



République du Bénin

Ministère de la Santé

Direction Nationale de la Santé Publique

## Programme National de Lutte contre le Paludisme

# Rapport annuel d'activités 2014



Mars 2015

## TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. BREVE PRESENTATION DU BENIN	2
2. BUT, OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2015	5
2.1. BUT	5
2.2. OBJECTIFS GENERAUX	5
2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES	5
3. RAPPEL DES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BENIN	6
4. ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	8
5. ACTIVITES REALISEES	10
5.1. PREVENTION DU PALUDISME	10
5.2. GESTION DES CAS DE PALUDISME	13
5.3. INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE, MOBILISATION SOCIALE / IEC ET PARTENARIAT	16
5.4. PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION	19
5.5. GESTION DES INTRANTS	23
5.6. GESTION DU PROGRAMME	26
6. RESULTATS DE MISE EN ŒUVRE	29
6.1. COLLECTE DES RAPPORTS	29
6.2. SITUATION DES INDICATEURS DE ROUTINE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	29
6.3. PREVENTION DU PALUDISME	31
6.4. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME	32
7. POINTS FAIBLES ET PROBLEMES RENCONTRES DANS L'EXECUTION DES ACTIVITES	38
8. PERSPECTIVES	39
CONCLUSION	40

## Liste des tableaux

<i>Tableau I : Exhaustivité des rapports des formations sanitaires .....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau II: Indicateurs essentiels de lutte contre le paludisme en 2014.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau III: Distribution des MIILD en routine par département en 2014.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau IV : Résultats de TPI par département en 2014.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau V: Réalisation des tests de confirmation par département.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau VI: Taux de positivité des tests de confirmation réalisés par département.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau VII: Cas de paludisme traités avec CTA .....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau VIII : Point de la mise en œuvre de la gratuité.....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau IX: Données de morbidité et de mortalité dues au paludisme de 2000-2014 ...</i>	<i>36</i>

## Liste des figures

Figure 1: Evolution de l'incidence du paludisme simple et grave de 2000 à 2014 .....Erreur ! Signet non défini.

## INTRODUCTION

Le paludisme est un problème de santé publique dans le monde et particulièrement en Afrique. 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, 2008).

Au Bénin, l'incidence cumulée du paludisme simple et grave est de 17 pour 100 habitants % en 2013<sup>1</sup>. La 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 2014. Chez les enfants de moins de 5 ans ce pourcentage est de 56,1%. Le paludisme est la première cause d'hospitalisation 29,2% et de décès 26,0% au cours de la même année. La prise en charge de la maladie continue d'engendrer pour les populations déjà vulnérables des dépenses catastrophiques de santé les plongeant davantage dans l'extrême pauvreté.

Depuis 1998, il est né un mouvement mondial « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) ou « Roll Back Malaria » (RBM). Il s'agit d'une initiative lancée sous l'impulsion de l'OMS et de ses partenaires : l'USAID, le Fonds Mondial, 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.

Pour opérationnaliser les ambitions de l'initiative FRP, le Bénin élabore depuis 2001 des plans stratégiques quinquennaux, outil d'orientation dynamique, qui se veulent un cadre de référence pour tous les acteurs et partenaires déjà impliqués ou susceptibles de l'être dans la lutte contre le paludisme. Chaque plan après sa mise en œuvre est évalué et l'élaboration du plan stratégique suivant se

---

<sup>1</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2013.

base sur les leçons apprises et les résultats de la mise en œuvre du précédent. La mise à l'échelle des interventions prioritaires en faveur de la lutte contre le paludisme a été la particularité des plans stratégiques depuis celui de 2006-2010. Le dernier plan a connu au mois d'août 2014 une revue à mi-parcours puis sa révision et son extension sur 2018 pour, d'une part satisfaire aux exigences de la note conceptuelle pour le FM et d'autre part s'aligner sur le PNDS.

L'année 2014 est la quatrième année de mise en œuvre du plan stratégique et ce rapport annuel présente les activités réalisées dans ce cadre. Il aborde ensuite les résultats obtenus en termes de couverture et l'évolution des indicateurs d'impact de la lutte contre le paludisme.

## **1. BREVE PRESENTATION DU BENIN**

Sur le plan géo-climatique, la République du Bénin est un Etat de la sous-région Ouest Africaine. Il a un climat chaud et humide avec quatre saisons au sud du pays et deux saisons dans la partie septentrionale. Trois types de reliefs caractérisent le pays qui est arrosé par deux réseaux hydrographiques. Limité au Nord par le fleuve Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Le Bénin couvre une superficie de 114.763 km<sup>2</sup>.

Sur le plan démographique, la population du Bénin en 2014 est estimée à 10 328 934 habitants avec un taux moyen d'accroissement annuel de 3,25% (RGPH3). La structure par sexe et par âge présente une population jeune et à dominance féminine avec un rapport de masculinité de 94%.

Sur le plan socio-économique, le Bénin est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) avec le tiers de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé au Bénin (EDSB) de

1996 et 2001, on note que l'indice de pauvreté non monétaire est passée de 43,4 % en 1996 à 49,0 % en 2001.

Sur le plan sanitaire, dans le cadre de l'opérationnalisation des Orientations Stratégiques de Développement (OSD), le Ministère de la Santé s'est doté d'un document d'orientation pour ses actions : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018. La finalité est que le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, Individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois. Pour y arriver, il est mis en place un système de santé pyramidal à trois niveaux : Central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central ou national (Ministère de la Santé) qui est le lieu de définition de la politique sanitaire, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances en matière de santé;

Le niveau intermédiaire du système de santé est représenté par les six (06) Directions Départementales de la Santé. Ce sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau des départements ;

Le niveau périphérique représenté par la zone sanitaire, comporte au niveau du sous-secteurs public les structures de soins qui sont composées de (27) Hôpitaux de Zone (HZ) fonctionnels et 15 hôpitaux confessionnels, 571 CS complets, 118 dispensaires isolés, 113 maternités isolées et 59 formations sanitaires confessionnelles et un réseau d'acteurs communautaires opérant dans les villages et quartiers (Annuaire des Statistiques Sanitaires 2013). En plus des structures publiques, le Bénin

compte un nombre important de structures privées (2197, recensement 2012) et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

## 2. BUT, OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2015

### 2.1. BUT

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

### 2.2. OBJECTIFS GENERAUX

- i. Réduire de 75% le nombre de cas de paludisme d'ici à 2015 par rapport à 2000 et le maintenir jusqu'en 2018 ;
- ii. Atteindre une mortalité nationale proche de zéro (1 décès pour 100 000 habitants) pour tous les décès évitables liés au paludisme.
- iii. Renforcer les capacités institutionnelles du PNLP

### 2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

D'ici fin 2015

- ☞ Amener 100% des ménages à disposer au moins une moustiquaire imprégnées d'insecticide à longue durée d'action deux personnes ;
- ☞ Amener au moins 100% des enfants de moins de cinq ans à dormir sous MIILD ;
- ☞ Amener au moins 100% des femmes enceintes à dormir sous MIILD ;
- ☞ Amener au moins 100% des femmes enceintes à recevoir deux doses de SP en prise supervisée ;
- ☞ Assurer la pulvérisation intra-domiciliaire dans 100% des localités éligibles retenues ;
- ☞ Assurer à 100% des cas de paludisme simple, une prise en charge correcte dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire ;
- ☞ Assurer à 100% des cas graves de paludisme, une prise en charge correcte dans les formations sanitaires publiques et privées.



### 3. RAPPEL DES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BENIN

Le Bénin a inscrit au rang des priorités la lutte contre le paludisme dans son Plan National de Développement Sanitaire. Cette lutte a été progressivement structurée et met aujourd'hui l'accent sur la nécessité d'atteindre des objectifs programmatiques en rapport aussi bien avec le PNDS 2009-2018 que les orientations régionale et mondiale pour le contrôle du paludisme dans le cadre des OMD. Il s'agit pour le Bénin de mettre à l'échelle toutes les interventions majeure de contrôle du paludisme pour atteindre d'ici 2015 une réduction d'au moins 75% de la mortalité et de la morbidité palustre par rapport à 2000 et maintenir ce taux à 2018. Pour y arriver, les stratégies nationales de lutte contre le paludisme retenues intègrent le renforcement de méthodes de prévention multiples d'une part et l'amélioration de l'accès précoce et correct au diagnostic et traitement du paludisme d'autre part. Comme stratégies majeures de lutte antipaludique, le Bénin a adopté :

- i. l'accès universel pour utilisation effective des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD) à travers des campagnes de distribution de masse à toute la population, la distribution de routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un (1) an respectivement lors des CPN et de la vaccination de routine, tout ceci renforcé par une communication de masse et de proximité au niveau communautaire ;
- ii. la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) et la lutte anti-larvaire dans les zones éligibles ;
- iii. la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à travers le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (TPI/SP)

- iv. l'accès précoce et correct au diagnostic et au traitement des cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- v. la gratuité de la prise en charge de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

#### 4. ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est composé d'une coordination dont dépendent les services techniques. Le schéma ci-dessous donne l'organigramme du PNLP.

La coordination nationale est dirigée par une coordonnatrice nationale assistée d'un coordonnateur national et comporte neuf services:

- i. Le service Prise en Charge des cas et TPI ;
- ii. Le Service Pharmacie et Pharmacovigilance ;
- iii. Le Service Laboratoire et Chimio sensibilité ;
- iv. Le Service Lutte Anti vectorielle Intégrée ;
- v. Le Service information pour un changement de comportement-  
Communication Intervention à Base Communautaire, plaidoyer et  
partenariat ;
- vi. Le Service Surveillance Epidémiologique et de Suivi Evaluation ;
- vii. Le Service Financier et comptable ;
- viii. Le service du Secrétariat Administratif ;
- ix. Le Service Administratif et Logistique.

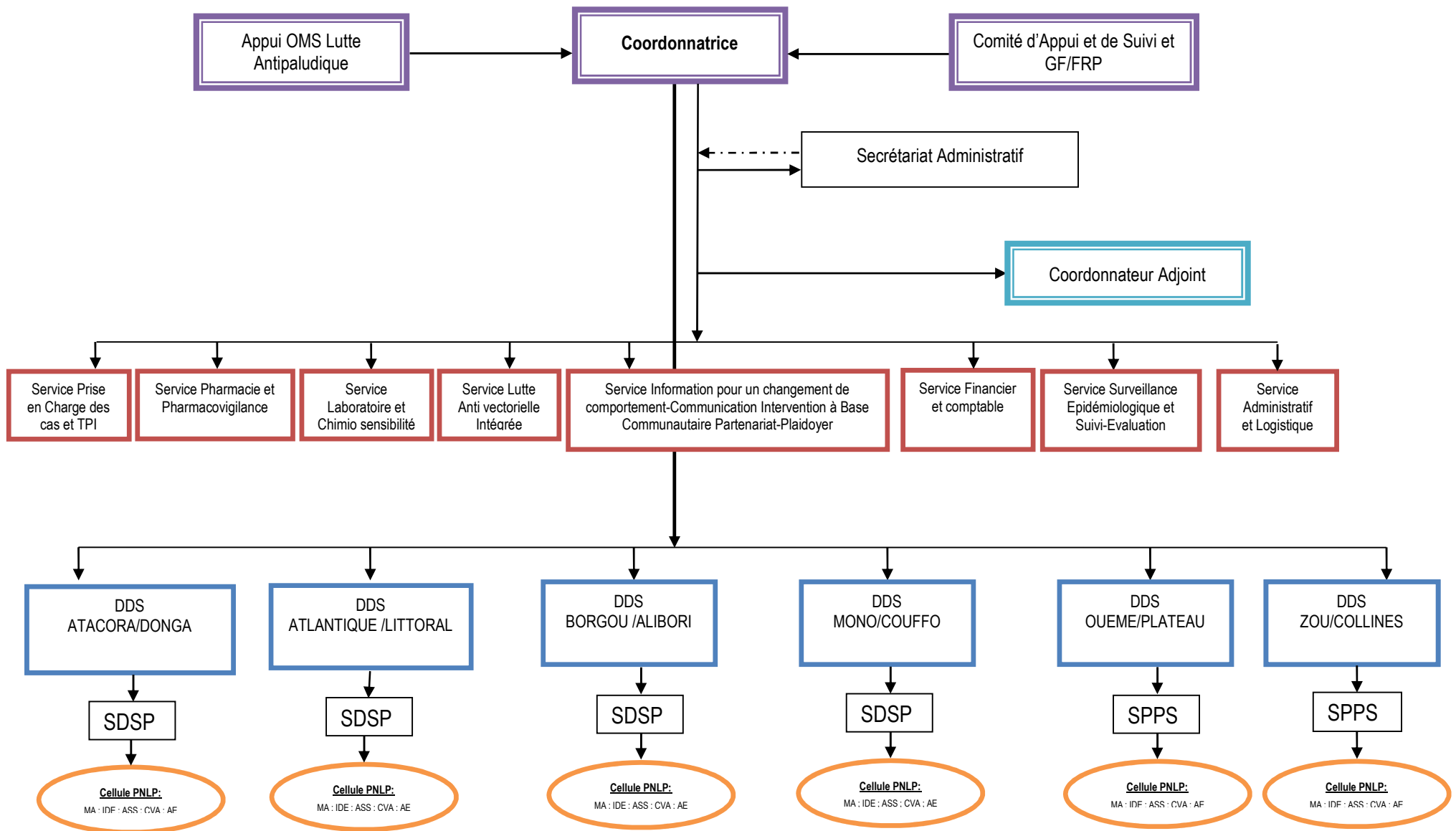


Figure 1 : Organigramme du PNLP

## **5. ACTIVITES REALISEES**

### **5.1. PREVENTION DU PALUDISME**

Le volet prévention comprend deux composantes :

- **La lutte anti vectorielle intégrée**
- **Le traitement préventif intermittent**

#### **5.1.1. La lutte anti vectorielle intégrée**

La Lutte Anti Vectorielle Intégrée est une composante clé dans les stratégies de prévention du paludisme. Elle vise à rompre la chaîne de transmission du parasite entre le moustique et l'homme tout en respectant les normes environnementales.

##### **a) Promotion des MIILD**

L'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILD) demeure l'une des principales stratégies recommandées par le PNLP pour la protection de la population contre le paludisme.

- **Distribution de MIILD aux ménages à travers la campagne nationale de masse**

Le PNLP a organisé en Octobre 2014 une campagne de distribution de masse de moustiquaires pour assurer la couverture universelle avec la distribution gratuite de 6 077 272 MIILD pour 2 199 522 ménages recensés. Cette campagne a été financée essentiellement par le fond mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à travers AFRICARE ; le PMI/USAID et le Budget National ont également contribué.

Elle s'est déroulée en trois grandes phases :

- 1) La phase préparatoire ou de planification qui a permis de :
  - ❖ élaborer des différents documents à utiliser au cours de la campagne (protocole de mise en œuvre de la campagne et outils de collecte de

données et de communication etc.),

- ❖ procéder à la macro planification puis la micro planification de la campagne qui ont permis d'avoir une appréciation globale des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la réussite de la campagne à tous les niveaux.
- ❖ s'approvisionner en MIILD et autres intrants,
- ❖ former les différents acteurs

Au cours de cette phase il a été organisé plusieurs ateliers de rédaction et de validation des documents et différentes formations ont été faites souvent en cascades sur toute l'étendue du territoire national.

2) La phase per-campagne composée de deux grandes sous phases :

- ❖ Le dénombrement des ménages et la distribution des coupons qui se sont faits de ménage en ménages dans les villages et quartiers de villes.
- ❖ La distribution des MIILD aux ménages qui s'est faite en poste fixe dans les écoles, centres de santé ou autres lieux publics

3) La phase post campagne est la phase

- ❖ D'enquête de couverture des ménages et d'utilisation des MIILD
- ❖ De collecte et destruction des emballages
- ❖ Et d'élaboration de rapport et diffusion des résultats.

Pour chaque phase des termes de références et rapports ont été produits, des collectes de données faites aux besoins et des supervisions organisées à tous les niveaux. L'enquête de couverture au lendemain de la campagne a été faite. Le rapport du dénombrement est déjà produit et le rapport général de la campagne est en cours d'élaboration.

La campagne nationale de distribution gratuite de MIILD aux ménages de 2014 a connu deux grandes nouveautés. Il s'agit de la différenciation des couleurs des coupons distribués aux ménages d'un département à l'autre et l'inscription préalable sur chaque coupon du site de retrait des MIILD par le chef de ménage.

En somme cette campagne, qui a mobilisé la quasi-totalité des acteurs du programme et ce sur plusieurs mois de l'année 2014, a été un grand succès.

- **Distribution de MIILD en routine**

Le PNLP a poursuivi la distribution des MIILD de routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an, jusqu'à la veille de la campagne. Au cours de la 1<sup>ère</sup> CPN, et lors des séances de vaccination anti rougeoleuse au niveau des formations sanitaires, en 2014 555 000 MIILD ont gratuitement distribuées aux femmes enceintes aux enfants de moins d'un an contre 385 000 MIILD en 2013. Une mission a été réalisée dans 8 départements sur 12 pour le suivi de la distribution de routine des MIILD.

**b) La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) au Bénin**

La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), mesure complémentaire à l'utilisation des moustiquaires, est actuellement à sa deuxième édition dans les neuf communes du département de l'Atacora avec l'assistance technique de AIRS grâce au financement d PMI. Au total 254 072 structures ont été pulvérisées sur 265 907 soit un taux de couverture de 95,55% ; la population ainsi protégée est de 789 883

**c) Activités du Groupe Technique de Travail pour la Prévention du Paludisme au Bénin (GTT PNLP)**

Le Groupe Technique de Travail pour la Prévention du Paludisme s'est réuni deux (02) fois au cours de l'année 2014.

### **5.1.2. Traitement préventif intermittent**

Les activités essentielles menées sont :

- Acquisition des intrants de lutte contre le paludisme (SP) : Avec l'appui du PMI, il été acheté pour la prise supervisé lors des CPN 1 050 000 doses de SP sur un besoin total de 3 784 456 ;

- La poursuite du Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez les femmes enceintes.
- La réalisation de la supervision nationale des agents de santé du secteur public et confessionnel dans tous les départements sur la mise en œuvre du TPI chez la femme enceinte.

## **5.2. GESTION DES CAS DE PALUDISME**

### **5.2.1. Acquisition des intrants de lutte contre le paludisme (TDR et CTA)**

Dans le but d'assurer le diagnostic obligatoire de tous les cas suspects de paludisme au niveau des formations sanitaires, le PNLP a adopté les tests de diagnostic rapides (TDR). En ce qui concerne les formations sanitaires disposant de laboratoire, ils bénéficient d'un renforcement de leur plateau technique en microscopes, matériel et réactifs.

Pour la prise en charge correcte des cas, le programme appuyé par ses partenaires, assure la disponibilité des CTA à la CAME, dans les dépôts répartiteurs de zones sanitaires, les formations sanitaires et au niveau communautaire.

Tout ceci se fait après un processus prenant en compte : l'estimation des besoins, la quantification, l'élaboration des spécifications techniques, le lancement des dossiers d'appel d'offres, l'ouverture des offres et l'attribution des marchés. En 2014,

**3 780 505** TDR ont été achetés sur un besoin total de **5 841 311**, et **4 236 152** doses de CTA achetés sur un besoin de **6 227 684**.

### **5.2.2. Renforcement des capacités et des compétences des agents de santé**

#### **➤ Diagnostic biologique du paludisme**

Dans le but d'améliorer le diagnostic biologique du paludisme au niveau des formations sanitaires disposant de laboratoire, les biotechnologistes identifiés lors des activités de supervision ont été formés/recyclés pour renforcer les connaissances et les



compétences de ces derniers sur le diagnostic biologique du paludisme dans les formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide.

Ainsi le PNLN au titre de l'année 2014 a procédé à la formation de 27 superviseurs départementaux et 28 Techniciens de Laboratoire sur le diagnostic biologique du paludisme dans les formations sanitaires. Ceci a permis d'améliorer la qualité du diagnostic.

#### ➤ **Prise en charge**

Dans ce cadre 2610 personnes ont été formées dans les secteurs public et privé en 2014 sur la prise en charge des cas contre 1911 en 2013.

Ceci a permis de disposer d'une masse critique d'acteurs de santé formés sur les nouvelles directives de prises en charge du paludisme.

Les résultats de la revue de terrain témoignent des progrès effectués dans ce domaine.

- Respect des directives de PEC notamment la confirmation systématique des cas suspects
- La disponibilité des médicaments antipaludiques

Il convient de mentionner ici que la mise en oeuvre de l'initiative présidentielle de prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a contribué sans nul doute à améliorer de façon sensible les indicateurs de lutte contre le paludisme chez les cibles.

### **5.2.3. Suivi et supervision**

#### ➤ **Supervision formative dans le cadre de l'amélioration du diagnostic biologique du paludisme**

Pour éviter la routine des acteurs impliqués dans le diagnostic biologique du paludisme en particulier surtout ceux des formations sanitaires périphériques, un suivi post formation des 28 techniciens de Laboratoire formés a été fait pour apprécier le niveau d'appropriation des connaissances transmises.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme à travers son Service Laboratoire et Chimio Sensibilité a effectué une mission de contrôle de qualité du diagnostic biologique du paludisme dans 11 laboratoires.

Dans le souci d'une large couverture des activités de supervisions formatives, il est retenu de superviser aussi bien des formations sanitaires publiques, confessionnelles que privées disposant de laboratoire. Ainsi à travers tous les départements du pays de façon progressive il y a eu la supervision formative de 150 techniciens de laboratoire, ce qui permet d'améliorer la qualité du diagnostic microscopique ;

La supervision trimestrielle des infirmiers et sages-femmes sur la prise en charge de façon générale a été une occasion pour corriger les insuffisances identifiées lors de la réalisation des tests de diagnostic rapide.

Ces différentes supervisions ont permis de réduire la proportion de cas de fièvre avec TDR ou GE négatif traité comme paludisme.

➤ **Supervision formative sur la prise en charge des cas et la gestion des intrants**

Pour renforcer la capacité des agents de santé sur les directives nationales de prise en charge et la gestion des intrants, le PNLP a organisé en 2014 la supervision formative intégrée de 200 agents de santé du secteur public et confessionnel sur la prise en charge des cas et les autres activités de lutte contre le paludisme. 50 formations sanitaires ont été visitées et 4 agents sont supervisés en moyenne, par formation sanitaire.

#### **5.2.4. Le Groupe technique de travail**

Le groupe technique de travail PEC/TPI s'est réuni deux fois au cours de l'année 2014 ; elle est une occasion pour le PNLP et ses partenaires d'échanger sur les questions relatives à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du traitement

préventif intermittent du paludisme conformément aux directives nationales et aux recommandations de l'OMS en vue de l'atteinte des objectifs assignés au PNLP.

#### **5.2.5. Réalisation d'un Suivi de la mise en œuvre de la Prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les douze départements du Bénin.**

La prise en charge du paludisme est rendue gratuite depuis Octobre 2011 chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Dans le souci de rendre effective cette initiative Présidentielle le Ministère de la Santé à travers le PNLP et la DRFM a organisé en 2014 un suivi. L'objectif principal est de s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre de la prise en charge gratuite des cas de paludisme sur la base d'un outil conçu à cet effet. 212 formations sanitaires ont été visitées 636 agents supervisés et 424 cibles interviewées.

#### **5.2.6. Organisation des séances de validation des dossiers relatifs à la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes transmis des départements à la coordination du PNLP.**

Par un arrêté ministériel, six comités de traitement des pièces justificatives ont été mis sur pied à raison d'un comité par département. Ils ont pour rôle de relever les insuffisances, les incohérences, de vérifier les données épidémiologiques et financières en vue de transmettre les dossiers à la DRFM pour paiement.

### **5.3. INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE, MOBILISATION SOCIALE / IEC ET PARTENARIAT**

La communication est une activité transversale indispensable pour susciter tout changement comportemental. C'est dans ce cadre que plusieurs paquets d'activités ont été menés à savoir :

- 1) Les interventions à base communautaire /mobilisation

- 2) Le partenariat
- 3) La communication pour un changement de comportement

### **5.3.1. Interventions à Base Communautaire / Mobilisation Sociale**

Les Interventions à Base Communautaires et la Mobilisation Sociale constituent un paquet d'activités très importantes dont la bonne gestion contribuera à terme à l'atteinte des OMD notamment, ceux relatifs à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Des investissements sont de plus en plus orientés vers ce volet, étant donné qu'une prise de conscience rapide au niveau communautaire favorisera la prise en charge précoce des problèmes de santé identifiés. Dans cette optique, le PNLP a développé au titre de l'année 2014, des activités à savoir, entre autres :

- Les réunions préparatoires de la 7ème Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme ;
- La célébration de la 7ème édition de la Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme et la quinzaine de mobilisation sociale s'est déroulée aussi bien au niveau national que départemental. Les activités réalisées au cours de cette journée sont essentiellement le lancement officiel à Sakété par le Ministre de la Santé, la collecte de poches de sang dans les collèges de Dangbo et de Adjohoun, la soirée de plaidoyer pour la mobilisation des Fonds en faveur de la lutte contre le paludisme ;

### **5.3.2. Partenariat**

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dispose d'un mécanisme d'échange d'informations à la mesure des défis à relever. Il s'agit notamment des rencontres mensuelles et trimestrielles qui permettent de suivre toutes les activités menées au Bénin dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Il s'agit de :

- i. La réunion mensuelle des partenaires FRP qui se tient chaque premier mercredi du mois et qui permet de faire par partenaire, le point des activités réalisées

au cours du mois dernier et celui des activités du mois en cours. Cette séance habituellement présidée par la coordination et dont le rapportage est assuré par le PNLP permet également de procéder à des réorientations d'interventions et à la résolution des problèmes, A cette même occasion, des informations concernant les séminaires internationaux et les questions diverses sont débattues. Enfin, des recommandations sont formulées par l'assistance pour un bon suivi des décisions prises.

- ii. Les réunions trimestrielles: il s'agit de l'existence de Groupes Thématiques de Travail (GTT) au sein desquels réfléchissent les cadres du PNLP, ceux d'autres directions du Ministère de la Santé et les partenaires FRP selon leur compétence et attributions. Cet exercice facilite la réflexion technique sur les préoccupations relatives aux grands axes du plan stratégique national de lutte contre le paludisme. Ces groupes techniques concernent la Communication et la mobilisation sociale, la Prise en charge du paludisme, la Gestion des approvisionnements, le Suivi-évaluation et la Lutte anti-vectorielle et Gestion de la résistance aux insecticides. Ce cadre de réflexion concourt à un environnement consensuel de travail, de prise de décision et de convergence des énergies au profit d'une synergie d'actions en faveur du meilleur contrôle du paludisme au Bénin.

### **5.3.3. La communication pour un changement de comportement**

A ce titre plusieurs activités ont été menées. Il s'agit entre autres de :

- La formation des élus locaux, des leaders d'opinion sur le mécanisme de suivi évaluation, de remboursement des frais liés à la gratuite de pec du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes enceintes
- Les séances de sensibilisation pour un changement de comportement dans les établissements scolaires et entreprises
- Le suivi des activités communautaires de lutte contre le paludisme menées par les partenaires rapport de la réunion

Les différentes actions menées ont conduit à une amélioration des connaissances de la population sur la maladie à savoir :

- une meilleure appropriation des conditions et stratégies de sa prise en charge.
- une connaissance des cibles qui sont gratuitement prises en charge, les paquets de prise en charge, le cout de prise en charge de chaque type de cas par type de formation et les différents partenaires qui appuient l'initiative au niveau communautaire.
- une prise de conscience des élus et leaders d'opinion que leur adhésion massive implication est très nécessaire et indispensable dans la réussite de la prise en charge précoce des cas

Cette évolution des connaissances de la population sur la maladie est un signe très encourageant car les changements de comportements souhaités peuvent être effectués. L'évolution des indicateurs de performance en matière d'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans montre que des avancées significatives ont été enregistrées en matière de changement de comportement. Notons que l'utilisation des relais/OCB contribue à l'atteinte de ces performances ; en effet, ils jouent le rôle d'interface entre la communauté et les agents de santé ; assurent le continuum des soins d'urgence au niveau communautaire et accompagnent toutes ces activités par la sensibilisation quotidienne des populations. Un effort de communication reste néanmoins à faire pour améliorer ces performances. Aussi est-il nécessaire que les formations des populations et leur sensibilisation soient renforcées sur toute l'étendue du territoire Béninois afin de permettre qu'à l'évaluation de l'impact de la communication, des résultats positifs et plus encourageants soient notés.

#### **5.4. PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION**

En matière de mise en œuvre des activités de suivi évaluation et de planification, l'année 2014 a été marquée par de progrès significatifs.

#### **5.4.1. Elaboration de rapport**

- **Rapport d'auto-évaluation 2013**

Conformément aux directives définies par les autorités du MS, le PNLP a élaboré et soumis à la DPP son rapport d'autoévaluation. Il permet d'apprécier la performance du PNLP dans l'atteinte des objectifs par rapport aux différentes ressources disponibles.

- **Rapport mensuel et de performance**

La mise en œuvre des activités et le suivi des performances du Programme constituent des priorités pour le cabinet du Ministre. En effet, chaque mois un rapport mensuel est élaboré et transmis au Secrétaire Général du Ministère et chaque trimestre le rapport de performance du PNLP est élaboré et transmis à la Direction de la Programmation et de la Prospective.

#### **5.4.2. Elaboration et validation du plan de travail annuel 2014**

Le plan intégré de travail annuel est un document de planification qui retrace toutes les activités à mettre en œuvre pendant une année par les différents acteurs de lutte contre le paludisme. Il facilite l'harmonisation, la programmation des activités au cours de la période d'une année et la gestion des finances publiques et celles des partenaires. Son élaboration passe par la rédaction d'un rapport d'évaluation du PITA précédent.

Le plan intégré comprend les aspects suivants

- Domaines d'activités, Activités, sous activités, Périodes d'exécution
- Partenaires impliqués, structures de mise en œuvre, besoins GAP, observation

Ce plan de travail a été fait avec la participation active de toutes les parties prenantes.

#### **5.4.3. Revue, révision et validation du plan stratégique et du plan de suivi évaluation 2011-2015 avec extension à 2018**

Avec l'appui technique de l'OMS, le PNLP a réalisé la revue à mi-parcours du PSN 2011 - 2015. Le processus de revue s'est déroulé en deux étapes avec la participation de tous les partenaires : la revue interne et la revue externe. Un atelier a été fait pour valider le rapport de cette revue à mi-parcours.

Le programme a ensuite procédé à la révision du Plan Stratégique National et du Plan de Suivi évaluation 2011-2015 avec leur extension à 2018 puis à leur validation avec tous les acteurs intervenants dans la lutte contre le Paludisme au Bénin.

#### **5.4.4. Elaboration de la note conceptuelle pour le Fonds Mondial**

En vue de bénéficier de l'appui financier du Fonds mondial le PNLP a élaboré une note conceptuelle qui se fonde sur le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial et sur la base du plan stratégique national. Dans ce cadre le PNLP a organisé et ou participé plusieurs réunions et ateliers.

#### **5.4.5. Validation des données du SIRP de l'année 2013**

Le système d'information de routine sur le paludisme (SIRP) devant permettre de remonter des données épidémiologiques de routine relatives à la morbidité, mortalité, soins préventifs et aux instants antipaludiques à temps réel du niveau formation sanitaires et communautaire jusqu'au niveau national, Les données qu'il contient sont parfois difficiles à interpréter. Le défi actuel, c'est d'améliorer la qualité des données collectées ainsi que leur complétude pour orienter une prise de décision factuelle. Cela passe par une harmonisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des principes de remplissage de l'outil de collecte de données ainsi que la validation des données.

La validation des données s'est déroulée au mois de mars 2014 dans les six départements pris deux à deux et a porté sur les données du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 2013.

Les Principaux résultats sont les suivants:



1) la complétude nationale enregistrée sur la base des données transmises par les ZS est de 94,2% au troisième et 94,3% au 4eme trimestre. Cette complétude est en nette augmentation par rapports aux complétudes enregistrées pour le SIRP (84,8% au deuxième 2014). Pour les données communautaires, la complétude est faible de façon générale.

2) le taux d'erreur de saisie des données à l'échelle nationale est de 24,8% (243 fiches saisies avec erreur sur 981 fiches étudiées issues de deux mois choisis).

3) la cohérence interne des données produites par les FS a montré une fréquence de données incohérentes assez élevée.

4) Les indicateurs clés sont étudiés FS par FS ; ce qui permis d'identifier les FS peu performantes et celles performantes, orientant ainsi les choix de supervision ultérieure.

#### **5.4.6. Elaboration des bulletins du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestriel 2013**

L'atelier d'élaboration des deux bulletins du SIRP a eu lieu à Porto Novo au mois d'avril avec la participation du PNLP, du SNIIGS et de ARM3.

Au total douze thèmes sont retenus pour meubler les deux bulletins. Il s'agit de :

Les deux bulletins ont été élaborés à 90% de leur contenu pendant l'atelier.

#### **5.4.7. Collecte des données épidémiologiques dans le cadre de la résistance des vecteurs aux pyréthrinéoïdes dans les ZS PAK et SAKIF**

La collecte des données du SIRP se fait régulièrement dans toutes les formations sanitaires.

A ce titre, une collecte mensuelle des données de routine a été faite dans les zones sanitaires de PAK et SAKIF avec l'appui financier l'OMS/Gates. Les données de cette étude ont permis de comprendre le lien entre le niveau de résistance des vecteurs aux insecticides et la transmission du paludisme.

#### **5.4.8. Mise en œuvre de la collecte de données au lendemain de la campagne et élaboration du rapport d'évaluation**

Une collecte de données a été organisée au lendemain de la campagne de distribution de MIILD aux ménages pour apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs de couverture dans les douze départements de la République du Bénin en octobre 2014. Il s'agit d'une étude transversale quantitative à visée descriptive qui a concerné 10002 ménages dont 7693 ménages résident en milieu rural. La collecte des données s'est déroulée du 24 octobre au 26 octobre 2014.

Cette enquête a permis de noter que :

- le nombre moyen de MIILD reçu par ménage est de 3,09
- 87,9% des ménages enquêtés ont reçu un coupon avant la campagne contre 89% en 2011
- 85,3% des ménages enquêtés ont reçu au moins une MIILD au cours de la campagne contre 86% en 2011
- 93,3% des ménages enquêtés disposent d'au moins une moustiquaire contre 94% en 2011 ;

#### **5.5. GESTION DES INTRANTS**

La gestion des affections passe par la prévention, le diagnostic et le traitement. A cet effet le PNLP a en son sein créé un service nommé service Pharmacie et pharmacovigilance chargé de la gestion des Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP). Pour rendre disponible de façons continue et permanente ces intrants à tous les niveaux de la pyramides sanitaires, le PNLP et ses partenaires coordonnent les activités de la GAS. Au titre de l'année 2014 une planification de différentes activités relatives à l'atteinte de la mission assignée au programme a été faite.

La gestion des ILP passe par les étapes suivantes :

- Estimations et quantification

- Approvisionnement
- Gestions des Stocks
- Suivi

### 5.5.1. Estimation, quantification des ILP

L'estimation/quantification est l'opération qui consiste à déterminer les produits à commander ainsi que leur quantité sur une période donnée. A la suite de la quantification, un plan d'approvisionnement est élaboré et précise les différentes quantités et échéances de livraison.

La quantification n'étant pas une opération exacte, des estimations objectives sont faites. Il existe plusieurs méthodes de quantification des ILP. Le PNLP a choisi celle basée sur les données de consommation et détermine les besoins du pays en matière d'ILP sur une année. En 2014, une estimation de : 6 104 580 traitements de CTA Artéméther/Luméfantrine (A/L); 123 104 traitements d'Artésunate Amodiaquine (ASAQ) ; 6 706 760 Tests de Diagnostic Rapide du paludisme (TDR) ; 1 421 520 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte ; 6 921 392 MIILD et 30 microscopes a été faite.

Pour parvenir à faire la quantification basée sur la consommation, le PNLP avec l'appui de ARM3 a mis en place le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) afin d'assurer la remontée des données de consommation des ILP du niveau périphérique au niveau central où elles seront analysées et traitées pour une prise de décision en gestion logistique des produits (approvisionnement, contrôle de qualité, stockage, distribution, suivi du stock et gestion des périmés). Plusieurs GTT et autres séances de discussions ont été menés dans le cadre d'une amélioration de la disponibilité des ILP. Il ressort des discussions d'importantes résolutions

### **5.5.2. Approvisionnement**

Pour assurer une disponibilité régulière des ILP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la mise en place d'un système d'approvisionnement fonctionnel s'avère indispensable.

L'approvisionnement consiste à rendre disponible à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, la quantité de produits estimée lors de la quantification.

Au niveau central, le PNLN est chargé de la réception des produits commandés quel que soit la source de financement et procède à l'envoi des lots en vue de contrôle de qualité des apports prévus par les partenaires.

### **5.5.3. Gestion des stocks**

Dans le cadre de la gestion de stock, le système d'approvisionnement et de réapprovisionnement des ILP combine pour le moment la réquisition et l'allocation.

Dans un système de réquisition, les quantités livrées sont déterminées par le personnel de la structure qui reçoit les produits et s'applique aux FS au même titre que les MEG.

Dans un système d'allocation, les quantités livrées sont déterminées par le personnel de la structure qui livre les produits (approvisionnement des RC et OCB).

La formation continue en ce qui concerne la gestion des stocks se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Plusieurs formations des acteurs ont été faites sur la gestion des ILP; 1631 personnes, des niveaux central, départemental et tous les gestionnaires des DRZ, HZ et au moins deux personnes par FS ont formées au SIGL ILP en 2013 et 60 nouvelles personnes sont formées en 2014.

Les outils de gestion sont disponibles avec un logiciel appelé « MEDISTOCK » utilisé dans les DRZ et Hôpitaux. Un mécanisme de suivi des intrants en particulier les intrants subventionnés ou gratuits au niveau formations sanitaires et communautaire a été mis en place.

La disponibilité des intrants est devenue réalité dans les formations sanitaires Plus de 98 % des formations n'ont pas connu de rupture de stocks de médicaments

antipaludiques, néanmoins la quantité des ILP est rationalisée. Au total, 1 537 512 traitements de CTA (A/L), 6172 traitements de CTA (ASAQ), 1 479 850 TDR et 629 000 doses de 3cp de SP ont été distribués dans le secteur public pour la PEC des cas de paludisme dans le respect du panier commun.

#### **5.5.4. Suivi**

Un inventaire physique est fait au niveau central chaque semaine et permet d'avoir une maîtrise des stocks disponibles.

### **5.6. GESTION DU PROGRAMME**

#### **5.6.1. Les mécanismes de fonctionnement**

##### **→ Réunions du staff**

Les réunions hebdomadaires de coordination du PNLP se tiennent tous les vendredis matin à 09 heures et regroupe les coordonnateurs et les chefs. Une revue des activités de la semaine écoulée et une programmation des activités pour la semaine à venir sont faites.

##### **→ Réunion du personnel**

Tous les derniers vendredis du mois, le personnel se réunit pour faire le point des activités du mois et discuter des diverses préoccupations.

##### **→ Réunion des partenaires**

Tous les 1<sup>er</sup> mercredis du mois, le PNLP organise une réunion avec ses partenaires pour faire le point des activités programmées et à réaliser.

#### **5.6.2. Cadre institutionnel organisationnel de la lutte contre le paludisme**

Dans le souci d'améliorer et de pérenniser l'efficacité des services de santé au niveau opérationnel, les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La coordination du PNLP est chargée de la planification, de la gestion, de la supervision et de l'évaluation des interventions mises en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme.

Au niveau départemental, le PNLP dispose d'une cellule d'appui qui contribue au renforcement des interventions opérationnelles

Au niveau périphérique, les activités de lutte contre le paludisme sont coordonnées et suivies sur le terrain par les Médecins Coordonnateurs de Zone Sanitaire. Un point focal d'appui à la lutte contre le paludisme et aux autres maladies prioritaires assiste le MCZS.

Au niveau communautaire, les activités sont assurées par des relais communautaires et/ou des organisations communautaires de base conformément à la politique nationale de santé.

### **5.6.3. Mobilisation des ressources**

Le plan stratégique quinquennal 2011-2015 a été estimé à 119 502 998 031 F CFA.

L'opérationnalisation de ce plan a bénéficié du financement des partenaires que sont : le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, la Banque Mondiale, l'Initiative du Président Américain pour la lutte contre le Paludisme (PMI), le Budget National, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Unicef, la Fondation Bill and Melinda Gates

### **5.6.4. Participation aux ateliers ou réunions régionaux et internationaux**

Il s'agit de :

- ✘ Atelier régional conjoint ONU-SIDA et Fonds Mondial pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre à Dakar du 02 au 03 avril 2014
- ✘ Atelier d'orientation sur le nouveau model de financement du Fonds Mondial à Dakar : 10 - 11 avril 2014
- ✘ Mock-TRP à Kampala (Ouganda) du 16-22 juin 2014

- ✘ Mock-TRP à Kampala (Ouganda) du 19-21/11/2014
- ✘ Réunion des coordonnateurs des programmes nationaux de lutte contre le paludisme à Dakar (Sénégal) du 24 au 26 février 2014 ;
- ✘ Consultation régionale sur la stratégie technique mondiale du paludisme 2016 - 2025 au Congo-Brazzaville du 17 au 19 mars 2014
- ✘ Atelier international pour le développement du 2<sup>ème</sup> plan d'action mondial contre le paludisme au Congo-Brazzaville du 20 au 21 mars 2014 ;
- ✘ Réunion de revue annuelle pour les activités de lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest en Novembre 2014 à Niamey au Niger.

## 6. RESULTATS DE MISE EN ŒUVRE

### 6.1. COLLECTE DES RAPPORTS

Le taux d'exhaustivité des rapports collectés est de 86% pour les rapports du système d'information de routine du paludisme (fiche PNLPI). Néanmoins, cette complétude est de 96% pour les rapports B5a du SNIIGS. D'après le tableau ci-dessus, on note une disparité entre les départements où avec une faible performance dans l'atlantique littoral. Cette faiblesse est due essentiellement aux formations sanitaires du privé.

Tableau I : Exhaustivité des rapports des formations sanitaires<sup>2</sup>

Départements	Public			Privé			Ensemble		
	Nombre de rapports attendus	Rapports reçus	%	Nombre de rapports attendus	Rapports reçus	%	Nombre de rapports attendus	Rapports reçus	%
Alibori Borgou	1860	1850	99,5%	1200	1039	86,6%	3060	2889	94,4%
Atacora Donga	1308	1255	95,9%	384	353	91,9%	1692	1608	95,0%
Zou Collines	1896	1859	98,0%	444	413	93,0%	2340	2272	97,1%
Mono Couffo	1560	1560	100,0%	252	252	100,0%	1812	1812	100,0%
Atlantique Littoral	1320	1214	92,0%	1212	1090	89,9%	2532	2304	91,0%
Ouémé Plateau	1452	1412	97,2%	348	336	96,6%	1800	1748	97,1%
<b>Bénin</b>	<b>9396</b>	<b>9150</b>	<b>97,4%</b>	<b>3840</b>	<b>3483</b>	<b>90,7%</b>	<b>13236</b>	<b>12633</b>	<b>95,4%</b>

### 6.2. SITUATION DES INDICATEURS DE ROUTINE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La mise en œuvre des activités en 2014 a permis d'obtenir des résultats dont les indicateurs essentiels calculés sur la base des données de routine des formations sanitaires sont consignés dans le tableau ci-dessous.

<sup>2</sup> Exhaustivité des rapports du système d'information de routine du paludisme



Tableau II: Indicateurs essentiels de lutte contre le paludisme en 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Valeur
1.	Taux de complétude des rapports des formations sanitaires	12633	13236	95,4%
2.	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu de MIILD en CPN	244372	472 105	51,8%
3.	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu TPI_1 en CPN	244117	472 105	51,7%
4.	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu TPI_2 et+ en CPN	17472	472 105	3,7%
5.	Taux de réalisation des tests TDR/GE chez les enfants de moins de 5 ans (FS)	680368	797264	85,3%
6.	Taux de réalisation des tests TDR/GE chez les patients de 5 ans et plus (FS)	924339	1115020	82,9%
7.	Taux de positivité des TDR /GE chez les enfants de moins de 5 ans (FS)	502044	680368	73,8%
8.	Taux de positivité des TDR/GE chez les patients de 5 ans et plus (FS)	637073	924339	68,9%
9.	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme reçus en consultation externe ayant été traité avec les CTA selon les directives nationales (FS)	488573	797264	61,3%
10.	Pourcentage de patients de 5 ans et plus souffrant de paludisme reçus en consultation externe ayant été traités avec les CTA selon les directives nationales (FS)	637839	1115020	57,2%
11.	Taux non rupture de TDR dans les FS	8 844	9 286	95,24%
12.	Taux non rupture de CTA dans les FS	8 831	9 286	95,10%
13.	Taux non rupture de MIILD dans les FS	8 908	9 286	95,93%

## 6.3. PREVENTION DU PALUDISME

Les activités de prévention du paludisme mis en œuvre au niveau opérationnel sont constituées de la de la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes.

### 6.3.1. Distribution des MIILD en routine

La distribution des MIILD en routine a été réalisée durant toute l'année.

En 2012, 244372 MIILD ont été distribuées en routine. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui sont les cibles de cette distribution ont été effectivement les principaux bénéficiaires, respectivement dans les proportions de 40,8% et 45,2%.

Les quantités distribuées selon les cibles sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau III: Distribution des MIILD en routine par département en 2014

Départements	Distribution MIILD de routine en 2014			
	FE	< 1an	Autres	Total
Alibori Borgou	60504	50286	9706	120496
Atacora Donga	35637	30410	7783	73830
Zou Collines	42114	42259	16279	100652
Mono Couffo	27765	28992	11450	68207
Atlantique Littoral	40451	37011	2704	80166
Ouémé Plateau	37901	31875	27577	97353
Bénin	244372	220833	75499	540704
Pourcentage	45,2%	40,8%	14,0%	100,0%

### 6.3.2. Traitement préventif intermittent (TPI)

La couverture en TPI2 reste toujours faible (41,8%) par rapport à l'objectif national (80%) attendu.

En considérant les couvertures départementales, le département du Ouémé-plateau a une meilleure couverture de TPI2 (52,8%); Atlantique littoral, quant à lui, la plus faible couverture (35,6%).

Tableau IV : Résultats de TPI par département en 2014

Départements	Traitement Préventif Intermittent en 2014				
	Effectif			Couverture	
	CPN1	TPI_1	TPI_2	TPI_1	TPI_2
Alibori Borgou	92733	55808	33657	60,2%	36,3%
Atacora Donga	49745	33206	23459	66,8%	47,2%
Zou Collines	68188	40421	31854	59,3%	46,7%
Mono Couffo	46643	30351	21844	65,1%	46,8%
Atlantique Littoral	91414	44405	32584	48,6%	35,6%
Ouémé Plateau	59350	39926	31330	67,3%	52,8%
<b>Bénin</b>	<b>408073</b>	<b>244117</b>	<b>174728</b>	<b>59,8%</b>	<b>42,8%</b>

#### 6.4. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

La prise en charge des cas de paludisme comporte le diagnostic et le traitement. Pour le diagnostic du paludisme il est recommandé de faire systématiquement les tests de confirmation à travers le test de diagnostic rapide ou la goutte épaisse selon le niveau du plateau technique de la formation sanitaires. S'agissant du traitement, il se fait en externe lorsqu'il s'agit d'un cas de paludisme simple et en hospitalisation si c'est un paludisme grave.

##### 6.4.1. Réalisation des tests de confirmation du paludisme

La confirmation du paludisme se fait à travers le test de diagnostic rapide (TDR) et la goutte épaisse. Le TDR est utilisé par les formations sanitaires qui ne disposent pas de laboratoire et les formations sanitaires dotées d'un laboratoire mais n'ayant pas un système de garde. Les services d'urgence des hôpitaux commencent par faire de plus en plus recours au TDR pour le tri d'urgence des malades, notamment dans les services de pédiatrie. La goutte épaisse est réalisée par les formations sanitaires qui disposent d'un laboratoire.

Dans le processus d'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme, conformément aux recommandations de l'OMS, le Bénin a opté pour la confirmation systématique et obligatoire des cas suspects avant de les traiter. La mise en œuvre

de cette recommandation a commencé en 2010 avec la révision des outils de collecte des données. Le taux de réalisation des tests est encore faible (84,1%) pour une cible nationale supérieure de 100% dans les formations sanitaires. Les plus faibles taux sont enregistrés dans les départements de l'Ouémé Plateau et l'Atlantique Littoral.

Tableau V: Réalisation des tests de confirmation par département

Départements	Réalisation des tests de confirmation en 2014			Cas suspects	Taux de réalisation des tests
	Types de test				
	TDR	GE	TDR&GE		
Alibori Borgou	343960	24727	368687	455724	80,9%
Atacora Donga	266730	17259	283989	322019	88,2%
Zou Collines	274708	9154	283862	314615	90,2%
Mono Couffo	190869	7290	198159	223986	88,5%
Atlantique Littoral	136256	81192	217448	276955	78,5%
Ouémé Plateau	122139	14649	136788	176906	77,3%
Bénin	1334662	154271	1488933	1770205	84,1%

#### 6.4.2. Taux de positivité des tests de confirmation du paludisme

Le taux de positivité globale des tests est 69.5 %. Ce taux varie de façon importante d'un département à un autre. Les plus fort taux de positivité sont enregistrés dans les départements du Zou Collines, Mono Couffo, Atacora Donga. Les plus faibles taux sont enregistrés dans les départements de l'Ouémé Plateau et l'Atlantique Littoral.

Tableau VI: Taux de positivité des tests de confirmation réalisés par département

Départements	Taux de positivité des tests de confirmation réalisés en 2014				Taux de positivité des tests
	TDR	GE	Total testé	Testé positif	
	Alibori Borgou	87037	343960	24727	
Atacora Donga	38030	266730	17259	283989 178093	62,7%
Zou Collines	30753	274708	9154	283862 201312	70,9%
Mono Couffo	25827	190869	7290	198159 150218	75,8%
Atlantique Littoral	59507	136256	81192	217448 140632	64,7%
Ouémé Plateau	40118	122139	14649	136788 89628	65,5%
Bénin	281272	1334662	154271	1488933 1034200	69,5%

### 6.4.3. Traitement des cas en soins externes

La politique thérapeutique a retenu que les cas de paludisme simple soient traités avec les CTA. Les résultats du tableau ci-dessus montrent que les cas de paludisme simple testés positifs sont traités avec les CTA. Ces résultats montrent également que des antipaludiques autres que les CTA sont utilisés pour traiter les cas simples du paludisme. La situation où le Ratio CTA prescrit sur cas de paludisme simple testé+ est supérieur à 100% montre que des cas non confirmés sont traités comme cas de paludisme avec les CTA. C'est le cas dans tous les départements. C'est le département de l'Ouémé Plateau qui enregistre le taux le plus élevé.

Tableau VII: Cas de paludisme traités avec CTA

	Cas de paludisme simple (clinique et testé +)	Cas de paludisme simple testé positif	Nombre de traitement CTA prescrit	Nombre de traitement CTA sorti pharmacie	Ratio CTA prescrit sur cas de paludisme simple testé+	Ratio CTA prescrit sur cas de paludisme simple
Alibori Borgou	430997	274317	282176	277797	102,9%	65,5%
Atacora Donga	304760	178093	212617	225454	119,4%	69,8%
Zou Collines	305461	201312	215912	218060	107,3%	70,7%
Mono Couffo	216696	150218	167975	168309	111,8%	77,5%
Atlantique Littoral	195763	140632	133507	111322	94,9%	68,2%
Ouémé Plateau	162257	89628	106381	90174	118,7%	65,6%
Bénin	1615934	1034200	1118568	1091116	108,2%	69,2%

### 6.4.4. Traitement gratuit des cas de paludisme chez les cibles

Au cours de l'année 2014, un montant de Trois Cents Quarante-Sept Million Deux Cent Cinquante Mille Soixante Francs (357 250 060 F) a été engagé par l'Etat béninois pour le remboursement des cas pris en charge gratuitement et répartis comme suit :

Tableau VIII : Point de la mise en œuvre de la gratuité

Cibles	Cas	2012		2013		2014	
		Population impactée	Montant engagé (FCFA)	Population impactée	Montant engagé (FCFA)	Population impactée	Montant engagé (FCFA)
Enfants âgés de moins de 5 ans	Paludisme simple	48 574	36 430 500	22 345	16 758 750	26 483	19 862 955
	Paludisme grave	9 297	139 265 326	16 438	223 233 805	17 868	254 583 170
	<b>Total 1</b>	<b>57 871</b>	<b>175 695 826</b>	<b>38 783</b>	<b>239 992 555</b>	<b>44 351</b>	<b>274 446 125</b>
Femmes enceintes	Paludisme simple	6 888	7 576 800	10 374	15 042 300	12 295	17 828 569
	Paludisme grave	2 507	62 675 000	1 995	46 383 750	2 794	64 975 366
	<b>Total 2</b>	<b>9 395</b>	<b>70 251 800</b>	<b>12 369</b>	<b>61 426 050</b>	<b>15 089</b>	<b>82 803 935</b>
<b>Total (T1 + T2)</b>		<b>67 266</b>	<b>245 947 626</b>	<b>51 152</b>	<b>301 418 605</b>	<b>59 440</b>	<b>357 250 060</b>

Le non-respect du chronogramme d'envoi des pièces justificatives par les zones sanitaires ne nous facilite guère la tâche de faire une répartition du nombre de cas traités et le montant remboursé par département.

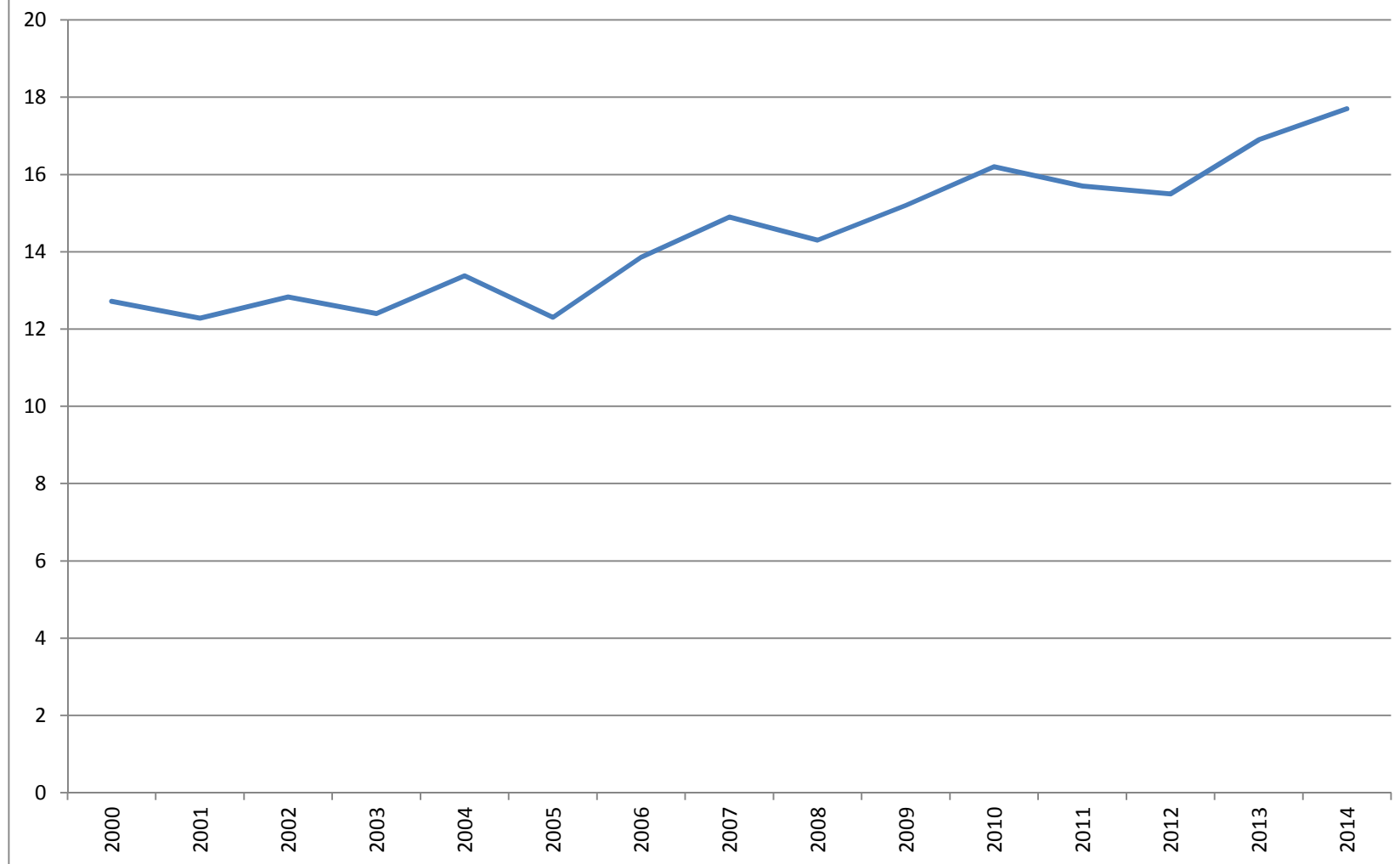
#### 6.4.5. Evolution de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme de 2000 à 2014

Tableau IX: Données de morbidité et de mortalité dues au paludisme de 2000-2014

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>cas palu simple</b>	728036	721815	788327	825505	859159	813578	861847	961582	991847	1109705	1215665	1196673	1365389	1 635 828	1315472
<b>cas palu grave</b>	22621	58430	79729	93182	107917	112924	224563	247782	182138	173803	205768	227662	226592	207 010	209257
<b>décès paludisme</b>	949	717	1104	1084	1452	2055	1432	1290	918	1168	1476	1753	2261	2 058	1685
<b>Létalité paludisme</b>	0,13%	0,09%	0,13%	0,12%	0,15%	0,22%	0,13%	0,11%	0,08%	0,09%	0,10%	0,12%	0,14%	0,11	0,11
<b>Incidence palu grave</b>	0,37%	0,92%	1,18%	1,34%	1,49%	1,49%	2,86%	3,05%	2,21%	2,05%	2,34%	2,51%	2,42%	1,3	2,1%
<b>Incidence palu simple</b>	11,80%	11,36%	11,64%	11,84%	11,89%	10,76%	10,99%	11,84%	12,06%	13,06%	13,85%	13,20%	14,58%	16,9	15,27

Source : SNIQS DPP/MS : Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2000 à 2014

## Evolution de l'incidence de 2000 à 2014





## 7. POINTS FAIBLES ET PROBLEMES RENCONTRES DANS L'EXECUTION DES ACTIVITES

### ➡ Difficultés opérationnelles

- ❖ La non confirmation systématique de tous les cas avant traitement
- ❖ L'insuffisance de microscopes, réactifs et matériels pour le diagnostic biologique du paludisme ;
- ❖ Les Ruptures momentanées des TDR ;
- ❖ Le non-respect des directives nationales de prise en charge des cas dans certaines structures sanitaires ;
- ❖ L'appréciation divergente des concepts clés figurant sur les outils de collecte de données pour le SIRP ;
- ❖ La faible disponibilité des données du secteur privé ;
- ❖ La faible utilisation des données collectées au niveau opérationnelle pour une prise de décision.

### ➡ Difficultés administratives et logistiques

- ❖ Le Non paiement des avances aux équipes en mission sur le terrain pour les activités sur budget national ;
- ❖ L'Insuffisance de moyens roulants pour mener à bien les activités de supervision et l'état défectueux de l'existant ;
- ❖ L'Interférence dans la mise en œuvre des activités planifiées soit à l'interne ou avec des structures extérieures ;
- ❖ Le Retard dans la transmission des courriers du niveau national vers les départements voire des départements vers les zones sanitaires concernées par les activités ;

## **8. PERSPECTIVES**

### **A l'endroit de la Coordination du PNLP**

- Œuvrer pour la mise en œuvre des perspectives ci-dessous mentionnées ;
- Mettre en œuvre un plan de mobilisation de ressources afin de diversifier les sources de financement pour l'achat des intrants ;
- Assurer un bon approvisionnement des formations sanitaires en intrants dans le respect strict du ratio TDR/CTA ;
- Poursuivre les actions pouvant améliorer le niveau de confirmation systématique des cas avant toute prescription de CTA ;
- Renforcer le suivi de l'utilisation des moustiquaires dans les ménages par les RC ;
- Former les prestataires recrutés sur la prise en charge, le TPI et la CIP ;
- Promouvoir la recherche opérationnelle en appui à la lutte contre le paludisme ;
- Renforcer le parc automobile du PNLP pour faciliter la mise en œuvre optimale des activités planifiées ;
- Doter le PNLP d'un scanner fonctionnel ;
- Œuvrer à la mise à disposition des avances de perdiems avant le démarrage de toute activité ;
- Impliquer davantage le secteur privé aux activités de lutte contre le paludisme.

### **A l'endroit des DDS et ZS**

- Renforcer la qualité des suivis de proximité des agents dans le cadre de la gestion des cas de paludisme

### **A l'endroit des formations sanitaires**

- Respecter les directives nationales en matière de gestion des cas

## CONCLUSION

Au cours de l'année 2014, l'exécution des activités du programme a été bonne. Cependant, quatre défis majeurs doivent être relevés. Il s'agit :

- i) de l'élaboration et la soumission de la note conceptuelle au fond mondial
- ii) de la mise à l'échelle de la confirmation diagnostique des cas de paludisme avant de procéder au traitement des cas et ceci quelle que soit la tranche d'âge ;
- iii) du renforcement de l'utilisation effective et régulière des MIILD distribuées au cours de la campagne pour la couverture universelle et pour la routine
- iv) du renforcement du suivi du mécanisme de prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Pour ce faire il est nécessaire que, pour les prochaines années, l'appui du gouvernement béninois soit davantage renforcé pour soutenir la lutte la contre le paludisme afin de favoriser une mobilisation accrue des ressources extérieures