seconde phase une estimation budgétaire a été faite sur la base du plan opérationnel annuel et des informations contenues dans les plan connexes : suivi évaluation, communication intégrée et plan des approvisionnements.

Dans la 3^{ème} partie de ce chapitre un inventaire des mécanismes de financement en faveur de la lutte antipaludique a été fait et les ressources financières attendues ont été estimées. C'est suite à cet exercice qu'une analyse des carences financières a pu être faite.

Notons que ce processus a été fait dans un cadre global de plan stratégique (une innovation certaine) afin de permettre à tout lecteur de ne pas s'en tenir aux montants annoncés par tel ou tel financement.

6-1-Evaluation des besoins et analyse des carences programmatiques

Dans cette partie, il s'agit essentiellement de s'assurer que les stratégies mises en place favorisent la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation correcte des CTA, des MIILD et de la SP pour le TPI.

Ainsi le rappel des stratégies proposées par axe d'intervention, permet d'identifier les intrants nécessaires à la mise en œuvre des différentes stratégies. Le tableau ci-dessous fait une synthèse des intrants nécessaires à la mise en œuvre ainsi que des doses ou quantités pour la prévention et la prise en charge.

Evaluation des besoins (intrants)

Hypothèses de quantification des besoins

Plusieurs hypothèses ont permis de réaliser la quantification des principaux intrants nécessaires à la prévention et à la prise en charge du paludisme au Bénin. Les plus importantes sont décrites ci-dessous :

- Il faudra prévoir une moustiquaire pour 1,2 enfants pour l'année 2007. Les nouvelles naissances de 2007 à 2010 devront être couvertes par les services de vaccinations de routine.
- Les nouvelles cohortes d'enfants (enfants qui vont naître à partir d'octobre 2007) auront besoins de MIILD. Ces naissances attendues représentent 5 % de la population et le taux d'accroissement de la population étant de 3,4%, les besoins des années suivantes ont été faits en tenant compte de ces deux paramètres.
- Quant à la quantification des moustiquaires chez les femmes enceintes, nous avons utilisé les chiffres du RGPH en estimant le nombre de grossesses attendues à 5,22% de la population pour chaque année. Au nombre trouvé, nous avons ajouté un taux de perte de 10%. Il faut prévoir une moustiquaire par femme enceinte.

- En ce qui concerne la quantification des moustiquaires pour les adultes sauf femmes enceintes, nous avons retenu de distribuer en 2009 deux moustiquaires par ménage afin de nous assurer qu'à la fin de cette année, chaque ménage du Bénin disposera d'au moins deux MIILD. A défaut d'informations précises sur le coût de distribution de cet exercice, nous avons retenu 10% du coût total des MIILD comme coûts de distribution. Ce pourcentage a été également retenu pour les autres années.
- L'estimation des quantités de coartem et de TDR a été faite sur la base du nombre moyen d'épisodes de paludisme attendus par tranche d'âge, des chiffres de population et du taux de fréquentation des malades dans les formations sanitaires (EDS 2006). Ainsi pour l'année 2007, le nombre d'épisodes est respectivement de 3 ; 2 ; 1, 5 et 1 pour les 0-11 mois, 1-4ans, 5-14ans et 15 ans et plus. Pour les années 2008 et 2009, le nombre d'épisode est respectivement estimé à 2 ; 1,5 ; 1 ; 0,5 pour les mêmes tranches, enfin pour l'année 2010 le nombre d'épisode est respectivement estimé à 1,5; 1 ; 0,5 ; 0,2 pour les mêmes tranches. Notons que le nombre d'épisode de paludisme proposé tient compte des mesures de mise en œuvre des interventions de prévention.
- Les quantités de coartem ont été estimées par tranche d'âge en tenant compte des différents conditionnements. On estime que 1/3 des enfants de moins d'un an pèsent moins de 5kg et 2/3 pèsent entre 5 et 14 kg. De la même façon, 50% des enfants de 1 à 4 ans pèsent entre 5 et 14 kg et 50% pèsent entre 15 et 24 kg. Aussi, 25% des enfants de 5-14 ans pèsent entre 5 et 14 kg, 50% pèsent entre 15 et 24 kg, et 25% pèsent entre 25 et 34 kg. Toutes les personnes de 15 ans et plus pèsent 35 kg et plus.
- Une prévision de COARSUCAM ou de l'Artésunate Amodiaquine pour l'équivalent de 5% de la quantité de CTA a été faite pour prendre en charge les personnes intolérantes à l'artémether luméfantrine.
- En ce qui concerne les cas de paludisme graves, vu l'insuffisance de données précises sur la question, un consensus a été retenu avec les responsables du programme. A cet effet, il a été retenu que 12,19% (toutes les cibles) sont susceptibles de faire le paludisme grave chaque année.
- Selon la stratégie adoptée par le PNLP, le coartem sera mis en place uniquement dans les formations sanitaires publiques en 2007. Mais à partir de 2008, le traitement au coartem sera étendu aux formations privées. Il sera également mis en place le traitement à base communautaire du paludisme.
- Première dotation en médicament à donner aux structures sanitaires publique est gratuite pour les six premier mois. Ainsi pour assurer la continuité du processus d'approvisionnement en CTA , TDR et SP, nos projections n'ont pas tenu compte des différentes sources de financement mais du coût des intrants quelque soit la source de financement. ***Cependant puisse qu'au terme du sixième mois les structures doivent payer eux même leur commande de médicaments, les recettes obtenues devraient permettre à terme de réduire le GAP à combler par l'Etat (voir détail dans la partie financement des GAP).***
- Pour quantifier la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), nous avons tenu compte du nombre de grossesses attendues (naissances vivantes*1,15) soit **372603** (EDS 2006), du taux de perte de 10% et du nombre de doses (2 doses) à prendre pendant la grossesse et de la dose supplémentaire à prendre par les femmes enceintes séropositives.

- En ce qui concerne les quantités de TDR, nous avons supposé qu'ils représentent 85% du nombre d'épisode calculé par année. A cette quantité, nous avons prévu 10% de perte.
- Enfin les hypothèses ont permis de répartir les CTA dans les formations sanitaires et dans la communauté : Les formations sanitaires publiques et privées couvrent environ 70% de la population alors que la CTA au niveau communautaire concernera environ 30% de la Population.

Ces différentes hypothèses ont permis d'estimer les quantités des différents intrants nécessaires à la prévention ainsi qu'à la prise en charge du paludisme entre 2007 et 2010.

Tableau V : Répartition des quantités nécessaires de MIILD entre 2007 et 2010

	2007	2008	2009	2010	
INTRANTS	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	TOTAL
MIILD cohorte nouvelles naissances	1 530 500	490 925	433 354	469 507	2 924 285
MIILD femmes enseinte	316 774	481 299	497 663	514 584	1 810 320
MIILD autres cibles	0	0	2 683 733	0	2 683 733
TOTAL MIILD	1 847 274	972 224	3 614 750	984 090	7 418 338

Tableau VI : Répartition des quantités nécessaires de SP entre 2007 et 2010

	2007	2008	2009	2010	
INTRANTS	Dose	Dose	Dose	Dose	TOTAL
SP	940 256	972 224	1 005 280	1 039 459	3 957 219

Tableau VII : Répartition des quantités nécessaires de CTA entre 2007 et 2010

Type de plaquette	Nombre total de plaquette 2007	Nombre total de plaquette 2008	Nombre total de plaquette 2009	Nombre total de plaquette 2010	Nombre Total
Plaquette de 6	2 835 438	2 051 514	2 121 266	1 402 290	8 410 508
Plaquette de 12	2 916 300	2 107 255	2 178 902	1 281 979	8 484 436
Plaquette de 18	895 561	617 340	638 330	330 017	2 481 248
Plaquette de 24	3 464 702	1 572 478	1 399 732	485 369	6 922 281

Tableau VIII : Répartition des quantités nécessaires de Coasurcam entre 2008 et 2010

Type de plaquette	Nombre total de plaquette 2008	Nombre total de plaquette 2009	Nombre total de plaquette 2010	Nombre Total	Nombre total de boites de 25
Plaquette nourrisson	379 184	392 077	291 918	1 063 179	42 527
Plaquette petit enfant		19 604	14 596	34 200	1 368
Plaquette enfant		31 917	16 501	48 417	1 937
Plaquette adolescent		69 987	24 268	94 255	3 770

NB : En ce qui concerne l'année 2008, nous avons priorisé les 0 à 6mois pour leur prise en charge puisse que le Coasurcam n'est pas encore validé par l'OMS. En conséquence exceptionnellement pour cette année 2008 il faudrait prévoir des doses équivalentes à 379184 plaquette de Coasurmax en Artésunate Amoniaquine pour sauver les nourrissons en attendant la validation.

Tableau IX : Répartition des quantités nécessaires de Kit de PEC du paludisme grave chez les enfants de moins de 5ans entre 2008 et 2010

INTRANTS	2007	2008	2009	2010	TOTAL
	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	
Nombre de kit A pour enfants de moins de 5ans de moins de 10Kg	163 183	112 488	116 312	90 200	482 183
Nombre de kit B pour enfants de moins de 5ans de plus de 10 kg	301 998	234 199	242 162	166 930	945 289

Tableau X: Répartition des quantités nécessaires de TDR et de Goutte épaisse entre 2008 et 2010

INTRANTS	2007	2008	2009	2010	TOTAL
	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	
TDR tous sauf femme enceinte	6 588 896	6 403 814	3 696 103	3 603 073	20 291 885
Goute épaisse pour enfants de moins de 5ans(palu grave)	205 393	212 376	219 597	227 064	864 430

6-2-Carences programmatiques

6-2-1- Mise en œuvre et suivi évaluation du plan stratégique

Le présent plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme au Bénin, comme toute œuvre humaine présente certaines imperfections en vue de sa bonne mise en œuvre. En effet, le plan stratégique devrait permettre de disposer d'éléments permettant de :

- mesurer l'état d'avancement de la mise en œuvre des différentes stratégies retenues dans le plan stratégique ;
- s'assurer que les différentes interventions convergent vers l'atteinte des objectifs des retenus dans le plan stratégique ;
- mesurer le niveau de réalisation des objectifs du plan stratégique proposé.

La nouvelle politique de lutte contre le paludisme ne sera mise à l'échelle qu'avec la mise en œuvre de ce plan stratégique. Il n'y a donc pas de données de base (évaluation ultérieure) concernant cette nouvelle politique.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce plan stratégique, des carences programmatiques ont été identifiées et résumées en quatre points :

- Les composantes « appui à la gestion du programme » et « suivi évaluation et recherche » sont sous explorés. Elles doivent être mieux détaillées au fur et à mesure que le présent plan stratégique est mis en œuvre
- Les mécanismes de prises en charges au niveau communautaire sont complexes et difficiles à évaluer en termes de coût. Bien qu'une expérience pilote de prise en charge au niveau communautaire soit en cours dans les départements du Mono/Couffo , il n'existe pas de background fiable ou d'expérience pays réussie et documentée de mise en œuvre de CTA au niveau communautaire qui puisse servir de référence. En conséquence, les modalités de mise en œuvre des CTA au niveau communautaire n'ont pas été encore clairement définies si bien qu'il est difficile de faire une estimation à coût terme de logistique pour sa mise en œuvre. Les leçons qui seront tirées de l'expérience en cours avec le 7^{ème} round du Fonds Mondial gagné par un consortium d'ONG permettront de mettre en place un bon système de prise en charge du paludisme au niveau communautaire. Une directive nationale de prise en charge du paludisme au niveau communautaire sera élaborée pour servir de guide aux différents intervenants dans le domaine.
- Des mécanismes de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation du plan stratégique seront clairement définis dans le plan de suivi évaluation 2007-2010 du Programme National de Lutte contre le Paludisme en vue de permettre la bonne mise en œuvre et le bon suivi du plan stratégique.

6-2-2 Estimations budgétaires

Hypothèses de calcul des coûts

Les hypothèses suivantes ont permis d'estimer des coûts des intrants :

- La parité fixe FCFA et Euro est un gage de stabilité des coûts, d'où le choix de la monnaie locale FCFA ;
- En ce qui concerne le dollar US, les échanges avec certaines personnes ressources des banques ont permis d'établir 1 UDS autour de 470 FCFA au bout des trois années à venir sauf choc pétrolier ;
- Les coûts unitaires utilisés sont ceux utilisés par le PNLP et certains de ses partenaires pour les prévisions de 2008 ;
- Par rapport aux coûts de stockage et de distribution, ils représentent 10% du coût total d'acquisition ;
- Ne disposant pas des coûts du Coasurcam, nous avons supposé qu'il représente 10% du coût des CTA chaque année à partir de 2008 ;

Coût des intrants quantifiés par année

Les tableaux ci-dessous donnent les estimations du coût des différents intrants nécessaires pour la prévention et la prise en charge du paludisme au Bénin entre 2007 et 2010.

Tableau XI : Répartition des coûts des intrants pour la prévention et la prise en charge du paludisme au Bénin entre 2008 et 2010

INTRANTS	2007	2008	2009	2010	TOTAL2
MIILD	6 511 639 040	3 244 538 191	12 741 993 054	3 468 917 474	25 967 087 760
SP	220 960 050	228 472 691	236 240 763	244 272 949	929 946 453
CTA	5 865 927 555	3 352 011 174	3 255 468 589	1 604 767 213	14 078 174 531
Coasurcam		335 201 117	325 546 859	160 476 721	1 407 817 453
Kit A	628 907 435	433 526 877	448 267 271	347 631 241	1 858 332 824
Kit B	1 163 898 391	902 603 188	933 291 912	643 348 884	3 643 142 375
TDR	3 716 137 145	3 611 751 011	2 032 132 987	2 032 132 987	11 392 154 130
Goutte épaisse	308 089 646	318 564 694	329 395 894	340 595 354	1 296 645 588
TOTAL1	18 415 559 262	12 426 668 943	20 302 337 329	8 842 142 823	59 986 708 359

Il ressort de ce tableau que les coûts des intrants constituent l'essentiel du coût de prévention et de prise en charge du paludisme soit 80% en moyenne du coût total par année. L'appui des différents partenaires devrait donc essentiellement être orienté vers l'acquisition des intrants.

Estimation du budget global du plan stratégique

Les différentes étapes précédentes ont permis de proposer pour le plan stratégique une estimation du budget dont la synthèse est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau XII : Répartition du budget global en FCFA du plan stratégique par composante et par année entre 2008 et 2010

RECAPITULATIF	2006	2007	2008	2009	2010	Total 2006-2010
<i>Sous-total Composante: prévention du Paludisme</i>		7 821 887 994	3 940 769 951	14 395 738 373	4 311 494 670	30 469 890 988
<i>Sous-total Composante : prise en charge du paludisme</i>		12 185 817 958	9 607 170 812	8 164 889 505	5 496 723 754	35 454 602 030
<i>Sous-total Composante : Appui à la gestion du programme</i>		1 443 336 440	1 720 880 000	1 576 771 440	1 411 780 000	6 152 767 880
<i>Sous-total Composante : suivi-évaluation et recherche</i>		742 000 000	702 000 000	662 000 000	712 000 000	2 818 000 000
TOTAL GENERAL		22 193 042 392	15 970 820 764	24 799 399 318	11 931 998 425	74 895 260 898

NB : Pour plus de détails sur le budget, veuillez consulter les annexes

Commentaire sur le Budget

Sous reverse de l'amenuisement des carences programmatiques évoquées ci-dessus, le budget prévisionnel proposé devrait suffire à la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme au Bénin.

6-3- Mobilisation des ressources et analyse des carences financières

En vue de l'exécution du budget nécessaire à la mise en œuvre du plan stratégique, les ressources devront être mobilisées auprès des partenaires au développement et de l'Etat.

6-3-1 Estimation des ressources mobilisées par types de bailleurs et estimation des Ecart

Les partenaires au développement participent de plusieurs manières aux activités de lutte contre le paludisme au Bénin. En effet, ils interviennent sous forme d'appui technique, financier et matériel au PNLP. Ils interviennent également directement dans les communautés en s'appuyant sur les ONGs nationales et internationales.

Les investissements de bailleurs pris en compte dans cette partie concernent essentiellement le premier type d'intervention des bailleurs, c'est-à-dire celui sous forme d'appui au programme.

Plusieurs bailleurs appuient le PNLP dans l'atteinte de ses objectifs, les plus présents sont le PALP, le Fonds Mondial, le PADS, PMI, le Budget National, l'OMS et l'UNICEF.

Le tableau ci-dessous fait la synthèse de l'appui des principaux partenaires du PNLP (confère annexes pour les détails).

Tableau XIII : Répartitions des apports en FCFA par partenaire au PNLP et identification du gap à financer

RECAPITULATIF	Total apport PALP	Total apport PMI	Total apport Fonds Mondial	Total apport PADS	Total apport partenaires de 2006 à 2010	Budget National	Total Besoins de 2006 à 2010	GAP à financer
<i>Sous-total Composante 1: prévention</i>	2 711 426 616	9 094 500 000	0	1 162 500 000	12 968 426 616	1 125 000 000	30 469 890 988	16 376 464 372
<i>Sous-total Composante 2: prise en charge</i>	8 629 457 795	2 040 975 000	8 412 083 312	6 022 400 000	25 104 916 107	1 125 000 000	35 454 602 030	9 224 685 923
<i>Sous-total Composante 3: appui à la gestion du programme</i>	918 734 380	3 327 600 000	0	25 000 000	4 271 334 380	1 125 000 000	6 152 767 880	756 433 500
<i>Sous-total Composante 4: suivi-évaluation et recherche</i>	1 541 855 680	1 381 800 000	0	0	2 923 655 680	1 125 000 000	2 818 000 000	- 1 230 655 680
TOTAL GENERAL	13 801 474 471	15 844 875 000	8 412 083 312	7 209 900 000	45 268 332 783	4 500 000 000	74 895 260 898	25 126 928 115

NB : Notons que la liste des bailleurs n'est pas exhaustive, nous n'avons considéré que les grands investisseurs
1USD = 470 FCFA

Il ressort de ce tableau que la contribution de l'Etat au programme entre 2007 et 2010 est de 4,5 Milliards de francs CFA. En réalité cette contribution est légèrement plus importante puisque que nous n'avons pas tenu compte des salaires et primes du personnel du PNLP, des locaux du programme, de la consommation de l'électricité, du téléphone et de l'eau entièrement pris en charge par l'Etat. De toute manière, une extrapolation de ces charges ne dépasserait pas un milliard de franc CFA. ***Au total on peut conclure que l'Etat Béninois pour la lutte contre le paludisme dépensera entre 2007 et 2010 environ 8 milliards de francs CFA par ans contre environ 45,5 milliards de francs CFA pour l'ensemble des partenaires.***

Comme on le constate, la lutte contre le paludisme qui fait parti prenante des OMD et du DSRP est financée à **80% par l'extérieur**.

Dans le cadre de la mise en œuvre effective du présent plan stratégique, le gap à financer est d'environ **25,5 milliards de francs CFA**. L'Etat devra donc prendre ses dispositions pour assurer une grande partie de ce gap afin de restaurer sa place de régulateur et de garant de la santé des populations. En effet comme nous l'avons souligné plus haut, les intrants (MIL, TDR, CTA, SP, ...) constituent 80% du budget du plan stratégique. L'acquisition de ces intrants constituent à notre avis ce que nous pouvons appeler « des dépenses de souveraineté » pour lesquelles la participation de l'Etat doit être majoritaire.

6-3-2- Identification des mécanismes probables de financement

De tout ce qui précède, le financement du budget du plan stratégique présente un gap d'environ 32 milliards pour lequel il faudrait rechercher un financement.

Plusieurs mécanismes peuvent être mis en place pour obtenir ce financement :

- Décaissement de 45 à 50% par l'Etat, à cet effet, il suffira que la lutte contre le paludisme soit considérée comme une priorité pour l'Etat,
- L'utilisation du cumul des fonds déposés par les formations sanitaires pour acquisition de médicaments en compte bloqué à la CAME au terme de la première année du processus pour les approvisionnements de l'année 2.
- Plaidoyer de l'Etat à l'endroit de ses partenaires au développement après avoir prouvé sa bonne volonté par son investissement personnel ;
- Téléthon et autres types de collecte de fonds.

CHAPITRE VII

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BALLY A.** *La géographie du bien-être*. Paris, PUF, 1981, 210 pages.
- BROWNL R. et Al.** *L'Etat de la planète*. Paris, Economica, 1992, 319.
- BUDNICOURT J.** *Disparités régionales et aménagement du Territoire en Afrique*. Paris, Armand Colin, 1971, 315.
- C.I.L.F.** *Dictionnaire de l'Environnement*. Paris, Conseil International de la Langue Française, 1992, 315.
- DEJOUX C.** *La pollution des eaux continentales africaines*. ORSTOM, 1988, 182 pages.
- FASSIN D.** *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, PUF, 1993, 450 pages.
- GENTILLINI M. et DUFLO B.** *Médecine tropicale*. Paris, Flammarion, 1993, 835 pages.
- INSAE.** *Projection de la population de l'ensemble du Bénin de 1997 à 2032*, Cotonou, octobre 1999
- INSAE.** *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation : caractéristiques socioculturelles et économiques*. 1994, Vol II, Tome 3.
- INSAE.** *Projection de la population de l'ensemble du Bénin de 1997 à 2032*. Octobre 1999.
- O.M.S.** *Rapport de l'atelier sur les mécanismes pour porter à échelle la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire pour la lutte contre le paludisme*, Lomé, Novembre 2002.
- O.M.S.** *Vivre et mourir en Afrique : Santé, Population et développement*. Dakar, Ed. Enda, 1988, 284.
- O.M.S.** *Notre planète, notre santé*. Paris, 1992, 299.
- O.M.S.** *Pour une vie saine et productive en harmonie avec la nature : une stratégie mondiale OMS pour la santé et l'environnement*. Genève, 1994, 40.
- PHELS C. E.** *Les fondements de l'économie de la santé*. Paris, Nouveaux Horizons, 1995, 288.
- PNLP/MS :** *Rapport annuel d'activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), 2001-2002*, Cotonou, décembre 2002
- PNLP/MS :** *Rapport annuel d'activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), 2003*, Cotonou, décembre 2003
- PNLP/MS :** *Rapport annuel d'activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), 2004*, Cotonou, décembre 2004
- PNLP/MS :** *Rapport annuel d'activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), 2005*, Cotonou, décembre 2005

PNLP/MS : *Plan Stratégique Quinquennal pour « Faire Reculer le Paludisme au Bénin » (2001-2005),* Décembre 2001.

PNLP/MS : *Politique Nationale pour la mise à l'échelle des Interventions à Base Communautaire de lutte contre le paludisme,* Juillet 2003.

PNLP/MS : *Collecte des données de base sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans le cadre de Suivi/Evaluation FRP/RBM au Bénin,* Cotonou, Juin 2001.

PNLP/MS : *Plan d'Action Annuel de la Lutte Antivectorielle Intégrée - Exercice 2004,* janvier 2004

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.

PNLP/MS : *Evaluation à mi-parcours de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » au Bénin,* décembre 2004

PNLP/MS : *Etude des déterminants socioculturels des échecs thérapeutiques des antipaludiques dans la prise en charge du paludisme simple à Plasmodium falciparum au Bénin,* décembre 2005

PNLP/MS : *Collecte des données de base sur la morbidité et mortalité due au Paludisme, Rapport,* juin 2001.

PNLP/MS : *Politique Nationale de lutte contre le paludisme et cadre stratégique de mise en œuvre,* 2005

PNLP/MS : *Plan stratégique quinquennal pour faire reculer le paludisme au Bénin (2001-2005),* 2001

PNLP/MS : *Meilleures pratiques de lutte contre le paludisme au Bénin,* 2005

PNLP/MS : *Plan de suivi et d'évaluation de la lutte contre le paludisme au Bénin (2007 – 2010),* décembre 2006

PNLP/MS : *Plan d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments et produits de lutte contre le paludisme (2007 – 2010),* août 2006

PNLP/MS : *Plan intégré de communication pour le renforcement de la lutte contre le paludisme au Bénin (2006 – 2010),* mai 2006

SSDRO/MS. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004,* Cotonou, novembre 2005.

CHAPITRE VIII

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition des activités par intervention

Renforcement des capacités de gestion (planification de la lutte) et décentralisation/intégration de la lutte contre le paludisme

Interventions	Activités
Renforcement des capacités de gestion et décentralisation/intégration de la lutte contre le paludisme	
Renforcement des capacités de gestion administrative et opérationnelle et la planification à tous les niveaux	- Prendre des arrêtés ministériels pour institutionnaliser les structures du PNLP et ses cadres de concertation - Renforcer la coordination et les cellules départementales du PNLP en personnel (médecins, comptables, secrétaires, gardiens, etc.) - Rendre disponible au niveau des zones sanitaires et des formations sanitaires des points focaux « paludisme » - Former le personnel disponible en diverses compétences en fonction des besoins du Programme - Mettre en place des cadres de concertation avec les acteurs et partenaires aux niveaux opérationnel et intermédiaire - Planifier la lutte contre le paludisme depuis la base (ZS) vers le niveau central (PNLP) - Renforcer les infrastructures et équipements du PNLP - Impliquer les paludologues nationaux à la lutte contre le paludisme

Amélioration de la coordination de la lutte contre le paludisme

Interventions	Activités
Amélioration de la coordination de la lutte contre le paludisme	
Gestion technique de la lutte antipaludique	- Mettre en place un organe technique de décision - Organiser des réunions périodiques d'orientation de la lutte antipaludique - Mettre en place un cadre de concertation avec les partenaires nationaux et internationaux - Planifier de façon intégrée la lutte antipaludique avec tous les partenaires nationaux et internationaux - Vulgariser les documents techniques jusqu'au niveau opérationnel

Mobilisation des ressources et optimisation des coûts des interventions

Interventions	Activités
Mobilisation des ressources et optimisation des coûts des interventions	
Plaidoyer	- Identifier tous les partenaires nationaux et internationaux susceptibles de financer la lutte antipaludique - Faire un plaidoyer pour une mobilisation de ressources et l'allocation de budget conséquent à la lutte antipaludique
Planification concertée de l'allocation des ressources	- Planifier avec tous les partenaires et structures intervenant dans la lutte antipaludique l'attribution des ressources à chaque rubrique pour des actions intégrées et concertées
Intégration des activités	- Promouvoir la mise en œuvre intégrée des interventions au niveau opérationnel - Organiser des supervisions intégrées des acteurs de terrain

Renforcement du partenariat pour Faire Reculer le Paludisme

Interventions	Activités
Renforcement du partenariat pour Faire Reculer le Paludisme	
Renforcement du partenariat et de la collaboration intra et intersectorielle	- Mettre en place un cadre de concertation avec les autres Programmes de la santé - Mettre en place un cadre de collaboration effective avec les secteurs influençant la lutte antipaludique - Planifier, mettre en œuvre de façon intégrée et suivre les interventions avec les autres structures et Programmes impliqués dans la lutte contre le paludisme et les partenaires au développement - Faire fonctionner le Groupe des Facilitateurs

Mise à l'échelle des CTA et des TDR

Interventions	Activités
Mise à l'échelle des CTA et des TDR	
Approvisionnement et distribution réguliers en CTA et en TDR	- Elaborer les plans nationaux d'approvisionnement en CTA et en TDR - Commander les CTA et TDR selon les besoins quantifiés - Doter toutes les formations sanitaires en CTA et TDR par un circuit de distribution bien défini (celui de la CAME)
Disponibilité permanente des CTA et des TDR de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	- Mettre en place un mécanisme de subvention des prix des CTA et TDR pour les rendre accessibles aux cibles - Mettre à la disposition de toutes les formations sanitaires les CTA et TDR de façon permanente et régulière - Contrôler la qualité des CTA et des TDR - Suivre les effets de la pharmacovigilance dans les formations sanitaires et au niveau communautaire

Amélioration de la qualité de PEC du paludisme (simple et grave) dans les formations sanitaires

Interventions	Activités
Amélioration de la qualité de PEC du paludisme simple dans les formations sanitaires	
Renforcement des compétences des prestataires de soins	- Elaborer le plan national de formation / recyclage des agents de santé - Former / recycler tous les prestataires de soins des CS (privés et publics) - Superviser les prestataires de soins formés - Mettre en place un mécanisme de motivation des meilleurs centres et des meilleurs agents en matière de PEC correcte des cas
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	- Doter les différentes structures sanitaires privées et publiques de documents de Politique de lutte contre le paludisme et d'algorithmes de PEC des cas de paludisme simple - Former les prestataires de soins sur la politique et les algorithmes
Renforcement du plateau technique	- Doter les formations sanitaires de matériels médico-techniques et

Interventions	Activités
des formations sanitaires (CS)	consommables adéquats - Former / recycler le personnel
Amélioration du diagnostic du paludisme par la disponibilité constante des CTA et des TDR de bonne qualité	- Doter toutes les FS de CTA et TDR de bonne qualité et de façon permanente - Organiser le retrait progressif de la chloroquine et des monothérapies à base d'artémisinine - Réaliser régulièrement des inventaires en médicaments - Réaliser périodiquement les tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques
Amélioration de la qualité de PEC du paludisme grave dans les hôpitaux et autres formations sanitaires de référence	
Renforcement des compétences des prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence	- Elaborer le plan national de formation / recyclage des agents de santé - Former / recycler tous les prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence (privés et publics) - Superviser les prestataires de soins des hôpitaux et autres structures de référence formés - Mettre en place un mécanisme de motivation des meilleurs hôpitaux (et autres structures de référence) et des meilleurs agents en matière de PEC correcte des cas
Vulgarisation du document de Politique de lutte contre le paludisme, des algorithmes de PEC des cas et des documents de normes et standards en matière de PEC des cas de paludisme grave	- Doter les différents hôpitaux et autres structures de référence privés et publics en documents de Politique de lutte contre le paludisme, et d'algorithmes de PEC des cas de paludisme - Briefer leurs prestataires de soins sur ces différents documents
Renforcement du plateau technique des hôpitaux et autres formations sanitaires de référence	- Doter les hôpitaux de matériels médico-techniques et consommables indispensables pour la PEC des cas - Recycler le personnel
Disponibilité constante des médicaments de qualité pour la PEC des cas de paludisme grave	- Doter les hôpitaux et autres structures de référence en kits d'urgence pour la PEC du paludisme grave (sels de quinine et adjuvants) avec les orientations sur le mode de gestion - Réaliser périodiquement des inventaires en médicaments

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

Interventions	Activités
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.)	- Elaborer un plan de formation en cascades - Former les mères d'enfants et autres acteurs communautaires sur le s17 pratiques communautaires clés pour la survie de l'enfant - Superviser les différents acteurs communautaires formés
Disponibilité des CTA à doses thérapeutiques dans les communautés	- Faire un plaidoyer pour la subvention des prix des CTA, afin de les rendre disponibles - Doter les acteurs communautaires en CTA

Interventions	Activités
Développement d'une stratégie efficace de communication	- Elaborer un plan intégré de communication (PIC) sur la PEC du paludisme et des autres maladies de l'enfant à domicile - Mettre en œuvre le PIC et l'évaluer
Mise en place d'un mécanisme intégré de motivation des acteurs communautaires	- Mettre en place un système de motivation intégré et basé sur les résultats en fonction des ressources générées et sur la base des différentes sortes de motivation existantes

Interventions	Activités
Renforcement des capacités des acteurs communautaires	
Renforcement des capacités des acteurs communautaires	- Produire et diffuser des messages sur les radios locales et communautaires sur le paludisme, sa cause et son mode de transmission - Former les enseignants/élèves, les parents, mères d'enfants et femmes enceintes sur les signes du paludisme simple et les signes de repère du paludisme grave - Sensibiliser les enseignants/élèves, les mères d'enfants et femmes enceintes sur l'utilisation de la MIILD - Organiser des campagnes d'information/sensibilisation au profit des tradipraticiens sur les signes du paludisme simple et les signes de repère du paludisme grave pour des références/recours au centre de santé. - Former les mères d'enfants et femmes enceintes sur le TPI (prévention du paludisme chez la femme enceinte) - Appuyer les ONG dans la formation des Groupements de Femmes (GF), Groupements d'Hommes (GH) et autres groupes organisés sur le traitement à domicile du paludisme simple - Former les Relais Communautaires et les GF sur le traitement du paludisme simple avec les CTA - Appuyer (formation – dotation en CTA – suivi) les RC dans la prise en charge à domicile du paludisme

Mise en place d'un système de pharmacovigilance dans les formations sanitaires et dans la communauté

Interventions	Activités
Mise en place d'un système de pharmacovigilance dans les formations sanitaires et dans la communauté	
Installation d'un comité national de pharmacovigilance	- Elaborer les documents de Politique nationale de la pharmacovigilance - Mettre en place le comité de pharmacovigilance - Doter le comité d'outils et de moyens matériels (informatiques et roulants) adéquats
Vulgarisation du système de pharmacovigilance	- Doter les FS des outils de collecte des données sur la pharmacovigilance - Organiser des séances de sensibilisation et d'information de la population
Mise en place d'un système de gestion des données de pharmacovigilance	- Collecter et analyser les données de pharmacovigilance - Faire le <i>feed back</i> des résultats de l'analyse des données aux structures périphériques et aux firmes pharmaceutiques pour des prises de décisions nécessaires

Mise à l'échelle des MIILD et mise à disposition des kits d'imprégnation avec les ILD

Interventions	Activités
Mise à l'échelle des MIILD et ILD	
Assainissement de la filière MIILD et ILD	- Elaborer les directives nationales de contrôle de qualité des MIILD et des ILD. - Sensibiliser les partenaires et ONG impliqués dans la filière MIILD et ILD, sur la nécessité de contrôler la qualité des MIILD et des ILD. - Contrôler la qualité des MIILD et des ILD en circulation sur le territoire béninois
Accessibilité des MIILD et ILD aux populations	- Elaborer les directives nationales d'approvisionnement en MIILD et ILD - Plaider pour une suppression totale des taxes douanières sur les MIILD et les kits d'imprégnation ILD - Subventionner fortement les MIILD et les ILD et les rendre accessibles aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 5 ans, aux patients atteints du VIH et aux populations démunies - Exploiter divers réseaux (PEV, CPN, Campagnes agricoles, groupements communautaires, etc.) pour rendre les MIILD disponibles aux populations - Assurer la disponibilité des Kits ILD, dans les communautés à forte présence des moustiquaires non imprégnées - Organiser des campagnes de ré imprégnation des moustiquaires avec les kits ILD
Coalition multisectorielle pour la promotion des MIILD et ILD de bonne qualité	- Mobiliser les Programmes nationaux impliqués dans la LIV (PNLP, CREC, PNLTHA, PEVG, PNLO, etc.) pour la promotion des MIILD - Former les acteurs intervenant dans la promotion des MIILD (enseignants, parents, élèves, agents du développement rural, relais communautaires, groupements des femmes, ONG, radios communautaires, etc.) - Produire des supports d'IEC et organiser des séances de sensibilisation pour l'adoption des MIILD dans les communautés - Créer un cadre de collaboration entre le PNL, le CREC, la CAME et le secteur privé pour la production locale et la distribution des MIILD de bonne qualité aux populations

Utilisation des larvicides dans les gîtes de moustiques

Interventions	Activités
Utilisation des larvicides	
Assainissement de la filière "larvicide" et leur utilisation	- Elaborer les directives nationales de contrôle de qualité et d'approvisionnement en larvicides de santé publique - Sensibiliser les divers partenaires et ONG impliqués dans la filière larvicide sur la nécessité de contrôler la qualité des larvicides utilisés au Bénin - Cartographier les gîtes larvaires - Faire des traitements ciblés et périodiques des gîtes larvaires avec des larvicides rémanents (Diflubenzuron) ou des combinaisons (Bacillus spp. et Diflubenzuron)
Coalition multisectorielle pour la promotion de la lutte contre les larves de moustiques	- Mobiliser les Programmes nationaux impliqués dans la LIV (PNLP, CREC, PNLTHA, PEVG, PNLO, etc.) pour la promotion de la lutte larvaire. - Promouvoir la production locale des larvicides biologiques. - Plaider pour la réduction / suppression totale des taxes douanières sur les

Interventions	Activités
	larvicides de santé publique - Former les acteurs impliqués dans les activités de traitement des gîtes larvaires - Produire des supports d'IEC et organiser des séances de sensibilisation communautaire sur la lutte contre les larves de moustiques

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

Interventions	Activités
Modification/ aménagement de l'environnement	
Assainissement de l'environnement et réduction des gîtes larvaires	- Elaborer les directives nationales d'assainissement de l'environnement et de réduction des gîtes larvaires en collaboration avec le Ministère d'Environnement - Organiser des séances de sensibilisation sur l'impact de l'environnement dans la transmission des maladies à vecteur - Former les acteurs impliqués dans les activités de réduction des gîtes larvaires - Produire des supports d'IEC et organiser des séances de sensibilisation communautaire sur l'élimination des gîtes larvaires ex : « maison sans gîte larvaire ».
Coalition multisectorielle pour la lutte contre les gîtes larvaires	- Réduire les gîtes larvaires en collaboration avec les Programmes nationaux du MS (PNLTHA, PEVG, PNLO, DHAB), les autres Ministères (MEPN, MDCTTPU/PR), les mairies et les centres de recherche (CREC) - Faire des plaidoyers pour le financement des activités de modification de l'environnement et de réduction des gîtes larvaires
Mise en œuvre de la PID	- Organiser les campagnes de la pulvérisation intradomiciliaire dans certaines localités

Mise à l'échelle du Traitement Préventif Intermittent (TPI) à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) chez la femme enceinte (y compris les interactions entre le VIH/SIDA et le paludisme)

Interventions	Activités
Mise à l'échelle du TPI à la SP chez la femme enceinte	
Renforcement de la compétence des prestataires de soins des maternités	- Former les prestataires de soins des maternités sur le TPI à la SP couplé avec la CPN recentrée - Briefer les prestataires sur le contenu des documents de Politique, de normes et standards et les moyens de contrôle du paludisme chez la femme enceinte - Doter toutes les maternités, de documents de Politique, de normes et standards sur le TPI à la SP et en CPN recentrée et d'algorithmes de prévention du paludisme chez la femme enceinte - Superviser les prestataires de soins des maternités formés - Réaliser le monitoring des activités de TPI/SP
Disponibilité constante en SP	- Doter les formations sanitaires en SP - Faire périodiquement l'inventaire des médicaments

Interventions	Activités
Développement d'une communication intégrée pour l'IEC auprès des femmes enceintes sur le TPI	- Elaborer dans le Plan Intégré de Communication SMI, le volet prévention du paludisme chez la femme enceinte par le TPI à la SP - Mettre en œuvre et évaluer le PIC/SMI/TPI

Surveillance épidémiologique

Interventions	Activités
La surveillance épidémiologique	
Renforcement du système de collecte et d'analyse des données épidémiologiques	- Renforcer le plateau technique des sites sentinelles (cliniques et laboratoires) - Mettre en place la base des données à tous les niveaux - Former les agents de santé impliqués dans le système de surveillance - Superviser les agents formés sur la surveillance épidémiologique - Organiser avec le PEV des réunions trimestrielles conjointes de compilation des données sur les Fiches CFR des Zones Sanitaires. - Doter les sites sentinelles d'outils informatiques - Réviser les outils du SNIGS (en collaboration avec la SSDRO) pour l'intégration des données sur le paludisme chez la femme enceinte
Mise en place d'un système de surveillance communautaire du paludisme	- Elaborer le mécanisme de surveillance communautaire du paludisme - Elaborer les outils de collecte de données - Former les agents de santé et les agents communautaires sur le système - Collecter et analyser les données - Superviser la collecte des données - Organiser le <i>feed back</i> des résultats à l'endroit des agents ayant assuré la collecte

Surveillance entomologique

Interventions	Activités
Surveillance et suivi entomologique	
Création et gestion des sites sentinelles pour la surveillance et le suivi entomologique	- Créer des sites sentinelles dans les divers faciès entomologiques du Bénin - Former le personnel pour la collecte, l'exploitation, l'analyse et l'interprétation des données provenant des sites sentinelles - Superviser périodiquement les sites sentinelles (1-2 fois par an) - Doter la structure responsable de la surveillance et du suivi entomologique en logistique et ressources nécessaires (véhicules, ordinateurs, personnel, etc.) pour l'exploitation et un meilleur suivi des sites sentinelles
Surveillance de la résistance	- Tester périodiquement (1-2 fois par an) la sensibilité des moustiques aux insecticides dans les sites sentinelles - Réaliser la cartographie de la résistance à partir des données des sites sentinelles (1 carte chaque année) - Identifier les facteurs sous tendant la résistance
Suivi de la densité des vecteurs, des modifications	- Déterminer et identifier périodiquement (1-2 fois par an) les divers vecteurs du paludisme et leur densité dans les sites sentinelles

Interventions	Activités
dans leur comportement et de l'efficacité des MIILD et MII	- Identifier le « comportement de piqure », le « comportement de repos » et les « choix ovipositoires » des anophèles. - Organiser des tests d'efficacité des MIILD et des MII en utilisant les souches de moustiques collectées dans les sites sentinelles

Surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques

Interventions	Activités
La surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques	
Renforcement des compétences des agents chargés de réaliser les tests d'efficacité thérapeutique	- Constituer un pool de personnes ressources par département et au niveau national pour l'organisation des Tests d'Efficacité Thérapeutique (TET) avec l'implication de la FSS et autres institutions de recherche - Former les personnes impliquées dans l'organisation des TET - Superviser les agents impliqués dans la réalisation des tests d'efficacité thérapeutique
Renforcement du plateau technique des sites	- Doter les sites de réalisation des Tests d'Efficacité Thérapeutique en médicaments antipaludiques, réactifs et matériels nécessaires
Réalisation des tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques	- Organiser les tests d'efficacité thérapeutique - Valider et diffuser les résultats des tests d'efficacité thérapeutique

Suivi, monitoring et évaluation des interventions

Interventions	Activités
Suivi, monitoring et évaluations des interventions	
Renforcement du système de suivi, de monitoring et d'évaluation des interventions	- Renforcer en personnel, la cellule du PNLP chargée du suivi et de l'évaluation - Doter les structures départementales de personnel chargé du suivi et de l'évaluation - Harmoniser les outils et les instruments du suivi et d'évaluation des interventions en collaboration avec le SNIGS (PNLP, SNIGS, PEV, OMS, etc.) - Former le personnel impliqué dans le suivi, le monitoring et l'évaluation - Doter la structure de moyens logistiques (moyens roulants, ordinateurs et accessoires, etc.) - Réaliser périodiquement le suivi, le monitoring et l'évaluation des interventions - Renforcer les capacités (formation et équipements) des structures centrales et décentralisées impliquées dans le mécanisme de suivi / évaluation du PNLP - Organiser le Monitoring semestriel des activités de lutte contre le paludisme intégré au PEV/SPPS

Développement des thématiques de recherche d'appui à la lutte contre le paludisme

Interventions	Activités
Développement des thématiques de recherche d'appui à la lutte contre le paludisme	
Développement des modèles de sensibilisation communautaire pour l'adhésion des populations aux stratégies FRP (CREC, IITA, PNLP, etc.)	- Finaliser et mettre en œuvre le protocole de recherche du CREC/IITA/PNLP sur l'évaluation de l'approche « l'Ecole de Bien-Etre Paysan » dans l'amélioration des taux de fréquentation des formations sanitaires, de l'observance des traitements et de l'acceptabilité des moustiquaires imprégnées d'insecticides. - Développer et mettre en œuvre des protocoles sur l'évaluation communautaire de l'utilisation des TDR
Développement des « candidats insecticides » contre les vecteurs résistants (CREC, IITA, UAC, IRD, PNLP)	- Finaliser et mettre en œuvre le protocole de recherche du CREC/IITA/UAC/PNLP sur l'identification, l'extraction et l'évaluation des « candidats insecticides » à base des plantes contre la résistance des vecteurs. - Renforcer la collaboration avec les tradipraticiens et la communauté dans le cadre de l'identification des potentiels insecticides - Elaborer et mettre en œuvre des protocoles d'identification de nouveaux entomophages contre les vecteurs des maladies transmissibles
Développement de nouveaux médicaments antipaludiques à base d'extraits des plantes locales (PNLP, PPPMT, Tradipraticiens, ISBA, école de pharmacie, etc.)	- Mettre en œuvre des protocoles d'évaluation de nouveaux antipaludiques à base des plantes locales - Appuyer la production de nouveaux médicaments antipaludiques à base d'extraits des plantes locales en associant les différents acteurs - Mettre sur pied le réseau des paludologues pour assurer la promotion de la santé

Développement des capacités de recherche

Interventions	Activités
Développement des capacités de recherche	
Renforcement des capacités en ressources humaines	- Appuyer les recherches sur le paludisme - Former / Recycler les chercheurs
Renforcement des capacités techniques et matérielles de laboratoires	- Doter les laboratoires en matériels et consommables - Doter les laboratoires en personnel qualifié - Créer des laboratoires de recherche sur le paludisme
Financement de la recherche	- Collecter et analyser la pertinence des protocoles de recherche - Mettre en place un mécanisme de recherche de financement des protocoles de recherche

Promotion de la recherche

Interventions	Activités
Promotion de la recherche	
Plaidoyer	- Organiser des séances de plaidoyer avec les diverses autorités et partenaires de la lutte antipaludique - Sensibiliser les praticiens de la médecine traditionnelle sur la collaboration en matière de recherche sur le paludisme - Inciter les cadres du monde scientifique à s'intéresser à la recherche sur le

Interventions	Activités
	paludisme - Faire le plaidoyer auprès des firmes pharmaceutiques et autres partenaires pour le financement de la recherche et l'installation des laboratoires de recherche
Promotion de la formation en recherche	- Collecter et analyser les besoins de formation en recherche - Financer la formation en recherche (octroi de bourses)

Promotion de la médecine traditionnelle

Interventions	Activités
Promotion de la médecine traditionnelle	
Renforcement de la collaboration avec la médecine traditionnelle	- Répertoire les plantes ayant des propriétés antipaludiques - Assurer la fonctionnalité des jardins botaniques - Promouvoir la compétitivité en matière de recherche de plantes et moyens de lutte antipaludique les plus efficaces - Appuyer les études d'identification et d'efficacité des produits traditionnels dans la lutte contre le paludisme - Créer un cadre formel de collaboration avec le PPMT et les praticiens de la médecine traditionnelle

Renforcement du plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources

Interventions	Activités
Renforcement du plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources	
Amélioration du budget alloué à la lutte contre le paludisme	- 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 un Téléthon annuel de mobilisation des fonds - Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit de la cellule de passation des marchés sur la qualité de la MII commandée et à l'endroit du patronat du secteur industriel et commercial, - Organiser des réunions mensuelles des partenaires - 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 - Produire un bulletin d'information
Renforcement de l'implication des communes dans la mobilisation des ressources	- Organiser des séances de plaidoyer à l'endroit des maires et chefs d'arrondissement sur l'institutionnalisation des campagnes de ré imprégnation gratuite en stratégie avancée des moustiquaires au niveau de chaque commune et le financement de la lutte antipaludique
Amélioration de la qualité des MIILD, des ILD et des larvicides	- Organiser des séances de plaidoyer des divers partenaires sur l'assainissement de la filière MIILD, ILD et des larvicides utilisés dans le cadre de la LIV

Education sanitaire de la population sur le maintien d'un environnement sain et la lutte contre le paludisme

Interventions	Activités
Education sanitaire de la population sur le maintien d'un environnement sain et la lutte contre le paludisme	
Promotion de la santé	- Produire et diffuser des messages sur les radios locales et communautaires sur l'efficacité et l'utilisation des MIILD - Produire et diffuser des messages sur les radios locales et communautaires sur le TPI (prévention du paludisme chez la femme enceinte)
Renforcement des dispositifs de réduction des gîtes larvaires	- Produire et diffuser des messages sur l'assainissement de l'environnement - Organiser des campagnes de salubrité « ville sans moustique »
Promotion des moyens physiques combinés de protection contre les piqûres de moustique	- Produire des messages en vue de promouvoir l'utilisation des grillages, plantes et autres méthodes physiques de protection - Rechercher de nouveaux moyens physiques de protection - Contractualiser avec les radios communautaires et les ONG

Développement de l'approche « The Constellation for malaria Competence »

Interventions	Activités
Développement l'approche « The Constellation for malaria Competence »	
Auto évaluation des compétences de la communauté	- Former les facilitateurs sur l'approche - Réaliser l'auto évaluation des compétences de la communauté face au paludisme - Organiser un atelier de partage de l'expérience - Elaborer la micro planification de la lutte contre le paludisme au niveau de chaque village concerné

ANNEXES 2 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'initiative faire reculer le paludisme au Bénin

Indicateurs d'impact

Résultats attendus	Description des indicateurs d'impact	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
Les taux de mortalité et de morbidité imputables au paludisme sont	Taux brut de mortalité (toutes causes) des enfants de moins de cinq ans (autres groupes cibles) <u>Numérateur</u> : total des décès d'enfants de moins de 60 mois (autres groupes cibles) <u>Dénominateur</u> : Nombre d'enfants âgés de moins de 60 mois (autres groupes cibles)	129 ‰	90,3 ‰	-	-

Résultats attendus	Description des indicateurs d'impact	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
réduites d'au moins de 50 % en 2010	Taux de décès des cas de paludisme grave chez les enfants de moins cinq ans (et autres groupes cibles) admis dans les hôpitaux et des centres de santé disposant d'infrastructures hospitalières au cours d'une année donnée : taux de mortalité spécifique au paludisme (= létalité) <u>Numérateur</u> : Nombre de décès attribués au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés au cours d'une année donnée <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour paludisme au cours d'une année donnée	1,8 %	1,26 %	-	-
	Proportion de décès dûs au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au cours d'une année donnée <u>Numérateur</u> : Nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans par paludisme grave au cours d'une année donnée <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans décédé au cours d'une année donnée				

Résultats attendus	Description des indicateurs d'impact	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
	Morbidité attribuée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) au cours d'une année donnée <u>Numérateur</u> : Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) au cours d'une année donnée <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) reçus en consultation au cours d'une année donnée	44,3 %	31,01 %	-	-

Indicateurs de résultat

Résultats attendus	Description des indicateurs de résultat	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
De 2001 à 2010⁹ : Au moins 80 % des paludéens ont accès à un traitement rapide adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes	Proportion des enfants de moins de cinq (5) ans (et autres groupes cibles) ayant le paludisme et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures à domicile. <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures à domicile <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme et pris en charge à domicile	18,5 %	60 %	16,72 %	80 %

⁹ Engagement d'Abuja

Résultats attendus	Description des indicateurs de résultat	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
Au moins 80 % des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans bénéficient d'un traitement approprié dans les 24 heures après l'apparition des symptômes	Proportion des enfants de moins de cinq (5) ans (et autres groupes cibles) ayant le paludisme et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures dans les FS. <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures dans les FS <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme et pris en charge dans les FS	15,1 %	60 %	72,88 %	80 %
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme grave et correctement pris en charge dans les établissements de santé. <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme grave et bénéficiant d'un traitement approprié <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme grave	61,3 %	80 %	38,17 %	80 %

Résultats attendus	Description des indicateurs de résultat	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture continue de stocks des médicaments antipaludiques recommandés par la Politique nationale <u>Numérateur</u> : Nombre de formations sanitaires n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture continue de stocks des médicaments antipaludiques recommandés par la Politique nationale <u>Dénominateur</u> : Nombre total de formations sanitaires	41,7 %	60 %	83,33 %	100 %
	Proportion de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide <u>Numérateur</u> : Nombre de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide <u>Dénominateur</u> : Nombre total de ménages	5,4%	60%	-	80 %

Résultats attendus	Description des indicateurs de résultat	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
Au moins 80 % des femmes enceintes dorment sous MII	Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes enceintes	3,8 %	60 %	31,67 %	80 %
Au moins 80 % d'enfants de moins de cinq ans dorment sous MII	Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans	4,4 %	60 %	40,62 %	80 %
Au moins 80 % des femmes enceintes surtout les primipares, ont accès à la chimioprophylaxie ou au TPI à la SP	Pourcentage de femmes enceintes ayant eu une chimioprophylaxie à la chloroquine ou le TPI à la SP conformément à la Politique nationale <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes ayant eu une chimioprophylaxie à la chloroquine ou le TPI à la SP conformément à la Politique nationale <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes enceintes	43,3 %	60 %	64,58 %	80 %

Indicateurs de processus

Résultats attendus	Description des indicateurs de processus	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
La mise en œuvre de l'initiative FRP au niveau de la zone sanitaire est effective	Pourcentage de zones sanitaires ayant mis en œuvre l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » au niveau de la zone sanitaire <u>Numérateur</u> : Nombre de zones sanitaires ayant mis en œuvre l'initiative FRP <u>Dénominateur</u> : Nombre de zones sanitaires ciblées	18,18 %	100 %	-	100 %
L'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques est testée	Pourcentage des tests d'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques réalisés <u>Numérateur</u> : Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques réalisés <u>Dénominateur</u> : Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques prévus	5	10	-	100 %
La surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides est effective	Pourcentage d'études réalisées sur la surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides <u>Numérateur</u> : Nombre d'études réalisées sur la surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides <u>Dénominateur</u> : Nombre d'études prévues sur la	1	3	5	10

Résultats attendus	Description des indicateurs de processus	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
	surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides				
Le suivi de l'efficacité des MII est effectif	Pourcentage d'études réalisées sur le suivi de l'efficacité des MII <u>Numérateur</u> : Nombre d'études réalisées sur le suivi de l'efficacité des MII <u>Dénominateur</u> : Nombre d'études prévues sur le suivi de l'efficacité des MII	0	-	3	10
Les tradipraticiens sont formés sur le paludisme	Pourcentage des tradipraticiens formés sur le paludisme <u>Numérateur</u> : Nombre de tradipraticiens ayant reçu une formation sur le paludisme <u>Dénominateur</u> : Nombre total de tradipraticiens	2,2 %	50 %	29 %	80 %
Les partenaires sont mobilisés pour la mise en œuvre de l'initiative FRP	Le pourcentage du budget FRP total convenu et alloué par les partenaires FRP <u>Numérateur</u> : Budget total alloué par les partenaires FRP <u>Dénominateur</u> : Budget total FRP convenu par les	28,62%	50%	-	???

Résultats attendus	Description des indicateurs de processus	Données de base (2001)	Données attendues en 2005	Données obtenues en 2005	Données escomptées pour 2010
	partenaires FRP				
De nouvelles études sont réalisées dans le domaine du paludisme	Pourcentage d'études nouvelles réalisées sur le paludisme <u>Numérateur</u> : Nombre d'études nouvelles réalisées sur le paludisme <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'études nouvelles prévues sur le paludisme	15	25	13	40