

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Adresse postale : 01 BP 882
Tel : +229 21 33 21 78/ 21 33 21 63
Adresse mail : sante.infos@gouv.bj
Site web: www.sante.gouv.bj

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Rapport provisoire

Évaluation des facteurs de risque ayant une incidence sur l'équité en matière de santé dans le contexte du paludisme « Malaria matchbox Bénin-2022 »



Préface

Pr Benjamin I. B. HOUNKPATIN
Ministre de la Santé

Remerciements

Dr Cyriaque D. AFFOUKOU

Table des matières

| | |
|---|-------------------------------------|
| Préface..... | 0 |
| Remerciements..... | 1 |
| Table des matières..... | 2 |
| Liste des tableaux..... | 6 |
| Liste des Figures..... | 6 |
| Définition des sigles..... | 7 |
| RESUME EXECUTIF..... | 8 |
| PARTIE-1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE..... | 11 |
| 1.1 Contexte de l'étude..... | 11 |
| 1.2 Objectifs de l'étude..... | 11 |
| PARTIE-2 DÉFINITION DES CONCEPTS..... | 12 |
| PARTIE-3 REVUE DE LA LITTÉRATURE..... | 13 |
| 3.1 Profil épidémiologique du paludisme au Bénin et réponse nationale..... | 13 |
| 3.1.1 Profil épidémiologique..... | 13 |
| 3.1.2 Réponse nationale au paludisme..... | 14 |
| 3.1.2.1 Normes et conventions internationales..... | 14 |
| 3.1.2.2 Interventions de lutte contre le paludisme..... | 14 |
| 3.1.2.3 Disponibilité des soins et qualité de la prise en charge du paludisme..... | 15 |
| 3.1.3 Aperçu des effets des interventions..... | 15 |
| 3.1.3.1 Connaissance du paludisme..... | 15 |
| 3.1.3.2 Utilisation des Moustiquaires imprégnées d'insecticide..... | 15 |
| 3.1.3.3 Traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.1.3.4 Morbidité et létalité dues au paludisme..... | 16 |
| 3.1.4 Facteurs de vulnérabilité et d'inégalité..... | 16 |
| 3.2 Analyse de la prise en compte des droits humains et du genre dans les documents stratégiques..... | 17 |
| 3.2.1 Analyse du contexte basé sur le genre et les droits humains..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.2.2 Analyse du contexte et intégration des données sexospécifiques..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.2.3 Intégration des droits humains et du genre dans la réponse nationale au paludisme..... | 18 |
| 3.2.3.1 Programmes de lutte anti-vectorielle..... | 18 |
| 3.2.3.2 Programmes de prise en charge des cas de paludisme..... | 21 |
| 3.2.3.3 Interventions de prévention spécifiques..... | 20 |
| 3.2.3.4 Systèmes de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation..... | 21 |

| | | |
|---|--|----|
| 3.2.3.5 | Genre et droits humains dans les ressources humaines du volet santé communautaire Error! Bookmark not defined. | |
| 3.2.3.6 | Information, Éducation et Communication (IEC) / Communication pour le Changement des Comportements (CCC)..... | 23 |
| 3.2.3.7 | Intégration du genre et des droits humains dans la gestion des programmes | 24 |
| PARTIE-4 : CADRE DE L'ÉTUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE..... | | 26 |
| 4.1 | Approche de la revue analytique..... | 26 |
| 4.2 | Approche méthodologique de l'enquête terrain | 27 |
| 4.2.1 | Mode de sélection des sites et des cibles | 27 |
| 4.2.2 | Échantillonnage | 27 |
| 4.2.2.1 | Taille de l'échantillon..... | 27 |
| 4.2.2.2 | Critères de sélection des unités statistiques | 28 |
| 4.2.3 | Mode de sélection des sites et des cibles | 28 |
| 4.2.3.1 | Sélection des communes, arrondissements et hameaux | 28 |
| 4.2.3.2 | Sélection des unités statistiques | 30 |
| 4.2.4 | Stratégies de mise en œuvre de l'étude | 31 |
| 4.2.4.1 | Digitalisation et préparation de la logistique | 31 |
| 4.2.4.2 | Sélection et formation du personnel de terrain | 31 |
| 4.2.4.3 | Collecte proprement dite et supervision | 31 |
| 4.2.5 | Gestion des données | 31 |
| 4.2.5.1 | Traitement des données | 31 |
| 4.2.5.2 | Analyse des données | 32 |
| 4.3 | Dispositions administratives et éthiques | 33 |
| PARTIE-5 : FACTEURS DE RISQUE ET OBSTACLES LIÉS À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME..... | | 34 |
| 5.1 | Niveau de complétude de l'étude | 34 |
| 5.2 | Profil sociodémographique des enquêtés | 34 |
| 5.2.1 | Profil des participants aux focus groups | 34 |
| 5.2.2 | Profil des acteurs de mise en œuvre..... | 35 |
| 5.2.3 | Profil des parties prenantes et des acteurs institutionnels | 36 |
| 5.2.4 | Profil des participants à l'enquête de satisfaction..... | 37 |
| 5.3 | Populations à risque ou vulnérables au paludisme | 39 |
| 5.4 | Facteurs favorisant ou limitant une meilleure équité dans la distribution des services de lutte contre le paludisme au Bénin | 40 |
| 5.4.1 | Les obstacles liés au système de santé et à l'organisation du volet santé communautaire ... | 40 |
| 5.4.1.1 | Obstacles liés au système de santé..... | 40 |
| 5.4.1.2 | Obstacles liés à l'organisation du volet santé communautaire | 41 |

| | | |
|-----------|---|-------------------------------------|
| 5.4.2 | Connaissances, attitudes, pratiques des populations | 41 |
| 5.4.2.1 | Nosologie populaire du paludisme | 41 |
| 5.4.2.2 | Perception de la gravité du paludisme | 42 |
| 5.4.2.3 | Itinéraire thérapeutique..... | 42 |
| 5.4.2.4 | Raisons du risque élevé du paludisme dans les groupes les plus vulnérables..... | 43 |
| 5.4.3 | Obstacles liés aux perceptions, pratiques ou croyances locales vis-à-vis des prestations offertes par le programme de lutte contre le paludisme..... | 43 |
| 5.4.3.1 | Lutte anti-vectorielle | 43 |
| 5.4.3.2 | Interventions de prévention spécifiques | 44 |
| 5.4.3.3 | Programmes de prise en charge des cas de paludisme | 45 |
| 5.4.3.4 | Accessibilité à l'information | 45 |
| 5.4.3.4.1 | Sources et canaux d'informations | 45 |
| 5.4.3.4.2 | Support de diffusion des messages sur le paludisme | 46 |
| 5.4.3.4.3 | Minorités linguistiques exclues par la diffusion des messages sur le paludisme | 46 |
| 5.4.4 | Contexte climatique et géographique | 47 |
| 5.4.4.1 | Accessibilité géographique | 47 |
| 5.4.4.2 | Situation d'insécurité | 48 |
| 5.4.5 | Accessibilité financière | 48 |
| 5.4.6 | Facteurs socioculturels et pratiques religieuses / endogènes | 49 |
| 5.4.7 | Facteurs liés au genre, aux droits humains influençant l'accessibilité aux services de lutte contre le paludisme. | 50 |
| 5.4.7.1 | Facteurs stéréotypiques | 50 |
| 5.4.7.2 | Autonomie de la femme dans la recherche des soins | 50 |
| 5.5 | Satisfaction des bénéficiaires de l'offre des soins liés au paludisme..... | 51 |
| 5.5.1 | Niveau de satisfaction des bénéficiaires des soins reçus dans les centres de santé | 51 |
| 5.5.1.1 | Niveau de satisfaction des bénéficiaires selon les fonctions | 51 |
| 5.5.1.2 | Niveau de non-satisfaction suivant le milieu de résidence | 52 |
| 5.5.1.3 | Niveau de non-satisfaction suivant le département de résidence | 52 |
| 5.5.2 | Niveau de satisfaction globale des bénéficiaires..... | 55 |
| 5.5.3 | Motifs de satisfaction et d'insatisfaction | 58 |
| 5.5.4 | Besoins et attentes des bénéficiaires | 58 |
| 5.6. | Propositions de mesures pour réduire le risque de paludisme ainsi que les obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le paludisme par les enquêtés . Error! Bookmark not defined. | |
| 5.6.1. | Obstacles physiques et environnementaux | Error! Bookmark not defined. |
| 5.6.2. | Obstacles socioculturels et comportementaux | Error! Bookmark not defined. |
| 5.6.3. | Obstacles économiques et financiers | Error! Bookmark not defined. |
| 5.6.4. | Inégalité d'accès à l'information | Error! Bookmark not defined. |
| 5.6.5. | Problèmes relatifs au système de santé..... | Error! Bookmark not defined. |

| | | |
|---------------|--|-------------------------------------|
| 5.6.6. | Problèmes liés au fonctionnement du volet communautaire du système de santé..... | Error! Bookmark not defined. |
| PARTIE-6 | PLAN D’ACTION STRATÉGIQUE..... | 65 |
| PARTIE-7 | : CONCLUSION, LIMITES DE L’ÉTUDE ET DIFFICULTÉS..... | 88 |
| 7.1 | Conclusion..... | 88 |
| 7.2 | Difficultés et limites de l’étude..... | 88 |
| 7.2.1 | Difficultés rencontrées et approches de solutions | 88 |
| 7.2.1.1 | Accessibilité des sites échantillonnés | 88 |
| 7.2.1.2 | Personnes enquêtées | 88 |
| 7.2.1.3 | Autres difficultés..... | 88 |
| 7.2.1.4 | Facilités obtenues pendant la collecte par les équipes | 89 |
| 7.3 | Limites de l’étude..... | 89 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 90 |
| ANNEXES | | 93 |
| Annexe 1 | : Principaux motifs d’insatisfaction et de satisfaction des bénéficiaires des soins liés au paludisme dans les centres de santé..... | 93 |
| Annexe 2 | : Tableau de construction de l’indicateur de vulnérabilité des communes | 98 |
| Annexe 3 | : Échantillonnage par département, commune et arrondissement | 104 |
| Annexe 4 | : Outils de collecte des données | Error! Bookmark not defined. |
| Annexe 5 | : Outils éthiques..... | Error! Bookmark not defined. |
| Annexe 6 | : Avis et visa des comités et ministères..... | 110 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I : Description des groupes cibles à l'étude | 27 |
| Tableau II : Critères de sélection des cibles primaires | 28 |
| Tableau III : Indicateurs de base pour l'élaboration de l'indice des zones géographiques ayant difficilement accès aux services de lutte contre le paludisme | 29 |
| Tableau IV : Liste des communes investiguées par département et score de vulnérabilité | 30 |
| Tableau V : Taux de réponse selon les groupes cibles à l'étude pour les deux volets | 34 |
| Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques des participants aux focus groups dans les différentes localités d'enquête | 34 |
| Tableau VII : Caractéristiques sociodémographiques des acteurs de mise en œuvre en service au niveau opérationnel du système de santé | 35 |
| Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographiques des parties prenantes et des acteurs institutionnels | 36 |
| Tableau IX : Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires ayant sollicité les prestations dans les centres de santé au cours des trois mois précédant l'enquête | 38 |
| Tableau X : Obstacles spécifiques liés au genre et droits humains suivant les catégories de populations identifiées | 39 |
| Tableau XI : Niveau de satisfaction et d'insatisfaction global selon les caractéristiques socioéconomiques | 57 |

Liste des Figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Proportion de bénéficiaires des soins liés au paludisme satisfaits selon les fonctions évaluées | 52 |
| Figure 2 : Proportion de bénéficiaires non satisfaits selon les fonctions ayant les taux les plus faibles | 52 |
| Figure 3 : Taux d'insatisfaction des bénéficiaires suivant la facilité d'accès au centre de santé | 53 |
| Figure 4 : Taux d'insatisfaction des bénéficiaires suivant la distance parcourue | 54 |
| Figure 5 : Taux d'insatisfaction des bénéficiaires par rapport à la disponibilité des produits pharmaceutiques prescrits | 54 |
| Figure 6 : Satisfaction globale des bénéficiaires selon le milieu de résidence | 55 |
| Figure 7 : Satisfaction globale des bénéficiaires par département de résidence | 55 |
| Figure 8 : Insatisfaction globale des bénéficiaires selon les départements de résidence | 56 |
| Figure 9 : Besoins des bénéficiaires pour une meilleure organisation des services de soins liés au paludisme | 59 |

Définition des sigles

| | |
|--------|---|
| ACP | : Analyse en Composante Principale |
| AFD | : Agence Française de Développement |
| APDP | : Agence de Protection des Données à caractère Personnel |
| ASC | : Agent de Santé Communautaire |
| CHD | : Centre Hospitalier Départemental |
| CNERS | : Comité National d’Ethique pour la Recherche en santé |
| CNS | : Conseil National de la Statistique |
| CQ | : Contrôle de Qualité |
| CS | : Centre de Santé |
| FG | : Focus Groups |
| FMSTP | : Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme |
| HZ | : Hôpital de Zone |
| INACES | : Institut d'Analyse de la Communication et des Ensembles Sociaux |
| MII | : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticides |
| NMF-3 | : Nouveau Mécanisme de Financement cycle 3 |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PNLP | : Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PSNIE | : Plan Stratégique National Intégré d’Elimination |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| RBM | : Roll Back Malaria |
| RMAT | : Rayon Moyen d’Action Théorique |
| TdR | : Termes de Référence |

RESUME EXECUTIF

1- Introduction et objectifs

Au Bénin, à l'instar des autres pays de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le paludisme est une maladie endémique avec des recrudescences saisonnières. Pour réduire la morbidité et la mortalité, sous la coordination du Programme National de Lutte contre le Paludisme des interventions à haut impact sont développées. La lutte contre les obstacles liés au genre et aux droits humains est un pilier fondamental de réduction de la morbi-mortalité du paludisme, surtout chez les populations vulnérables.

Dans le cadre de l'élaboration de la subvention Fonds Mondial du 3^{ème} Nouveau Mécanisme de Financement (NMF-3) pour la composante paludisme couvrant la période 2021-2023, il était recommandé d'évaluer la prise en compte de la dimension "Genre et équité" dans les interventions de lutte contre le paludisme au Bénin. Cette évaluation permettra de comprendre les obstacles liés au genre et aux droits humains (DH) en s'aidant de l'outil Malaria Matchbox.

Pour ce faire, le programme s'est fixé comme objectif principal d'évaluer l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre sur les interventions du paludisme au Bénin en s'appuyant sur l'outil Matchbox. Cet objectif se décompose en trois (03) composantes : i) une analyse documentaire pour mettre en exergue les insuffisances liées au genre et aux DH dans les documents et interventions stratégiques ; ii) une enquête terrain avec une composante satisfaction pour identifier les obstacles et les mesures à prendre en compte pour une meilleure équité dans l'offre de prestations et iii) des recommandations à travers un plan d'action pour la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les obstacles relevés.

2 - Cadre d'étude et méthodologie

L'organisation de la présente étude était basée sur les trois groupes d'objectifs spécifiques. Ainsi, en ce qui concerne la revue analytique, les différents documents stratégiques sur le paludisme ont été étudiés pour apprécier le

niveau de prise en compte de la problématique genre et droits humains en matière de paludisme. Cette approche a été complétée par une exploitation de la littérature grise. Cette phase de l'étude s'est réalisée du 04 au 21 juin, date à laquelle elle a été validée par les acteurs de la lutte contre le paludisme et la consultante internationale.

Le second volet est une étude transversale beaucoup plus qualitative avec un volet étude de satisfaction des bénéficiaires. Le champ de l'étude est constitué de deux arrondissements dans deux communes par département. Ces communes ont été sélectionnées en fonction de leur niveau de vulnérabilité au paludisme. La population à l'étude était composée i) des bénéficiaires et des parties prenantes au niveau communautaire, ii) des acteurs de mise en œuvre que sont les agents de santé et iii) des acteurs institutionnels. L'étude s'était également étendue aux maisons d'arrêt où les personnes privées de liberté et les infirmiers ont été enquêtés.

La collecte a été organisée du 02 au 12 août 2023. Les entretiens du volet qualitatif étaient enregistrés sur les smartphones dotés d'un enregistreur audio pour une collecte en temps réel. Ces enregistrements ont été écoutés, transcrits, traités, puis analysés conformément aux normes d'une analyse qualitative. En ce qui concerne, le volet satisfaction des bénéficiaires, 14 fonctions étaient investiguées auprès des bénéficiaires qui ont sollicité les services auprès du centre de santé de l'arrondissement de rattachement de leur localité. Le test de Guttman a confirmé la cohérence interne permettant ainsi d'apprécier la satisfaction des bénéficiaires des soins liés au paludisme. L'Analyse en Composante Principale (ACP) a permis de déterminer le niveau de satisfaction globale des enquêtés.

En ce qui concerne le 3^{ème} volet, il a fallu faire ressortir les obstacles recensés suite à la revue analytique et l'analyse des résultats de l'enquête en communauté qui a conduit à l'élaboration

d'un plan d'action budgétisé. La mise en œuvre de ce plan d'action à travers les termes de référence aidera à améliorer les conditions de vie des populations vulnérables à travers la prise en compte du genre et des droits humains.

3 – Prise en compte des questions de droits humains et du genre dans les documents stratégiques et programmatiques sur le paludisme au Bénin

De l'analyse documentaire effectuée, il ressort que, des efforts ont été faits pour intégrer les aspects relatifs au genre et aux droits humains dans les programmes et stratégies de lutte contre le paludisme au Bénin. La priorité a été accordée dans la population générale aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes qui constituent les cibles traditionnelles les plus vulnérables. Les programmes ayant le plus intégrés les dimensions équité, genre et droits humains sont : la lutte anti vectorielle ; la prise en charge des cas du paludisme et les interventions de préventions spécifiques. Par contre, ceux nécessitant une attention particulière sont : i) l'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) / Communication pour le Changement des Comportements (CCC) ; ii) les systèmes de gestion de l'information sanitaire et le suivi évaluation ; iii) la gestion des programmes ; et iv) les ressources humaines pour la santé.

4 - Facteurs de risque et obstacles liés à l'accès aux soins et aux services de lutte contre le paludisme

La complétude en matière de couverture est de plus de 100% pour les bénéficiaires et les acteurs de mise en œuvre pour l'enquête terrain. Mais en ce qui concerne les acteurs institutionnels, la couverture est de 27,5 %.

Selon les déclarations des trois groupes de populations à l'étude, les principaux obstacles qui entravent la lutte contre le paludisme au Bénin sont de plusieurs ordres. Il s'agit des obstacles : physiques et environnementaux, socioculturels, économiques et financiers, des problèmes d'inégalités dans l'accès à l'information et la communication sur le paludisme, des problèmes stéréotypiques et de

genre, des problèmes en lien avec le système de santé et le volet communautaire dudit système.

Obstacles physiques et environnementaux : les conditions d'accès aux services de santé dans les arrondissements urbains sont dans l'ensemble acceptables. Mais pour ce qui est des populations vivant en milieu rural, elles sont limitées par les obstacles géophysiques (cours d'eau, marécages, collines ou montagnes, etc.), qui rendent l'accessibilité aux services de santé difficile dans les arrondissements. Dans les zones d'insécurité, les habitants sont exposés aux incursions ou à de représailles des mouvements divers. Aussi, dans l'ensemble, les voies d'accès étaient impraticables surtout en période pluvieuse et de crue. De plus ces voies ne sont pas, pour la majorité électrifiées.

Obstacles socioculturels : certaines croyances font que les populations adoptent des comportements qui influencent négativement leur état de santé en général et le paludisme en particulier. Elles sont plus portées sur l'utilisation des MII, les interdits religieux et autres qui justifient la non-utilisation des moustiquaires. Dans presque toutes les contrées, il n'y a pas d'interdits religieux pour les soins au centre de santé. Toutefois, certains actes médicaux ne sont pas admis pour quelques congrégations. Pour ce qui est du circuit de traitement en matière de paludisme, ce sont certaines conditions socioéconomiques qui expliquent la relégation au deuxième ou troisième rang des soins dans les hôpitaux.

Obstacles économiques et financiers : ils constituent les principaux facteurs limitants l'accès aux soins. Les coûts de transports, les coûts de prise en charge à l'hôpital (depuis que la gratuité a été suspendue), les coûts connexes font que les populations ne fréquentent les centres de santé qu'en cas de gravité. Au premiers signes, l'automédication est le premier réflexe (tisanes à domicile, recours à la médecine traditionnelle et aux tradipraticiens). L'autonomie financière plus réduite chez les femmes comparativement aux hommes rend ces dernières plus vulnérables et dépendantes.

Problèmes d'inégalité d'accès à l'information et à la communication sur le paludisme : Selon les localités, les canaux les

plus utilisés sont les crieurs publics, la radio, et les relais communautaires (par le passé). La préférence ou le média le plus opérationnel est fonction de l'accessibilité par un grand nombre dans la langue parlée par la majorité dans une communauté. De ce fait, certains groupes ethniques, notamment les minorités sont exclues ou mal informés. Face à ce problème, dans certaines communautés des mécanismes spécifiques ont été développés à l'interne pour s'informer. Il s'agit par exemple de la traduction des messages via les réseaux sociaux dans d'autres langues du milieu pour couvrir tous les groupes ethniques.

Problèmes stéréotypiques et de genre : qu'il s'agisse des focus groups, des entretiens individuels des bénéficiaires, des parties prenantes, des acteurs de mise en œuvre et même des acteurs institutionnels, c'est l'homme qui décide. La femme ne peut pas prendre de décisions sans l'avis de son mari ou de ses beaux-parents même en cas de maladie. Dans certains cas, lorsque le pôle de décision n'est pas joignable ou lorsqu'il s'agit des ressources propres de la femme, elle peut se rendre à l'hôpital quitte à informer ultérieurement son mari.

Problèmes émanant du système de santé y compris le volet communautaire du système : Ils sont décrits surtout dans l'analyse de satisfaction où les bénéficiaires étaient peu satisfaits des prestations des services de santé pour diverses raisons. Le niveau de satisfaction global est estimé à 15,6 %. Les principales raisons évoquées étaient liées au fait que : la prise en charge du paludisme n'est plus gratuite, les soins coûtent cher, les relais communautaires qui les prenaient en charge directement dans les villages ne sont plus fonctionnels, etc.

5 - Plan d'action

Il a été élaboré en atelier avec les différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de l'étude. Il était basé l'analyse faite des documents stratégiques et les résultats de l'enquête en communauté. Sur la base des obstacles identifiés, des actions concrètes ont été retenues et budgétisées en vue de leur mise en œuvre pour réduire l'effet des obstacles

identifiés. Ce processus a également tenu compte des opportunités et des tendances lourdes qui peuvent impacter positivement ou négativement les interventions.

6 - Conclusion et recommandations :

La présente étude a permis de mettre en évidence nombre d'obstacles qui expliquent l'accès limité de certaines populations aux interventions de lutte contre le paludisme. Elle a également permis d'identifier les groupes de populations mal desservies d'où leur prise en compte dans les planifications du Programme National de Lutte contre le Paludisme afin d'adopter une approche plus inclusive dans la dynamique d'atteindre l'objectif zéro paludisme d'ici 2030.

L'analyse des résultats a montré qu'il y a une série d'obstacles de différents ordres liés au système de santé, aux interventions de lutte contre le paludisme, au contexte socioculturel, aux conditions économiques et financiers, etc. qui influencent l'utilisation des services de lutte contre le paludisme en général et dans les zones rurales plus enclavées en particulier. L'exploitation des résultats à travers le plan d'action permettra de mieux orienter les interventions surtout en direction des populations vulnérables identifiées par cette étude.

PARTIE-1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.1 Contexte de l'étude

La lutte contre les obstacles liés aux droits humains en matière de prévention et de traitement du paludisme est une nouvelle priorité des programmes de lutte contre le paludisme. La situation géographique, la pauvreté, le groupe d'âge, le statut social, le caractère endémique, le statut immunitaire, etc., accentuent la vulnérabilité des populations concernées. De plus, les obstacles linguistiques, culturels et juridiques sont susceptibles de rendre l'accès difficile des populations vulnérables à la prévention et aux soins pour le paludisme (Fonds Mondial, 2022).

Au Bénin, les orientations stratégiques intégrées en matière de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida ; la tuberculose et autres affections inscrites dans le Plan Stratégique National Intégré d'Élimination (PSNIE), ont fait mention des valeurs telles que : l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'éthique, l'intégration, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance. Cependant, il n'existe pas d'analyse spécifique au paludisme centrée sur les vulnérabilités liées à cette maladie en matière de genre et de droits de l'homme, ainsi que des obstacles à surmonter pour accéder aux services de lutte contre le paludisme. Ainsi, malgré les investissements importants effectués avec le soutien des partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), les indicateurs liés à la morbidité et à la mortalité restent toujours à un niveau de stagnation (incidences oscillantes autour de 20 %), quand bien même les indicateurs de couverture des interventions anti vectorielles connaissent des améliorations.

Dans le cadre de l'élaboration de la subvention Fonds Mondial du 3ème Nouveau Mécanisme de Financement (NMF-3) pour la composante paludisme couvrant la période 2021-2023, il est prévu d'évaluer la prise en compte de la dimension "Genre et équité" dans les interventions de lutte contre le paludisme au Bénin. Cette évaluation permettra de comprendre les obstacles liés au genre et aux droits de l'homme en s'aidant de l'outil Malaria matchbox, sans pour autant négliger le rapport coût / efficacité dans la distribution des services de lutte contre le paludisme au Bénin.

La mise en œuvre de cette étude prendra en compte l'identification des groupes vulnérables, l'analyse des questions liées aux genres, aux droits humains et droits sociaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions liées au paludisme. Pour atteindre ce but, les objectifs se déclinent comme suit conformément aux termes de références de cette mission (voir annexe 1)

1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif général est d'évaluer l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre dans les interventions de lutte contre le paludisme au Bénin en s'appuyant sur l'outil Malaria matchbox. Spécifiquement, il s'agira de :

- 1) Faire une analyse critique des documents stratégiques (PSNIE 2020-2024, demande de financement du NFM3, MBS, autres documents) pour déterminer les obstacles en traçant l'accès aux services nécessaires de lutte contre le paludisme, notamment les communautés touchées et autres ;
- 2) Apprécier et documenter le niveau de prise en compte des questions de Droits des communautés et de genre dans lesdits documents,
- 3) recueillir les opinions des bénéficiaires, des acteurs de mise en œuvre et des parties prenantes sur les obstacles liés à l'accès aux soins et les services de lutte contre le paludisme, les groupes vulnérables, et les questions liées au genre, droits humains et droits sociaux ;
- 4) Apprécier le degré de satisfaction des bénéficiaires en ce qui concerne l'accès aux soins et la qualité des services offerts ;
- 5) Identifier les principaux facteurs pour une meilleure équité dans la distribution des services de lutte contre le paludisme au Bénin ;

- 6) Proposer les recommandations solides sur la manière d'éliminer des obstacles identifiés et d'améliorer l'accès aux services de lutte contre le paludisme et donc de réduire le risque de paludisme parmi les populations les plus touchées ;
- 7) Élaborer un plan d'action visant à éliminer les obstacles identifiés et à améliorer l'accès aux services de lutte contre le paludisme pour les populations les plus exposées et les moins bien desservies ;
- 8) Élaborer les TdR de mise en œuvre du plan d'action précisant les détails des actions et tâches précises à réaliser pour éliminer les obstacles

PARTIE-2 DÉFINITION DES CONCEPTS

Il s'agit dans cette section de définir, quelques termes/concepts pour assurer une meilleure compréhension du rapport.

Sexe : sexe désigne les différentes caractéristiques biologiques et physiologiques des femmes, des hommes et des personnes intersexes, telles que les chromosomes, les hormones et les organes reproducteurs (FM).

Genre : désigne les normes, les rôles et les relations façonnés par la société associés aux femmes, aux hommes, aux garçons, aux filles et aux personnes transgenres et de diverses identités de genre, ainsi qu'à leurs diverses expressions et identités (Fonds Mondial, 2023). L'approche fondée sur le genre en ce qui concerne la lutte contre le paludisme met en exergue la nécessité de tenir compte dans les stratégies d'interventions, des vulnérabilités liées aux normes contextuelles qui font que les hommes et les femmes, ainsi que les garçons et les filles, sont touchés de manière disproportionnée par le paludisme à cause : de la division du travail, du pouvoir de prise de décision, de l'accès à l'éducation, de l'accès aux ressources économiques et d'autres facteurs tels que l'accès au foncier, etc.» (Fonds Mondial & RBM, 2019b).

Dans cette dynamique, une démarche de lutte contre le paludisme fondée sur le genre et les droits humains nécessite que les politiques, programmes et projets accordent une priorité aux besoins des plus vulnérables en vue d'une plus grande équité en matière de santé. Ceci permet de veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de prévention et de traitement dont ils ont besoin, au moment et là où ils en ont besoin (Fonds Mondial, 2022).

Sexe et Genre : Le terme "sexe" désigne les attributs sexuels primaires (les organes génitaux) et secondaires (la poitrine, la barbe, la musculature), des mâles et femelles (Agence Française de Développement, 2016 ; p6). Quant au genre, il est à la fois un concept et un outil d'analyse.

En tant que concept, le genre désigne l'ensemble deux entités : le féminin et le masculin ou encore les hommes et les femmes ou les garçons et les filles. En tant qu'outil d'analyse, il permet de mettre en évidence la manière dont chacun des sexes (genre) est "construit", soit les rôles, les statuts et les identités auxquels les sociétés les invitent ou les contraignent à adhérer. Il permet également de voir comment les individus les investissent, quels outils les groupes utilisent pour contrôler le respect de ces normes, et enfin, comment les acteurs (société, communautés, individus) font évoluer ces normes ou en créent de nouvelles (Agence Française de Développement, 2016).

Discrimination fondée sur le genre : désigne toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe ou le genre, ayant pour objectif ou pour conséquence d'empêcher les femmes, les filles et les personnes transgenres et de diverses identités de genre de jouir de leurs droits humains sur un pied d'égalité avec les hommes et les garçons (Fonds Mondial, 2023).

Égalité : elle suppose que les personnes sont considérées comme égales en droits et en devoirs. L'égalité est la possibilité, pour les femmes comme pour les hommes, de jouir à parts égales des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources, des avantages sociétaux et de l'accès aux services (Agence Française de Développement, 2016 & OMS, 2002).

Équité de genre : traitement équitable des hommes et des femmes, ou impartialité. Pour la garantir ou la mettre en place, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes d'agir sur un pied d'égalité avec les hommes. L'équité est donc

un moyen et l'égalité une fin (Agence Française de Développement, 2016). Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, l'équité consiste à faire en sorte que « la communication pour le changement social et comportemental, les services de lutte antivectorielle, de diagnostic et de traitement atteignent toutes les populations exposées au risque du paludisme, en tenant notamment compte des obstacles différenciés entravant l'accès aux services auxquels certaines populations sont confrontées » (Fonds Mondial & RBM, 2019b)

Droits humains : selon la constitution 1946 de l'OMS, la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

Patriarcat : se réfère aux déséquilibres et pratiques culturelles historiques de pouvoir qui confèrent du pouvoir aux hommes (principalement aux hommes âgés, mais également dans certains contextes, aux garçons) et assurent à ceux-ci plus de bénéfices matériels et une meilleure position sociale qu'aux femmes et aux filles, aussi bien dans la sphère privée que publique (Agence Française de Développement, 2016).

Analyse du genre : manière d'examiner systématiquement les répercussions différentes du développement, des politiques, des programmes et des lois sur les hommes et les femmes, ce qui implique, essentiellement, de collecter des données ventilées par sexe et de disposer d'informations sur la population concernée qui tiennent compte des spécificités de chaque sexe. L'analyse selon le genre peut également inclure l'examen des manières différentes dont les hommes et les femmes, en leur qualité d'agents sociaux, mettent en œuvre des stratégies visant à transformer leurs rôles actuels, leurs relations réciproques et les processus existants dans leur propre intérêt et dans celui d'autres personnes (Fonds Mondial, 2023).

Intégration des questions de genre : processus visant à évaluer les répercussions sur les femmes et sur les hommes de toute action planifiée, notamment en matière de législation, de politiques et de programmes, dans quelque secteur et à quelque niveau que ce soit. Il s'agit d'une stratégie visant à intégrer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines (politique, économique et social), afin de ne pas perpétuer les inégalités entre les hommes et les femmes

Malaria Matchbox : signifie littéralement « la boîte d'allumettes du paludisme » destinée à mettre en lumière les différents types d'obstacles auxquels les personnes se heurtent au moment d'accéder aux services de soins de santé et de les utiliser, en particulier dans le cas de la prévention et de la prise en charge du paludisme (Fonds Mondial & RBM, 2019a). C'est un outil d'évaluation de l'équité conçu selon le principe que le succès des réponses au paludisme ne doit pas seulement être informé par leur couverture, mais aussi par la manière dont des populations spécifiques peuvent effectivement accéder aux services et en bénéficier.

Cet outil fournit un ensemble de questions qualitatives permettant d'évaluer l'impact des inégalités sociales, économiques, culturelles et de genre sur l'accès et l'utilisation des soins de santé, comme préalable à la mise en œuvre de réponses équitables et centrées sur la personne.

PARTIE-3 REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1 Profil épidémiologique du paludisme et système national de santé

3.1.1 Profil épidémiologique

À l'instar des autres pays de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le paludisme est une maladie endémique au Bénin avec des recrudescences saisonnières. L'agent pathogène du paludisme est le Plasmodium et l'espèce la plus répandue au Bénin est Plasmodium Falciparum. Il est à l'origine de 98% des cas de paludisme à cause d'une morbidité et d'une mortalité importante. D'autres espèces, notamment Plasmodium malaria et Plasmodium ovale, sont responsables de 2% des cas. Des études

conduites au Bénin ont permis de savoir que, les espèces de moustiques des complexes, comme « An. Gambiae » et « An. Funestus » sont incriminées dans la transmission du paludisme (CNLS-TP ; 2020).

3.1.2 Système national de santé et paludisme.

3.1.2.1 Normes et conventions internationales

Le pays a ratifié et intégré à sa législation plusieurs instruments régionaux et internationaux de protection des droits de l'homme dont notamment : i) la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978, ii) les résolutions 2001/33, 2002/32 et 2003/29 sur l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celles du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme, iii) les résolutions 2002/31 et 2003/28 sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, iv) la déclaration du Millénaire pour le développement en 2000, v) la déclaration sur les objectifs de développement durable en 2015, vi) le partenariat RBM pour en finir avec le paludisme lancé en 2007, etc.

S'agissant spécifiquement des mesures de réduction, voire d'élimination du paludisme, le Bénin fait partie également des pays ayant adhéré à la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme pour la période 2016-2030. Cette stratégie a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 et mise à jour en 2021 (OMS, 2016). Le Bénin fait partie des 11 pays africains du Partenariat RBM et l'Alliance des Chefs d'États et de gouvernements africains contre le Paludisme (ALMA) en juillet 2019.

Par ailleurs, le Bénin a rejoint l'initiative "Zéro Palu", devenant ainsi le 17^{ième} pays à adhérer au mouvement qui a démarré au Sénégal en avril 2014, en faveur de l'élimination du paludisme dans la sous-région.

3.1.2.2 Interventions de lutte contre le paludisme

Les principales interventions en faveur de la lutte antipaludique mises en œuvre par le PNLP-Bénin peuvent se résumer en quatre points :

- ❖ Prévention : i) distribution continue de MII (routine) au niveau des centres de santé à travers les programmes de vaccination et de consultation prénatale (CPN) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ; ii) pulvérisation intra domiciliaire (PID), iii) Chimio Prévention Saisonnière (CPS), Traitement Préventif Intermittent (TPI) ; iv) campagne de distribution de masse des MII ; v) lutte anti-larvaire et assainissement du cadre de vie; vi) IEC/CCC, etc.
- ❖ Diagnostic et prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires (privées et publiques) et par les prestataires communautaires de soins de santé ;
- ❖ Surveillance de la maladie à travers la collecte des données de routine, à travers des enquêtes périodiques, etc.

3.1.2.3 Aperçu de quelques résultats des interventions

a) Connaissance du paludisme

Les résultats de l'édition 2022 de l'enquête sur les indicateurs du paludisme ont montré que le niveau de connaissance de la principale cause du paludisme qu'est le moustique est de 95,5 % chez les chefs de ménage et 92,8 % chez les femmes en âge de procréer.

Qu'il s'agisse des chefs de ménage et des femmes en âge de procréer (FAP), d'autres causes ont été attribuées au paludisme. Il s'agit de : l'exposition au soleil (28,7 % et 27,2 %) ; l'insalubrité (23,4 % et 23,2 %), l'exposition à la pluie (3,2 % et 2,4 %) et la consommation d'arachide : 1,6 % et 1,1 % (PNLP, 2023). Par ailleurs, le niveau de connaissance des moyens de prévention du paludisme déterminée chez les FAP. Dans une proportion de 68,5 %, elles ont déclaré que dormir sous moustiquaire reste le principal moyen de prévenir le paludisme alors que 41,2 % avaient précisé que le meilleur moyen est la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Pour d'autres l'assainissement de l'environnement des concessions reste un moyen efficace 53,2 %).

b) Utilisation des Moustiquaires imprégnées d'insecticide et le TPI

Seulement la moitié de la population des ménages (53,6 %) a accès à une MII. Cette proportion est de 59,9 % en milieu urbain et de 48,6 % en milieu rural. Le pourcentage de la population des ménages (61,5 %) ayant dormi sous MII est de 61,5 % avec s, 62,6 % de femmes enceintes et 60,7 % d'enfants de moins de 5 ans (PNLP, 2023).

Selon les résultats de l'enquête sur les indicateurs du paludisme, parmi les FAP qui ont effectué des visites prénatales au cours de leur dernière grossesse, 31,5 % de celles-ci avaient reçu au moins une dose de SP/Fansidar, 21,3 % ont reçu au moins deux doses et 11,5 % trois doses ou plus. Comparées aux résultats de 2017, il s'observe une baisse de 30,9 % pour les femmes qui ont pris une dose de SP, de 36,2 % pour celles qui en ont reçu deux doses ou plus et de 13,5 % pour celles qui ont reçu 3 doses ou plus entre (INSAE, 2019 ; PNLN, 2023).

c) Disponibilité des soins et qualité de la prise en charge du paludisme

D'après les "Directives de prise en charge des cas de paludisme au Bénin", la prise en charge du paludisme se fait tout le long de la pyramide sanitaire dans les centres de santé. Le taux de couverture en infrastructure sanitaire au niveau national était estimé à 96,0 % en 202. Ce taux est variable suivant les départements, les zones sanitaires et les communes (MS, 2021).

Quant à la qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires, les résultats de "l'évaluation de la qualité de la prise en charge (PEC) des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires (FS) publiques et privées du Bénin" réalisé en 2021 (PNLP, 2022) ont montré qu'en termes d'intrants essentiels, c'est 55,0 % de FS qui disposaient de TDRs le jour de l'enquête et 66,0 % de CTA. La disponibilité des antipaludiques injectables était de 31,0 % pour la quinine et 26,0 % pour l'Artésunate inj. Il apparaît également que :

- l'adhésion aux directives de la prise en charge était de 47,0 % ;
- seulement 58,0 % des cas suspects de paludisme furent testés pour le paludisme ;
- les taux de traitement présomptif et traitement des cas négatifs sont respectivement de : 59,0 % et 26,0 % ;
- les taux de formation étaient de 51% pour les agents et 53,0 % pour la supervision ;

- la non-disponibilité des intrants, bien qu'un facteur n'expliquait pas la plupart des cas de non-adhérence. Même dans les formations sanitaires qui disposaient de TDR ou de microscopie pendant l'enquête, le taux de gestion correct était seulement de 55%.

d) Morbidité et Mortalité dues au paludisme

Le paludisme reste le principal cause de morbidité et de mortalité dans la population en général et chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en particulier. Selon l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, de 2016 à 2021, l'incidence du paludisme au Bénin a connu une évolution croissante entre 2020 et 2021 ; soit 378,2 cas pour 1000 personnes à risque en 2020 et 383,5 en 2021 (<http://apps.who.int/ghodata/>).

Il représente 44,6 % des motifs de consultation, loin des infections respiratoires aiguës (12,9 %). La moitié (50,1 %) des enfants admis en consultation dans les centres de santé présentait des symptômes de paludisme. Sur l'ensemble des décès enregistrés en 2020, 15,1 % étaient liés au paludisme avec une mortalité de 21,4 % chez les enfants de moins de cinq ans parmi lesquels le taux d'hospitalisation était de 40,2 % (MS, 2021).

Suivant les départements (PNLP, 2023), la prévalence du paludisme chez les enfants se présente comme suit : Alibori (25,6 %), Atacora (46,5), Atlantique (19,2 %), Borgou (38,6 %), Collines (37,7 %), Couffo (55,0 %), Donga (51,4 %), Littoral (13,2 %), Mono (26,7 %), Ouémé (10,0 %), Plateau (35,5 %), Zou (33,3 %). Chez les femmes enceintes, elle se décline comme suit : Alibori (17,1%), Atacora (30,7 %), Atlantique (20,8 %), Borgou (18,4 %), Collines (22,1 %), Couffo (15,1 %), Donga (35,7 %), Littoral (1,0 %), Mono (10,0 %), Ouémé (8,2 %), Plateau (18,8 %), Zou (18,3 %).

3.2 Facteurs de vulnérabilité et d'inégalité

Ils sont multiniveaux ; soit des facteurs individuels et comportementaux, ménage et liés au contexte de vie. Le niveau contextuel prend en compte des facteurs tels que: l'écosystème, le climat et les différentes espèces de parasites, les activités de développement socioéconomiques qui créent des conditions favorables à l'apparition de la maladie (l'agriculture irriguée, l'endiguement des cours d'eau, les installations de traitement des eaux naturelles, le mouvement des populations entre les campagnes et les villes, les déplacements dus à l'insécurité dans le nord du Bénin, les inondations, la pluviométrie, etc. Ceux aux niveaux individuels et du ménage sont notamment : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique du ménage, le milieu de vie. Les indicateurs du paludisme varient suivant les différentes classes de ces facteurs. Avec des niveaux plus faibles pour les catégories sociales les plus faibles. À titre illustratif, dans l'enquête sur les indicateurs du paludisme, la présence des gîtes larvaires a été notée dans la moitié (49,3 %) des ménages : 43,2 % en milieu urbain vs 54,4 % en milieu rural.

Ainsi, deux grandes catégories se dégagent à savoir :

- ❖ les personnes clés ou à haut risques : les enfants de moins de 5 ans ; les femmes enceintes, les enfants de 5 à 10 ans ; les Drépanocytaires et les Sujets neufs.
- ❖ les populations mal desservies : les femmes et enfants issus de milieux défavorisés ; les personnes vivant dans les zones humides/inondables ; les personnes vivant avec un handicap ; les personnes privées de liberté ; les personnes vivant dans les zones d'insécurité et les populations mobiles (transhumants, transporteurs / camionneurs).

Par ailleurs, l'insuffisance de la prise en compte du genre et des droits humains, favorise : des exclusions, créé des inégalités et augmente le risque de vulnérabilité des groupes exclus et/ou faiblement couvert par les interventions. Le niveau d'intégration de ces deux paramètres dans les documents stratégiques du programme national de lutte contre le paludisme est abordé dans la section ci-après conformément aux deux premiers objectifs spécifiques de la présente étude.

3.3 Analyse de la prise en compte des droits humains et du genre dans la réponse nationale au paludisme

Cette analyse porte sur les documents stratégiques et des interventions développées en faveur de la lutte contre le paludisme

3.3.1 *Prise en compte des droits humains et du genre dans les documents stratégiques*

La description et l'analyse du contexte sont des préalables indispensables avant l'élaboration de tout document stratégique ou de programme qui vise à tenir compte de l'équité, du genre et des droits humains dans le contexte du paludisme. Ce préalable permet de mettre en exergue les obstacles et les vulnérabilités liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre le paludisme. Il s'agit notamment des obstacles entravant l'accès aux services des groupes ayant un risque plus élevé en termes de morbidité et de mortalité face au paludisme ainsi que les goulots d'étranglement entravant la fourniture de services équitables à savoir : la disponibilité et l'accessibilité à l'information ; l'accessibilité financière ; l'accessibilité physique ; la fourniture de services de qualité adaptés et non discriminatoires, les facteurs socioculturels et comportementaux, etc.

Il ressort de la revue que, tous les documents stratégiques clés considérés ont présenté un résumé du contexte béninois en rapport avec l'épidémiologie du paludisme, les groupes les plus vulnérables et quelques facteurs de risques potentiels.

Dans ces contextes étudiés, les statistiques présentées pour apprécier l'intensité de la maladie ne sont spécifiées la plupart du temps que pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans qui constituent les groupes les plus vulnérables. Par ailleurs, la variation de ces données agrégées par commune ou zone sanitaire est rarement spécifiée. Globalement, il existe des insuffisances liées à la prise en compte du genre et des droits humains, car, les informations présentées ne sont pas assez sexospécifiques.

De même, la stratification des actions et données sexospécifiques (*sexe, âge, niveau d'instruction, situation professionnelle, groupes vulnérables, statut social, milieu de résidence : urbain/rural, indice de bien-être économique, aspect culturel et linguistique, etc.*) sur le paludisme constitue le fondement de l'intégration du genre et des droits humains dans les interventions de lutte contre le paludisme, du fait qu'elles renseignent sur les disparités et les iniquités. La lecture des contextes présentés dans les documents stratégiques analysés permet de faire ressortir le niveau et les types de données sexospécifiques décrites (Tableau IV) :

L'analyse du tableau IV permet de constater que, les données sexospécifiques décrites dans les documents stratégiques sont principalement limitées au sexe et à l'âge, notamment, les enfants et les femmes enceintes. Cette approche pourrait cacher des disparités quant aux femmes et aux enfants qui résident dans les zones éloignées et mal desservies. Les femmes rurales, celles non scolarisées et avec un faible pouvoir financier et de décision, les femmes âgées ainsi que les personnes vivant avec un

handicap pourraient ne pas être exposées aux interventions au même degré que les groupes cibles précédents.

Au regard de ce qui précède, il y a la nécessité de désagréger les indicateurs et la planification des interventions en tenant compte de ces spécificités pour des actions plus inclusives. Aussi, d'autres groupes de personnes à statut particulier (réfugiés, déplacés, handicapés, personnes privées de liberté ou vivant dans les couvents, etc.) devraient aussi bénéficier des mêmes attentions du fait de leur vulnérabilité face au paludisme.

Au nombre des documents stratégiques du PNLP, seule la note conceptuelle du NFM3 a prévu sur la période de 01/07/2021 au 30/09/2021 un renforcement du système de santé communautaire sans autres détails. Aucune action spécifique sur la qualité et la quantité des agents de santé communautaire n'a été spécifiée. Il n'existe également pas de précision sur la réalisation effective de cette planification. Il ressort que, les efforts consentis pour prendre en compte le genre et les droits humains restent faibles. Par conséquent, il est nécessaire d'intégrer dans la prochaine note conceptuelle ainsi que d'autres documents stratégiques à élaborer les cinq (05) critères sus énumérés, ceci nommément de sorte à en faciliter l'évaluation.

3.3.2 Prise en compte des droits humains et du genre dans les principales interventions antipaludiques

3.3.2.1 Lutte anti-vectorielle

Selon les directives de la note d'information technique sur l'égalité de genres du Fonds mondial, un programme de lutte anti-vectorielle intégrant le genre et les droits humains regroupe des interventions de campagne à grande échelle / de masse et une distribution continue des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée.

Les campagnes à grande échelle dans une logique d'intégration du genre et des droits humains ont pour objectif de :

- assurer un accès sûr et équitable des hommes et des femmes aux moustiquaires imprégnées ;
- effectuer un suivi de l'équité de la distribution des moustiquaires imprégnées ;
- s'assurer qu'un effort particulier est réalisé pour permettre aux femmes et aux hommes issus des populations clés touchées (c.-à-d., les réfugiées ; les déplacés, les populations vulnérables, les personnes vivant avec handicap, les personnes vivant sur les sites de carrière...) et/ou rejetées socialement ou exclues d'avoir également accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée en dehors des campagnes à grande échelle.

Quant à la distribution de routine, dans une logique d'intégration du genre et des droits humains, elles visent à :

- intensifier la distribution continue de moustiquaires imprégnées d'insecticide à travers les consultations prénatales, le programme élargi d'immunisation ou tout autre service courant fourni dans des établissements de santé publics et privés, afin de maintenir une forte couverture en moustiquaires imprégnées ;
- mettre un accent particulier sur la sensibilisation des femmes à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'obtention du soutien de leurs partenaires.

Le Bénin met en œuvre la distribution des moustiquaires imprégnées sous deux stratégies (de masse et en routine) depuis l'an 2000 comme recommandé dans les directives nationales de lutte anti-vectorielle au Bénin. La pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) est la seconde Intervention Anti-Vectorielle

implémentée (IAVI). D'autres initiatives telles que : la lutte anti-larvaire et l'assainissement du cadre de vie sont également mises en œuvre.

L'assainissement du cadre de vie est une stratégie axée sur la planification, l'organisation, la réalisation et le suivi des activités de modification des facteurs environnementaux ou leur interaction avec l'homme en vue de prévenir ou de minimiser la propagation des vecteurs et de réduire le contact homme-vecteur-parasite. C'est une approche qui vise à limiter les gîtes de reproduction des vecteurs, la survie et le contact avec l'homme. Les techniques spécifiques de cette stratégie sont regroupées en trois catégories : i) modification du cadre de vie, ii) manipulation du cadre de vie et iii) modification des comportements humains. Dans ce cadre, hormis les initiatives locales entreprises au niveau communal par les ONG, les organisations à base communautaire à travers tout le territoire national afin d'assurer l'assainissement du cadre de vie, le Gouvernement béninois a créé depuis novembre 2018 la Société de Gestion des Déchets de la Salubrité du Grand Nokoué (SGDS-GN). Elle a pour mission la mise en œuvre du Projet de Modernisation de Gestion des Déchets Solides Ménagers pour adresser la problématique de gestion des déchets solides ménagers et de la salubrité dans le Grand Nokoué¹.

Cependant, la question des cibles visées par ces programmes demeure un point important pour mieux apprécier l'intégration des aspects relatifs au genre et aux droits humains dans lesdits programmes.

L'analyse de ce paramètre révèle que l'accent est mis dans les planifications sur les cibles traditionnelles que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il est noté en dehors de la PID, la **non-précision** de la prise en compte des populations (ou zones) difficiles/vulnérables/les plus affectées dans ces programmes. Il s'agit à titre illustratif : des populations des zones difficiles d'accès, des populations situées dans des zones d'insécurité (départements de l'Alibori, de l'Atacora et du Borgou), des déplacés, des migrants et les réfugiés, des populations qui travaillent et vivent sur les sites de carrière de différents minerais (sable, gravions, pierres ornementales, mines existantes dans tous les départements du pays, les populations vulnérables enfermées dans les couvents (notamment les enfants, adolescents et femmes), les personnes privées de liberté enfermées dans les maisons d'arrêt, etc. Le tableau VI résume les interventions proposées et les cibles prises en compte dans le programme de lutte antivectorielle au Bénin (Tableau VI).

Les principales limites qui ressortent de ce qui précède ces programmes se déclinent comme suit :

- une énonciation effective des programmes notamment *pour les distributions de masse des MII* : en effet, les programmes ne mentionnent pas clairement les proportions des femmes, des hommes, des enfants, des personnes âgées, des adolescents... qui recevront les MII. Les proportions des résidents urbains/ruraux ; les proportions des ménages dirigés par les femmes et les hommes, etc. Si ces précisions ne sont pas faites, l'objectif d'atteindre un accès sûr et équitable des hommes et des femmes, quel que soit leur statut, conditions et situation géographique risquerait d'être compromis ;
- le suivi de l'équité dans la distribution des MII pour toutes les cibles est un point important pour s'assurer que le programme a atteint ces objectifs de réduction des disparités liées au genre et aux droits humains dans la lutte anti-vectorielle ;
- la non-précision de l'implication des femmes et des groupes/associations dirigés par des femmes rurales et des jeunes, non ou peu instruits dans les étapes de planification, de distribution des

¹ <https://www.sgds-gn.bj/presentation/>

MII et de la PID². La place qu'occupent les femmes en tant que mère et gérante des foyers pourrait contribuer efficacement dans la lutte anti-vectorielle et briser les barrières socioculturelles ;

- la non-précision de l'implication ou d'actions spécifiques à l'endroit des femmes et des hommes issus des populations clés touchées ; les réfugiés, les déplacés, les migrants, les populations vulnérables, etc., qui sont rejetés socialement ou exclus de l'accès aux MII dans les campagnes de masse ;
- l'absence d'un mécanisme spécifique au profit des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an qui ne fréquentent pas les centres de santé en vue de leur inclusion dans la distribution de routine des MII. En effet, un mécanisme de recherche active des cas de fièvre chez les enfants et les femmes enceintes par les relais communautaires pendant les saisons de forte transmission pourrait permettre à ces derniers de bénéficier des MII de routine ;
- l'absence de dispositions spécifiques pour les populations qui ne peuvent pas se déplacer telles que les femmes dans les couvents ou encore les populations carcérales ou les personnes vivant avec handicap. Il est nécessaire que les lieux où vivent ces personnes soient identifiés afin que ces derniers soient pris en compte dans les opérations de PID ou de distribution de MII.

3.3.2.2 Interventions de prévention spécifiques

Les interventions de prévention spécifiques intégrant le genre et les droits humains concernent essentiellement :

- le traitement préventif intermittent (TPI) lors de la grossesse, et le traitement préventif intermittent chez le nourrisson. À cet effet, l'approvisionnement des formations sanitaires en produits de TPI à base de Sulfadoxine-pyriméthamine est indispensable ;
- la prise en compte des questions relatives à l'inégalité de la prise de décisions entre les hommes et les femmes dans les planifications afin de s'assurer que les femmes peuvent en toute sécurité prendre des décisions relatives aux TPI pour elles-mêmes en cas de grossesse et pour les nourrissons.

Au Bénin, les TPI lors de la grossesse se font dans les formations sanitaires lors des consultations prénatales sur toute l'étendue du territoire.

Quelques points forts des interventions spécifiques mises en œuvre :

- approvisionnement et mise à disposition des produits de TPI pour les femmes enceintes dans toutes les Zones Sanitaires (ZS) ;
- distribution de SP aux femmes enceintes lors des consultations prénatales dans les établissements de santé ;
- implication des agents de santé communautaires pour sensibiliser les femmes enceintes et les chefs de famille de leur communauté respective sur la pertinence de l'utilisation des services pendant la grossesse.

Chez les enfants de 3 à 59 mois, il est mis en œuvre de la chimioprévention du Paludisme saisonnier (CPS) seulement dans les localités de forte endémicité courant la période de juillet à octobre de chaque année. La CPS est implémentée dans six zones sanitaires situées au nord du Bénin, conformément aux critères d'éligibilité définis par l'OMS. Il s'agit des ZS de Malanville-Karimama (MK), Banikoara

² Les femmes chefs de ménages peuvent être réticentes pour laisser les équipes à dominance masculine intégrées dans leur intimité pour la pulvérisation. Il en est de même pour les femmes vivant sous le toit de leur mari en absence de ce dernier.

(BNK), Kandi-Gogounou-Ségbana (KGS), Tanguiéta Matéri Cobly (TMC), Natitingou-BouKombé-Toucountouna (NBT) et Kouandé-Kérou-Péhunco (2KP). Cette approche couvre tous les enfants de 3 à 59 mois des ménages. Par conséquent, le genre et les droits humains sont respectés, car les zones sanitaires choisies l'ont été selon des critères bien définis. Aussi, les filles et les garçons éligibles bénéficient de l'intervention sans distinction et ceci, quelles que soient les conditions de leurs parents.

Toutefois, pour améliorer la stratégie de la TPI chez les femmes enceintes, il serait opportun de :

- définir ou initier des activités de plaidoyer et d'IEC/CCC qui pourraient se concentrer sur le problème d'inégalité dans la prise de décisions entre les hommes et les femmes. En effet, les résultats de l'enquête sur les indicateurs du paludisme réalisée au Bénin en 2022 ont montré que les proportions des femmes enceintes ayant bénéficié des trois doses successives de TPI étaient en dessous du seuil attendu, car toutes les femmes ayant bénéficié de la première dose devraient bénéficier des deuxième et troisième doses (MS-Bénin et al, 2023). Par ailleurs, une autre étude mettant en relation le genre et le recours aux services de santé, indique que, plus de la moitié (54,0 %) des filles et des femmes affirment que dans un couple, la femme ne peut se rendre aux soins dans un hôpital sans la permission de son conjoint (Plan International-Bénin, 2017);
- mettre en œuvre une investigation pour identifier les causes profondes des faibles proportions des femmes enceintes bénéficiaires des différentes doses de la TPI ;
- développer des mécanismes pouvant permettre de cibler les femmes rurales pauvres, celles confrontées aux difficultés géographiques et financières d'accès ;
- s'assurer que les déplacés internes, les migrants, les populations carcérales, les réfugiés et les autres populations difficiles à atteindre sont inclus dans les différentes stratégies de diagnostic et de prise en charge du paludisme.

3.3.2.3 Prise en charge des cas de paludisme

Les programmes de prise en charge des cas de paludisme intégrant le genre et les droits humains regroupent les services fournis dans les établissements de santé et en communauté. Ces programmes ont pour objectifs de :

- s'assurer que les obstacles financiers pour l'accès aux établissements de santé, notamment les coûts de transport, sont éliminés, en particulier dans les cas où les populations ont un accès ou un contrôle limité sur les ressources financières ;
- faire participer les femmes et les hommes à la mise en œuvre d'une gestion communautaire des cas et garantir un accès équitable.

L'analyse des documents sur les "Directives de prise en charge des cas de paludisme au Bénin" et le "Plan de travail annuel 2023" indique que, un accent particulier a été mis sur le renforcement du système communautaire à travers la mise en place d'un système de gestion communautaire intégrée des cas. Ainsi, la prise en charge se fait tout le long de la pyramide sanitaire partant du niveau communautaire par les relais et remonter jusqu'au niveau des hôpitaux nationaux. Cependant, au regard des réformes en cours, les relais communautaires ne sont pas actifs dans toutes les communes. Parmi ceux actifs, leur rôle se limite aux conseils et orientations vers les centres de santé pour la prise en charge des cas de paludisme.

La gestion communautaire intégrée des cas, premier niveau de prise en charge du paludisme prend en compte toutes les franges de la population (sauf les enfants de moins de six mois), avec un accent particulier sur les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Globalement, des mesures pour faciliter l'accès à la prise en charge au niveau communautaire et dans les établissements de santé sont intégrées à travers les interventions suivantes :

- fourniture gratuite des soins par les agents de santé communautaires polyvalents ;
- dotation des établissements de santé publics, privés en TDR, CTA et Artésunate injectable. À cet effet, il est prévu au titre de l'année 2023 dans le plan annuel de travail du PNLP-Bénin l'acquisition de : 245 067 boîtes de TDR, 66 316 boîtes d'Artemether/Lumefantrine pour le secteur public, 150 025 boîtes de Sulfadoxine Pyriméthamine, 53 291 d'Artemether / Lumefantrine (20/120mg 6 tablets dispersible 30 blister) pour le niveau communautaire, 6 665 boîtes d'Artemether/Lumefantrine (20/120mg 12 tablets dispersibles 30 blister) pour le secteur privé, administration de TPI aux femmes enceintes pendant les quatre trimestres, etc. Ces quantifications n'étant pas désagrégées, elles n'ont pas permis d'apprécier si les besoins de toutes les zones sont équitablement couvertes;
- formation et déploiement des agents de santé communautaires polyvalents. Il est prévu dans la note conceptuelle NFM3 2021-2023, d'assurer une gestion efficace des cas de paludisme au niveau communautaire grâce à une gestion intégrée des cas au niveau communautaire afin que 98 % des cas suspects fassent l'objet d'un test parasitologique et que 99 % des cas confirmés reçoivent un traitement de première intention.

Toutefois, aucune précision n'est donnée sur les dispositions spécifiques prises pour le ciblage des groupes plus à risque ci-après dans l'accès aux services de prise en charge du paludisme. Il s'agit principalement :

- des populations situées dans les zones reculées avec un accès limité aux établissements de santé, surtout celles coupées des services sociaux de base en saison pluvieuse, période de forte transmission;
- des résidents des chantiers miniers et des carrières ;
- des travailleurs agricoles qui de par la nature de leurs activités sont plus impactés ;
- des populations nomades qui pratiquent la transhumance ;
- des autres populations vulnérables et privées de liberté telles que les personnes vivant avec handicap, populations carcérales, réfugiés, migrants, déplacés internes (du fait des inondations périodiques et engoulements des cases et habitations), etc. ;
- des personnes âgées qui disposent de faibles revenus ou qui ont des capacités de déplacement limité ;
- des personnes victimes de discrimination en raison de leur orientation sexuelle LGBTQI+

Les futures planifications et interventions devraient analyser la prise en compte des groupes cibles sus-évoqués à travers des actions spécifiques à leur endroit. Aussi, devraient-elles mettre un accent particulier sur l'implication effective des femmes rurales et urbaines et de celles des jeunes au côté des hommes dans la mise en œuvre d'une gestion communautaire des cas de paludisme pour assurer un accès équitable. Également, le système de suivi-évaluation doit tenir compte de ces désagrégations pour faciliter une meilleure appréciation du niveau d'intégration des questions du genre et droits humains dans le contexte du paludisme.

3.3.2.4 Aspects transversaux de la gestion de la lutte antipaludique

a) Systèmes de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation

Le Système de Gestion de l'Information Sanitaire (SGIS), suivi et évaluation intégrant le genre et les droits humains concernent essentiellement les rapports ordinaires et annuels, les enquêtes, les sources de données administratives et financières, les systèmes de registres d'état civil qui visent à :

- s'assurer que les données épidémiologiques et de prestation de services sont ventilées par sexe, âge, profession, statut social, milieu de vie, autres données sociodémographiques et visent à contrôler l'accès des populations exclues et issues des groupes les plus touchés,
- utiliser l'information pour communiquer l'adaptation des programmes dans le but de tenir davantage compte du genre et des droits humains.

Dans le contexte de lutte contre le paludisme, il a été mis en place nombre d'outils pour le suivi des interventions basées sur la production des données. Il s'agit des rapports, des registres, des enquêtes ménages, des rapports post-campagne de distribution de masse, des rapports de formation du personnel ...

Toutefois, il est nécessaire de s'assurer de produire des données sexospécifiques et de déterminer les obstacles et les vulnérabilités liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services de lutte contre le paludisme afin d'adapter les programmes de prévention et de lutte contre le paludisme. À cet effet, l'outil Malaria Match box aidera à cette évaluation.

Le tableau VII ci-après présente la synthèse de quelques points forts des interventions ainsi que les points absents à intégrer dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation dans le contexte du paludisme.

b) Information, Éducation et Communication (IEC) / Communication pour le Changement des Comportements (CCC)

Les interventions de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale prenant en compte le genre et les droits humains se déclinent comme suit (FM, 2017) :

- formation des agents de santé communautaire et des bénévoles communautaires en matière de communication pour le changement de comportement et de mobilisation communautaire efficace pour la lutte contre le paludisme,
- organisation des réunions de sensibilisation périodiques des leaders d'opinion à l'échelle des communautés et des villages,
- éducation et sensibilisation des femmes en priorité sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, tout en recherchant le soutien et l'accompagnement des hommes / conjoints,
- déploiement de programmes qui personnalisent les messages d'IEC et CCC afin de lever les obstacles à l'accès ou à l'utilisation des interventions spécifiques de lutte antivectorielle, de chimioprévention ou d'accès aux services de santé à des fins de diagnostic et de traitement. Cette personnalisation doit tenir compte des groupes spécifiques de population : (*réfugiés, déplacés à l'intérieur du pays, populations mobiles, migrants, détenus, populations exclues socialement et/ou juridiquement*) ; niveaux d'alphabétisation ; langues locales parlées ; sexe et groupes d'âge ;
- priorisation des outils et modes de communication (*par ex. radio, contacts directs avec les personnes, réseaux sociaux, causeries communautaires, groupement/association locale, etc.*) Adaptés au contexte et aux besoins des populations cibles. La communication axée sur les prestataires de soins de santé et les agents de santé communautaires doit chercher à promouvoir des services de lutte antipaludique, non discriminatoires et sensibles au contexte culturel ;
- des informations sur la prévention et la prise en charge du paludisme doivent être communiquées dans les langues des communautés touchées par une situation d'urgence, et être formulées en termes concrets, simples et compréhensibles.

L'analyse du plan de travail annuel 2023 du PNLB Bénin révèle une prise en compte partielle des interventions de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale prenant en compte le genre et les droits humains. En effet, ces interventions sont généralistes et ne comportent pas des spécificités en fonction des groupes vulnérables plus à risque, et des catégories sociodémographiques.

Le tableau VIII présente les points positifs identifiés dans les documents ainsi que ceux qui devraient être analysés en vue de leur prise en compte pour le renforcement des interventions d'IEC/CCC intégrant le genre et les droits humains dans l'accès aux services paludisme.

c) Gouvernance et ressources humaines

Cet axe comprend les Politiques, planifications, coordinations et gestions, gestion de la subvention, visant à s'assurer que :

- le personnel de gestion du programme à une solide expérience de travail sur l'égalité de genre et les droits humains en particulier le droit des femmes ;
- les différents comités de pilotage du programme comprennent des hommes et des femmes ;
- le programme a un quota de femmes et d'hommes et prévoit un renforcement de capacités si nécessaire ;
- le programme intègre un point focal genre ;
- le programme intègre le point focal genre du ministère de tutelle ainsi que celui du ministère dédié aux questions d'inégalités de genre, pour avis ;
- le programme prévoit une stratégie de mise en œuvre des activités différentes selon que ces activités ciblent les hommes et/ou les femmes.

Seuls les points deux et quatre des critères sus énumérés s'appliquent au mode de fonctionnement actuel du programme national de lutte contre le paludisme au Bénin.

Nonobstant la prise en compte du reste des critères ci-dessus, les points ci-après sont suggérés pour l'amélioration de l'intégration du genre et des droits humains dans la gestion du programme paludisme au Bénin. Il s'agira de :

- prévoir un quota de femmes et d'hommes dans le personnel du programme ;
- intégrer le point focal/représentant genre du ministère de la famille et des Affaires sociales, dans les sous-comités ;
- s'assurer que le personnel de gestion du programme a une solide expérience du travail sur l'égalité de genre et les droits humains et prévoir si nécessaire un renforcement de compétence dudit personnel sur la prise en compte des questions relatives au genre et aux droits humains dans les interventions de lutte contre le paludisme ;
- prévoir des stratégies spécifiques de mise en œuvre des activités du programme selon que ces activités ciblent les hommes, les femmes, les résidents urbains ou ruraux, les personnes mobiles, les personnes privées de liberté ;
- prévoir un budget pour les populations vulnérables et pour les urgences en cas de catastrophes (inondations, déplacements interne et externe des populations, etc.) et pour les besoins spécifiques des zones d'insécurité.

Les interventions des ressources humaines intégrant le genre et les droits humains sont les suivantes :

- renforcement des capacités des agents de santé communautaire,
- augmentation de l'effectif des agents de santé communautaire et répartition équitable et fonction des besoins ;
- rémunération équitable des femmes et hommes agents de santé communautaires,
- équilibre du genre dans le recrutement et la gestion du personnel,

- intégration des considérations relatives au genre à la formation initiale et continue des agents de santé communautaires recrutés et déployés.

3.4 Synthèse et recommandations spécifiques

L'analyse du genre et des droits humains (DH) dans le contexte du paludisme vise à apprécier les mesures susceptibles de réduire les inégalités résultant des rôles différents attribués aux femmes et aux hommes ou résultant du déséquilibre des relations de pouvoir entre eux afin d'assurer un accès équitable aux services de lutte contre le paludisme quels que soient le statut et les conditions des populations.

De ce qui précède, il ressort que, des efforts ont été faits pour intégrer les aspects relatifs au genre et aux droits humains dans les programmes et stratégies de lutte contre le paludisme au Bénin. Dans ce cadre, la priorité a été accordée dans la population générale aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes qui constituent les cibles traditionnelles les plus vulnérables. Mais les dimensions urbain vs rural, instruits vs non instruits représentent des axes de disparités et d'inégalité non intégrés.

Il n'apparaît également qu'aucun des programmes et interventions en cours, de même que les documents stratégiques, n'intègrent sensiblement la dimension genre et les droits humains dans leur intégralité. Les programmes ayant le plus intégrés les dimensions équité, genre et droits humains sont : la lutte anti vectorielle ; la prise en charge des cas du paludisme et les interventions de préventions spécifiques. Par contre, ceux de soutien nécessitant une attention particulière sont : i) l'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) / Communication pour le Changement des Comportements (CCC) ; ii) les systèmes de gestion de l'information sanitaire et le suivi évaluation ; iii) la gouvernance ; et iv) les ressources humaines pour la santé.

Afin de favoriser une meilleure intégration du genre et des droits humains dans les documents stratégiques et les interventions de lutte contre le paludisme, il urge de procéder à des entretiens semi-dirigés ou de groupes pour non seulement approfondir les informations fournies par la documentation, mais aussi recueillir des mesures essentielles pour lever ces goulots en vue d'une meilleure prise en compte du genre, de l'équité et des droits humains dans la lutte contre le paludisme au Bénin.

PARTIE-4 : CADRE DE L'ÉTUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

4.1 Approche de la revue analytique

Dans le cadre de la présente évaluation, l'examen des rapports nationaux existants, ainsi que des informations de la littérature grise, a permis aux parties prenantes nationales de mieux comprendre le contexte national et d'appréhender les principaux déterminants du profil de santé de l'ensemble de la population. Deux types de documentations ont été exploités : documents stratégiques et rapports nationaux existants ainsi que la documentation issue de la littérature scientifique et grise (publiée ou non). Spécifiquement, les sources de données exploitées étaient :

- les politiques et cadres, plans stratégiques, plans de travail et de suivi-évaluation en matière de paludisme, de soins de santé primaires, de couverture sanitaire universelle, de genre droits humains ;
- documents sur les directives de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- les rapports élaborés à partir des données de surveillance régulière ;
- les rapports des enquêtes démographiques et de santé ;
- les enquêtes sur les indicateurs du paludisme ;
- les enquêtes des ménages sur le paludisme ;
- les rapports comportant des données sur la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent, sur la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et sur la chimio-prévention du paludisme saisonnière ;
- les rapports d'évaluation sur les prestations de services et sur la disponibilité des services (enquête HHFA) ;
- le rapport sur les évaluations des dépenses de santé et des dépenses des ménages en matière de santé surtout en lien avec le paludisme ;
- Etc. ;

Elle a été réalisée du 04 au 15 juin au cabinet d'étude et le rapport validé le 21 juin 2023. Les documents stratégiques et de programmes étaient mis à la disposition du cabinet par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Quant à la documentation scientifique et la littérature grise sur le sujet d'étude, elle était essentiellement mobilisée à partir des bases de données bibliographiques en ligne telles que : l'outil de surveillance de l'équité (HEAT) et autres sources de données pour l'évaluation de l'état des mesures d'inégalité (SCORE), Scopus, PubMed, CINAHL, Cochrane, Campbell, Collaboration, MEDLINE (interface OVID), Google Scholar, Web of Science, etc.

Dans ce processus, les mots / expressions clés qui étaient utilisés lors de la recherche documentaire a inclus sans être exhaustive la liste suivante : paludisme + équité ; paludisme + populations vulnérables, Paludisme + équité/inégalités, Soins de santé primaires + accès, Obstacles aux soins de santé, Soins de santé primaires + équité, Genre + soins de santé, Genre + paludisme, Enfants + paludisme + accès, Femmes enceintes + paludisme + accès. Ces recherches porteront prioritairement sur les publications des 5 dernières années sur le Bénin et en Afrique subsaharienne.

Concrètement au plan méthodologique, il s'est agi d'analyser les documents sur le paludisme au Bénin. En l'absence d'un référentiel sur les interventions intégrant le genre et les droits humains dans les programmes de paludisme, les analyses des différents axes thématiques étaient basées sur la consultation des documents de référence suivants :

- Note d'information technique Paludisme, genre et droits humains éditée par le Fonds Mondial en 2019,
- Note d'information, s'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles (Fonds Mondial, 2014),
- La boîte à outils genre santé (AFD, 2016),
- Les outils HEAT et EQUIST,

Sur la base des interventions élaborées, une lecture des interventions proposées dans les documents stratégiques de lutte contre le paludisme a permis de déterminer les interventions par module qui

prennent en compte le genre et les droits humains. Ce travail a permis également de relever les interventions et/ou les cibles manquantes qui n'ont pas été prises en compte par ces documents.

4.2 Approche méthodologique de l'enquête terrain

4.2.1 Mode de sélection des sites et des cibles

La présente étude est transversale, descriptive et mixte (volets qualitatif et quantitatif). Elle a été réalisée selon les normes techniques et scientifiques d'une étude transversale descriptive et analytique. La démarche méthodologique a tenu compte des principes d'inclusion et d'équité sur les dimensions culturelles, linguistiques, géographiques, économiques et épidémiologiques.

Par ailleurs, un volet étude de satisfaction permettra de documenter le quatrième objectif spécifique qui a visé à évaluer la satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'accès aux soins et la qualité des services offerts. La satisfaction est un jugement, une opinion que l'individu exprime sur le service / intervention expérimentée (Afnor, 2005). Cette satisfaction est fonction de l'écart entre l'attente ex ante du bénéficiaire et son évaluation ex post (Meunier, 1993). Les données étaient collectées auprès de deux groupes de population :

- cibles primaires que sont les femmes, les mères d'enfants de moins de 5 ans et les hommes ayant bénéficié des services de lutte contre le paludisme au cours des douze mois avant la collecte, puis les
- cibles secondaires composées : des acteurs de mise en œuvre et des parties prenantes.

Le tableau ci-après présente les sous-groupes par catégorie.

Tableau I : Description des groupes cibles à l'étude

| Cibles primaires | Acteurs de mise en œuvre | Parties prenantes |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Femmes, - Mères / tutrices d'enfants de moins de 5 ans - Autres personnes à haut risques - Populations mal desservies | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé (médecins-chefs, infirmiers, responsables des services de maternité, de pédiatrie, dispensaires, etc.) - Agents de santé communautaire - Responsables des centres de promotion sociale - Infirmiers des maisons d'arrêt | <ul style="list-style-type: none"> - PNLN, - PTF - Responsables d'OSC - Leaders religieux - Chefs quartiers/villages - Guérisseurs traditionnels - Représentant des jeunes et des femmes - Leaders politiques - Personnes âgées |

4.2.2 Échantillonnage

La méthode d'échantillonnage était non probabiliste avec des techniques de choix raisonné. Les bénéficiaires étaient échantillonnés en communauté tant en milieu rural qu'en milieu urbain et l'aspect genre était respecté dans ce processus de sélection. La mobilisation des participants aux focus groups s'est faite avec la collaboration des chefs villages et de quartiers.

4.2.2.1 Taille de l'échantillon

La présente étude étant plus qualitative que quantitative, il n'y a pas de formule spécifique de calcul de la taille de l'échantillon.

Volet qualitatif de l'étude

- **Cibles primaires** : Dans chaque commune sélectionnée, les cibles primaires ont essentiellement fait l'objet d'un focus group pour la collecte des données. Pour ce faire, il a été constitué des groupes homogènes de 6 à 8 personnes. Il a été tenu compte du critère de groupe d'âge pour la constitution des groupes : 15-24 ans, 25-34 ans 35-49 ans, 50 ans ou plus et de sexes.

- **Sélection des cibles secondaires : acteurs de mise en œuvre et parties prenantes** : Les acteurs de mise en œuvre présents lors du passage de l'équipe de collecte étaient systématiquement enrôlés soit dans les centres de santé et les maisons d'arrêt.

Volet quantitatif de l'étude :

Pour apprécier le degré de satisfaction des bénéficiaires en ce qui concerne l'accès aux soins et la qualité des services reçus, cinq (05) personnes (dont 03 femmes préférentiellement des mères d'enfants de moins de 5 ans) qui **avaient sollicité et bénéficié des prestations liées au paludisme au cours des 6 derniers mois** étaient sélectionnés dans chaque arrondissement échantillonné.

La taille des cibles en fonction du type de cibles, du mode de collecte des données et des localités est présentée annexe 2

4.2.2.2 Critères de sélection des unités statistiques

Les critères ci-dessous appliqués pour la sélection des cibles primaires étaient :

Tableau II : Critères de sélection des cibles primaires

| Critères d'inclusion | Critères de non-inclusion |
|--|--|
| Volet qualitatif | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Être de sexe féminin ou masculin, – Avoir 15 ans au moins au moment de l'enquête, – Être un résidant de l'une des localités sélectionnées pendant au moins 12 mois, – Avoir sollicité les services de lutte contre le paludisme au cours des 6 derniers mois avant l'enquête | <ul style="list-style-type: none"> – avoir déjà répondu aux mêmes outils de collecte auprès d'un autre enquêteur – Être en incapacité de fournir des réponses cohérentes |
| Volet quantitatif | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Être de sexe féminin ou masculin, – Avoir au moins 15 ans au moment de l'enquête, – Être un résidant de l'une des localités sélectionnées pendant au moins 12 mois, – Avoir sollicité les services de lutte contre le paludisme au cours des six (06) derniers mois avant l'enquête ; | <ul style="list-style-type: none"> – Avoir sollicité d'autres types de services dans les mêmes formations sanitaires qui seront sélectionnées sur la période de référence (trois (03) derniers mois avant l'enquête). |

Il n'y avait pas de critères particuliers pour la sélection des cibles secondaires en dehors de leur disponibilité et consentement à participer à la collecte des données. Toutefois, les dispositions étaient prises pour recueillir les opinions et avis afin de pouvoir répondre aux objectifs de l'étude.

4.2.3 Mode de sélection des sites et des cibles

Le choix des éligibles s'était opéré selon un mode de sélection à trois degrés à savoir :

- 1^{er} degré : sélection de la commune et de l'arrondissement,
- 2^{ème} degré : sélection des sites de collecte qu'étaient les villages/hameaux ou quartiers,
- 3^{ème} degré : sélection des éligibles.

4.2.3.1 Sélection des communes, arrondissements et hameaux

Dans chacun des 12 départements du pays, deux communes étaient sélectionnées sur la base d'un indicateur de vulnérabilité.

Les communes dans lesquelles vivaient les populations les plus vulnérables et dont l'accès aux services de lutte contre le paludisme était entravé par : (i) le faciès épidémiologique du paludisme ; (ii) la diversité géographique et socioculturelle ; (iii) le statut rural/ urbain ; (iv) le niveau de richesse/ pauvreté de la population. Le choix de ces communes était donc basé sur les indicateurs géographiques, socioculturels, économiques et épidémiologiques. Au Bénin, les sources de données disponibles comportent

généralement les indicateurs désagrégés au niveau département et communale. Une série d'indicateurs (Tableau III) a permis d'élaborer un indicateur composite de vulnérabilité.

Tableau III : Indicateurs de base pour l'élaboration de l'indice des zones géographiques ayant difficilement accès aux services de lutte contre le paludisme

| Catégories | Indicateurs |
|------------------|---|
| Géographiques | – Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) du centre de santé soit au-delà de 5 km de la localité |
| Socioculturels | – Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) – Taux (%) d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française |
| Economiques | – Proportion de population active féminine de 15-64 ans occupée – Taux de pauvreté multidimensionnelle ³ |
| Épidémiologiques | – Proportion (%) des femmes enceintes testées positives au paludisme en 2020 |

Afin de sélectionner les communes champs d'étude, le niveau d'atteinte de chacun des six (06) indicateurs du tableau IV a été regroupé en 3 classes avec des scores allant de 1 à 3 par score. Ainsi est attribué à chaque commune par indicateur le score "1" qui équivaut à une situation meilleure, "3", une situation critique et "2" comme situation moyenne. La somme des scores a permis de déterminer le niveau de vulnérabilité de la commune. Le maximum que pouvait avoir une commune est le score 18 et le minimum est 6. Les communes qui totalisent les scores les plus élevés sont celles qui sont les plus vulnérables et sélectionnées pour la mise en œuvre de l'étude. Les communes sélectionnées sont présentées dans le tableau ci-dessous.

³ Calculé sur la base de 9 privations. La malnutrition n'a pas été prise en compte au niveau de la composante santé.

- Santé : insuffisance pondérale, décès des enfants de moins de 5 ans dans le ménage.
- Education : Personne du ménage n'ayant pas dépassé le primaire, au moins un enfant en âge scolaire ne fréquente pas l'école.
- Condition de vie : Pas d'électricité, Aucun accès à l'eau potable ou eau améliorée, Aucun accès à des moyens d'assainissement adéquats, l'habitation a des sols sales (matériaux non définitifs), le ménage utilise des combustibles de cuisson "sales" (bois de chauffage, charbon de bois, etc.), le ménage ne possède ni de voiture ni de motocyclette et possède tout au plus l'un des biens suivants : bicyclette, radio, réfrigérateur, téléphone ou téléviseur).

Tableau IV : Liste des communes investiguées par département et score de vulnérabilité

| N° | Départements | Enquête en population | | | | Maisons d'arrêt |
|----|-----------------------|-----------------------|-------|-----------|-------|-----------------|
| | | Commune 1 | Score | Commune 2 | Score | |
| 1 | Alibori | Ségbana, | 18 | Gogounou | 13 | Kandi |
| 2 | Atacora | Pehunco, | 15 | Boukombé | 15 | Natitingou |
| 3 | Atlantique | Tori-Bossito | 15 | Zè | 14 | Abomey-Calavi |
| 4 | Borgou | Kalalé, | 18 | Sinendé | 16 | Parakou |
| 5 | Collines | Ouèssè, | 16 | Savalou | 13 | Savalou |
| 6 | Couffo | Aplahoué, | 12 | Lalo | 12 | |
| 7 | Donga | Copargo, | 15 | Bassila | 11 | |
| 8 | Littoral ⁴ | Cotonou 4 | 4 | Cotonou 6 | 4 | |
| 9 | Mono | Bopa, | 13 | Athiémè | 11 | Lokossa |
| 10 | Oueme | Bonou, | 13 | Avrankou | 12 | Akpro-Misséréte |
| 11 | Plateau | Adja-Ouèrè, | 14 | Ifangnin | 10 | |
| 12 | Zou | Djidja | 15 | Ouinhi | 14 | Abomey |

Les communes de Gogounou (Alibori), Sinendé (Borgou), Savalou (Collines), Bassila (Bassila), Avrankou (Ouémé) et Ifangin (Plateau) suite à l'application de la matrice de vulnérabilité, n'avaient pas la cote la plus élevée après celle de la 1^{ère} commune sélectionnée. Les communes qui suivent les 1^{ères} sélectionnées étaient soit dans la même zone sanitaire soit dans une autre zone sanitaire, mais partagent une frontière avec la 1^{ère} commune, ce qui a conduit au choix de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} commune plus vulnérable que sont les 6 suscitées.

Par la suite, deux arrondissements ont été choisis dans chacune des communes, soit quatre (04) arrondissements, dont 3 ruraux.

Cas particulier du département du Littoral : Ce département est représenté par la seule ville de Cotonou qui est la seule commune qui le constitue et essentiellement urbain. Cotonou compte 13 arrondissements urbains et des quartiers de ville. Il a été sélectionné deux arrondissements au sein des 13 arrondissements puis deux quartiers de ville par arrondissement qui ont constitué les sites de collecte.

La matrice exploitée pour sélectionner les communes est présentée en détail en annexe 3.

4.2.3.2 Sélection des unités statistiques

- **Sélection des cibles primaires** : la sélection des unités statistiques s'est faite dans chacun des sites selon un échantillonnage non probabiliste. Pour le volet qualitatif, le chef du village /quartier ou le relais communautaire a aidé à identifier les femmes qui ont bénéficié au cours des six (06) derniers mois des prestations en lien avec le paludisme dans le centre de santé de l'arrondissement.
Par ailleurs, cinq (05) individus qui avaient bénéficié des services de lutte contre le paludisme courant les six mois précédant l'enquête ont été sélectionnés afin de répondre au questionnaire relatif à l'appréciation de leur satisfaction sur l'accès aux soins et la qualité des services reçus. Ces éligibles ont été retenus suite à un dépouillement des registres de soins curatifs, de CPN et de maternité du CS puis sur le terrain étaient identifiés avec l'aide du guide, du relais communautaire ou du chef de village.
- **Sélection des cibles secondaires** : ce sont les acteurs de mise en œuvre et les représentants des différentes parties prenantes qui étaient sélectionnés au niveau des sites échantillonnés pour des

⁴ Le département du Littoral se résume à la ville de Cotonou subdivisée en 13 arrondissements. Les indicateurs socio-culturels et économiques sont calculés pour la ville de Cotonou et non pour ses arrondissements qui dans le cadre de cette étude sont considérés au même titre que les communes des autres départements.

entretiens approfondis. Ils étaient identifiés et enrôlés dans l'étude au niveau de leur lieu de travail ou de résidence habituel (notamment pour les leaders communautaires).

4.2.4 Stratégies de mise en œuvre de l'étude

4.2.4.1 Digitalisation et préparation de la logistique

Après le cadrage de la mission, les outils de collecte ont été digitalisés grâce à la plateforme mondiale de digitalisation KoboToolBox. Ensuite, après un contrôle de qualité interne (CQ), l'outil était téléchargé sur des tablettes à l'aide de l'application de collecte en ligne KoBoCollect installée sur lesdites tablettes.

4.2.4.2 Sélection et formation du personnel de terrain

Le personnel de terrain était composé de personnes (enquêteurs et superviseurs/contrôleurs de données) ayant des expériences notamment dans la collecte de données qualitatives en communauté et auprès des acteurs institutionnels avec l'utilisation des tablettes et des dictaphones. L'aspect genre était également pris en compte, pour la sélection du personnel de terrain. À cet effet, 24 agents enquêteurs et 6 superviseurs étaient recrutés. Quant à la supervision et le contrôle de la qualité, ils étaient assurés par les superviseurs et le data manager du cabinet INACES. Cinq sociologues étaient recrutés pour la transcription des enregistrements qui étaient en langue.

La formation était d'abord organisée du 25 au 26 juillet au siège de INACES dans la commune d'Akpro-Misséré dans l'Ouémé pour les superviseurs et du 27 au 30 juillet pour les agents de collecte. Elle a entre autres porté sur i) l'approche méthodologie de l'enquête, ii) les populations d'étude et leur mode de sélection, iii) la méthode de collecte sur le terrain, iv) les dispositions éthiques et pratiques, v) le remplissage des outils de collecte et vi) l'administration du guide d'entretien.

4.2.4.3 Collecte proprement dite et supervision

Elle s'était déroulée du 02 au 12 août dans les arrondissements sélectionnés pour la mise en œuvre de l'étude. Les agents de terrain étaient constitués en équipe de deux personnes et elles avaient évolué sous la conduite des superviseurs et en respectant à la fois les normes méthodologiques de collecte des données et celles éthiques.

Une fois sur les sites sélectionnés à partir du plan d'échantillonnage et avec l'aide du relais communautaire, il a été procédé aux choix des éligibles conformément aux prescriptions du protocole d'étude dont la synthèse avait fait l'objet du manuel de formation mis à la disposition des agents de collecte.

Il était mis en place un système de contrôle de qualité pour suivre et apprécier l'évolution de la collecte sur le terrain en temps réel afin d'appréhender d'éventuels problèmes qui se poseraient aux agents. Le commanditaire et le comité de pilotage avaient organisé la supervision de la collecte sur le terrain pendant la même période.

4.2.5 Gestion des données

4.2.5.1 Traitement des données

Les enregistrements issus des focus groups (FG) et des entretiens individuels approfondis étaient écoutés, réécoutés et transcrits intégralement (mot pour mot) du 7 au 31 août par des sociologues afin d'éviter toute perte d'informations confiées par les groupes cibles. La transcription avait également tenu compte des expressions non verbales (rire, énervement, tristesse, partage d'expérience, etc.) des participants.

Le traitement des données du volet quantitatif était assuré par les contrôleurs qui avaient pour rôle de vérifier la cohérence interne des formulaires remplis envoyés par les agents de terrain sur le serveur.

Après extraction de la base de données, elle était exportée vers le logiciel SPSS version 26 pour l'apurement et le traitement statistique. Les analyses ont porté sur les seules données valides.

4.2.5.2 Analyse des données

L'analyse des matériaux recueillis sur la base de données qualitatives était un ensemble de réponses aux différentes questions ouvertes classées selon les axes thématiques énumérés dans la logique du guide d'entretien. Il était alors possible, à travers l'analyse de contenu du discours des enquêtés, de mettre en exergue les facteurs à associer de façon logique pour comprendre et expliquer les propos émis ainsi que les logiques qui sous-tendaient les comportements des uns et des autres. Une analyse de contenu des mots ou expressions clés qui traduisait la perception des participants par sujet abordé indépendamment du classement préétabli des questions lors des entretiens a été effectuée.

Par ailleurs, des portions de verbatim étaient mises à contribution pour mieux expliquer certains résultats. Des comparaisons entre les groupes de discussion étaient effectuées de façon à dégager les différences et les convergences suivant le profil des participants. À cette comparaison, s'était faite la triangulation des données collectées auprès des cibles primaires et secondaires sur les mêmes axes thématiques.

L'analyse descriptive a permis de décrire le profil des enquêtés. Elle s'est appuyée sur l'examen des tableaux de fréquence.

Pour apprécier la satisfaction des bénéficiaires des soins liés au paludisme reçus dans les centres de santé, quatorze fonctions ont été investiguées. Il s'agit de : i) la facilité d'accès au centre de santé ; ii) la distance parcourue pour atteindre le centre de santé ; iii) l'accueil par l'agent de santé ; iv) la disponibilité du service au moment de la sollicitation ; v) le temps d'attente avant la prise en charge ; vi) le temps mis par l'agent de santé pour examiner le patient et poser le diagnostic ; vii) l'amélioration de l'état de santé après les premiers soins ; viii) la disponibilité du personnel de santé ; xv) l'amabilité du personnel de santé ; x) l'écoute des problèmes et inquiétudes du patient par l'agent de santé ; xi) les conseils prodigués par l'agent de santé au patient ; xii) la disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables pour les soins dans le centre de santé ; xiii) la propreté du centre de santé et xiv) les coûts des services payants des soins reçus.

La norme pour déduire que les bénéficiaires étaient satisfaits par rapport aux différentes fonctions investiguées est de 80 %. Ainsi, il est attendu que sur dix personnes, au moins huit (08) accordent une note supérieure ou égale à 4 sur une échelle de notation de Likert composée de cinq notations allant de 1 à 5 telle que schématisée ci-après :



Selon Likert les 5 modalités correspondent à : 1 = Très insatisfait ; 2 = insatisfait ; 3 = plus ou moins satisfait ; 4 = satisfait ; 5 = très satisfait.

La fiabilité / consistance interne est une approche qui permet de vérifier la cohérence avec laquelle plusieurs fonctions d'une étude évaluent la même caractéristique, c'est-à-dire dans le cas de cette étude, l'accessibilité et la qualité des soins. À cet effet, le test de Guttman effectué indique une cohérence interne de 83,1 % pour un seuil minimal acceptable de 70,0 %. Par conséquent les quatorze (14) fonctions sus-citées permettent d'apprécier la satisfaction des bénéficiaires des soins liés au paludisme.

Ainsi, afin de dégager une satisfaction globale par critère d'évaluation, partant des différentes côtes de l'échelle de Likert sus-citées, le taux de satisfaction (en pourcentage) a été mesuré à partir d'un regroupement d'opinions favorables d'une part et non favorables d'autre part pour une exploitation judicieuse des différents items de l'échelle de Likert. Par la suite, la satisfaction globale a été générée à l'aide d'une Analyse en Composante Principale (ACP).

La satisfaction par fonction ainsi que celle globale ont été croisées avec les données sociodémographiques des enquêtés pour apprécier le niveau de satisfaction selon les groupes socioéconomiques et d'autres caractéristiques. Les variables de différenciation étaient le département de résidence, le groupe d'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'occupation, la situation matrimoniale, etc.

4.3 Dispositions administratives et éthiques

La présente étude a été organisée après la prise de toutes les dispositions administrative et éthique. Cette mise en œuvre était conforme aux exigences éthiques, dont la Déclaration de Helsinki (version d'Edinburg 2008) avec le respect des principes fixés par The Belmont Report et les dispositions administratives qui régissent une étude d'une telle ampleur. Les avis et autorisations de mise en œuvre qui étaient requis sont ceux des comités scientifiques, du Conseil National de la Statistique de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD), du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS), de l'Agence nationale pour la Protection des Données à Caractère Personnel, du Ministre de l'Intérieur et de la Sécurité Publique (MISP), du Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale (MDGL), du Ministère de la Justice et de la Législation (MJL) et du Ministère de la Santé (MS). Ces avis et autorisation sont présentés dans les annexes de 4 à 10).

PARTIE-5 : FACTEURS DE RISQUE ET OBSTACLES LIÉS À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

5.1 Niveau de complétude de l'étude

Pour la présente étude, la complétude concerne les taux de réponse atteints pour les trois groupes cibles interviewés à savoir : les bénéficiaires, les acteurs de mise en œuvre, puis les parties prenantes (au niveau communautaire et institutionnel : PNL, PTF et ONG).

Le tableau V présente les résultats des entretiens réalisés pour les deux volets de l'étude (qualitatif : focus groups et entretiens individuels approfondis puis quantitatifs : entretien semi-direct). Quel que soit le groupe cible, le taux de couverture atteint est d'au moins 100 % sauf pour les acteurs institutionnels dont le taux de couverture est de 27,5 % (tableau V). Pour ce dernier groupe, il est attendu d'impliquer quarante institutions composées du PNL, des directions techniques du Ministère de la Santé, des PTF et des ONG qui interviennent et /ou qui appuient la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme au Bénin. Malgré toutes les démarches entreprises aussi bien par le cabinet d'études INACES que par le commanditaire, seulement 11 ont participé à l'étude en renseignant le formulaire à eux soumis. Bien que le taux de participation soit faible, il n'a pas d'impact sur la validité globale de l'étude.

Tableau V : Taux de réponse selon les groupes cibles à l'étude pour les deux volets

| Groupes cibles | Attendu | Réalisé | Taux de couverture (%) |
|---------------------------------------|---------|---------|------------------------|
| Volet qualitatif | | | |
| Bénéficiaires (FG) | 48 | 48 | 100,0 |
| Acteurs de mise en œuvre | 176 | 177 | 100,6 |
| Parties prenantes | 168 | 174 | 103,6 |
| Acteurs institutionnels | 40 | 11 | 27,5 |
| Volet quantitatif | | | |
| Bénéficiaires (étude de satisfaction) | 276 | 291 | 105,4 |

5.2 Profil sociodémographique des enquêtés

5.2.1 Profil des participants aux focus groups

Le focus group (FG) a rassemblé, selon les localités, des personnes de différents groupes d'âge et de sexe. Les FG ont été réalisés dans 48 arrondissements et ce sont les personnes de la tranche d'âge de 20 à 34 ans qui étaient majoritaires, soit six (06) FG sur dix réalisés avec les personnes de cette tranche d'âge. Il n'a pas été possible de constituer des groupes spécifiques pour les moins de 20 ans, car très peu nombreux et les quelques-uns qui étaient sélectionnés, étaient incorporés aux classes d'âges des 20 à 34 ans d'où l'élargissement de l'étendue de cette classe d'âge qui comporte plus de la moitié de l'échantillon total (tableau VI). En ce qui concerne le sexe et le milieu de résidence, les groupes des femmes (62,5 % ; n=30) et des personnes vivant en milieu rural (75,0 % n=36) étaient majoritaires. Enfin dans chacun des 12 départements, 4 FG ont été réalisés soit 2 par communes sélectionnées. Les caractéristiques des participants aux FG sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques des participants aux focus groups dans les différentes localités d'enquête

| Caractéristiques socio-démographiques | Proportion (%) | Effectifs (N=48) |
|---|----------------|------------------|
| Groupes d'âge participants (en années) | | |
| 25 – 34 | 60,4 | 29 |
| 35 – 49 | 35,4 | 17 |

| Caractéristiques socio-démographiques | Proportion (%) | Effectifs (N=48) |
|---------------------------------------|----------------|------------------|
| 50 et plus | 4,2 | 02 |
| Sexe des participants | | |
| Féminin | 62,5 | 30 |
| Masculin | 37,5 | 18 |
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | 25,0 | 12 |
| Rural | 75,0 | 36 |

5.2.2 Profil des acteurs de mise en œuvre

En termes d'entités, ce sont les centres de santé d'arrondissement (48,0 % ; n=85) suivis des offices des relais communautaires (22,0 % ; n=39) qui ont été plus visités comparativement aux autres types d'entités (tableau VII). Dans ces entités, les catégories socioprofessionnelles les plus enquêtées étaient celles qui interviennent dans les arrondissements, soit les infirmiers (28,8 % n=51), les relais communautaires (25,4 % n=45) et les sages-femmes (24,3 % n=43). Sept agents sur dix (70,1 % n=124) avaient moins de 5 ans d'ancienneté au poste. L'on s'attendait à enrôler 24 médecins-chefs et 24 responsables des centres de promotion sociale, mais, la moitié d'entre eux n'était pas au poste pour des raisons professionnelles d'où l'enrôlement de 11 médecins-chefs et de 12 assistants sociaux qui ont été interviewés.

Tableau VII : Caractéristiques sociodémographiques des acteurs de mise en œuvre en service au niveau opérationnel du système de santé

| Caractéristiques socio-démographiques | Proportion (%) | Effectifs (N=177) |
|--|----------------|-------------------|
| Dénomination entités | | |
| Centre de santé de la commune | 19,2 | 34 |
| Centre de santé de l'arrondissement | 48,0 | 85 |
| Infirmierie de la prison | 4,5 | 08 |
| Centre de promotion sociale | 6,2 | 11 |
| Office du relais communautaire | 22,0 | 39 |
| Statut des répondants | | |
| Médecin-chef | 6,2 | 11 |
| Infirmier | 28,8 | 51 |
| Sage-femme | 24,3 | 43 |
| Aide-soignant | 8,5 | 15 |
| Relais communautaires | 25,4 | 45 |
| Assistant social | 6,8 | 12 |
| Sexe du répondant | | |
| Féminin | 54,8 | 97 |
| Masculin | 44,6 | 79 |
| Ancienneté au poste | | |
| ≤ à 5 ans | 70,1 | 124 |
| 6 ans ou plus | 29,9 | 53 |
| Milieu d'implantation de l'entité | | |
| Urbain | 45,8 | 81 |
| Rural | 54,2 | 96 |

En ce qui concerne la taille des acteurs de mise en œuvre enrôlés dans les départements, ils étaient 18 dans le Borgou, 16 dans l’Ouémé, 15 dans l’Alibori, l’Atacora, l’Atlantique, le Couffo, et le Zou. Dans les départements des Collines, de la Donga, du Littoral et du Plateau, ce sont 14 acteurs de mise en œuvre qui étaient impliqués dans l’étude et 12 dans le Mono.

5.2.3 Profil des parties prenantes et des acteurs institutionnels

Au niveau communautaire, ils étaient 174 parties prenantes constituées des responsables d’associations et/ou de groupements de femmes ou de jeunes (31,0 % ; n=54), de leaders religieux (28,7 % ; n=50), de chefs de quartiers ou de villages (25,9 % ; n=45), des tradipraticiens (14,4 % ; n=25) enquêtés. Parmi eux, la majorité était de sexe masculin (79,9 % ; n=139) et surtout enrôlé en milieu rural (73,0 % ; n=127) comme le présente le tableau VIII.

Au nombre des onze (N=11) acteurs institutionnels ayant participé à l’étude, les organisations non gouvernementales (72,7 % n=8) étaient les plus représentées. Il s’agit spécifiquement des ONG : Racines, Tonagnon, Espoir des Vulnérables, IFA, Cercle de Développement des Initiatives Féminines, Association VIAME, Sud Nord Actions, Environnement Sain Benin. Par ailleurs, elles sont majoritairement situées dans les départements du Littoral (45,5 %) et de l’Atlantique (27,3 %).

Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographiques des parties prenantes et des acteurs institutionnels

| Caractéristiques socio-démographiques | Parties prenantes | | Acteurs institutionnels | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------------|
| | Proportion (%) | Effectifs (N=174) | Proportion (%) | Effectifs (N=11) |
| Catégorie parties-prenantes | | | | |
| Associations/groupements | 31,0 | 54 | | |
| Leaders religieux | 28,7 | 50 | | |
| Chefs quartiers/villages/délégués | 25,9 | 45 | | |
| Tradipraticiens | 14,4 | 25 | | |
| ONG | | | 72,7 | 08 |
| PTF (CHAI) | | | 9,1 | 01 |
| PNLP | | | 9,1 | 01 |
| Direction MS | | | 9,1 | 01 |
| Sexe du répondant | | | | |
| Féminin | 20,1 | 35 | 36,4 | 04 |
| Masculin | 79,9 | 139 | 54,5 | 06 |
| Ancienneté au poste | | | | |
| ≤ à 5 ans | 91,4 | 159 | 36,4 | 04 |
| 6 ans ou plus | 8,6 | 15 | 54,5 | 06 |
| Milieu de résidence | | | | |
| Urbain | 27,0 | 47 | | |
| Rural | 73,0 | 127 | | |
| Département | | | | |
| Alibori | 8,0 | 14 | - | - |
| Atacora | 8,0 | 14 | - | - |
| Atlantique | 9,2 | 16 | 27,3 | 3 |
| Borgou | 7,5 | 13 | - | - |
| Collines | 8,6 | 15 | - | - |
| Couffo | 9,2 | 16 | - | - |
| Donga | 9,2 | 16 | 9,1 | 01 |
| Littoral | 9,2 | 16 | 45,5 | 05 |

| Caractéristiques socio-démographiques | Parties prenantes | | Acteurs institutionnels | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------------|
| | Proportion (%) | Effectifs (N=174) | Proportion (%) | Effectifs (N=11) |
| Mono | 8,0 | 14 | - | - |
| Ouémé | 8,0 | 14 | 18,2 | 02 |
| Plateau | 8,0 | 14 | - | - |
| Zou | 8,0 | 14 | - | - |

5.2.4 Profil des participants à l'enquête de satisfaction

Les résultats de la présente étude ont porté sur 291 bénéficiaires des prestations des soins liés au paludisme dans les centres de santé au cours des trois mois ayant précédé la collecte des données.

Quatre catégories de bénéficiaires ont été enquêtées : les autochtones qui sont les plus nombreux (54,0 %), les résidents (29,9 %) suivis des détenus (13,1 %) et des déplacés (3,1 %).

Les caractéristiques sociodémographiques montrent que, la quasi-totalité des bénéficiaires était de nationalité béninoise (98,3 %), mais 5, soit 1,7 % étaient de nationalités étrangères (Togolaise, Nigérienne et Nigériane). Ils avaient un âge moyen de 33,0 ($\pm 0,58$) ans et la majorité un âge compris entre 26 et 49 ans (68,0 %). Selon le sexe, six bénéficiaires sur dix (60,8 %) étaient du sexe féminin. Quant au niveau d'instruction, 35,4 % des bénéficiaires n'ont jamais été scolarisés.

Environ neuf bénéficiaires sur dix (88,3 %) étaient en union et le reste était constitué de célibataires (8,2 %) et des veufs (3,4 %). Quant à leur obédience religieuse, six sur dix (62,2 %) étaient des chrétiens, 22,7 % des musulmans et 13,4 % étaient des religions endogènes (tableau XV).

La situation par département varie suivant la prise en compte de maison d'arrêt ou non. Elle se présente comme suit : Alibori (8,2 % ; n=24), Atacora (8,2 % ; n=24), Atlantique (8,2 % ; n=24), Borgou (8,2 % ; n=24), Collines (8,9 % ; n=26), Couffo (7,2 % ; n=21), Donga (6,9 % ; n=20) Littoral (6,9 % ; n=20), Mono (10,0 % ; n=29), Ouémé (11,3 % ; n=33) Plateau (6,9 % ; n=20), Zou (8,9 % ; n=26).

Tableau IX: Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires ayant sollicité les prestations dans les centres de santé au cours des trois mois précédant l'enquête

| Variables | Proportion (%) | Effectifs (N=291) |
|---------------------------|----------------|-------------------|
| Groupes d'âge (en année) | | |
| 15 – 25 ans | 24,4 | 71 |
| 26 – 49 ans | 68,0 | 198 |
| 50 ans et plus | 7,6 | 22 |
| Sexe | | |
| Féminin | 60,8 | 177 |
| Masculin | 39,2 | 114 |
| Niveau d'instruction | | |
| Non Scolarisé | 35,4 | 103 |
| Primaire | 27,1 | 79 |
| Secondaire | 33,3 | 97 |
| Supérieur | 4,1 | 12 |
| Religion | | |
| Endogène | 13,4 | 39 |
| Chrétienne | 62,2 | 181 |
| Islamique | 22,7 | 66 |
| Sans religion | 1,7 | 5 |
| Groupes ethniques | | |
| Fon et apparentés | 41,6 | 121 |
| Adja et apparentés | 14,4 | 42 |
| Yoruba et apparentés | 6,2 | 18 |
| Bariba et apparentés | 10,3 | 30 |
| Peulh et apparentés | 9,6 | 28 |
| Ottamari et apparentés | 7,9 | 23 |
| Yoa-lokpa et apparentés | 5,2 | 15 |
| Dendi et apparentés | 3,8 | 11 |
| Autres ethnies hors Bénin | 1,0 | 3 |
| Statut matrimonial | | |
| En couple | 88,3 | 257 |
| Célibataire | 8,2 | 24 |
| Veuf/ve | 3,4 | 10 |
| Occupation | | |
| Agriculture et élevage | 29,9 | 87 |
| Artisan | 17,2 | 50 |
| Ménagère | 21,3 | 62 |
| Fonctionnaire | 3,4 | 10 |
| Entrepreneur | 7,2 | 21 |
| Commerçant | 17,2 | 50 |
| Sans emploi | 3,8 | 11 |
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | 37,5 | 109 |
| Rural | 62,5 | 182 |

5.3 Populations à risque ou vulnérables au paludisme

La revue analytique et l'enquête en communauté ont permis d'identifier les différentes populations vulnérables. Certaines le sont à cause de leurs conditions biologiques et d'autres de par leur statut ou des conditions de vie. La rapidité de développement de signes du paludisme et de l'évolution vers la forme grave suite à l'exposition des populations au vecteur du paludisme, détermine leur niveau de vulnérabilité. Ainsi, les différents groupes identifiés sont regroupés en deux catégories : les groupes de populations à haut risque et les mal desservis. Ces groupes cibles ainsi que les obstacles de genre et droits humains sont présentés comme suit :

Tableau X : Obstacles spécifiques liés au genre et droits humains suivant les catégories de populations identifiées

| Catégories de populations | Obstacles spécifiques liés au genre et droits humains |
|---|--|
| Populations à haut risque | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfants de moins de 5 ans - Femmes enceintes - Enfants de 5 à 10 ans - Personnes vivant dans la précarité - Personnes non immunisées ou à immunité faible (Drépanocytaires, PVVIH, Sujet neuf, etc.) - Populations frontalières | <ul style="list-style-type: none"> - Faible pouvoir de décision et d'autonomie financière des femmes et des mères/tutrices d'enfants - Normes socio-culturelles - Faible niveau d'instruction des femmes, notamment celles rurales - Barrières linguistiques dans les centres de santé (CS) - Difficultés d'accès géographique aux CS - Barrières linguistiques d'exposition aux CCC sur le paludisme |
| Populations mal desservies | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Femmes et enfants vivant dans des zones rurales et / ou éloignées - femmes et enfants issus de milieux défavorisés - Personnes vivant dans les zones humides/inondables - Personnes âgées vivants seules - Veufs / veuves - Personnes vivant avec un handicap - Personnes privées de liberté - Personnes vivant dans les zones d'insécurité - Transhumants - Populations mobiles (transhumants, transporteurs / camionneurs) - Déplacés internes (personnes en situation d'insécurité et /ou touchées par les inondations) - Minorités ethniques | <ul style="list-style-type: none"> - Normes socio-culturelles plus pregnantes en milieu rural - Difficultés d'accès géographique aux CS - Conditions socioéconomiques peu reuisantes - Politiques et planifications non précises sur les mécanismes d'inclusion de tous les groupes peu ou mal desservis - Insuffisance / inexistence de données désagrégations pour apprécier les actions à l'endroit des groupes peu ou mal desservis - Barrières linguistiques, notamment pour les groupes ethniques minoritaires - Politiques et organisation limitant l'utilisation des MII dans les maisons d'arrêt |

5.4 Facteurs favorisant ou limitant une meilleure équité dans la distribution des services de lutte contre le paludisme au Bénin

Le droit à l'accès aux soins de santé s'impose en tant que droit humain fondamental (Nations Unies, 1948). Au niveau international, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) se définit par l'OMS pour chaque individu qui peut avoir recours aux services de santé dont il a besoin, ou/et quand il en a besoin, sans être exposé à des difficultés financières. Cela concerne l'ensemble des services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs (OMS, 2018). Cette CSU est mise en avant pour orienter les politiques publiques en faveur de l'accès aux soins de santé pour tous.

L'accès aux soins dépend aussi bien de facteurs contextuels liés à l'offre que des caractéristiques de la demande de soins. Ces facteurs peuvent être classés en quatre dimensions principales : i) la sensibilité aux besoins en soins de santé qui correspond à la capacité à identifier le problème/le risque de santé ; ii) la disponibilité qui correspond au fait que les services soient atteignables (physiquement ou à distance); iii) l'accessibilité financière qui correspond au fait que les contributions personnelles sont suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patients à des difficultés financières ; iv) l'acceptabilité qui correspond au seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patients acceptent de recourir aux soins de santé.

Dans le cadre de la présente étude, l'accessibilité aux soins est cernée à travers plusieurs dimensions mettant en exergue des facteurs qui limitent et/ou qui créent des inégalités. Il s'agit des facteurs physique et environnemental, socioculturel, financier, etc.

5.4.1 Les obstacles liés au système de santé et à l'organisation du volet santé communautaire

5.4.1.1 Obstacles liés au système de santé

Le système de santé du Bénin est de type pyramidal avec trois niveaux arrimés au découpage administratif. Les données ont été essentiellement au niveau 3 qui est le niveau opérationnel (commune, arrondissement et village. La stratification rural et urbain pour mieux percevoir les obstacles de tous ordres auxquels les populations a permis de collecter les données plus en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans tous les arrondissements est implanté un centre de santé, mais pour les communautés résidant dans les villages, il leur faut un centre de santé avec au moins les deux unités (infirmerie et maternité avec du personnel qualifié, ce que rebute un acteur de mise en œuvre de Ouèssè « *Quand même, l'état a déjà fait l'effort de doter tous les arrondissements du pays en formations sanitaires et de personnel et vous me demandez ce que je pense de ce que réclament les villageois qu'il leur faut un centre dans leur village ? Ce n'est pas possible. Ce qui sera mieux est de renforcer le système des Agents de santé communautaire, les doter de médicaments et le recours après les ASC sera le centre de santé* » (Entretien avec un AMEO de Ouèssè 38 ans »).

La faible fréquentation des centres de santé est la résultante des coûts des prestations « *Si je dois aller dépenser toute mon économie au centre de santé alors que j'ai la possibilité de me faire soigner et soigner ma famille à moindre frais par les plantes ou le guérisseur à qui je peux même payer en nature et par tranche pourquoi aller voir l'infirmier ? Parfois, tu y vas et on te reçoit mal ou on te laisse toute la journée alors que tu as ton champ qui t'attend. L'autre problème souvent observé est que tu y vas et il n'y a pas les médicaments* » (Extrait du FG de Kalalé des hommes de 20 à 34 ans).

En ce qui concerne le genre, pour les communautés, il n'y a pas de différence entre l'agent que l'agent de santé soit une femme ou un homme pour les soigner à l'infirmerie. Mais en ce qui concerne les activités, elles préfèrent que leurs femmes soient suivies et prises en charge par un agent de santé de sexe féminin.

« Le centre de santé est trop loin de chez nous. On y va que lorsqu'on ne peut soigner la maladie avec nos recettes traditionnelles. En plus tu y vas, il n'y a pas de médicaments et on ne vous explique rien. Lorsque tu ne sais pas ce qui est fait, ce que tu dois faire, on se dit est-ce que ça vaut la peine d'y aller ? ». Cet extrait du focus réalisé à Toui est le témoin de l'insuffisance de communication entre les agents et les populations.

5.4.1.2 Obstacles liés à l'organisation du volet santé communautaire

Dans le cadre du renforcement du système de santé, il était mis un accent particulier sur le volet communautaire avec la formation des agents de santé communautaire, de la dotation en médicaments de première nécessité pour la prise en charge de certaines maladies courantes en milieu communautaire selon leur domaine de compétence. Ce système permettait aux populations d'avoir à proximité les premiers soins, mais pour des raisons diverses, les activités des agents de santé ont été suspendues dans le cadre de la réforme du système de santé. Ce système qui est le 1^{er} recours étant suspendu, les populations soit s'adonnent à la médecine traditionnelle, reléguant ainsi le recours au centre de santé en 2^{ème} ou 3^{ème} position sans que compte soit tenu de la gravité de la maladie. Toutefois, il fait faire remarquer que malgré la suspension, dans certaines localités le relais communautaire est fonctionnel.

5.4.2 Connaissances, attitudes, pratiques des populations

5.4.2.1 Nosologie populaire du paludisme

Il est important de comprendre le sens que donnent les populations à la maladie la plus récurrente au Bénin avant d'aborder la réflexion autour des modèles de prise en charge. La quasi-totalité des enquêtés a déclaré que la maladie la plus notée dans leur zone géographique demeure le paludisme. « C'est du paludisme que nous souffrons ici fréquemment, car c'est la plus dominante des maladies. » (Extrait Focus Group, Colline Ouèssè-centre). C'est le même constat à Bouca « Oui à Bouca nous avons des maladies, mais la plus fréquente c'est le paludisme » (Extrait Focus Group, Borgou-kalalé-Bouca).

Par ailleurs, d'autres pensent que le paludisme est une maladie des saisons pluvieuses donc saisonnière « Je veux parler spécifiquement de Toui, nous avons beaucoup de difficultés c'est ce qui fait qu'au temps de saison pluvieuse on n'enregistre beaucoup de cas de paludisme et beaucoup d'enfants meurent » (Extrait Focus Group, Colline Ouèssè, Toui ; Hommes/femmes de 20 à 34 ans). Et mieux d'autres pensent à une pluralité de signes qui dépendent des étapes de croissance de l'enfant : « Quand les enfants font leurs dents, j'ai remarqué qu'ils souffrent d'ulcères, de corps chauds, de paludisme et d'abcès à la tête » (Extrait Focus Group, Borgou-Sinendé). Tous ces constats montrent que certains limitent la survenue du paludisme à des périodes données. D'autres définissent cette maladie de façon saisonnière, ce qui permet d'entrevoir un flou lié à l'identification réelle des signes du paludisme. Autrement dit, en dehors de ces périodes qu'ils définissent, ils n'arrivent pas à reconnaître les signes du paludisme.

Ce constat se justifie à travers des significations ou des représentations du paludisme qui prennent sens à partir du nom ou de l'appellation locale du paludisme souvent associé à la cause. Ainsi dans l'Alibori on a diverses appellations telles que : « "Wennou", ça veut dire le Paludisme. "Sorbouro-dori" qui signifie maladie de soleil (hésitation), maladie de moustique. Hemarizé en Dendi qui signifie l'enfant de la saison (Extrait Focus Group, Alibori-Karimama Centre).

Parallèlement dans le Borgou, on note également le pluralisme d'appellations : « À Bouka, on appelle le paludisme "Pèouka" ou "wasssi soundou" qui signifie et d'autre disent "boo wurussu" qui signifie en Bariba on dit "wasssi sundu" qui veut dire la maladie qui vient des moustiques (Extrait Focus Group, Borgou-Kalalé-Bouca,).

Par contre il existe des significations autres que celles de la maladie des moustiques qu'on note chez les Mahi et les fons : « "xhuésivo zon" c'est-à-dire maladie du soleil. Mais il y a deux types de maladie du soleil, le mâle et la femelle. Le mâle est plus dangereux que la femelle, si c'est le mâle, on va à l'hôpital, mais si c'est la femelle on prépare la tisane à la maison. » (Extrait de Focus Group ; Colline - Ouèssè Centre).

Il ressort presque les mêmes significations chez les habitants du Mono et du Couffo et la similitude se dessine autour des concepts locaux comme « Tchikéssi » (*Adja*) et les *sahouè* l'appelle « *Houésivo wé adon* » ou « *Tanvio* ». En effet, toutes ces entités nosologiques renvoient à une même sémantique se rapportant au « soleil ». Ce qui structure au mieux les perceptions des malades et leur proche.

Plusieurs perceptions se dégagent de l'origine de la maladie du paludisme et qui favorise ou non le recours (tardif) aux soins biomédicaux. Il est donc indispensable de décrire les perceptions des acteurs autour de l'origine du paludisme afin de comprendre la manière de penser et d'agir des populations à la base.

5.4.2.2 Perception de la gravité du paludisme

La perception de la gravité d'une maladie induite par la réactivité que pourrait avoir la communauté pour le recours aux soins. Des entretiens, il ressort dans la plupart des cas, que le paludisme évolue d'abord comme une maladie simple puis peut devenir grave avec des signes comme la pâleur, la fatigue, les urines Coca-Cola, le refus de manger. Ces signes sont souvent observés chez les petits enfants selon les déclarations des mères lors du focus qui s'est réalisé dans tous les sites échantillonnés. L'EIP de 2022 a montré que 46,0 % des femmes interviewées ont reconnu que le paludisme est mortel, 49,4 % avaient déclaré qu'il est grave.

À Tori, dès que l'enfant refuse de manger, il faut savoir que la fièvre qu'il présente est grave et qu'il faut faire recours aux soins le plus tôt possible. La perception de la gravité du paludisme est aussi pareille chez les hommes quand bien même ils n'ont pas la même réactivité que les femmes « *Il est vrai que nous ne fréquentons pas assez tôt le centre de santé en cas de fièvre chez l'enfant. On utilise nos feuilles, on brûle des feuilles dans l'intention de produire de la chaleur à l'enfant, car la chaleur tue la chaleur. Mais si après une journée d'utilisation de nos traitements, l'enfant ne se retrouve pas et la fièvre continue alors nous allons à l'hôpital, car si c'est une fièvre simple, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, elles dot passer. On demande alors à nos maris de nous donner de l'argent et de nous y conduire ; Parfois, ils s'exécutent prestement mais d'autres disent que ce n'est pas encore grave. Lorsqu'on fouille bien c'est parce qu'il n'a pas l'argent pour les soins qu'ils pensent que ce n'est pas grave* » La perception de la gravité du paludisme n'est pas la même chez la femme et chez l'homme. Pour les lères, devant certains signes, il faut immédiatement faire recours aux soins au centre de santé, mais pour l'homme la perception du niveau de gravité est fonction d'autres paramètres comme le genre, l'âge, l'apparition de signes comme la perte de connaissance, l'émission des urines coca-cola comme l'ont déclaré un groupe d'hommes à Djidja « *Laissez les femmes courir. Devant une petite fièvre d'une journée, elles commencent par s'alarmer alors c'est parce que leurs enfants ne sont pas encore forts. Ils sont paresseux et font encore le bébé et les mamans le leur permettent* » A la question de savoir quand pensent-ils alors que la situation est grave lors de la relance, un d'entre eux répond « *quand l'enfant à la tête qui va en arrière ou il devient blanc, tousse beaucoup trop malgré qu'on lui donne l'infusé d'écorces de manguiers, là on les amène à l'hôpital de Bohicon directement* »

5.4.2.3 Itinéraire thérapeutique

Dans tous les entretiens des bénéficiaires, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, le centre de santé n'est pas le 1^{er} recours même pour les bénéficiaires qui se trouvent à quelques mètres du centre de santé. L'étude a montré que l'utilisation des recettes traditionnelles dites de nos ancêtres, l'automédication ou le recours au tradipraticien ou au pasteur sont les premiers sollicités. C'est lorsque que n'apparaît pas la satisfaction escomptée que le ménage sollicite les services d'un centre de santé. Mais en matière de recours, la pratique thérapeutique des femmes diffère de celle des hommes en termes de choix thérapeutique. Quelle que soit la situation, c'est toujours la femme en premier qui exprime le besoin d'aller à l'hôpital et pour l'homme, ce n'est souvent pas encore une urgence ou c'est quand ce dernier a les ressources qu'il donne son accord aussitôt. Aussi, pour l'homme, le recours au soin, c'est surtout pour que l'infirmier lui dise de quoi souffre sa femme ou son enfant. Le reste il déclare savoir gérer « *Tu amènes ta femme ou ton enfant à l'hôpital alors qu'il a de la fièvre et pourtant ils dorment sous moustiquaire. Le major dit c'est le paludisme après avoir pris du sang du bout des doigts. Ensuite il te prescrit le médicament qu'on connaît tous et ce n'est que ça qu'il y a chez eux. Parfois, ils n'en ont*

même pas. Les autres médicaments, ils vous disent d'aller en ville acheter. C'est ça qu'on gère. Je rentre avec ma femme ou mon enfant puisse que je sais que c'est "zansoukpè zon". Dès qu'on sait que c'est le paludisme, on a les feuilles très efficaces contre ça à la maison. Ou bien le reste des médicaments que l'autre frère avait utilisé et ça reste, on va lui donner. Parfois ce sont les deux : les feuilles et les écorces et le médicament de l'hôpital qui reste et il guérit. C'est pas tout ? » Cette assertion est confirmée par tous les membres du groupe. On va au centre de santé parce que la médication traditionnelle ne marche. L'on a la confirmation à l'hôpital puis on revient utiliser des médicaments traditionnels plus forts (écorce et feuille de l'arbre de quinine ou autre médication.

Les acteurs de mise en œuvre ont reconnu que la majorité des malades qu'ils reçoivent en consultation déclarent souvent que le syndrome fébrile a commencé il y a au moins trois (03) jours et qu'ils ont déjà essayé d'autres thérapeutiques surtout les médicaments achetés au marché du village. Aussi ont-ils reconnu que si les malades n'est pas hospitalisé et suivi, dès qu'il rentre, il n'est pas observant et vous revient encore plus malade.

5.4.2.4 Raisons du risque élevé du paludisme dans les groupes les plus vulnérables

Les populations pensent que la maladie touche surtout les enfants de moins de 5 ans et entraîne des décès chez ces derniers. Le second groupe le plus vulnérable évoqué pendant les discussions de groupe était les femmes enceintes. Par ailleurs, dans l'ensemble ils reconnaissent également qu'il s'agit d'une maladie qui touche toutes les classes d'âge et peut conduire au décès, quel que soit le statut du malade. En réalité, le paludisme est une maladie généralement admise tout au long de l'année et chez les enfants de 0 à 5 ans qui sont les plus vulnérables : « Ici à Tchoutchou, les enfants de moins de 5 ans sont plus touchés par le paludisme parce qu'ils sont très fragiles, leur sang n'est pas fort » (Extrait de FG des hommes de 35-49 ans ; Donga – Copargo-Copargo).

S'agissant des raisons pour lesquelles les enfants et les femmes enceintes sont plus vulnérables au paludisme, dans le Plateau il ressort que : « C'est parce que les enfants sortent de la moustiquaire pendant le sommeil, donc ils sont exposés. Aussi, les personnes négligentes qui ne prennent pas soin de leurs enfants, qui ne les brossent pas, les exposent au paludisme. Concernant les femmes enceintes, celles à qui ont prescrit les médicaments et elles ne le prennent pas, et celles qui ne dorment pas dans les moustiquaires tombent vite malades » (Extrait de FG des femmes de 25-34 ans; Ouémé– Avrankou-Kouti). À Kokoumonlou, à la même question, les hommes déclarent ce qui suit : « Les adultes partent et viennent, tandis que les enfants sont là assis dans une seule position, ne font aucun mouvement. C'est pour cela que ça les moustiques les attaquent plus. Aussi, ce qui sauve l'adulte est que quand les moustiques le dérangent, il entend leur bruit et les renvoie. Mais le petit est là passif, il ne réagit pas. C'est pour cela, "Ova" (pour dire paludisme), les dérange plus » Extrait de FG des hommes de 35-49 ans; Plateau-Ifangni-Kokoumonlou).

5.4.3 Obstacles liés aux perceptions, pratiques ou croyances locales vis-à-vis des prestations offertes par le programme de lutte contre le paludisme

La prévention et la prise en charge du paludisme ont partir des premières composantes du continuum de soin à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, surtout au niveau opérationnel où le traitement du paludisme est la principale prestation offerte aux populations. Quelle est la perception que ces dernières ont de ces prestations qui lui sont offertes et qui intègrent le genre et les droits humains ? Pour ce faire, quatre programmes ont été investigués. Il s'agit i) de la lutte antivectorielle, ii) de la prise en charge du paludisme, iii) des interventions spécifiques et iv) du programme de CCSC.

5.4.3.1 Lutte anti-vectorielle

En ce qui concerne le paludisme, en fonction des régions, certaines perceptions et pratiques en lien avec le contexte social et culturel freinent la réussite de la lutte anti-vectorielle malgré les multiples actions. À titre illustratif, dans certaines communautés, les campagnes de distribution de moustiquaires peine à donner les résultats escomptés, car, certaines personnes pensent que « l'insecticide avec lequel la

moustiquaire a été imprégnée est nocif pour l'homme et encore plus pour l'enfant et le fœtus qui est en gestation » (Extrait de l'entretien d'un responsable des jeunes de la commune de Tori). Pour d'autres, ce sont les devanciers qui assurent la gestion de la distribution des MII qui est le problème « *Les personnes qui sont souvent retenues pour la distribution des MII ne font pas bien leur travail, ils ne répertorient pas toutes les maisons et remettent les moustiquaires à leurs amis de sorte que certaines personnes en reçoivent plus qu'il n'en faut et d'autres rien du tout* » était la déclaration de plusieurs responsables d'ONG de jeunes » (Extrait des entretiens à Dépoli dans l'Atacora, Manigri dans la Donga et Atomey dans le Couffo). Par conséquent, les services publics distribuent les moustiquaires, mais elles ne sont pas toujours utilisées. Cette perception pourrait être à l'origine des écarts généralement notés entre les taux de distribution ou de disponibilité et la couverture d'utilisation des MII dans les ménages. Pour l'édition 2022 de l'enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP) réalisée au Bénin, les résultats ont montré que la couverture en utilisation de MII était de 60,7 % chez les enfants de moins de 5 ans et 62,6 % chez les femmes enceintes (Ministère de la Santé, 2022).

Ailleurs, du fait de la taille du ménage et de l'espace dont dispose la famille, tout le monde ne peut dormir sous moustiquaire. Alors, seuls quelques enfants y dorment et les autres exposés aux moustiques bien que l'on sache que le paludisme est causé par les moustiques : « *Dites-nous ce qu'on peut faire. Vous avez vu la grandeur de notre chambre ? Mon mari a deux femmes et nous sommes dix pour cette chambre. C'est presque le cas de nous toutes ici présentes. Alors, dites-nous comment on peut installer plusieurs moustiquaires* » ont avancé les femmes de 20 à 24 ans de Damè-Wogon dans l'Ouémé et de Ouèssè dans les Collines lors du focus group. Pour les hommes de Kouti, et d'Adja-Ouèrè, « *dormir sous moustiquaire, c'est comme être dans un cercueil et l'on suffoque* ». Pour un homme participant au FG dans le Zou : « *Le fâ m'a interdit de dormir sous moustiquaire ou tout autre chose qui peut m'enrouler, mais ma femme et mes enfants y dorment* ».

Une action de sensibilisation avec tous les canaux et les démonstrations de caractère non nocif de la moustiquaire s'imposent.

À Sinendé, Gogounou, Karimama et Péhunco, les populations nomades que sont les peulhs qui se déplacent de hameau en hameau avec leurs bêtes à la recherche de pâturages dorment soit sous une tente soit en plein air sans moustiquaire. Pour ces derniers la forme rectangulaire des moustiquaires distribuées n'est pas adaptée à leurs tentes et même s'ils reçoivent des moustiquaires, ils ne peuvent les utiliser compte tenu du construit qui est le leur.

La prévention du paludisme par l'utilisation de moustiquaire n'est pas possible dans les prisons « *Nous sommes en surpopulation et on dort presque les uns sur les autres et vous nous posez des questions sur l'utilisation de moustiquaires ? Est-ce qu'on connaît encore la couleur des moustiquaires* » est le refrain qu'ont chanté les personnes privées de liberté enrôlées dans les maisons d'arrêt.

Par contre, les femmes de Grand-Popo dans le département du Mono et de Adjan dans l'Atlantique ont toutes soutenu que personne, les vieux, les jeunes enfants comme femmes enceintes ou non ne dort sans la moustiquaire. Elles ont argué que cela s'impose à la population parce que les moustiques pullulent du fait des marécages qui entourent leur village.

5.4.3.2 Interventions de prévention spécifiques

Les interventions de prévention spécifiques intégrant le genre et les droits humains concernent essentiellement le traitement préventif intermittent (TPI) lors de la grossesse, offert en communauté et dans les formations sanitaires lors des consultations prénatales. En ce qui concerne le traitement préventif intermittent chez le nourrisson de moins de 3 à 59 mois, il s'agit de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) dans les zones à forte endémicité du paludisme que sont les zones sanitaires : de Malanville-Karimama (MK), de Banikoara (BNK), de Kandi-Gogounou-Ségbana (KGS), de Tanguiéta Matéri Cobly (TMC), de Natitingou-BouKombé-Toucountouna (NBT) et de Kouandé-Kérou-Péhunco (2KP).

Les femmes des localités précitées dans lesquelles l'étude a eu lieu (Karimama, Gogounou, Boukoumbé, et Péhunco) avaient toutes approuvé le programme. Lors des FG, c'est à l'unanimité qu'elles ont reconnu qu'avant ce programme, plusieurs d'entre elles faisaient des fausses couches lors de la grossesse ou

faisaient des mort-nés. Mais depuis que ce programme a pris corps dans leurs localités, ces phénomènes auraient régressé. Mais ils signalent que parfois l'accueil dans les services de santé, surtout à la maternité faite qu'elles réfléchissent deux fois avant d'y aller si ce n'est pas le bénéfice du TPI comme le martèle une femme enceinte qui a participé au FG à Boukoubé « *les médicaments qu'on nous donne nous évitent le paludisme nous a confié l'infirmière. J'en ai déjà pris et je me sens bien. C'est la 2^{ème} fois que je suis en train de la prendre au cours de cette grossesse. Mais le problème c'est comme si on est des enfants et il faut prendre le médicament devant l'infirmière. Depuis, je ne fais plus de fièvre comme c'est le cas lors de ma 1^{ère} grossesse* » (FG des femmes de 20 à 34 ans à Boukoubé)

Au nombre des interventions spécifiques, il y a la pulvérisation intra-domiciliaire pour laquelle, les femmes marquent plus leur préférence pour la gent masculine pour l'opération : « *Une femme dans ta case, c'est pour voir comment tu as ranger tes effets alors que l'homme n'en fera aucun problème* » A une autre de renchérir par rapport à l'équipement de pulvérisation que c'est trop lourd pour une femme : « *Ce travail est plus adapté aux hommes qui peuvent facilement porter des charges lourdes* » (FG des femmes de 35 à 44 ans à Adjan).

5.4.3.3 Programmes de prise en charge des cas de paludisme

Selon les documents de politiques : "Directives de prise en charge des cas de paludisme au Bénin" et le "Plan de travail annuel 2023", le Bénin a opté pour la prise en charge du paludisme dans les centres de santé par les agents qualifiés et ceci tout le long de la pyramide sanitaire.

Pour ce qui concerne la prise en charge au niveau des structures de santé, l'obstacle qui limite leur fréquentation est la rupture des médicaments décriée dans tous les sites investigués et les faux frais « *ils ont dit que le Gouvernement demande de nous donner les médicaments, mais lorsque tu y vas, tu dois acheter sinon on ne te soigne pas. Parfois encore, quand tu vas dans leur pharmacie, on te dit que le médicament est fini qu'il faut aller en ville. Lorsque tu vis ça une ou deux fois, tu n'as plus envie de faire le déplacement qui déjà te coûte cher* » a confié le chef de village de Atomey, Couffo.

La gestion communautaire intégrée des cas, premier niveau de prise en charge du paludisme prend en compte toutes les franges de la population (sauf les enfants de moins de six mois), avec un accent particulier sur les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour ce faire, il est énoncé la fourniture gratuite des soins par les agents de santé communautaires polyvalents à base d'Artemether/Lumefantrine; la formation et déploiement des agents de santé communautaires polyvalents, la gestion efficace des cas de paludisme au niveau communautaire grâce à une gestion intégrée des cas au niveau communautaire afin que tous les cas suspects fassent l'objet d'un test parasitologique et que ceux confirmés reçoivent un traitement de première intention. Malheureusement, les agents de santé communautaires ne sont plus opérationnels depuis plusieurs années ce qui limite l'accès des populations situées dans les zones reculées aux établissements de santé, surtout celles coupées des services sociaux de base en saison pluvieuse, période de forte transmission ; personnes âgées qui disposent de faibles revenus ou qui ont des capacités de déplacement limité.

5.4.3.4 Accessibilité à l'information

1.1.1.1.1 Sources et canaux d'informations

Les principales sources d'informations sont les crieurs publics, les leaders religieux, la radio et les relais communautaires dans la quasi-totalité du milieu rural. Au niveau des chefs-lieux des communes, la priorité est portée sur la radio, le téléphone, la télévision et accessoirement les autres canaux suscités « *On a la radio, les Gongonneurs, les leaders religieux (Imam), le téléphone et les relais communautaires* (extrait FG des femmes de 25-34 ans ; Birni Lafia).

Les principales sources d'informations sur le paludisme auxquelles les populations de Avrankou et des autres localités ont accès sont bien souvent les crieurs publics, les séances de sensibilisation, les réseaux communautaires, les groupes WhatsApp. Comme l'indiquent certains acteurs, « *la sensibilisation que*

les gens passent pour faire ici, sinon nous n'avons pas la radio communautaire ici ». « *On n'a pas de radio, on n'a pas de télévision si ce n'est pas les informations du Nigéria, donc c'est à travers la sensibilisation et les groupes WhatsApp que nous recevons les informations liées au paludisme* », précise une partie prenante du village de Kouti de Avrankou, masculin, 40 ans.

À Kalalé et Sinendé dans le Borgou, Karimama et Gogounou dans l'Alibori, Tobré dans l'Atacora et Banigbé dans le Couffo, le crieur public est indexé comme canal d'information. La raison fondamentale évoquée est la possibilité pour le crieur d'aller partout et de pouvoir s'exprimer dans les langues locales. Les populations semblent rassurées que le crieur public soit en mesure d'aller partout dans tous les quartiers de la localité. Cependant, sur la question de la langue, notamment, si les communautés ont une configuration linguistique hétérogène et que les crieurs publics peuvent ne pas comprendre toutes les langues, ils ont nuancé en précisant que chaque village étant plus ou moins homogène, cette option peut s'appliquer, car chaque village a son crieur comme le souligne un des participants aux discussions de groupes : « *en dehors des crieurs publics puisque chaque village à son crieur, il y a aussi les relais. Si les informations leur parviennent, ils essaieront de la divulguer dans leur village* » (extrait de FG avec les femmes de 25-34 ans dans le Couffo, Banigbé).

Un autre canal proposé par les participants est celui des enseignants qui sont identifiés comme canal de transmission des messages sur le paludisme comme le souligne l'un des acteurs « *... ils sont partout dans la localité. Il n'y a pas de village où vous irez et ne pas les trouver et ils comprennent la langue du milieu* ». Une autre raison qui justifie le choix des populations à la base affirme une participante : « *pourquoi j'ai choisi les enseignants, parce que l'information est plus transmise par les enfants et les enfants aux parents* » (extrait de FG avec les femmes de 25-34 ans, Couffo - Atomey).

1.1.1.1..2 Support de diffusion des messages sur le paludisme

Les informations sur le paludisme sont passées en langue locale dans toutes les régions du pays. Les messages sur le paludisme que les différents canaux divulguent sont dans les langues les plus parlées avec parfois des mégaphones. Par ailleurs, la question relative à la langue du milieu et le support WhatsApp indique que les communautés procèdent à la traduction en langues locales par un des membres de chaque groupe WhatsApp pour les autres membres : « *Oui, il y a certains qui essaient de traduire ça dans la langue et ils envoient ça puisque chaque village et chaque arrondissement a son groupe WhatsApp. Donc, quelqu'un essaie de traduire ça et il envoie dans le groupe de son village ou de son arrondissement et les gens écoutent dans les fada* » (Extrait de FG avec les hommes de 25 – 34 ans, Atacora-Koussoukougou). Cette option de traduire les messages pour les membres des groupes WhatsApp est une alternative pour lever la barrière linguistique. Cependant, cette approche pourrait comporter des risques, car, si les traducteurs ne sont pas suffisamment formés sur les connaissances du paludisme, l'information de base risque d'être déformée et comprise de travers par les destinataires.

1.1.1.1..3 Minorités linguistiques exclues par la diffusion des messages sur le paludisme

Malgré les apparences homogènes des communautés, il y a des minorités qui semblent être marginalisées quant à l'accès aux informations sur le paludisme. Ce sont généralement des groupes qui se retrouvent dans d'autres milieux à la recherche de terres fertiles pour l'agriculture. Il s'agit des "fon", des "peulhs" dans les localités de Birni Lafia ; des Wama et Ditamari dans les Collines et dans Péhunco ; des fon à Atomey dans le Couffo. Ces minorités, à la recherche de terres fertiles s'installent et forment une communauté étanche, mais bien souvent en marge des autochtones. Mais selon les différentes sources, il y a des groupes qui restent exclus, car la radio étant le principal moyen de communication et d'information. Les informations diffusées par la radio sont beaucoup plus diffusées dans les langues les plus parlées des différentes régions et localités et ces minorités ethniques ne sont pas suffisamment informées si ce n'est pas le biais de relais communautaires de leur communauté si ces derniers maîtrisent d'autres langues en dehors des leurs qui sont les plus parlées dans le milieu.

5.4.4 Contexte climatique et géographique

Le Bénin a trois zones climatiques étalées du sud au nord : i) une zone subéquatoriale à quatre saisons avec 250 jours de pluies réparties en deux saisons de pluie : la première allant de mars à fin juillet et la seconde de septembre à mi-novembre (Ouémé, Plateau, Atlantique, Littoral, Mono et Couffo) ; ii) une zone soudano-guinéenne à 2 saisons au centre du pays avec 200 jours de pluies concentrées sur la période allant d'avril à octobre (Zou et Collines) et iii) une troisième zone de type soudanien avec 145 jours de pluie entre mai et septembre (Borgou, Alibori, Atacora et Donga).

Le territoire national est arrosé par quatre principaux fleuves alimentés par des affluents tout aussi importants. Ce sont le fleuve du Niger au nord avec pour affluents la Sota, l'Alibori et le Mékrou ; le fleuve Pendjari qui prend sa source dans les hauteurs de l'Atacora pour alimenter la Volta dans le Togo ; le fleuve Ouémé également prend naissance aux pieds de l'Atacora et recueille les eaux de l'Okpara et du Zou pour les drainer vers l'Océan Atlantique via la lagune de Cotonou ; et l'ensemble Mono-Couffo dans la région sud-ouest du pays. Enfin, quelques forêts primaires isolées sont présentes dans le sud et le centre du pays. Des terres agricoles, des marécages et l'immense palmeraie du Bas Bénin occupent le reste du territoire (INSAE, 2021). La majorité des communes sélectionnées pour cette étude sont concernées par ce profil géophysique.

5.4.4.1 Accessibilité géographique

Ainsi, dans plusieurs localités, l'accessibilité géographique aux soins de santé reste difficile et cette situation, beaucoup plus pour la gent féminine et les enfants. C'est le cas par exemple de Birni Lafia, où l'accessibilité géographique reste difficile, « *le centre de santé est loin et la voie d'accès n'est pas bonne. De plus, pendant la saison pluvieuse, le pont qui relie Birni-Lafia à Karimama est souvent emporté par les eaux et les eaux de la rivière grossissant, il faut attendre la décrue avant la traversée par la pirogue* » (FG des femmes de 20 à 34 ans à Birni-Lafia). Toujours à Karimama, et ceci au chef-lieu de la commune, les communautés estiment qu'accéder au centre de santé reste également difficile notamment pendant les saisons de pluies ou les voies d'accès ne sont pas praticables, « *en ces temps, s'il pleut, c'est difficilement qu'on va se rendre là-bas. Que ça soit dans la journée ou dans la nuit, la voie est inaccessible* » (FG des hommes de 35 à 44 ans à Karimama centre).

Cette problématique d'accessibilité géographique a été relevée par les communautés dans la quasi-totalité des focus groups et des parties prenantes des départements de l'Alibori, du Borgou, des Collines, du Zou, de l'Atlantique et de l'Ouémé à cause des cours d'eau, des marécages, des bas-fonds, mares d'eaux et parfois de la densité de la végétation. Dans les autres localités, elle est moindre et dans la ville de Cotonou la question d'accessibilité en fonction de l'état des voies est aussi posée, mais la multitude de centres de santé publique comme privée offre un certain choix à la population comme l'ont déclaré les acteurs institutionnels et certains responsables d'OSC.

La deuxième barrière physique est la montagne qu'il faut soit escalader soit contourner et ce faisant, parcourir une très longue distance avant d'accéder au centre de santé comme l'expliquait un infirmier du centre de Santé de la Donga « *Le centre n'est pas fréquenté parce que la population des villages environnants, pour y arriver, doivent faire une grande ascension, alors, quel malade peut contourner la montagne que vous voyez et faire une très grande distance avant d'y arriver. Le même supplice les attend pour le trajet retour* » (Interview avec un MEO de la Donga).

Dans les localités des régions du centre et du Sud, les principales difficultés évoquées en dehors des longues distances et de l'état dégradé des voies d'accès aux CS, les plus récurrentes étaient notamment la nécessité de disposer d'un moyen de déplacement et l'insécurité sur les voies. Du fait de la situation socioéconomique peu reluisante chez les femmes, elles et leurs enfants font difficilement face à ces barrières surtout en cas d'absence du conjoint : « *On a souvent peur d'effectuer le déplacement parce qu'il n'y a pas de lumière sur la voie qui est aussi impraticable. Certaines de nos sœurs enceintes accouchent même des fois sur la voie à cause de l'impraticabilité et la distance. D'autres refusent de se rendre dans le centre de santé pour les consultations prénatales* » (extrait de FG des femmes de 35 à 49 ans, Couffo-Lalo-Banigbé).

5.4.4.2 Situation d'insécurité

Dans les régions de Péhunco et de Karimama, à cause de l'insécurité, l'accès aux soins reste une préoccupation et ceci aggravé par la praticabilité des voies qui sont fortement dégradées. Ici, aussi, pour assurer une certaine sécurité, les femmes ne peuvent vaquer à leurs occupations en dehors des agglomérations qu'accompagner par un homme. Ce facteur est évoqué en ces termes : « *en dehors de l'état de la voie, il y a l'insécurité. Si par exemple, on vous voit deux à trois sur une moto, forcément on doit vous arrêter. Même si vous avez un malade, les forces de l'ordre doivent vous arrêter* ». « *Et encore, à partir de dix-neuf heures, aucune moto ne circule. Donc, voici les difficultés que nous avons dans la communauté* » (FG femmes de 20 à 34 ans de Ouassa-Tobré).

5.4.5 Accessibilité financière

Selon l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (EHCVM) réalisée au Bénin en 2019, le seuil global annuel de pauvreté est estimé à 246 542 FCFA. Ce seuil comporte une composante alimentaire (146 793 FCFA) et une composante non alimentaire : 99 749 FCFA (INStAD, 2020). L'analyse des dépenses des ménages béninois indique que 38,5 % des individus vivent en dessous de ce seuil de pauvreté. Ce niveau global cache toutefois des disparités selon le département et le milieu de résidence, car la situation est plus critique en milieu rural (44,2 %) qu'en milieu urbain (31,4 %) (INStAD, 2020).

Au plan sanitaire, des mesures et dispositions ont été prises par l'État pour faciliter l'accès aux soins aux groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes enceintes notamment pour la prise en charge du paludisme dans les centres de santé (CS). Ainsi, la prise en charge du paludisme a été décrétée gratuite au Bénin en Octobre 2011 dans les formations sanitaires publiques, mais n'est plus opérationnelle depuis les années 2015. Cette réalité est confirmée par les propos d'une participante au FG : « *Non, même un enfant, on te prescrit toujours les médicaments et tu paies les factures. Même le paracétamol, on ne te donne pas gratuit* » Extrait de FG avec les femmes de 50 ans ou plus, Mono-Athiémié).

Toutefois, les TDR sont réalisés à tous les patients sans distinction gratuitement dans les CS publics. Des entretiens réalisés avec les enquêtés ont révélé qu'en cas de rupture de TDR dans les CS le patient est soit référé, soit invité à s'en procurer dans les pharmacies.

Les dépenses connexes en rapport avec la prise en charge du paludisme déterminent l'attitude des populations en général et des plus vulnérables en particulier. « *La vie est chère et les médicaments dans notre hôpital sont chers. Nous qui mangeons à peine à notre faim, comment concevez-vous qu'on dépense 14 000 FCFA pour soigner mon enfant. Malheureusement, faute de moyens, cet enfant nous a quittés. La semaine qui a suivi, trois autres ont commencé par faire de la fièvre et frissonnaient. J'ai été obligé de faire recours aux plantes de chez nous et ils ont été guéris. Tirez alors la conclusion. Fièvre c'est d'abord les plantes et si j'ai l'argent, j'irai après à l'hôpital* » (Propos recueilli chez un chef de ménage de Lobogo, Mono).

Les populations les plus éloignées des centres de santé se plaignent du fait que leur relais communautaire (RC) soit ne travaille plus, soit qu'il est réduit à ne donner que des conseils : « *Notre relais communautaire n'a rien et ne travaille plus. Si au moins l'Etat lui laissait un peu de médicaments, ceci pouvait nous dépanner et ceci nous coûtera moins cher, car pour aller à l'hôpital, il faut de l'argent pour le transport et quand tu y vas il n'y a pas de médicaments et tu vas dépenser tout ce que tu as. Il vient juste nous donner des conseils qu'on connaît déjà* » (Extrait de focus group de Kalalé, Borgou). Pour la situation des RC soulevée dans la majorité des FG des localités où ils sont encore actifs, les fonctions actuelles de ces derniers n'arrangent pas les habitants. Les premiers soins que les RC étaient autorisés à administrer en communauté aidaient les ménages à éviter les coûts connexes tels que les frais de déplacement, les frais d'hospitalisation, les frais d'acquisition des produits pharmaceutiques, les frais d'alimentation pendant le séjour à l'hôpital, etc. Si le RC était opérationnel, il serait le 1^{er} recours des communautés dès les premiers signes. Les conditions économiques précaires justifient entre autres le recours tardif au centre de santé qui, selon les participants aux FG, sont généralement éloignés de leur domicile.

Dans les maisons d'arrêt, il apparaît que, toutes les conditions ne sont pas réunies pour répondre aux besoins des détenus : *« il n'y a pas de médicaments alors que l'État sait qu'ils ne travaillent pas et quand ils sont malades, on doit les soigner »* (Infirmier de la maison d'arrêt de Natitingou, Atacora).

Dans la maison d'arrêt du Mono-Couffo, c'est plutôt les parents des détenus qui viennent chercher les ordonnances des détenus pour l'achat des produits prescrits par l'infirmier.

Hormis les moyens financiers qui déterminent le recours aux soins, les pouvoirs de décision et financier des femmes occupent une place importante dans le processus de recours précoce, tardif ou pas du tout aux soins. De l'appréciation des situations qui varient d'une région à une autre et selon les individus, il ressort que, si certaines ont la possibilité de prendre seules la décision (d'aller au CS, de vendre les biens du ménage pour faire face aux dépenses de santé, etc.), certaines sont obligées de prendre l'avis de leur conjoint tandis que d'autres ne peuvent pas du tout décider sans que le conjoint n'accorde pas la permission : *« Oui, j'ai le pouvoir de décider, de vendre ou non. Si le ménage ne dispose pas de l'argent, je peux prendre la décision de vendre afin de supporter les charges des soins de santé. Je ne peux pas avoir un bien que je peux vendre et laisser mon enfant malade mourir »* (Extrait de FG avec les femmes de 50 ans ou plus, Mono-Athiémié) ; *« C'est possible à la femme d'utiliser l'argent de la maison ou l'argent obtenu après la vente des biens en nature pour régler les problèmes de santé, mais après l'autorisation de son mari. Sans autorisation, ce n'est pas possible »* (Extrait de FG avec les hommes de 35 -49 ans, Donga-Copargo).

Par ailleurs, d'autres cas de figure existent, les deux parents contribuent à la charge ou la femme prend les décisions qui s'imposent et trouve le moyen d'informer son conjoint absent : *« souvent quand les problèmes de santé arrivent papa n'en sait rien ou il est absent. Voilà l'enfant est souffrant on cherche une moto pour partir à l'hôpital et on lui charge une commission à son retour il nous rejoint là-bas »* (Extrait de FG avec les femmes de 35 - 49 ans, Collines-Savalou-Kpataba).

5.4.6 Facteurs socioculturels et pratiques religieuses / endogènes

Il est ici recherché la cohérence entre interventions/actions de lutte contre le paludisme et fondements socioculturels. Face aux interventions communautaires pour la promotion des actions de protection /prévention contre le paludisme, les facteurs socioculturels sont-ils un frein pour la réussite et un enracinement durable des comportements responsables en matière de prévention et de protection contre le paludisme ?

Les facteurs sociaux et culturels, qui régissent les communautés investiguées, sont des faits sociaux qui s'imposent à toutes. Selon le fondateur de la sociologie, les croyances diverses, les interdits, les manières de faire, de vivre dans les communautés, les pratiques religieuses, etc., sont des faits sociaux (Durkheim E., 1894). Ces éléments que la société impose à ses membres, lorsqu'ils constituent un frein pour le développement personnel et communautaire, deviennent des facteurs de vulnérabilité surtout pour les femmes et les minorités ethniques.

Les pratiques religieuses dans les différentes communes ne constituent pas une entrave à la lutte contre le paludisme. Toutefois, en cas de fièvre persistante dans certaines localités comme : Toui (Collines), Agouna (Zou) et Agbodji (Mono), il faut consulter le prêtre traditionnel et subir des libations et si cela ne marchait pas alors, l'hôpital devient le 2^{ème} recours.

Dans les zones nagot dans le plateau et quelques communes du nord de l'Ouémé et de l'est du Zou, certaines pratiques religieuses de nature ancestrales empêchent l'accès aux services de santé aux femmes et aux hommes non-initiés. Ces pratiques ont souvent lieu pendant les mois d'août et septembre. Il s'agit des cérémonies de « Oro ». Les femmes ne peuvent être initiées donc seuls les hommes initiés peuvent sortir au risque de leur vie. Toute activité est interdite et même les marchés sont fermés. Une femme enceinte qui ressent les douleurs de l'enfantement ne peut traverser la zone. Pour aller au centre de santé accoucher, elle doit être voilée et se faire accompagner par un homme initié comme l'explique un acteur de mise en œuvre d'Adja-Ouèrè *« Je suis affecté ici il y a 3 ans. Pendant la période de cette cérémonie, personne ne peut sortir même moi agent de santé. Il a fallu que je sois initié avant d'aller travailler au centre pendant les jours de fermeture »*. La déclaration du représentant des jeunes de la même localité vient renforcer celle de l'acteur de mise en œuvre *« Ma femme était enceinte et hospitalisée au centre*

de santé de notre commune. Comme il y a complications, pour l'évacuer sur Pobè, il a fallu la faire coucher dans le sanitaire, et la recouvrir avec un pagne pour qu'elle ne voit pas les revenants. Si le conducteur n'était pas initié, c'est qu'on ne pouvait pas bouger et ce serait la catastrophe ». Ces mêmes contraintes que subissent les femmes enceintes se posent pour toutes les autres affections comme le paludisme lorsque le besoin de recours au centre de santé se pose avec urgence.

5.4.7 Facteurs liés au genre, aux droits humains influençant l'accessibilité aux services de lutte contre le paludisme.

Les normes et stéréotypes recherchés sont de plusieurs ordres. Ils recouvrent des champs allant des questions liées à la vie, aux rôles et responsabilités basés sur le genre, aux rapports entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons. Ils recouvrent aussi le pouvoir décisionnel, l'appartenance de l'individu à un groupe social en passant par les questions de droits à la santé sexuelle, à l'éducation, à l'accès aux services socio-sanitaires, à l'héritage, à l'accès à la terre, aux financements, etc.

5.4.7.1 Facteurs stéréotypiques

Les femmes tant en milieu urbain qu'en milieu rural dans leur ensemble avaient contesté les normes inégales basées sur le genre établies quand bien même, tout comme les hommes impliqués dans l'étude, elles reconnaissent toutes que l'homme demeure le chef du ménage. Il a donc fondamentalement son mot à dire pour toutes décisions qui engagent la vie du ménage. Selon les déclarations des uns et des autres, la majorité des personnes qu'il s'agit des focus groups ou des entretiens individuels, l'homme est le chef du ménage et sans lui aucune décision ne peut être prise. Lors des discussions de groupes, la phrase qui revient souvent est : « *l'homme demeure le chef du foyer. C'est lui qui prend toutes les décisions et qui survient aux besoins du ménage. Même si la femme ou les enfants sont malades et doivent aller au soin, c'est de sa responsabilité* ».

En ce qui concerne les enfants, les avis sont divergents selon les participants à l'étude, les normes et stéréotypes par rapport au statut des enfants touchent également plusieurs domaines. Ainsi, ils étaient nombreux, femmes comme hommes à rejeter les normes et stéréotypes en défaveur de la fille pour ce qui concerne la santé, le droit à l'éducation, le rôle de l'enfant dans l'économie ménagère, l'investissement financier des parents, le droit à l'héritage et le gardien des secrets de la famille : « *il faut que le garçon mette les pas dans celui de son père et la fille doit être obéissante comme sa mère* » déclare un octogénaire de Lahotant dans les Collines. Toutefois, des progrès s'enregistrent car la plupart des participants reconnaissent qu'il n'y a pas distinction entre le garçon et la fille en cas de recours aux soins de santé.

5.4.7.2 Autonomie de la femme dans la recherche des soins

Le pouvoir de la femme est reconnu dans des cas exceptionnels ou l'homme n'est pas en mesure de supporter les charges : « *C'est l'homme qui prend la décision d'utilisation de l'argent pour régler les problèmes de santé. Maintenant, quand la femme sent le manque d'argent à son niveau, elle lui vient en renfort. La femme a le pouvoir si et seulement si son mari n'a pas les capacités nécessaires pour supporter les charges liées aux factures de santé. Mais parfois, même n'ayant rien, il s'impose alors que c'est la femme dans ces conditions qui maintient debout le ménage* » (Extrait de FG avec les femmes de 25 à 34 ans, Couffo-Lalo-Tohou).

Devant la gravité de la maladie, les avis divergent et ce sont surtout les hommes eux-mêmes qui ont déclaré : « *En cas d'urgence par exemple ou quand le mari est injoignable de même que les membres de sa famille, la femme est capable de décider en son absence. Elle peut prendre*

la décision pour éviter le pire". Entretien avec le responsable des jeunes de Mougnon dans le Zou.

Des débats assez enrichissants ont permis également de savoir si les femmes peuvent utiliser leurs biens propres sans que le mari ou les beaux-parents lui donnent l'autorisation, y compris les biens du ménage pour résoudre les problèmes de santé. Pour la majorité des femmes enquêtées dans les départements du Couffo, de l'Atlantique, du Zou et du Littoral, il ressort que, selon la proximité, la considération et la confiance qui existent entre les deux conjoints, la femme peut toutefois ne pas prendre l'avis de son conjoint sur l'usage du bien qui lui appartient. Par contre, elle doit informer son conjoint avant l'usage des biens du ménage, mais en situation d'urgence de santé elle peut utiliser les ressources disponibles ou faire un emprunt si nécessaire puis informer le chef de famille plus tard notamment lorsque ce dernier est absent.

Par ailleurs, en dehors de la santé, afin de mieux apprécier le fonctionnement des règles sociétales, l'étude a recherché les opinions des hommes pour appuyer ou non les opinions des femmes sur la vie en couple. Majoritairement, ces derniers avaient déclaré que l'homme demeure le chef du ménage et la femme doit reconnaître sa place au sein du foyer.

5.5 Satisfaction des bénéficiaires de l'offre des soins liés au paludisme

5.5.1 Niveau de satisfaction des bénéficiaires des soins reçus dans les centres de santé

5.5.1.1 Niveau de satisfaction des bénéficiaires selon les fonctions

Parmi les différentes fonctions évaluées, la proportion des bénéficiaires satisfaits atteint 80 % conformément à la norme, seulement pour une seule fonction : le temps mis par l'agent de santé pour examiner le patient et lui indiquer le traitement à suivre par rapport au diagnostic posé (figure 1). Toujours il apparaît également de la figure 2 que, pour les cinq fonctions suivantes : i) la facilité d'accès au centre de santé (29,6 %) ; ii) la disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables dans le centre de santé (30,6 %) ; iii) la distance parcourue pour atteindre le centre de santé (32,0 %) ; iv) les coûts des services payants liés aux soins reçus (36,8 %) et v) le temps d'attente avant d'être prise en charge (49,1 %) la proportion des bénéficiaires satisfaits est en dessous de 50,0 % par rapport au seuil de 80,0 % attendu.

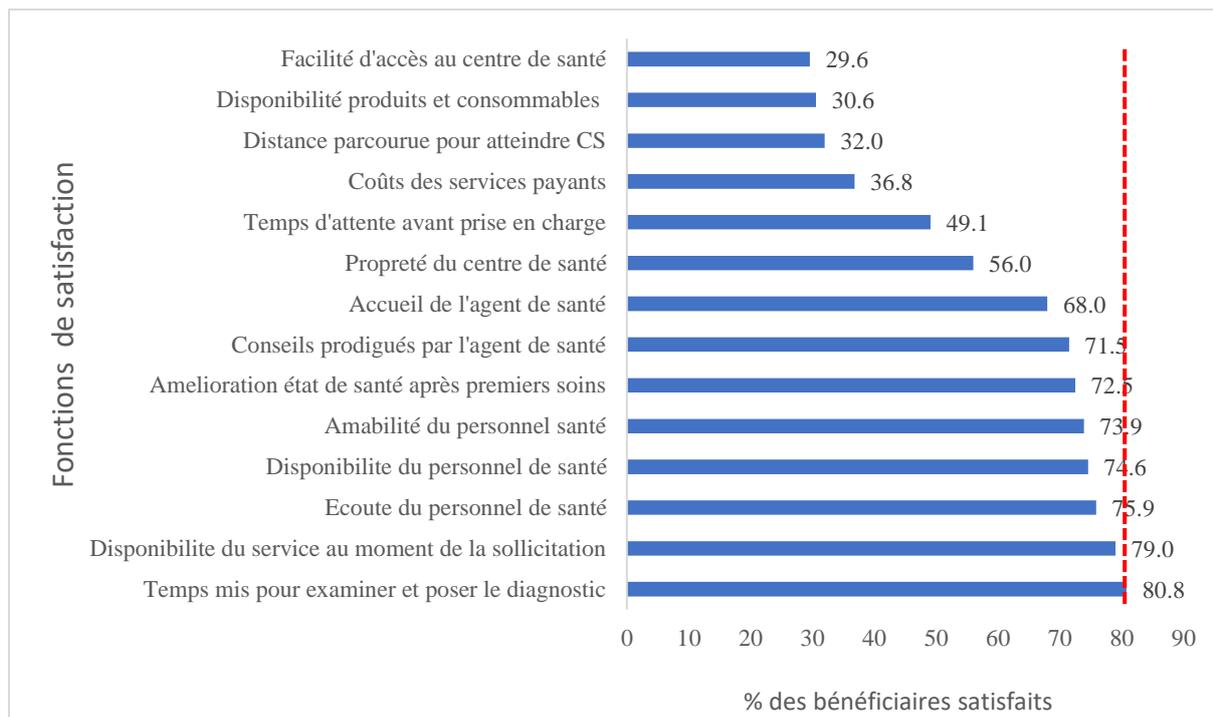


Figure 1 : Proportion de bénéficiaires des soins liés au paludisme satisfaits selon les fonctions évaluées

5.5.1.2 Niveau de non-satisfaction suivant le milieu de résidence

Concernant les trois fonctions ayant enregistré les taux les plus bas de satisfaction, la situation varie suivant le milieu de résidence et les départements. Suivant le milieu de résidence, quelle que soit la fonction considérée parmi les trois, les bénéficiaires du milieu rural étaient plus insatisfaits (figure 2).

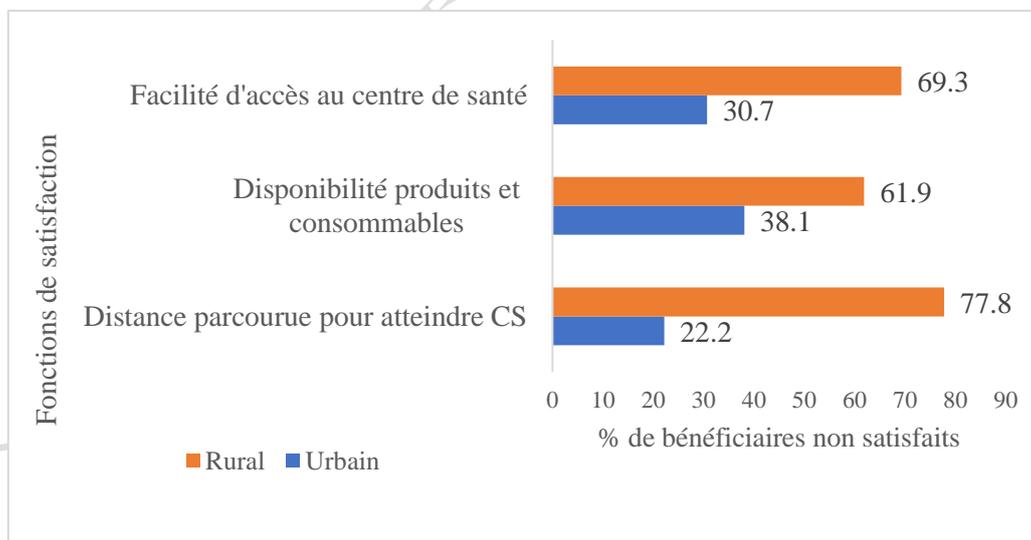


Figure 2 : Proportion de bénéficiaires non satisfaits selon les fonctions ayant les taux les plus faibles

5.5.1.3 Niveau de non-satisfaction suivant le département de résidence

La majorité des bénéficiaires ont déclaré avoir été insatisfaits des prestations à eux offertes dans les services de santé de leur localité.

Suivant les départements de résidence, la situation varie d'un département à l'autre et d'une fonction à l'autre (figures 3, 4 et 5).

- Pour la facilité d'accès aux centres de santé, les proportions élevées (comprises dans l'intervalle 71,1 % - 100,0%) d'insatisfaits ont été enregistrées dans les départements du Plateau (95,1 %), de l'Ouémé (81,8 %), du Zou (80,8 %), de l'Atacora (79,2 %), des Collines (73,1 %), et du Mono (75,9 %) ;
- S'agissant de la distance parcourue, c'est le Plateau (95,1 %), le Mono (80,1 %), l'Atacora (72,7 %) et le Couffo (72,4 %) qui sont les plus concernés.
- Quant à la disponibilité des produits pharmaceutiques prescrits dans les centres de santé où les soins liés au paludisme ont été sollicités, c'est dans les départements de l'Alibori (95,8 %), du Borgou (95,8 %), du Zou (94,6 %), de l'Atlantique (91,7 %) et du Littoral (80,1 %) que les bénéficiaires étaient plus insatisfaits.

Si pour la fonction de facilité d'accès aux services de santé, la résolution est multisectorielle et ne dépend pas seulement du Ministère de la Santé, quant à la distance parcourue et surtout la disponibilité des produits pharmaceutiques, leurs résolutions relèvent du ressort du ministère de tutelle. En effet, l'opérationnalisation des relais communautaires selon la nouvelle approche prônée par le FM qui et l'accent sur la santé communautaire en rapprochant ainsi le service des populations et surtout de celle qui sont à un RMA de plus de 5km. De ce fait, la population bénéficiera du service qui sera à sa portée et ne sollicitera ceux du centre de santé que lorsque les compétences du relai communautaire seront dépassées. Pour ce qui est de la disponibilité des produits pharmaceutiques, une meilleure gestion des produits de santé incluant l'approvisionnement, la tenue des stocks et autres, permettrait de les rendre disponibles.

Les figures 4 ; 5 et 6 de la planche ci-dessous présentent par département le niveau de non-satisfaction déclarée par les bénéficiaires qui avait sollicité les services dans les centres de santé de leur arrondissement au cours des trois (03) derniers mois selon les trois fonctions qui ont recueilli les taux les plus bas.

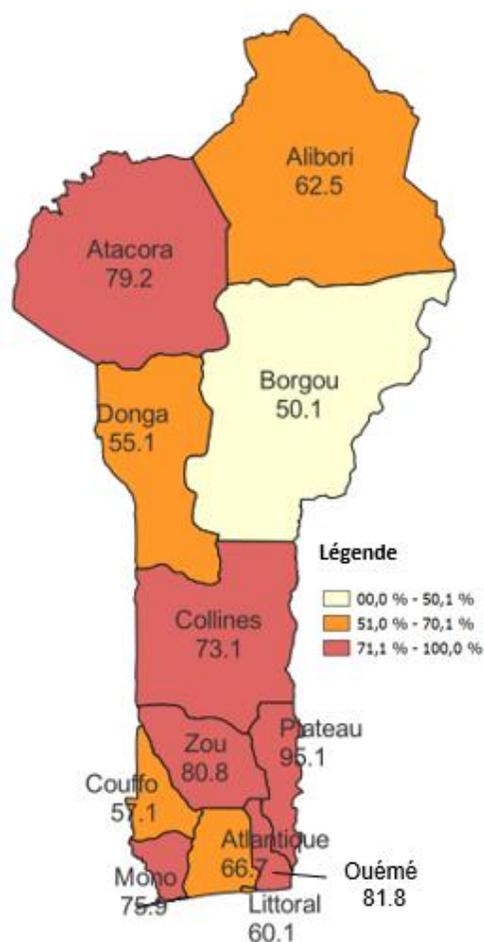


Figure 3 : Taux d'insatisfaction des bénéficiaires suivant la facilité d'accès au centre de santé

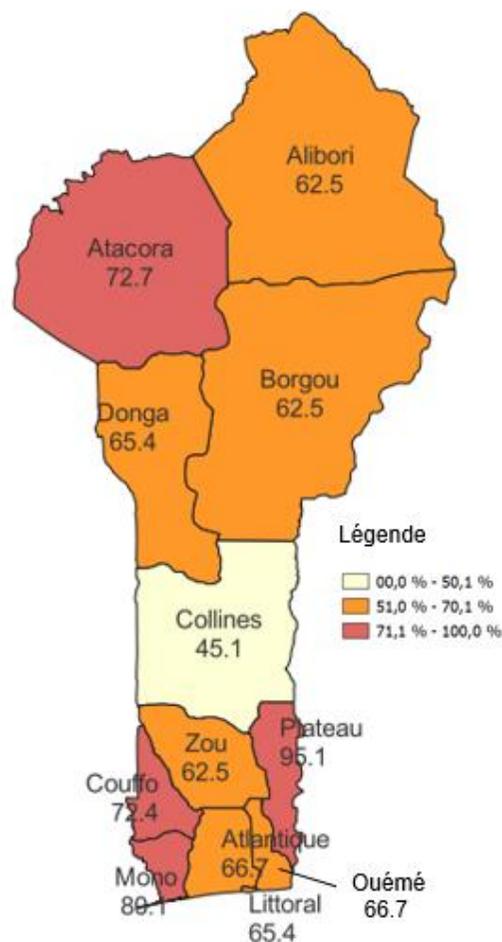


Figure 3: Taux d'insatisfaction des bénéficiaires suivant la distance parcourue

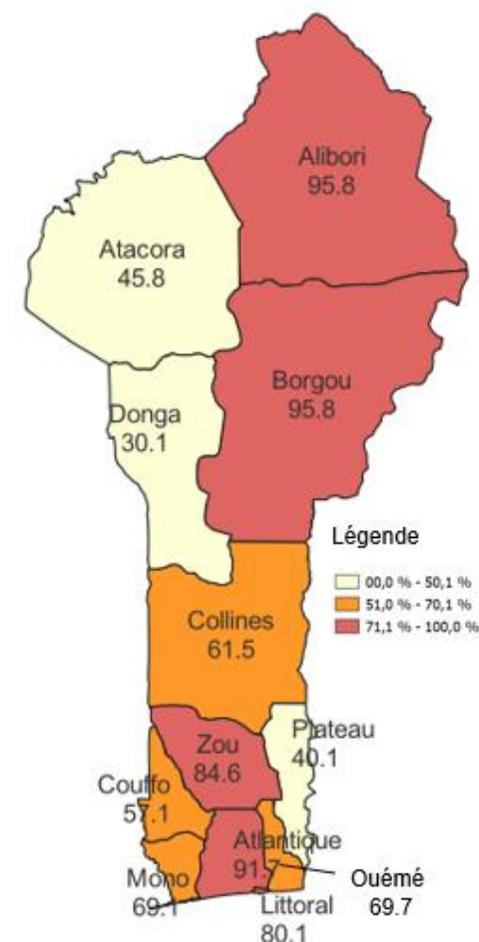


Figure 4: Taux d'insatisfaction des bénéficiaires par rapport à la disponibilité des produits pharmaceutiques prescrits

5.5.2 Niveau de satisfaction globale des bénéficiaires

Dans le cadre de cette étude, un bénéficiaire est considéré comme totalement satisfait, si pour chacune des 14 fonctions investiguées il exprime un niveau de satisfaction supérieure ou égale 4 et par conséquent totalise un score d’au moins 1 suite à l’analyse en composante principale.

De ce qui précède, il ressort que, 15,6 % (n=46) des participants étaient satisfaits des soins sollicités sur la période de référence. Ce niveau de satisfaction global en dessous du seuil de 80,0 % espéré est presque similaire, quel que soit le milieu de résidence (figure 6).

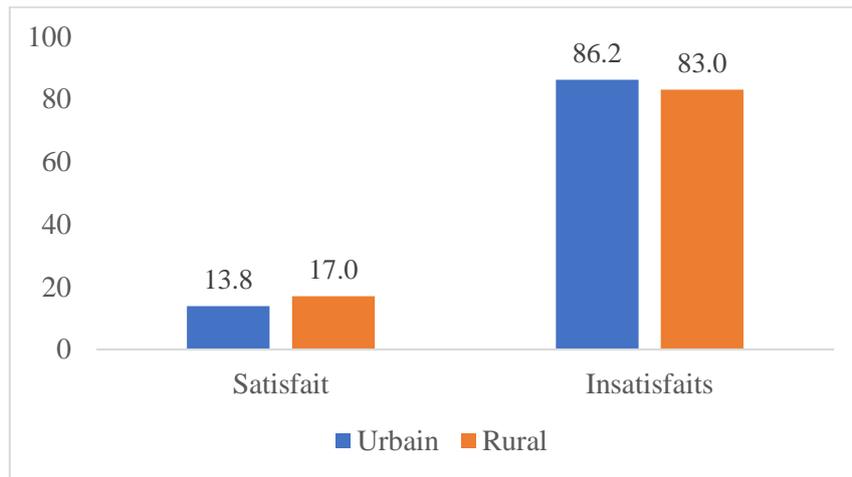


Figure 5 : Satisfaction globale des bénéficiaires selon le milieu de résidence

Quel que soit le département de résidence (figure 7), le niveau de satisfaction globale était en dessous de 80,0 %. Ce sont les départements du Plateau, des Collines, de la Donga, de l’Atacora et du littoral qui présentent un niveau global de satisfaction compris entre 20 et 30 %. Quant aux autres départements, la situation est encore plus critique à des niveaux très bas.

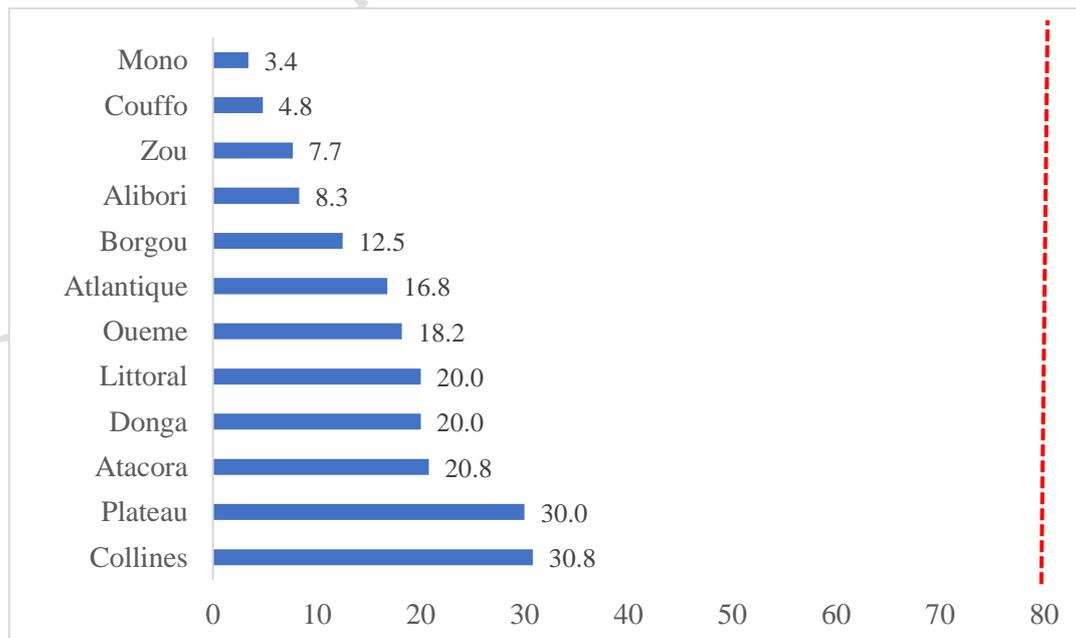


Figure 6 : Satisfaction globale des bénéficiaires par département de résidence

Quant à l'insatisfaction globale, il varie entre 69,2 % dans le département des collines et 96,6 % dans le département du Mono (figure 8).

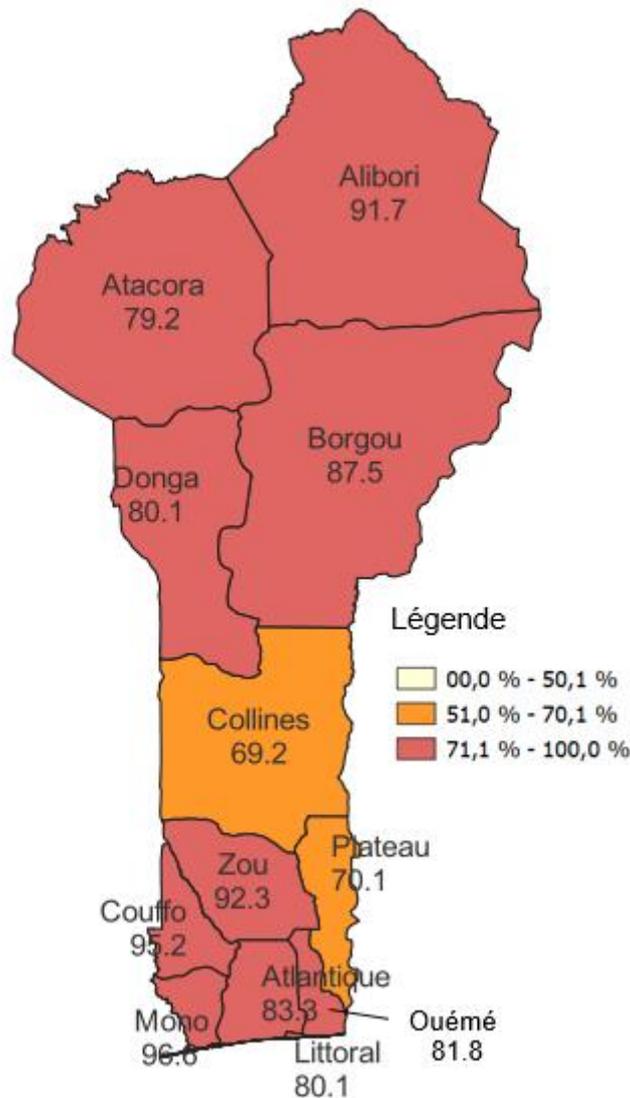


Figure 7 : Insatisfaction globale des bénéficiaires selon les départements de résidence

Il ressort des résultats du tableau XI que, parmi les bénéficiaires ayant sollicité les soins liés au paludisme dans un centre de santé au cours des trois mois précédents l'enquête, les plus insatisfaits étaient : les personnes d'âge compris entre 26 et 49 ans (96,0 %), les déplacés (100,0 %); ceux ayant un niveau d'instruction primaire (97,5 %); de religion endogène (100,0 %); du groupe ethnique Yoa-lokpa et apparentée (100,0 %), ceux qui ne sont pas en union (100,0 %) et ceux qui exercent dans le commerce (100,0 %).

Par contre, les satisfaits étaient beaucoup plus ceux âgés de 50 ans ou plus (13,6 %), les résidents (9,2 %), ceux du niveau d'instruction secondaire ou supérieure (8,3 %), les chrétiens (8,3 %), les Ottamari et apparentée (13,0 %) ; les personnes en couple (6,6 %), les entrepreneurs (9,0 %) et les bénéficiaires de nationalité béninoise (5,9 %).

Tableau XI : Niveau de satisfaction et d'insatisfaction global selon les caractéristiques socioéconomiques

| Variables | Satisfait %(n) | Pas satisfait % (n) |
|-----------------------------|-------------------|------------------------|
| Groupes d'âge | | |
| 15 – 25 ans | 8,5 (06) | 91,5 (65) |
| 26 – 49 ans | 4,0 (08) | 96,0 (190) |
| 50 ans et plus | 13,6 (03) | 86,4 (19) |
| Sexe | | |
| Féminin | 5,6 (10) | 94,4 (167) |
| Masculin | 6,1 (07) | 93,9 (107) |
| Statut social | | |
| Autochtone | 5,1 (08) | 94,9 (149) |
| Résident | 9,2 (08) | 90,8 (79) |
| Déplacé | 0,0 (00) | 100,0 (09) |
| Détenus | 2,6 (01) | 97,4 (37) |
| Niveau d'instruction | | |
| Non Scolarisé | 5,8 (06) | 94,2 (97) |
| Primaire | 2,5 (02) | 97,5 (77) |
| Secondaire | 8,3 (01) | 91,8 (89) |
| Supérieur | 8,3 (01) | 91,7 (11) |
| Religion | | |
| Endogène | 0,0 (00) | 100,0 (39) |
| Chrétienne | 8,3 (15) | 91,7 (166) |
| Islamique | 3,0 (02) | 97,0 (64) |
| Sans religion | 0,0 (00) | 100,0 (05) |
| Groupes ethniques | | |
| Fon et apparentée | 5,8 (07) | 94,2 (114) |
| Adja et apparentée | 2,4 (01) | 97,6 (41) |
| Yoruba et apparentée | 11,1 (02) | 88,9 (16) |
| Bariba et apparentée | 6,7 (02) | 93,3 (28) |
| Peulh et apparentée | 7,1 (02) | 92,9 (26) |
| Ottamari et apparentée | 13,0 (03) | 87,0 (20) |
| Yoa-lokpa et apparentée | 0,0 (00) | 100,0 (15) |
| Dendi et apparentée | 0,0 (00) | 100,0 (11) |
| Autres ethnies hors Bénin | 0,0 (00) | 100,0 (03) |
| Statut matrimonial | | |
| En couple | 6,6 (17) | 93,4 (240) |
| Célibataire | 0,0 (00) | 100,0 (24) |
| Veuf/ve | 0,0 (00) | 100,0 (10) |
| Occupation | | |
| Agriculture / élevage | 5,7 (05) | 94,3 (82) |
| Artisan | 8,0 (03) | 92,0 (46) |
| Ménagère | 4,8 (03) | 95,2 (59) |
| Fonctionnaire | 10,0 (01) | 90,0 (09) |
| Entrepreneur | 19,0 (04) | 81,0 (17) |

| Variables | Satisfait %(n) | Pas satisfait % (n) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Commerçant | 00,0 (00) | 100,0 (50) |
| sans emploi | 00,0 (00) | 100,0 (11) |
| Nationalité | | |
| Béninoise | 5,9 (17) | 94,1 (269) |
| Autre | 00,0 (00) | 100,0 (05) |

5.5.3 Motifs de satisfaction et d'insatisfaction

Pour les bénéficiaires ayant accordé une note inférieure ou égale à "3" et considérés comme non satisfaits, il leur a été demandé les motifs d'insatisfaction. Par contre, chez les bénéficiaires satisfaits (notes comprises entre 4 et 5), les motifs de satisfaction ont été demandés dans une perspective de compiler les meilleures pratiques. Ces principaux motifs d'insatisfaction et de satisfaction sont consignés dans le tableau en annexe 1.

5.5.4 Besoins et attentes des bénéficiaires

Il a été demandé aux enquêtés d'exprimer leurs besoins et attentes pour une meilleure organisation en vue de faciliter l'accessibilité et la qualité des soins du paludisme (Figure 9).

Les besoins cités peuvent être classés dans trois grands registres :

- infrastructures, équipements des centres de santé (CS)
- personnel de santé,
- disponibilité à un coût plus abordable des produits pharmaceutiques.

Les besoins en infrastructures sanitaires (80,4 %), en personnel de santé (70,8 %) et à la disponibilité des produits prescrits dans les CS (54,6 %) étaient les plus importants imprimés par rapport aux autres. S'agissant des mécanismes de dénonciation anonyme (29,2 %), les plus récurrents proposés par les enquêtés sont : la mise en place d'un numéro vert, la possibilité de se plaindre auprès des relais communautaires qui seront dans ce cadre l'œil de l'État dans les communautés ; la mise en place dans chaque village d'une association / comité des représentants des usagers du CS ; la mise en place d'une cellule de recueil et de gestion des plaintes au niveau du CS ; mise en place d'une boîte à plaintes de préférence chez le délégué, le chef village, le CA ou le Maire; désignation des agents de renseignements dans les communautés pour relayer les mauvais traitements subis par les usagers dans les centres de santé à qui de droit.

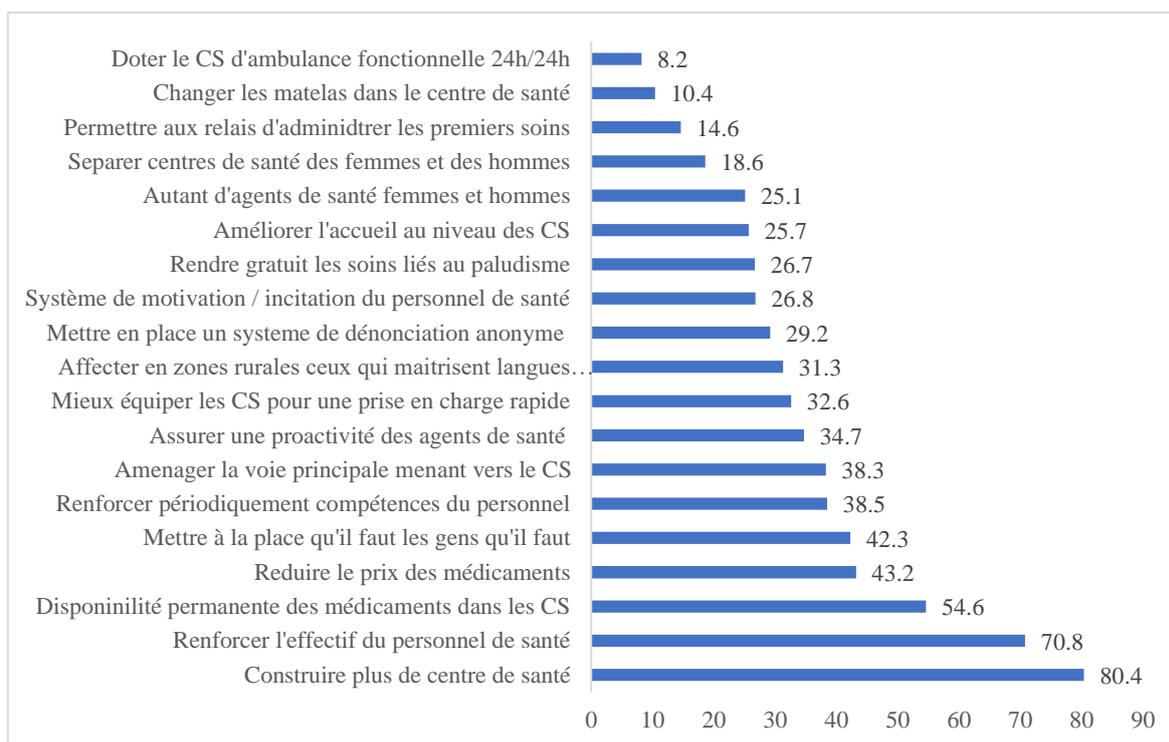


Figure 8 : Besoins des bénéficiaires pour une meilleure organisation des services de soins liés au paludisme

5.6 Synthèse des obstacles liés à l'équité, aux droits humains et au genre et des mesures pour réduire le risque de paludisme

5.6.1. Obstacles liés à la discrimination basée sur le genre

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|--|--|
| 1) | <p>Obstacles liés à la discrimination basée sur le genre</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'appartenance religieuse ou ethnique ou à une classe sociale rendant difficile l'accès aux soins médicaux ○ la consultation prénatale tardive (cacher la grossesse les premiers mois pour protéger la femme et l'enfant contre les mauvais esprits) des femmes à cause des croyances culturelles. ○ les réticences au TPI en raison de croyances culturelles et de perceptions négatives (le TPI permet de limiter les naissances, le TPI provoque d'autres maladies, des vomissements et des avortements, représentations sociales sur les effets secondaires) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesures liées à la réduction de la discrimination basée sur le genre ○ Sensibiliser sur les mesures d'entretien et d'utilisation des moustiquaires, car certains ménages les gardent des années sans les laver même lorsqu'elles sont déchirées de peur que le principe actif ne s'évapore ○ Étendre les mesures de prévention du paludisme aux lieux de culte, couvents ; etc. pour inclure également les enfants et les autres adultes qui y résident en permanence ; ○ Sensibilisation dans les langues locales sous forme de causeries et débats entre les habitants de la même communauté. Mettre l'accent sur |

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ les jeunes femmes adolescentes gestantes avec des réticences aux consultations prénatales à cause du regard social accusateur ○ les jeunes personnes issues d'une minorité ethnique ayant un handicap mental ; ○ l'existence de population peu accessible aux soins (plus de 5 km de centre de santé) ; ○ la faiblesse de stratégies avancés dans la distribution des MILD et le TPI ; ○ la pauvreté, etc. | <p>les facteurs environnementaux et les conséquences de la défécation en plein air ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre à la disposition des communautés des moyens de transport vers les CS (motos, tricycles, barques motorisées) pour le transport des cas urgents ○ Construire plus d'hôpitaux, CS, dispensaires, laboratoires, pharmacies, et latrines ○ Renforcer l'effectif du personnel soignant qualifié dans les centres de santé ○ Doter les CS d'ambulance ou de moto pour le transport des malades en cas de transfert |

5.6.2. Obstacles liés à la faible engagement et participation communautaire

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|---|--|
| 2) | <p>Obstacles liés à la faible engagement et participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faible participation des organisations de la société civile à la prise de décision ○ Non fonctionnalité des ASC et des COLOSS ○ Inexistence de représentation du PNLP au niveau des zones sanitaires ; ○ Faibles fonctionnalités des comités de santé et COGECS ; ○ Faibles participations de acteurs des centres de santé privés dans la prise de décision ; ○ Faible participation des leaders communautaires dans le processus décisionnel en faveur de la lutte contre le paludisme ○ Soutenir et accompagner les initiatives d'organisation des femmes autour des activités génératrices de revenu pour leur autonomie. | <p>Mesures de renforcement de l'engagement et participation communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer une synergie d'action entre États, ONG et OSC pour aider les communautés à s'organiser régulièrement pour l'assainissement du cadre de vie et les sensibilisations ○ Associer les délégués, les chefs villages/quartiers, les relais et les conseillers locaux aux mesures de prévention souvent implémentées, car certains agents envoyés ne maîtrisant pas toutes les localités évitent d'aller vers les ménages des zones isolées et enclavées des villages et hameaux ; ○ Dynamiser les organisations communautaires aux cotés des centres de santé : ○ Initier les populations à la mise en place des caisses de solidarité interne pour la gestion des cas graves et urgents de paludisme à l'origine des décès infanto-juvénile |

5.6.3. Obstacles liés à l'inexistence ou à la faible application des textes réglementaires en faveur la lutte contre le paludisme

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|---|--|
| 3) | <p>Obstacles liés à l'inexistence ou à la faible application des textes réglementaires en faveur la lutte contre le paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence de pratiques de ventes illicites de médicaments ou surcouts de soins entraînant des dépenses catastrophiques ; ○ Faible application des politiques de subventions des soins aux plus pauvres ; ○ Asymétrie d'information dans la gestion des cas ; ○ Décréter la gratuité de la prise en charge du paludisme pour tous dans les centre de santé ; ○ Élargir toutes les mesures de subvention ou de gratuité de la prise en charge du paludisme à toutes les couches et tranches d'âge et ne pas se limiter aux enfants ○ Limitation des ASC dans la fourniture des soins non médical (TPI communautaire, TDR, etc.) ; ○ Prendre des mesures d'amélioration du climat des activités économiques et de l'emploi afin de contribuer à l'amélioration du pouvoir d'achat des ménages | <p>Mesures de promotion des textes ou lois réglementaire en faveur de la lutte contre le paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir plus d'équité dans la distribution des moustiquaires pour atteindre les personnes les plus cachées dans les hameaux et plus exposées aux moustiques ; ○ Renforcer ou créer des plateformes de la demandes pour assurer l'intermédiation entre le client et le centre de santé ; ○ Revoir la politique de distribution des MII, car certains ménages sont souvent omis lors du recensement et même présents pendant la distribution ne bénéficie pas de MII ○ Tenir compte dans la distribution des MII du nombre de personnes dans les ménages ; ○ Améliorer l'organisation de services pour un bon accueil des patientes afin de limiter l'exclusion ; ○ Revoir l'utilisations de certains produits qui créent parfois chez certaines des allergies d'où des refus dans certains ménages. Dans la mesure du possible confectionné des produits facile à utiliser directement par les ménages eux-mêmes. |

5.6.4. Obstacles liés l'équité, aux droits humains et au genre chez aux populations à haut risque ou mal desservies

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|--|---|
| 4) | <p>obstacles liés l'équité, aux droits humains et au genre chez aux populations à haut risque ou mal desservies</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faible pouvoir de décision et d'autonomie financière des femmes et des mères/tutrices d'enfants ○ Normes socio-culturelles ○ Faible niveau d'instruction des femmes, notamment celles rurales | <p>Mesures de facilitation de l'accès aux moyens préventifs et de traitements antipaludiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trouver des solutions pour l'insécurité qui sévit dans les départements du Nord et rend réticentes les populations : « <i>Il y a trop de fouilles lors des déplacements ; si vous n'avez pas le numéro du commissaire en cas d'urgence, c'est impossible de se rendre au CS</i> » |

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Barrières linguistiques dans les centres de santé (CS) ○ Difficultés d'accès géographique aux CS ○ Barrières linguistiques d'exposition aux CCC sur le paludisme ○ Normes socio-culturelles plus pregnantes en milieu rural ○ Difficultés d'accès géographique aux CS ○ Conditions socioéconomiques peu reluisantes ○ Politiques et planifications non précises sur les mécanismes d'inclusion de tous les groupes peu ou mal desservis ○ Insuffisance / inexistence de données désagréations pour apprécier les actions à l'endroit des groupes peu ou mal desservis ○ Barrières linguistiques, notamment pour les groupes ethniques minoritaires ○ Politiques et organisation limitant l'utilisation des MII dans les maisons d'arrêt | <ul style="list-style-type: none"> – Mettre dans les communautés des relais communautaires et les doter des kits et médicaments pour assurer les premiers soins aux enfants de 0 à 5 ans, de plus de 10 ans ainsi qu'aux adultes ; – Doter les relais communautaires de moyen de déplacement pour l'évacuation des cas graves urgents vers les centre de santé. |

5.6.5. obstacles liés l'équité, aux droits humains et au genre en matière de gestion antipaludique

| N° | Problèmes ou Goulots | Mesures pour lever les goulots |
|----|---|---|
| 5) | <p>obstacles liés l'équité, aux droits humains et au genre en matière de gestion du programme antipaludique</p> <p>❖ lutte antivectorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faible taux de possession des MILD dans les zones à risque , dans les zones urbaines et les groupes spécifiques ○ Faible couverture et utilisation des MILD et difficultés opérationnelles affectant leur distribution en milieu périurbain ○ Non respect des directives de distribution de routine des MILD ○ Utilisation pour d'autres fins ○ larvaires aux abords des habitats favorisant la multiplication des moustiques caractérisée par Insalubrité autour des habitations favorisant la présence des gites larvaires surtout en milieu rural ○ Faiblesse dans la lutte anti larvaire ○ Lutte anti larvaire chimique non encore expérimentée au Bénin | <p>Mesures de facilitation à la gestion du programme antipaludique</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Revoir les coûts d'échographies chez les femmes qui conditionnent leur présence aux rendez-vous de consultation et d'administration de la TPI ○ Rendre disponibles de façon permanente les produits dans les pharmacies des CS ○ Reprendre les campagnes de distribution de "coatems" et d'aquatab ○ Revoir la stratégie de TPI pour les femmes, car la stratégie actuelle nécessite plusieurs déplacements. Si possible leur confié les produits pour l'administration à domicile ○ Mettre à disposition des populations des crèmes répulsives / tout autres produits contre les piqûres de moustiques pendant les moments passés en dehors des moustiquaires ○ |

| | |
|---|--|
| <p>❖ Interventions spécifiques : CPS, CPN/TPI et TPI Communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faible observance de la CPS par les mères d'enfant cibles ○ Zones d'insécurité, mobilité, inondations ○ Existence d'Effets indésirables ○ Faiblesse de la supervision de proximité ○ Faible implication des conjoints ○ Consultation prénatale tardive (cacher la grossesse les premiers mois pour protéger la femme et l'enfant contre les mauvais esprits) des femmes à cause des croyances culturelles. ○ Réticences au TPI en raison de croyances culturelles et de perceptions négatives (le TPI permet de limiter les naissances, le TPI provoque d'autres maladies, des vomissements et des avortements, représentations sociales sur les effets secondaires) ○ Faible implication des chefs de village, des chefs religieux, des chefs traditionnels et des belles mères dans la stratégie ○ Insuffisance dans la cartographie des zones éligibles au TPI communautaire ○ Déficit de formation des prestataires et acteurs communautaires sur la stratégie du TPI communautaire ○ Insuffisance des visites à domicile pour le TPI communautaire ○ Rupture des stocks de médicaments (SP) au niveau des relais ○ Insuffisance du suivi et de la supervision des acteurs communautaires <p>❖ Recours aux soins (fièvre) ou à l'accès à la gestion des cas de paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recours aux soins (recherche de soins) des populations des zones difficiles ○ Faible proportion des parents d'enfant de < 5 ans ayant eu recours aux soins dans les 24h après l'apparition de la fièvre (35,8 %). ○ Accès physique (inondation, voies, ...) ○ Manque de moyens financiers ○ Faible autonomie financière ○ Faible implication des femmes dans la prise de décision du ménage ○ Difficulté d'accès dû à l'insécurité (ZS TMC, ZS 2KP, ZS MK, ZS Banikoara) ○ Faible niveau d'éducation et d'information ○ Faible accès aux soins dans les zones enclavées et pendant l'hivernage | <ul style="list-style-type: none"> ○ Multiplier la fréquence d'organisation des sensibilisations à programmer de préférence avant les saisons pluvieuses ; ○ Sensibiliser et encourager les communautés à l'assainissement du cadre de vie immédiat et au respect des règles d'hygiène ○ Construire / aménager les routes menant vers les CS ○ Trouver des solutions pour les fleuves, rivières qui débordent chaque année, les ponts qui cèdent et rendent difficile voire impossible les déplacements vers les CS pendant les périodes de pic du paludisme ○ Élargir les campagnes de pulvérisation intradomiciliaires à tous les ménages béninois ○ Élargir les campagnes de chimio prévention à tous les enfants du Bénin ainsi qu'aux adultes ○ Privilégier dans les stratégies, la distribution des médicaments à titre préventif du paludisme à toute la population béninoise ○ Revoir la fréquence de mise en œuvre de la CPS au profit des enfants, car le paludisme s'enregistre sur toute l'année. Revoir également le mécanisme de prise en charge des effets secondaires ○ Développer des stratégies de subvention des moustiquaires dans les CS pour faciliter leur renouvellement aux populations qui ne devraient plus forcément attendre les distributions gratuites ○ Mieux équiper les centres de santé et dispensaires pour une prise en charge efficace afin de pallier les référencement fréquents qui retardent la prise de décision chez les usagers ○ Revoir à la baisse les prix des produits pharmaceutiques pour le traitement du paludisme ○ Harmoniser les coûts des produits pharmaceutiques dans tous les CS y compris des actes médicaux. |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Recours tardif des populations rurales aux soins en cas de fièvre○ Automédication○ Faible niveau d’alphabétisation ou barrières linguistiques○ Supports et stratégies d’information, d’éducation et de communication inappropriés○ Populations mal desservies comme les personnes incarcérées, les groupes religieux ou ethniques minoritaires, les communautés, les personnes réfugiées et les personnes déplacées à l’intérieur de leur pays qui ne sont pas touchées ;○ Croyances religieuses et pratiques culturelles pouvant inciter les communautés et les personnes à refuser les MILD <p>❖ Obstacles liés à la CCSC et au Suivi-Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none">○ Faible impact des stratégies de communication○ Faible utilisation des données factuelles pour la prise de décision | |
|--|--|

VERSION PRE-VALIDATION

PARTIE-6 PLAN D'ACTION

6.1 Plan d'action budgétisé Match box complet 2023-2026 (NFM3 et GC7)

Le présent plan d'action budgétisé Match box complet a été élaboré en fonction des différents groupes vulnérables afin de lever les barrières respectives auxquelles ces derniers sont confrontés dans l'accès et l'utilisation des services de préventions et de traitement contre le paludisme au Bénin. Il s'agit d'un plan d'action qui couvre la période 2023-2026 avec un coût total de **Sept cent trente millions quatre cent soixante sept milles six cent quatre (730 467 604) Francs CFA**

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat impact | | Les nouvelles infections du paludisme sont réduites de 100% de l'état actuel d'ici 2030 et la mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 14 782 000 | 202 398 000 | 153 396 000 | 153 044 000 | 523 620 000 | 508 838 000 |
| Résultat d'effet | 1 | En 2030, 90% des ménages utilisent un moyen de prévention de lutte contre le paludisme | 1 156 000 | 125 860 000 | 88 045 000 | 87 693 000 | 302 754 000 | 301 598 000 |
| Résultat du produit | 1.1 | Le PNLP s'appuie sur les structures faitières et les populations identifiées comme mal desservies pour adapter les interventions de lutte contre le paludisme à ces population | 0 | 34 815 000 | 25 570 000 | 25 570 000 | 85 955 000 | 85 955 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------|--------------|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Sous-activité | 1.1.0.1 | Recruter un consultant pour faire la cartographie pour préciser où les populations mal desservies et vulnérables se situent dans le pays (chiffres de population, par localité où les populations se situent), p. ex. prisonniers, transporteurs/camionneurs, transhumants, talibés, personnes non-immunisées, populations frontalières, etc. | 0 | 5 000 000 | 0 | 0 | 5 000 000 | 5 000 000 |
| Sous-activité | 1.1.0.2 | Faire un atelier de validation de la cartographie des populations mal desservies et vulnérables | 0 | 4 245 000 | 0 | 0 | 4 245 000 | 4 245 000 |
| Sous-activité | 1.1.0.3 | Recruter un consultant pour élaborer des recommandations spécifiques à l'amélioration de la CCSC du PNLP, afin de mieux toucher les populations vulnérables et mal desservies | 0 | 4 500 000 | 4 500 000 | 4 500 000 | 13 500 000 | 13 500 000 |
| Sous-activité | 1.1.0.4 | Organiser annuellement pendant 03 jours, avec les structures faitières représentant les pop. clés / mal desservies, un atelier de programmation des séances de sensibilisation des populations clés et/ou mal desservies sur le paludisme (25 participants) | 0 | 4 170 000 | 4 170 000 | 4 170 000 | 12 510 000 | 12 510 000 |
| Sous-activité | 1.1.0.5 | Apporter un appui financier annuel à la mise en œuvre des programmes de CCSC des structures faitières sur le paludisme à l'endroit des populations clés et/ou mal desservies | 0 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 36 000 000 | 36 000 000 |
| Sous-activité | 1.1.0.6 | Organiser annuellement le suivi de la mise en œuvre des plans de CCSC à l'endroit des groupes de population clé et/ou mal desservie par le PNLP et des OSC | 0 | 4 900 000 | 4 900 000 | 4 900 000 | 14 700 000 | 14 700 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat du produit | 1.2 | Au moins 90% des populations mal desservies utilisent une MIILD | 0 | 22 950 000 | 13 485 000 | 13 485 000 | 49 920 000 | 49 920 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.1 | Recruter un consultant pour analyser comment les directives sur la distribution des moustiquaires doivent être adapter pour prendre en compte les populations clés et mal desservies | 0 | 3 000 000 | 0 | 0 | 3 000 000 | 3 000 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.2 | Assurer la participation de la structure faitière à l'atelier d'actualisation des directives sur la distribution des moustiquaires en prenant en compte les populations clés et mal desservies | 0 | 1 380 000 | 0 | 0 | 1 380 000 | 1 380 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.3 | Organiser un atelier d'évaluation des besoins en MIILD des populations mal desservies / vulnérables chaque année, pour apprécier la nécessité de réaliser des distributions à leur destination | 0 | 5 085 000 | 5 085 000 | 5 085 000 | 15 255 000 | 15 255 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.4 | Organiser annuellement un atelier de 03 jours de macro et micro planification des MIILD aux populations clés et/ou mal desservies (25 participants) | 0 | 5 085 000 | 0 | 0 | 5 085 000 | 5 085 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.5 | Doter (réceptionner) annuellement en moustiquaires les populations clés ou groupes spécifiques et mal desservies y compris leur sensibilisation sur l'utilisation des MIILD | 0 | 3 480 000 | 3 480 000 | 3 480 000 | 10 440 000 | 10 440 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.6 | Superviser le convoyage et la distribution des MIILD aux populations clés ou groupes spécifiques et mal desservies | 0 | 2 460 000 | 2 460 000 | 2 460 000 | 7 380 000 | 7 380 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.7 | Doter les forces de sécurité en position avancée en MIILD pour la prévention du paludisme | 0 | 2 460 000 | 2 460 000 | 2 460 000 | 7 380 000 | 7 380 000 |
| Sous-activité | 1.2.0.8 | Doter les forces de sécurité en position avancée en crèmes répulsives pour la prévention du paludisme | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat du produit | 1.3 | Au moins 95% des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes issues d'une population mal desservie / clé utilisent une MIILD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sous-activité | 1.3.0.1 | Organiser une fois par mois les causeries éducatives sur le paludisme à l'endroit des mères/gardiens d'enfants lors des séances de vaccination, de distribution de vitamine A, sur la thématique de la prévention (MIILD / TPI) et de la prise en charge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sous-activité | 1.3.0.2 | Organiser une fois par mois les causeries éducatives sur le paludisme à l'endroit des mères/gardiens d'enfants lors de séances de CPN sur les thématiques de prévention (MIILD / TPI) et de la prise en charge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat du produit | 1.4 | 90 % des femmes enceintes issues d'une population mal desservie / clé ont reçu au moins 3 doses de SP en prise supervisée pour la protection contre le paludisme | 1 068 000 | 9 022 000 | 8 272 000 | 8 272 000 | 26 634 000 | 25 566 000 |
| Sous-activité | 1.4.0.1 | Organiser des séances de communications interpersonnelles sur le paludisme (focus sur le TPI, MIILD, HAB, CPS et de vaccination) à l'endroit des conjoints des femmes enceintes lors des séances de CPN en stratégie fixe et avancée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sous-activité | 1.4.0.2 | Intensifier les activités de TPI communautaire (plan d'affaire) actuellement en cours au niveau des zones sanitaires | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sous-activité | 1.4.0.3 | Recruter une agence de communication pour l'élaboration de 06 spots publicitaires (audios et audiovisuelles) sur le TPI, l'utilisation des MIILD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|----------------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Sous-activité | 1.4.0.4 | Traduire en 15 langues locales, les spots publicitaires (audios et audiovisuelles) sur le TPI et l'utilisation des MIILD | 0 | 750 000 | 0 | 0 | 750 000 | 750 000 |
| Sous-activité | 1.4.0.5 | Diffuser les spots publicitaires (audios) sur le TPI et l'utilisation des MIILD sur 60 radios communautaires et commerciales en langues adaptées à chaque localité | 0 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 |
| Sous-activité | 1.4.0.6 | Organiser le TPI lors de CPN à destination des femmes en milieu carcéral | 1 068 000 | 4 272 000 | 4 272 000 | 4 272 000 | 13 884 000 | 12 816 000 |
| Résultat du produit | 1.5 | La prise de décision relative à la prévention et la prise en charge du paludisme implique le mari et la femme | 0 | 35 150 000 | 21 130 000 | 21 130 000 | 77 410 000 | 77 410 000 |
| Sous-activité | 1.5.0.1 | Recruter une ONG/ consultant pour faire un état des lieux des bonnes pratiques relatives à l'implication des maris en faveur de la lutte contre le paludisme | 0 | 10 000 000 | 0 | 0 | 10 000 000 | 10 000 000 |
| Sous-activité | 1.5.0.2 | Organiser un atelier avec la zone sanitaire pilote pour partager le contenu de la note conceptuelle sur l'école des maris et planifier le micro projet | 0 | 4 020 000 | 0 | 0 | 4 020 000 | 4 020 000 |
| Sous-activité | 1.5.0.3 | Financement de la mise en place du projet par l'EEZS, p. ex. séances périodiques avec les maires et financement des activités | 0 | 12 880 000 | 12 880 000 | 12 880 000 | 38 640 000 | 38 640 000 |
| Sous-activité | 1.5.0.4 | Faire la supervision du modèle-type de l'école des maris retenu | 0 | 4 080 000 | 4 080 000 | 4 080 000 | 12 240 000 | 12 240 000 |
| Sous-activité | 1.5.0.5 | Organiser un atelier d'apprentissage de capitalisation des bonnes pratiques du modèle-type de l'école des maris (25 participants) | 0 | 4 170 000 | 4 170 000 | 4 170 000 | 12 510 000 | 12 510 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|------------------------------------|--------------|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat du produit | 1.6 | 80% des enfants issus des populations mal desservies / vulnérables de 3-59 mois des zones éligibles reçoivent le cycle complet de la CPS | 0 | 18 180 000 | 18 180 000 | 18 180 000 | 54 540 000 | 54 540 000 |
| Sous-activité | 1.6.0.1 | Organiser les causeries éducatives sur le paludisme (focus sur le TPI, MILD, HAB, CPS et de vaccination) à l'endroit des femmes enceintes et des mères d'enfants lors des séances de CPN et de vaccination en stratégie fixe et avancée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sous-activité | 1.6.0.2 | Organiser un atelier de plaidoyer à l'endroit des élus locaux (maires, CA), les cadres de la mairie, les leaders religieux, notables pour l'intégration des dernières cibles (les refus) à la CPS | 0 | 15 300 000 | 15 300 000 | 15 300 000 | 45 900 000 | 45 900 000 |
| Sous-activité | 1.6.0.3 | Organiser le traitement des enfants des mères privées de liberté dans les maisons d'arrêt des zones cibles lors des campagnes CPS | 0 | 1 400 000 | 1 400 000 | 1 400 000 | 4 200 000 | 4 200 000 |
| Sous-activité | 1.6.0.4 | Organiser le traitement CPS des enfants talibés / qui sont hors de leur foyer | 0 | 1 480 000 | 1 480 000 | 1 480 000 | 4 440 000 | 4 440 000 |
| Résultat du produit | 1.7 | 80% des enfants de 6-24 mois issus des populations mal desservies dans les zones éligibles reçoivent la vaccination antipaludique | 0 | 5 391 000 | 1 056 000 | 1 056 000 | 7 503 000 | 7 503 000 |
| Sous-activité | 1.7.0.1 | Organiser un atelier d'élaboration du plan de sensibilisation au vaccin antipaludique, tenant compte des populations clé et mal desservies sur la vaccination antipaludique | 0 | 4 335 000 | 0 | 0 | 4 335 000 | 4 335 000 |
| Sous-activité | 1.7.0.2 | Organiser en collaboration avec la DVL/ANSSP, la vaccination antipaludique des enfants cibles des mères privées de liberté | 0 | 1 056 000 | 1 056 000 | 1 056 000 | 3 168 000 | 3 168 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat du produit | 1.8 | 80% des enfants de 3-23 mois issus des populations mal desservies reçoivent la Chimio-prévention Pérenne dans les zones de mise en œuvre | 88 000 | 352 000 | 352 000 | 0 | 792 000 | 704 000 |
| Sous-activité | 1.8.0.1 | Organiser la CPP des enfants cibles des mères privées de liberté | 88 000 | 352 000 | 352 000 | 0 | 792 000 | 704 000 |
| Résultat d'effet | 2 | La densité vectorielle dans les zones d'intervention est réduite de 75% | 0 | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | 152 280 000 |
| Résultat du produit | 2.1 | 80% des ménages des populations mal desservies adoptent au moins un service d'assainissement | 0 | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | 152 280 000 |
| Sous-activité | 2.1.0.1 | Organiser un atelier de plaidoyer à l'endroit des élus locaux (maires, CA), les cadres de la mairie, les leaders religieux des populations mal desservies notables en vue d'obtenir leur engagement à la lutte antivectorielle, et TOUS les autres aspects de la lutte contre le paludisme | 0 | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | 152 280 000 |
| Résultat d'effet | 3 | 95% de la population adopte et maintient les comportements favorables en faveur de l'élimination du paludisme | 13 626 000 | 25 778 000 | 14 591 000 | 14 591 000 | 68 586 000 | 54 960 000 |
| Résultat du produit | 3.1 | Au moins 95% des ménages des populations mal desservies et vulnérables ont une bonne connaissance du mode de transmission du paludisme et des moyens de prévention | 0 | 3 587 000 | 0 | 0 | 3 587 000 | 3 587 000 |
| Sous-activité | 3.1.0.1 | Organiser un atelier de formation de 100 ASCQ sur les aspects transversaux de lutte contre le paludisme, genre, équité et droits humains | 0 | 3 587 000 | 0 | 0 | 3 587 000 | 3 587 000 |
| Résultat du produit | 3.2 | Au moins 80% des personnes issues des groupes mal desservies et vulnérables utilisent les services de prise en charge du paludisme | 13 626 000 | 22 191 000 | 14 591 000 | 14 591 000 | 64 999 000 | 51 373 000 |

Malaria matchbox Bénin-2022

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Sous-activité | 3.2.0.1 | Doter les services de santé des camps militaires dans les zones d'insécurité d'intrants de lutte contre le paludisme | 890 000 | 890 000 | 890 000 | 890 000 | 3 560 000 | 2 670 000 |
| Sous-activité | 3.2.0.2 | Doter les communes inondables en intrants de lutte contre le paludisme | 730 000 | 730 000 | 730 000 | 730 000 | 2 920 000 | 2 190 000 |
| Sous-activité | 3.2.0.3 | Former les agents de santé des camps militaires des zones d'insécurité et des communes inondables sur la prévention et la prise en charge du paludisme | 3 281 000 | 3 281 000 | 3 281 000 | 3 281 000 | 13 124 000 | 9 843 000 |
| Sous-activité | 3.2.0.4 | Organiser semestriellement des consultations foraines par les ZS dans les zones inaccessibles ou mal desservies | 0 | 9 690 000 | 9 690 000 | 9 690 000 | 29 070 000 | 29 070 000 |
| Sous-activité | 3.2.0.5 | Former 10 formateurs de tradipraticiens | 1 125 000 | 0 | 0 | 0 | 1 125 000 | 0 |
| Sous-activité | 3.2.0.6 | Organiser annuellement des séances de formation à l'endroit des tradipraticiens sur les signes de danger et de gravité du paludisme | 7 600 000 | 7 600 000 | 0 | 0 | 15 200 000 | 7 600 000 |
| Résultat d'impact | | La mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 4 810 000 | 70 220 000 | 39 825 000 | 91 992 604 | 206 847 604 | 202 037 604 |
| Résultat d'effet | 4 | En 2030, 100% des cas suspects de paludisme sont confirmés à tous les niveaux | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat du produit | 4.1 | 100% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires, ont bénéficié d'un test de confirmation au TDR ou à la microscopie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat d'effet | 5 | En 2030, tous les cas suspects de paludisme (100%) sont traités selon les directives nationales à tous les niveaux | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 5 520 000 | 4 140 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Résultat du produit | 5.1 | 100% des patients souffrant de paludisme simple ou grave confirmé reçoivent un traitement conforme aux directives | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 5 520 000 | 4 140 000 |
| Sous-activité | 5.1.0.1 | Organiser annuellement une campagne de sensibilisation à la prise en charge du paludisme à destination des populations vivant en milieu carcéral | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 5 520 000 | 4 140 000 |
| Sous-activité | 5.1.0.2 | Former les agents de santé communautaire qualifiés des zones d'insécurité et des communes inondables sur la prise en charge du paludisme | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat d'effet | 6 | La gestion interne et externe du programme est efficace | 3 430 000 | 25 845 000 | 18 920 000 | 18 920 000 | 67 115 000 | 63 685 000 |
| Résultat du produit | 6.1 | La coordination, la collaboration et le leadership de la lutte contre le paludisme sont assurés efficacement au niveau central, intermédiaire et surtout périphérique | 3 430 000 | 8 810 000 | 8 810 000 | 8 810 000 | 29 860 000 | 26 430 000 |
| Sous-activité | 6.1.0.1 | Tenir une rencontre d'échange une fois par semestre avec les partenaires humanitaires intervenant dans les zones d'insécurité et/ou inondables sur l'élimination du paludisme | 2 455 000 | 4 910 000 | 4 910 000 | 4 910 000 | 17 185 000 | 14 730 000 |
| Sous-activité | 6.1.0.2 | Tenir une rencontre semestrielle avec les autorités du ministère de la défense dans chaque département à fort défis sécuritaire pour évaluer les besoins ou diverses implications pour la prise en charge globale et sécurisée du paludisme | 975 000 | 3 900 000 | 3 900 000 | 3 900 000 | 12 675 000 | 11 700 000 |
| Résultat du produit | 6.2 | L'engagement et la redevabilité des OSC en faveur de la lutte contre le paludisme sont effectifs dans les zones où vivent les populations mal desservies | 0 | 17 035 000 | 10 110 000 | 10 110 000 | 37 255 000 | 37 255 000 |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|---------------------|--------------|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Sous-activité | 6.2.0.1 | Organiser un atelier d'élaboration de dispositifs de veille communautaire en matière de lutte contre le paludisme dans les zones où vivent les populations mal desservies | 0 | 4 200 000 | 0 | 0 | 4 200 000 | 4 200 000 |
| Sous-activité | 6.2.0.2 | Effectuer le recrutement et la formation des agents de veille communautaire | 0 | 2 725 000 | 0 | 0 | 2 725 000 | 2 725 000 |
| Sous-activité | 6.2.0.3 | Motiver les agents responsables des dispositifs de veille communautaire au sein de chaque village | 0 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 9 000 000 | 9 000 000 |
| Sous-activité | 6.2.0.4 | Faire le suivi-évaluation du dispositif de veille communautaire | 0 | 7 110 000 | 7 110 000 | 7 110 000 | 21 330 000 | 21 330 000 |
| Résultat d'effet | 7 | Les ressources nécessaires sont suffisantes en quantité et en qualité pour une lutte optimale contre le paludisme | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat du produit | 7.1 | La mobilisation des ressources est suffisante pour la mise en œuvre de la feuille de route Malaria Matchbox | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultat d'effet | 8 | La planification, la surveillance, le suivi/évaluation et l'archivage sont efficaces | 0 | 42 995 000 | 19 525 000 | 71 692 604 | 134 212 604 | 134 212 604 |
| Résultat du produit | 8.1 | L'élaboration et la révision des documents normatifs et de la planification sont réalisés en tenant compte des recommandations de Malaria Matchbox | 0 | 2 070 000 | 70 000 | 70 000 | 2 210 000 | 2 210 000 |
| Sous-activité | 8.1.0.1 | Réaliser des boîtes à image de la lutte contre le paludisme en prenant en compte les perceptions négatives sur toutes les interventions | 0 | 2 070 000 | 70 000 | 70 000 | 2 210 000 | 2 210 000 |
| Résultat du produit | 8.2 | Les systèmes d'information des données des interventions spécifiques et de recherche sont adaptés pour tenir compte des populations mal desservies et vulnérables | 0 | 21 470 000 | 0 | 52 167 604 | 73 637 604 | 73 637 604 |

Malaria matchbox Bénin-2022

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA)= 19592000 | Coût 2024 (CFA)= 272618000 | Coût 2025 (CFA)=293221000 | Coût 2026 (CFA)=245036604 | Coût Total 2023-26 (CFA)= 730467604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 |
|----------------------------|--------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Sous-activité | 8.2.0.1 | Réaliser l'enquête Matchbox | 0 | 0 | 0 | 52 167 604 | 52 167 604 | 52 167 604 |
| Sous-activité | 8.2.0.2 | Organiser un atelier sur l'élaboration de la liste d'indicateurs spécifiques au genre, équité et droit humain et paludisme qui seront suivi par le système de surveillance | 0 | 4 245 000 | 0 | 0 | 4 245 000 | 4 245 000 |
| Sous-activité | 8.2.0.3 | Assurer le paramétrage des outils de collecte de données du paludisme pour intégrer les indicateurs spécifiques au genre, équité, droits humains | 0 | 5 000 000 | 0 | 0 | 5 000 000 | 5 000 000 |
| Sous-activité | 8.2.0.4 | Former le personnel de surveillance à la collecte des données pour renseigner les indicateurs spécifiques au genre, équité, droits humaines | 0 | 12 225 000 | 0 | 0 | 12 225 000 | 12 225 000 |
| Résultat du produit | 8.3 | La surveillance communautaire, la recherche opérationnelle et l'archivage sont réalisés en tenant compte des recommandations de Malaria Matchbox | 0 | 19 455 000 | 19 455 000 | 19 455 000 | 58 365 000 | 58 365 000 |
| Sous-activité | 8.3.0.1 | Former des formateurs de proximité 1000 COLOSS sur l'engagement et la participation communautaire en faveur de la lutte contre le paludisme | 0 | 10 875 000 | 10 875 000 | 10 875 000 | 32 625 000 | 32 625 000 |
| Sous-activité | 8.3.0.2 | Former des formateurs de proximité 1000 COLOSS sur l'engagement et la participation communautaire en faveur de la lutte contre le paludisme | 0 | 8 580 000 | 8 580 000 | 8 580 000 | 25 740 000 | 25 740 000 |

6.2 Plan d'action budgétisé Match box 2024-2026 (GC7)

Le présent plan d'action budgétisé Match box GC7 a été élaboré en fonction des différents groupes vulnérables afin de lever les barrières respectives auxquelles ces derniers sont confrontés dans l'accès et l'utilisation des services de préventions et de traitement contre le paludisme au Bénin. Il s'agit d'un plan d'action qui couvre la période 2024-2026 avec un coût total de **Sept cent dix millions huit cent soixante-quinze milles six cent quatre (710 875 604) Francs CFA**

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|----------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Résultat impact | | Les nouvelles infections du paludisme sont réduites de 100% de l'état actuel d'ici 2030 et la mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 202 398 000 | 153 396 000 | 153 044 000 | 508 838 000 | | |
| Résultat d'effet | 1 | En 2030, 90% des ménages utilisent un moyen de prévention de lutte contre le paludisme | 125 860 000 | 88 045 000 | 87 693 000 | 301 598 000 | | |
| Résultat du produit | 1.1 | Le PNLP s'appuie sur les structures faitières et les populations identifiées comme mal desservies pour adapter les interventions de lutte contre le paludisme à ces population | 34 815 000 | 25 570 000 | 25 570 000 | 85 955 000 | | |
| Sous-activité | 1.1.0.1 | Recruter un consultant pour faire la cartographie pour préciser où les populations mal desservies et vulnérables se situent dans le pays (chiffres de population, par localité où les populations se situent), p. ex. prisonniers, transporteurs/camionneurs, transhumants, talibés, personnes non-immunisées, populations frontalières, etc. | 5 000 000 | 0 | 0 | 5 000 000 | PNLP | CNLSTP, faitières PC |
| Sous-activité | 1.1.0.2 | Faire un atelier de validation de la cartographie des populations mal desservies et vulnérables | 4 245 000 | 0 | 0 | 4 245 000 | PNLP | CNLSTP, faitières PC |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|-------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 1.1.0.3 | Recruter un consultant pour élaborer des recommandations spécifiques à l'amélioration de la CCSC du PNLP, afin de mieux toucher les populations vulnérables et mal desservies | 4 500 000 | 4 500 000 | 4 500 000 | 13 500 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.1.0.4 | Organiser annuellement pendant 03 jours, avec les structures faitières représentant les pop. clés / mal desservies, un atelier de programmation des séances de sensibilisation des populations clés et/ou mal desservies sur le paludisme (25 participants) | 4 170 000 | 4 170 000 | 4 170 000 | 12 510 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.1.0.5 | Apporter un appui financier annuel à la mise en œuvre des programmes de CCSC des structures faitières sur le paludisme à l'endroit des populations clés et/ou mal desservies | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 36 000 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC Mairies |
| Sous-activité | 1.1.0.6 | Organiser annuellement le suivi de la mise en œuvre des plans de CCSC à l'endroit des groupes de population clé et/ou mal desservie par le PNLP et des OSC | 4 900 000 | 4 900 000 | 4 900 000 | 14 700 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |
| Résultat du produit | 1.2 | Au moins 90% des populations mal desservies utilisent une MIILD | 22 950 000 | 13 485 000 | 13 485 000 | 49 920 000 | | |
| Sous-activité | 1.2.0.1 | Recruter un consultant pour analyser comment les directives sur la distribution des moustiquaires doivent être adapter pour prendre en compte les populations clés et mal desservies | 3 000 000 | 0 | 0 | 3 000 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.2.0.2 | Assurer la participation de la structure faitière à l'atelier d'actualisation des directives sur la distribution des moustiquaires en prenant en compte les populations clés et mal desservies | 1 380 000 | 0 | 0 | 1 380 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.2.0.3 | Organiser un atelier d'évaluation des besoins en MIILD des populations mal desservies / vulnérables chaque année, pour apprécier la nécessité de réaliser des distributions à leur destination | 5 085 000 | 5 085 000 | 5 085 000 | 15 255 000 | PNLP | CNLSTP, Faitières PC, Mairies |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 1.2.0.4 | Organiser annuellement un atelier de 03 jours de macro et micro planification des MIILD aux populations clés et/ou mal desservies (25 participants) | 5 085 000 | 0 | 0 | 5 085 000 | PNLP | CNLSTP, Fatières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.2.0.5 | Doter (réceptionner) annuellement en moustiquaires les populations clés ou groupes spécifiques et mal desservies y compris leur sensibilisation sur l'utilisation des MIILD | 3 480 000 | 3 480 000 | 3 480 000 | 10 440 000 | PNLP | CNLSTP, Fatières PC, Mairies |
| Sous-activité | 1.2.0.6 | Superviser le convoyage et la distribution des MIILD aux populations clés ou groupes spécifiques et mal desservies | 2 460 000 | 2 460 000 | 2 460 000 | 7 380 000 | PNLP | CNLSTP, Fatières PC, |
| Sous-activité | 1.2.0.7 | Doter les forces de sécurité en position avancée en MIILD pour la prévention du paludisme | 2 460 000 | 2 460 000 | 2 460 000 | 7 380 000 | PNLP | CNLSTP, MDN |
| Résultat du produit | 1.3 | Au moins 95% des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes issues d'une population mal desservie / clé utilisent une MIILD | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Sous-activité | 1.3.0.1 | Organiser une fois par mois les causeries éducatives sur le paludisme à l'endroit des mères/gardiens d'enfants lors des séances de vaccination, de distribution de vitamine A, sur la thématique de la prévention (MIILD / TPI) et de la prise en charge | sans cout | sans cout | sans cout | sans cout | PNLP | CNLSTP, DDS ZS |
| Sous-activité | 1.3.0.2 | Organiser une fois par mois les causeries éducatives sur le paludisme à l'endroit des mères/gardiens d'enfants lors de séances de CPN sur les thématiques de prévention (MIILD / TPI) et de la prise en charge | sans cout | sans cout | sans cout | sans cout | PNLP | CNLSTP, DDS ZS |
| Résultat du produit | 1.4 | 90 % des femmes enceintes issues d'une population mal desservie / clé ont reçu au moins 3 doses de SP en prise supervisée pour la protection contre le paludisme | 9 022 000 | 8 272 000 | 8 272 000 | 25 566 000 | | |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|----------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 1.4.0.1 | Organiser des séances de communications interpersonnelles sur le paludisme (focus sur le TPI, MILD, HAB, CPS et de vaccination) à l'endroit des conjoints des femmes enceintes lors des séances de CPN en stratégie fixe et avancée | sans cout | sans cout | sans cout | sans cout | PNLP | CNLSTP, DDS ZS |
| Sous-activité | 1.4.0.2 | Intensifier les activités de TPI communautaire (plan d'affaire) actuellement en cours au niveau des zones sanitaires | sans cout | sans cout | sans cout | sans cout | PNLP | CNLSTP, DDS ZS |
| Sous-activité | 1.4.0.3 | Traduire en 15 langues locales, les spots publicitaires (audios et audiovisuelles) sur le TPI et l'utilisation des MIILD | 750 000 | 0 | 0 | 750 000 | PNLP | CNLSTP |
| Sous-activité | 1.4.0.4 | Diffuser les spots publicitaires (audios) sur le TPI et l'utilisation des MIILD sur 60 radios communautaires et commerciales en langues adaptées à chaque localité | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 12 000 000 | PNLP | CNLSTP ? Resp Radio |
| Sous-activité | 1.4.0.5 | Organiser le TPI lors de CPN à destination des femmes en milieu carcéral | 4 272 000 | 4 272 000 | 4 272 000 | 12 816 000 | PNLP | CNLSTP, MJL |
| Résultat du produit | 1.5 | La prise de décision relative à la prévention et la prise en charge du paludisme implique le mari et la femme | 35 150 000 | 21 130 000 | 21 130 000 | 77 410 000 | | |
| Sous-activité | 1.5.0.1 | Recruter une ONG/ consultant pour faire un état des lieux des bonnes pratiques relatives à l'implication des maris en faveur de la lutte contre le paludisme | 10 000 000 | 0 | 0 | 10 000 000 | PNLP | CNLSTP |
| Sous-activité | 1.5.0.2 | Organiser un atelier avec la zone sanitaire pilote pour partager le contenu de la note conceptuelle sur l'école des maris et planifier le micro projet | 4 020 000 | 0 | 0 | 4 020 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Sous-activité | 1.5.0.3 | Financement de la mise en place du projet par l'EEZS, p. ex. séances périodiques avec les maires et financement des activités | 12 880 000 | 12 880 000 | 12 880 000 | 38 640 000 | PNLP | CNLSTP, ONG |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 1.5.0.4 | Faire la supervision du modèle-type de l'école des maris retenu | 4 080 000 | 4 080 000 | 4 080 000 | 12 240 000 | PNLP | CNLSTP ONG |
| Sous-activité | 1.5.0.5 | Organiser un atelier d'apprentissage de capitalisation des bonnes pratiques du modèle-type de l'école des maris (25 participants) | 4 170 000 | 4 170 000 | 4 170 000 | 12 510 000 | PNLP | CNLSTP ONG |
| Résultat du produit | 1.6 | 80% des enfants issus des populations mal desservies / vulnérables de 3-59 mois des zones éligibles reçoivent le cycle complet de la CPS | 18 180 000 | 18 180 000 | 18 180 000 | 54 540 000 | | |
| Sous-activité | 1.6.0.1 | Organiser les causeries éducatives sur le paludisme (focus sur le TPI, MILD, HAB, CPS et de vaccination) à l'endroit des femmes enceintes et des mères d'enfants lors des séances de CPN et de vaccination en stratégie fixe et avancée | 0 | 0 | 0 | 0 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Sous-activité | 1.6.0.2 | Organiser un atelier de plaidoyer à l'endroit des élus locaux (maires, CA), les cadres de la mairie, les leaders religieux, notables pour l'intégration des dernières cibles (les refus) à la CPS | 15 300 000 | 15 300 000 | 15 300 000 | 45 900 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MD Mairies |
| Sous-activité | 1.6.0.3 | Organiser le traitement des enfants des mères privées de liberté dans les maisons d'arrêt des zones cibles lors des campagnes CPS | 1 400 000 | 1 400 000 | 1 400 000 | 4 200 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Sous-activité | 1.6.0.4 | Organiser le traitement CPS des enfants talibés / qui sont hors de leur foyer | 1 480 000 | 1 480 000 | 1 480 000 | 4 440 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Résultat du produit | 1.7 | 80% des enfants de 6-24 mois issus des populations mal desservies dans les zones éligibles reçoivent la vaccination antipaludique | 5 391 000 | 1 056 000 | 1 056 000 | 7 503 000 | | |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|--------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 1.7.0.1 | Organiser un atelier d'élaboration du plan de sensibilisation au vaccin antipaludique, tenant compte des populations clé et mal desservies sur la vaccination antipaludique | 4 335 000 | 0 | 0 | 4 335 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS DVL |
| Sous-activité | 1.7.0.2 | Organiser en collaboration avec la DVL/ANSSP, la vaccination antipaludique des enfants cibles des mères privées de liberté | 1 056 000 | 1 056 000 | 1 056 000 | 3 168 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Résultat du produit | 1.8 | 80% des enfants de 3-23 mois issus des populations mal desservies reçoivent la Chimio-prévention Pérenne dans les zones de mise en œuvre | 352 000 | 352 000 | 0 | 704 000 | | |
| Sous-activité | 1.8.0.1 | Organiser la CPP des enfants cibles des mères privées de liberté | 352 000 | 352 000 | 0 | 704 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Résultat d'effet | 2 | La densité vectorielle dans les zones d'intervention est réduite de 75% | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | | |
| Résultat du produit | 2.1 | 80% des ménages des populations mal desservies adoptent au moins un service d'assainissement | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | | |
| Sous-activité | 2.1.0.1 | Organiser un atelier de plaidoyer à l'endroit des élus locaux (maires, CA), les cadres de la mairie, les leaders religieux des populations mal desservies notables en vue d'obtenir leur engagement à la lutte antivectorielle, et TOUS les autres aspects de la lutte contre le paludisme | 50 760 000 | 50 760 000 | 50 760 000 | 152 280 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MD Mairies |
| Résultat d'effet | 3 | 95% de la population adopte et maintient les comportements favorables en faveur de l'élimination du paludisme | 25 778 000 | 14 591 000 | 14 591 000 | 54 960 000 | | |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|---------------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Résultat du produit | 3.1 | Au moins 95% des ménages des populations mal desservies et vulnérables ont une bonne connaissance du mode de transmission du paludisme et des moyens de prévention | 3 587 000 | 0 | 0 | 3 587 000 | | |
| Sous-activité | 3.1.0.1 | Organiser un atelier de formation de 100 ASCQ sur les aspects transversaux de lutte contre le paludisme, genre, équité et droits humains | 3 587 000 | 0 | 0 | 3 587 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS ANSSP |
| Résultat du produit | 3.2 | Au moins 80% des personnes issues des groupes mal desservies et vulnérables utilisent les services de prise en charge du paludisme | 22 191 000 | 14 591 000 | 14 591 000 | 51 373 000 | | |
| Sous-activité | 3.2.0.1 | Doter les services de santé des camps militaires dans les zones d'insécurité d'intrants de lutte contre le paludisme | 890 000 | 890 000 | 890 000 | 2 670 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Sous-activité | 3.2.0.2 | Doter les communes inondables en intrants de lutte contre le paludisme | 730 000 | 730 000 | 730 000 | 2 190 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Sous-activité | 3.2.0.3 | Former les agents de santé des camps militaires des zones d'insécurité et des communes inondables sur la prévention et la prise en charge du paludisme | 3 281 000 | 3 281 000 | 3 281 000 | 9 843 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Sous-activité | 3.2.0.4 | Organiser semestriellement des consultations foraines par les ZS dans les zones inaccessibles ou mal desservies | 9 690 000 | 9 690 000 | 9 690 000 | 29 070 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Sous-activité | 3.2.0.5 | Former 10 formateurs de tradipraticiens | 0 | 0 | 0 | 0 | PNLP | CNLSTP DDS ZS ASS. TradiPrat |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|---------------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 3.2.0.6 | Organiser annuellement des séances de formation à l'endroit des tradipraticiens sur les signes de danger et de gravité du paludisme | 7 600 000 | 0 | 0 | 7 600 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS ASS. TradiPrat |
| Résultat d'impact | | La mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 70 220 000 | 56 330 000 | 56 330 000 | 168 990 000 | | |
| Résultat d'effet | 4 | En 2030, tous les cas suspects de paludisme (100%) sont traités selon les directives nationales à tous les niveaux | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 4 140 000 | | |
| Résultat du produit | 4.1 | 100% des patients souffrant de paludisme simple ou grave confirmé reçoivent un traitement conforme aux directives | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 4 140 000 | | |
| Sous-activité | 4.1.0.1 | Organiser annuellement une campagne de sensibilisation à la prise en charge du paludisme à destination des populations vivant en milieu carcéral | 1 380 000 | 1 380 000 | 1 380 000 | 4 140 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS MJL |
| Sous-activité | 4.1.0.2 | Former les agents de santé communautaire qualifiés des zones d'insécurité et des communes inondables sur la prise en charge du paludisme | 0 | 0 | 0 | 0 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Résultat d'effet | 5 | La gestion interne et externe du programme est efficace | 25 845 000 | 18 920 000 | 18 920 000 | 63 685 000 | | |
| Résultat du produit | 5.1 | La coordination, la collaboration et le leadership de la lutte contre le paludisme sont assurés efficacement au niveau central, intermédiaire et surtout périphérique | 8 810 000 | 8 810 000 | 8 810 000 | 26 430 000 | | |
| Sous-activité | 5.1.0.1 | Tenir une rencontre d'échange une fois par semestre avec les partenaires humanitaires intervenant dans les zones d'insécurité et/ou inondables sur l'élimination du paludisme | 4 910 000 | 4 910 000 | 4 910 000 | 14 730 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|-------------------------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 5.1.0.2 | Tenir une rencontre semestrielle avec les autorités du ministère de la défense dans chaque département à fort défis sécuritaire pour évaluer les besoins ou diverses implications pour la prise en charge globale et sécurisée du paludisme | 3 900 000 | 3 900 000 | 3 900 000 | 11 700 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies, MDN |
| Résultat du produit | 5.2 | L'engagement et la redevabilité des OSC en faveur de la lutte contre le paludisme sont effectifs dans les zones où vivent les populations mal desservies | 17 035 000 | 10 110 000 | 10 110 000 | 37 255 000 | | |
| Sous-activité | 5.2.0.1 | Organiser un atelier d'élaboration de dispositifs de veille communautaire en matière de lutte contre le paludisme dans les zones où vivent les populations mal desservies | 4 200 000 | 0 | 0 | 4 200 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Sous-activité | 5.2.0.2 | Effectuer le recrutement et la formation des agents de veille communautaire | 2 725 000 | 0 | 0 | 2 725 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Sous-activité | 5.2.0.3 | Motiver les agents responsables des dispositifs de veille communautaire au sein de chaque village | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 9 000 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Sous-activité | 5.2.0.4 | Faire le suivi-évaluation du dispositif de veille communautaire | 7 110 000 | 7 110 000 | 7 110 000 | 21 330 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS Mairies |
| Résultat d'effet | 6 | La planification, la surveillance, le suivi/évaluation et l'archivage sont efficaces | 42 995 000 | 19 525 000 | 71 692 604 | 134 212 604 | | |
| Résultat du produit | 6.1 | L'élaboration et la révision des documents normatifs et de la planification sont réalisés en tenant compte des recommandations de Malaria Matchbox | 2 070 000 | 70 000 | 70 000 | 2 210 000 | | |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | MATCH BOX GC7 2024-2026 | | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|--|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|----------------------|
| | | | Coût 2024 (CFA)= 272 618 000 | Coût 2025 (CFA)= 193221000 | Coût 2026 (CFA)= 245036604 | Coût Total 2024-26 (CFA)= 710875604 | | |
| Sous-activité | 6.1.0.1 | Réaliser des boîtes à image de la lutte contre le paludisme en prenant en compte les perceptions négatives sur toutes les interventions | 2 070 000 | 70 000 | 70 000 | 2 210 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Résultat du produit | 6.2 | Les systèmes d'information des données des interventions spécifiques et de recherche sont adaptés pour tenir compte des populations mal desservies et vulnérables | 21 470 000 | 0 | 52 167 604 | 73 637 604 | | |
| Sous-activité | 6.2.0.1 | Réaliser l'enquête Matchbox | 0 | 0 | 52 167 604 | 52 167 604 | PNLP | CNLSTP |
| Sous-activité | 6.2.0.2 | Organiser un atelier sur l'élaboration de la liste d'indicateurs spécifiques au genre, équité et droit humain et paludisme qui seront suivi par le système de surveillance | 4 245 000 | 0 | 0 | 4 245 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Sous-activité | 6.2.0.3 | Assurer le paramétrage des outils de collecte de données du paludisme pour intégrer les indicateurs spécifiques au genre, équité, droits humains | 5 000 000 | 0 | 0 | 5 000 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Sous-activité | 6.2.0.4 | Former le personnel de surveillance à la collecte des données pour renseigner les indicateurs spécifiques au genre, équité, droits humains | 12 225 000 | 0 | 0 | 12 225 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Résultat du produit | 6.3 | La surveillance communautaire, la recherche opérationnelle et l'archivage sont réalisés en tenant compte des recommandations de Malaria Matchbox | 19 455 000 | 19 455 000 | 19 455 000 | 58 365 000 | | |
| Sous-activité | 6.3.0.1 | Former des formateurs de proximité 1000 COLOSS sur l'engagement et la participation communautaire en faveur de la lutte contre le paludisme | 10 875 000 | PNLP | 10 875 000 | 32 625 000 | PNLP | CNLSTP DDS ZS |
| Sous-activité | 6.3.0.2 | Former des formateurs de proximité 1000 COLOSS sur l'engagement et la participation communautaire en faveur de la lutte contre le paludisme | 8 580 000 | 8 580 000 | 8 580 000 | 25 740 000 | | CNLSTP DDS ZS |

6.3 Plan d'action budgétisé Match Box NFM3 2023 (NFM3)

Le présent plan d'action budgétisé Match box pour les actions à court terme a été élaboré en fonction des différents groupes vulnérables afin de lever les barrières respectives auxquelles ces derniers sont confrontés dans l'accès et l'utilisation des services de préventions et de traitement contre le paludisme au Bénin. Il s'agit d'un plan d'action qui couvre la période de quatrième trimestre 2023-avec un coût total de **Dix-neuf millions cinq cent quatre-vingt-douze milles (19 592 000) Francs CFA**

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA) = 19 592 000 | NFM3 OU T4 2023 | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|---------------------|--------------|--|--|-----------------|-----|-----|---------------------------|----------------------|
| | | | | OCT | NOV | DEC | | |
| Résultat impact | | Les nouvelles infections du paludisme sont réduites de 100% de l'état actuel d'ici 2030 et la mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 14 782 000 | | | | | |
| Résultat d'effet | 1 | En 2030, 90% des ménages utilisent un moyen de prévention de lutte contre le paludisme | 1 156 000 | | | | | |
| Résultat du produit | 1.4 | 90 % des femmes enceintes issues d'une population mal desservie / clé ont reçu au moins 3 doses de SP en prise supervisée pour la protection contre le paludisme | 1 068 000 | | | | | |
| Sous-activité | 1.4.0.6 | Organiser le TPI lors de CPN à destination des femmes en milieu carcéral | 1 068 000 | | X | | PNLP CNLS TP, MJL | |
| Résultat du produit | 1.8 | 80% des enfants de 3-23 mois issus des populations mal desservies reçoivent la Chimio-prévention Pérenne dans les zones de mise en œuvre | 88 000 | | | | | |
| Sous-activité | 1.8.0.1 | Organiser la CPP des enfants cibles des mères privées de liberté | 88 000 | | X | | PNLP CNLS TP, MJL | |
| Résultat d'effet | 3 | 95% de la population adopte et maintient les comportements favorables en faveur de l'élimination du paludisme | 13 626 000 | | | | | |
| Résultat du produit | 3.2 | Au moins 80% des personnes issues des groupes mal desservies et vulnérables utilisent les services de prise en charge du paludisme | 13 626 000 | | | | | |
| Sous-activité | 3.2.0.1 | Doter les services de santé des camps militaires dans les zones d'insécurité d'intrants de lutte contre le paludisme | 890 000 | X | | | PNLP CNLS TP, MDN | |
| Sous-activité | 3.2.0.2 | Doter les communes inondables en intrants de lutte contre le paludisme | 730 000 | X | | | PNLP CNLS TP, MD, ANCB | |

| Niveau | Numérotation | Description de l'activité | Coût 2023 (CFA) = 19 592 000 | NFM3 OU T4 2023 | | | RESPONSABLES | PERSONNES IMPLIQUEES |
|----------------------------|--------------|---|---------------------------------|-----------------|-----|-----|--------------|-------------------------------------|
| | | | | OCT | NOV | DEC | | |
| Sous-activité | 3.2.0.3 | Former les agents de santé des camps militaires des zones d'insécurité et des communes inondables sur la prévention et la prise en charge du paludisme | 3 281 000 | X | | | PNLP | CNLS TP, , MDN |
| Sous-activité | 3.2.0.5 | Former 10 formateurs de tradipraticiens | 1 125 000 | X | | | PNLP | CNLS TP, DDS ZSASS; TRADIPRATICIENS |
| Sous-activité | 3.2.0.6 | Organiser annuellement des séances de formation à l'endroit des tradipraticiens sur les signes de danger et de gravité du paludisme | 7 600 000 | | X | X | PNLP | CNLS TP, DDS ZSASS; TRADIPRATICIENS |
| Résultat d'impact | | La mortalité liée spécifiquement au paludisme est réduite d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022 | 4 810 000 | | | | | |
| Résultat d'effet | 5 | En 2030, tous les cas suspects de paludisme (100%) sont traités selon les directives nationales à tous les niveaux | 1 380 000 | | | | | |
| Résultat du produit | 5.1 | 100% des patients souffrant de paludisme simple ou grave confirmé reçoivent un traitement conforme aux directives | 1 380 000 | | | | | |
| Sous-activité | 5.1.0.1 | Organiser annuellement une campagne de sensibilisation à la prise en charge du paludisme à destination des populations vivant en milieu carcéral | 1 380 000 | | X | | PNLP | CNLS TP, MJL |
| Résultat d'effet | 6 | La gestion interne et externe du programme est efficace | 3 430 000 | | | | | |
| Résultat du produit | 6.1 | La coordination, la collaboration et le leadership de la lutte contre le paludisme sont assurés efficacement au niveau central, intermédiaire et surtout périphérique | 3 430 000 | | | | | |
| Sous-activité | 6.1.0.1 | Tenir une rencontre d'échange une fois par semestre avec les partenaires humanitaires intervenant dans les zones d'insécurité et/ou inondables sur l'élimination du paludisme | 2 455 000 | | X | | PNLP | CNLS TP, ONG ANCB MD |
| Sous-activité | 6.1.0.2 | Tenir une rencontre semestrielle avec les autorités du ministère de la défense dans chaque département à fort défis sécuritaire pour évaluer les besoins ou diverses implications pour la prise en charge globale et sécurisée du paludisme | 975 000 | | | X | PNLP | CNLS TP, MDN |

PARTIE-7 : CONCLUSION, LIMITES DE L'ÉTUDE ET DIFFICULTÉS

7.1 Conclusion

L'évaluation de la problématique du genre et des droits humains en ce qui concerne l'offre de service du paludisme est une première au Bénin. Elle a permis de mettre en évidence nombre d'obstacles limitant l'accès de certaines populations aux services de santé. Aussi, a-t-elle permis d'identifier les populations vulnérables et mal desservies dont leur prise en compte dans les planifications est nécessaire pour une approche plus inclusive dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme au Bénin.

L'analyse des résultats a révélé une série d'obstacles de différents ordres liés au système de santé, aux interventions de lutte contre le paludisme, au contexte socioculturel, aux conditions socioéconomiques, au pouvoir d'achat des ménages, au statut social de la femme, etc. Ce faisceau de facteurs situés à divers niveaux influe sur l'utilisation des services de santé et l'exposition des populations aux interventions de lutte contre le paludisme, notamment celles à haut risque. L'exploitation des résultats à travers le plan d'action permettra de mieux orienter les interventions en vue de l'élimination du paludisme d'ici 2030.

7.2 Difficultés et limites de l'étude

7.2.1 Difficultés rencontrées et approches de solutions

Elles étaient d'ordres général et spécifique. Elles peuvent être classées dans trois registres à savoir : i) l'accessibilité des sites, ii) les personnes enquêtées et iii) les réseaux GSM.

7.2.1.1 Accessibilité des sites échantillonnés

L'opération de collecte a été réalisée pendant la grande saison pluvieuse. Ce sont des pluies diluviennes qui se sont abattues sur le territoire provoquant l'effondrement de certains ponts et le débordement des rivières de contournement surtout dans les départements du Borgou, de l'Alibori, de l'Atacora et de la Donga. Il y a par ailleurs la situation d'insécurité et les périodes de couvre-feu instaurées dans certaines communes de ces départements qui ont nécessité des réorganisations internes par les équipes.

Dans les autres départements, des pluies par endroits, l'état dégradé des voies d'accès aux villages sélectionnés, les longues distances à parcourir, les difficultés d'accès aux moyens de déplacement étaient les principaux problèmes auxquels les équipes étaient confrontées.

7.2.1.2 Personnes enquêtées

Certains acteurs de mise en œuvre et représentants des parties prenantes étant absents lors du passage des équipes de collecte, les enquêteurs étaient obligés de repasser sur rendez-vous avant de pouvoir collecter les données auprès de ces derniers. La disponibilité des acteurs de mise en œuvre, au niveau des centres de santé, avait également nécessité des ajustements compte tenu des patients qui attendaient.

Pour la réalisation des focus groups, la mobilisation des éligibles de moins de 20 ans était presque impossible. Les quelques éligibles de ce groupe d'âge ont été joints à ceux de la classe d'âge suivante.

7.2.1.3 Autres difficultés

Les autres difficultés sont les suivantes :

- la non-existence des relais communautaires dans certaines communes. Dans ces cas de figure, le chef village mettait à la disposition des équipes un guide ;

- les travaux champêtres et/ou les jours de marché ont perturbé le déroulement normal de la collecte par endroits étant donné que la majorité des sites étaient situés en zone rurale ;
- ❖ l'absence de connexion des réseaux GSM dans certaines zones pour joindre les enquêteurs et aussi pour le transfert des formulaires ont été enregistrés. Les équipes se sont renseignées auprès des guides notamment sur les endroits qui pourraient être favorables pour avoir accès aux réseaux.
- ❖ les contacts téléphoniques de certains bénéficiaires sélectionnés à partir des registres des centres de santé étaient non joignables. Les chefs villages et les relais communautaires ont été mis à contribution pour entrer en contact avec ces personnes.

7.2.1.4 *Facilités obtenues pendant la collecte par les équipes*

Dans certains départements (Atlantique, Borgou, Ouémé, Zou, Donga) le personnel de santé avait mis à la disposition des équipes de collecte : un relais communautaire disposant d'un moyen de déplacement, ce qui leur facilitait les déplacements à l'interne.

L'influence des responsables communautaires et la considération que les habitants ont pour ces derniers ont également été d'une grande utilité dans la mobilisation des éligibles aux différents entretiens, notamment les focus groups.

Certaines autorités locales ont pris le temps de s'entretenir avec les équipes sur les mesures de sécurité à respecter sur le terrain dans le contexte d'insécurité au Nord.

7.3 Limites de l'étude

Les principales limites sont relatives au volet quantitatif de l'étude qui porte sur l'évaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport aux soins sollicités dans les centres de santé.

Les réponses aux questions étaient déclaratives et pourraient faire l'objet de biais de subjectivité. Les bénéficiaires enquêtés pouvaient en effet être influencés par : i) leur niveau de vie et conditions socioéconomiques ; ii) les sources d'informations auxquelles ils ont accès; iii) leurs expériences passées et leurs attentes ; iv) leurs niveaux d'exposition aux interventions de lutte contre le paludisme ; v) la confiance et l'appréciation qu'ils ont du personnel de santé dans les secteurs publics, privé et communautaire, vi) le fait d'avoir une connaissance ou un parent proche dans le système de santé ; etc.

Cependant, ces limites n'entachent point les résultats de l'étude, car le test de fiabilité interne réalisé sur les données collectées donne un résultat satisfaisant. Par ailleurs, des dispositions étaient prises pour réduire les biais tels que les questions posées sur les motifs de satisfaction et d'insatisfaction qui permettaient d'établir une corrélation entre les notes de satisfaction et les justifications.

BIBLIOGRAPHIE

- Afnor, A. (2005). Les outils de l'enquête de satisfaction client.
- Cès, Sophie. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. MC-Informations 286, 4-22.
- CNLS-TP-Bénin. (2020). Plan stratégique national intégré orienté vers l'élimination du VIH/Sida, la Tuberculose, le paludisme, les hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique 2020-2024.
- De la Mothe Karoubi, E., Toure, S., & Fuller, G. (2022). Rapport sur le Développement Durable pour le Bénin 2022.
- Durkheim, É. (2007). Qu'est-ce qu'un fait social? (1894) (Les règles de la méthode sociologique).
- Fonds Mondial. (2017). Note d'information technique Paludisme, genre et droits de l'Homme (p. 16).
- Fonds Mondial. (2022a). Évaluation à mi-parcours : Rapport de synthèse Initiative « Lever les obstacles » du Fonds mondial (p. 53).
- Fonds Mondial. (2022b). Note d'information technique : Équité, droits humains, égalité des genres et paludisme (p. 52).
- Fonds Mondial. (2022c). Rapport sur les résultats 2022 : 50 millions de vies sauvées (p. 108).
- Fonds Mondial. (2023). Note d'information technique : Égalité des genres (p. 41).
- Goudarzi, K., & Guenoun, M. (2010). Conceptualisation et mesure de la qualité des services publics (QSP) dans une collectivité territoriale. *Politiques et management public*, 27(3), 31-54.
- Hermann, J. (2016). Boîtes à outils genre en santé (p. 116). AFD.
- Impact Santé Afrique. (2020). Analyse de la prise en compte du genre et des droits humains dans les notes conceptuelles paludisme au Niger, République Centrafricaine, Cameroun, Nigéria, Ghana, Rwanda et Tanzanie (p. 52).
- INSAE. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018 (p. 675). Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.
- INSAE. (2020). Situation de la pauvreté au Bénin en 2019 (p. 8). Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.
- Meunier, B. (1993). Management du non marchand : Évaluer pour mieux décider. *Politiques et management public*, 11(3).
- MS-Bénin. (2021). *Annuaire des statistiques sanitaires 2020* (p. 279) [Rapport annuel]. Ministère de Santé.
- OMS. (2018). Couverture sanitaire universelle (Rapport du Directeur général EB144/14; p. 6). Organisation Mondiale de la Santé.
- PNLP-Antananarivo. (2022). Evaluation de l'équité dans les programmes de lutte contre le paludisme (p. 56) [Rapport provisoire].
- PNLP-Bénin. (2022). *Évaluation de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées du Bénin en 2021* (p. 42). Programme National de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Bénin. (2013). Directives nationales de distribution des MIILD de routine.
- PNLP-Bénin. (2017). Directives nationales de la lutte Anti vectorielle au Bénin.

- PNLP-Bénin. (2020a). Campagne nationale de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action aux ménages, édition 2020 : Rapport général de fin de la campagne (p. 73). Programme National de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Bénin. (2020b). Directives nationales de prise en charge des cas de paludisme.
- PNLP-Bénin. (2020c). Rapport d'auto-évaluation de l'année 2019 (p. 85).
- PNLP-Bénin. (2020d). Rapport d'auto-évaluation de l'année 2020 (p. 85).
- PNLP-Bénin. (2021a). Plan de travail annuel 2021 du PNLN.
- PNLP-Bénin. (2021b). Plan national de plaidoyer pour la lutte contre le paludisme 2022 – 2024.
- PNLP-Bénin. (2021c). Strengthening malaria control in Benin.
- PNLP-Bénin. (2022a). Evaluation de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées du Bénin en 2021 (p. 42). Programme National de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Bénin. (2022b). Plan de travail annuel 2022 du PNLN.
- PNLP-Bénin. (2022c). Rapport d'auto-évaluation de l'année 2021 (p. 62).
- PNLP-Bénin. (2022d). Rapport d'auto-évaluation de l'année 2022 (p. 60).
- PNLP-Bénin. (2022e). Suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la lutte contre le paludisme dans le cadre de la subvention SUA des organisations de la société civile (OSC) : ICONE 360°—DEDRAS - RACINES (Rapport synthèse 1) (p. 16). Programme national de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Bénin. (2022f). Suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la lutte contre le paludisme dans le cadre de la subvention SUA des organisations de la société civile (OSC) : ICONE 360°—DEDRAS - RACINES (Rapport synthèse 2) (p. 11). Programme national de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Bénin. (2023a). Enquête sur les indicateurs du Paludisme au Bénin (EIP Bénin, édition 2022).
- PNLP-Bénin. (2023b). Plan de travail annuel 2023 du PNLN.
- PNLP-Bénin. (2023c). Suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la lutte contre le paludisme dans le cadre de la subvention SUA des organisations de la société civile (OSC) : ICONE 360°—DEDRAS - RACINES (Rapport synthèse 3) (p. 12). Programme national de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Burkina-Fasso. (2023). Evaluation des aspects liés aux communautés, aux droits de l'homme et au genre dans la lutte contre le paludisme à l'aide de l'outil Malaria Matchbox Tool au Burkina Faso (p. 80) [Rapport provisoire]. Programme National de lutte contre le paludisme.
- PNLP-Niger. (2018). Rapport du projet Pilote de l'outil Malaria Matchbox au Niger (p. 157). Programme National de lutte contre le paludisme.
- Roll Back Malaria. (2016). Distributions continues de moustiquaires imprégnées longue durée : Guide pour la conception et la planification.
- Roll Back Malaria. (2017). The Strategic Framework for Malaria Social and Behaviour Change Communication 2018-2030 (p. 20).
- Roll Back Malaria. (2020). Gender : A critical missing lens in the malaria fight (p. 16).
- Roll Back Malaria, & Fonds Mondial. (2016). Malaria Matchbox : Un outil d'évaluation de l'équité en matière de santé en vue d'améliorer l'efficacité des programmes de lutte

- contre le paludisme (p. 76).
- Toleikyte, L. (2020). Health Equity Assessment Tool (HEAT) : Full version (p. 11). Public Health England.
- UNDP. (2015). Making the investment case for programming that addresses the specific vulnerabilities and needs of both males and females who are affected by or at risk of malaria.
- UNICEF. (2021). Guide pour le suivi des informations stratégiques et des services fournis par les agents de santé communautaires (p. 124). Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
- WHO Regional Office for Africa. (2019). Practical manual for malaria programme review and malaria strategic plan midterm review (WHO/AF/CDS/MAL/04; p. 70).
- World Health Organisation. (2016). The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind (p. 246).

VERSION PRE-VALIDATION

ANNEXES

Annexe 1 : Principaux motifs d'insatisfaction et de satisfaction des bénéficiaires des soins liés au paludisme dans les centres de santé

| N° | Fonctions | Principaux motifs de satisfaction | Principaux motifs d'insatisfaction |
|----|--|--|---|
| 1 | Facilité d'accès au centre de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Voies en bon état et très praticables - Voies récemment bitumées et très praticables - Centre de santé situé au bord de la voie avec accès facile - Disponibilité et facilité à trouver un moyen de déplacement vers le centre de santé | <ul style="list-style-type: none"> - État dégradés des voies - Centre de santé inaccessible en saison pluvieuse du fait de l'impraticabilité des voies - Indisponibilité des moyens de transports et/ou difficultés à trouver un moyen de transport vers le centre de santé - Pour les tronçons en construction, les voies de déviations sont non praticables - Voies non électrifiées et problèmes d'insécurité surtout les nuits - Débordement de rivières et ponts ayant cédé, ce qui rend difficile les traversées vers les CS - Dans certains villages, présence de montagne difficilement franchissable pour atteindre facilement le centre de santé |
| 2 | Distance parcourue pour atteindre le centre de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé proche du domicile (inférieur ou égale à 5 km) - Maximum 15 à 20 minutes de marche pour atteindre le Centre de santé - Pas besoin de trop dépenser pour les frais de déplacement | <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé situé à plus de cinq kilomètres dans la majorité des cas (entre sept et quinze km cités par les enquêtés) - Long trajet à moto (entre 40 minutes et trois heures de route cités) ; - Long trajet à pieds pour ceux qui n'ont pas un moyen de déplacement ni de moyens financiers pour un transport en commun ou taxi moto (entre 30 minutes et deux heures cités) - Insécurité sur les voies en cas de longs trajets avec des risques d'attaque ou de braquage - Frais de transport élevés à cause des longues distances à effectuées - Impossibilité de se rendre dans le centre de santé à pieds |
| 3 | Accueil de l'agent de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé très souriant avec un accueil chaleureux - Agent de santé reconnaît la valeur de l'être humain des le premier contact - Salutation avec sourire aux lèvres par l'agent de santé - Agent de santé courtois et prompte dans l'orientation du patient | <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise humeur de l'agent de santé. Exemple d'un verbatim « <i>le visage qu'il présentait quand je lui parlait m'empêche de bien dire ce que j'ai comme problème</i> » - Indifférence et négligence - Agressivité surtout dans la nuit, lorsque les agents sont au repos - Cris de colère sur les patients - Nonchalance et mine serrée - Réponse timide aux premières salutations - Arrogance au premier contact |
| 4 | Disponibilité du service au moment de la sollicitation | <ul style="list-style-type: none"> - Service disponible sans interruption 24h/24h - Agents de santé toujours présents au poste et prêts à recevoir les patients à tout moment même dans la nuit | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé occupé à faire autres chose au moment de la sollicitation - Longue file d'attente - Tout le personnel de santé étant occupé, nécessité d'attendre pendant longtemps - Centre de santé parfois fermé |

| N° | Fonctions | Principaux motifs de satisfaction | Principaux motifs d'insatisfaction |
|----|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Imposition de pots de vin avant d'être servi - Absence au poste du personnel de santé - Bavardage dans la cours du CS par les soignants qui délaissent les patients - Services non disponibles les nuits, négociation pour être pris en charge surtout lorsque l'agent est au repos à l'arrivé du malade - Attendre l'arrivée du personnel qualifié (médecin, infirmier, sagefemme) qui ne résident pas dans le village, avant d'être prise en charge - Agent de santé en sieste et à ne pas dérangé - Non fonctionnalité des infirmeries des prisons la nuit sauf cas grave et appelle de l'agent de santé qui peut aussi ne pas se déplacer |
| 5 | Temps d'attente avant d'être prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> - Aussitôt arrivée, aussitôt prise en charge - Moins de 15 minutes d'attente - Pas de file d'attente, prise en charge dès l'arrivée | <ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente assez longue (varie entre 30 minutes et 6 heures selon les déclarations des bénéficiaires) - Nonchalance et lenteur dans la prise en charge, ce qui implique une longue attente - Nombre de personnel de santé insuffisant pour les longues file d'attente ce qui implique une longue durée d'attente et une prise en charge tardive - Grande affluence / débordement du CS et des agents de santé |
| 6 | Temps mis par l'agent de santé pour examiner le patient et poser le diagnostic | <ul style="list-style-type: none"> - Examen et diagnostic assez rapide (entre 10 et 20 minutes selon les déclarations des bénéficiaires) | <ul style="list-style-type: none"> - Temps de consultation assez longue (varie entre 30 minutes et 2 heures selon les bénéficiaires) - En cas d'analyse sanguin, le diagnostic dure plus (Entre une heure et deux heures voire le lendemain si le centre de santé ne dispose pas de laboratoire) - Après le prélèvement pour le TDR, il est parfois demandé au patient d'attendre en dehors de la salle de consultation pendant un long moment avant d'être rappelé (entre quarante minutes et une heure), l'agent prend d'autres patients d'abord. - Rupture des TDR |
| 7 | Amélioration de l'état de santé après les premiers soins | <ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la fièvre aussitôt après le début du traitement prescrit - Nette amélioration de l'état de santé au bout de 24 h - Deux jours après les premiers soins l'enfant a commencé par jouer - Guérison assez rapide - Verbatim « Environ deux heures de temps après les soins le patient a commencé par manger et à transpirer, ce qui est bon signe de rétablissement » - Complètement rétabli au bout d'une semaine - À retrouver le chemin du champ le lendemain, car se sentait beaucoup mieux | <ul style="list-style-type: none"> - Rechute /aggravation de situation - Changement de centre de santé au lendemain pour non amélioration de l'état de santé - Complication de situation une fois de retour à domicile - Combinaison du traitement avec la médecine traditionnelle / tisane avant une amélioration efficace - Amélioration plusieurs jours après les soins administrés (au moins deux semaines pour la majorité) - Reprise de la consultation pour non n'amélioration de l'état de santé - Consultation de "marabou" avant de connaitre une amélioration de situation - Augmentation de fièvre 24 h après les premiers soins / Persistance de l'état de départ - Pas d'amélioration comme souhaité après un soin basé sur deux comprimés de paracétamol - Décès d'un enfant dans un centre de santé pendant les premiers soins |

| N° | Fonctions | Principaux motifs de satisfaction | Principaux motifs d'insatisfaction |
|----|--|--|--|
| 8 | Disponibilité du personnel de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé bien organisé et disponible de façon permanente et continue - Agent de santé toujours au poste très réactif dès l'arrivée du patient - Verbatim « <i>Les agents de santé ici, sont dévoués pour le travail et ne se laissent pas distraire par d'autres choses surtout dès que les patients sont là</i> » | <ul style="list-style-type: none"> - Retour vers le soignant pour reprise de la consultation avec des analyses supplémentaires demandées - Présent, mais pas d'empressement pour la prise en charge ; - Présent, mais affairés au bavardage entre collègues - Présent, mais est allé régler ses problèmes personnels en dehors du centre avant de revenir s'occuper du patient |
| 9 | Amabilité du personnel de santé envers le patient | <ul style="list-style-type: none"> - Agent de santé très gentil, souriant et respectueux envers le patient - Agent de santé préoccupé par la situation du malade et le rassure - Agent de santé très courtois, très sympa - Agent de santé très chaleureux et aimable - Verbatim d'un bénéficiaire « <i>la manière de parler de l'agent de santé est le premier médicament qui m'avait guéri, il était souriant, attentionné et très gentil. Par moment, il faisait des blagues pour me faire sourire</i> » | <ul style="list-style-type: none"> - Distraire par le portable en pleine consultation - Mine serrée lors de l'entretien de consultation - Peu de considération au patient : Verbatim « <i>Inquiète parce que mon enfant était en crise, l'agent de santé me demande de ne pas le presser ni lui dire ce qu'il doit faire</i> » - Suspension de la consultation pour recevoir un appel / visite sans même s'excuser - Absence de courtoisie et gentillesse - Arrogance et peu de considération pour le patient |
| 10 | Sens d'écoute des problèmes et inquiétudes du patient par l'agent de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Agents de santé très attentifs aux préoccupations des patients, à comment l'état de santé à évoluer - Les soignants répondaient aux questions et inquiétudes des malades - Verbatim d'un bénéficiaire « <i>Des fois ils appellent ceux qui ont de téléphones pour demander d'après leur état de santé</i> » | <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel étant insuffisant pour le nombre de patients qui attendaient, ils n'ont pas trop de temps à accorder ni pour vraiment écouter tous les problèmes - Demande juste l'essentiel quand ils sont débordés - Verbatim « <i>Avec une mine très serrée et la mauvaise humeur de l'agent, le patient même a peur d'exposer tous ces problèmes</i> » - Soignants orgueilleux et pas très rassurant pour permettre aux patients d'exposer tous leurs problèmes en détails - Agent de santé très pressé de libérer le patient et lui cri dessus en disant de sortir s'ils ne veulent pas parler - Indifférence aux préoccupations des patients - Difficultés de compréhension pour les patients qui ne comprennent pas français avec un agent de santé qui ne maîtrise pas la langue de la localité - Manque d'attention envers le patient pour considérer ses préoccupations, mais s'empressent pour prescrire les produits |

| N° | Fonctions | Principaux motifs de satisfaction | Principaux motifs d'insatisfaction |
|----|--|---|--|
| 11 | Conseils prodigués par l'agent de santé au patient et leur utilité pour le traitement | <ul style="list-style-type: none"> - Les agents de santé sensibilisent sur les causes du paludisme, les moyens de prévention et l'importance de l'hygiène environnementale - Les soignants donnent des conseils sur comment utiliser la moustiquaire pour éviter d'être piqué par les moustiques à l'intérieur - Les soignants donnent des explications sur l'utilisation des produits et font des marquages du nombre de comprimé à prendre sur les boites/plaquettes surtout pour ceux qui ne comprennent pas français | <ul style="list-style-type: none"> - Le seul conseil qu'ils donnent est de dormir sous moustiquaire ou de faire dormir l'enfant sous moustiquaire - La langue de communication est une barrière pour se comprendre - Pas de conseils, en dehors des explications sur la posologie des produits prescrits - Pas de sensibilisation ni de conseils éducatifs sur le paludisme pour éviter de tomber malade et de revenir les voir encore |
| 12 | Disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables pour les soins dans le centre | <ul style="list-style-type: none"> - Tous les produits prescrits étaient disponibles dans le centre de santé et le garde malade pouvait tous acheter surplace sans sortir du CS | <ul style="list-style-type: none"> - Produits prescrits pas du tout disponibles dans la pharmacie / dépôt du centre de santé - Une partie des produits prescrits étaient disponibles dans la pharmacie / dépôt du centre de santé - Nécessité de faire le tour des pharmacies situées dans les environs et/ou à plusieurs kilomètres du CS ce qui engendre d'autres dépenses supplémentaires liées au déplacement - Pharmacie du centre de santé fermée - Absence de pharmacie dans le village. Parcourir les pharmacies des villes les plus proches pour l'achat des produits - Centre de santé ne dispose pas d'une pharmacie ni d'un dépôt pharmaceutique - Rupture de produits dans les CS / dans les pharmacies proches du CS - Rupture de TDR, le garde malade est contraint d'aller chercher dans la pharmacie indiquée par l'agent de santé ou ailleurs en cas de non orientation |
| 13 | Propreté du centre de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Propreté très bien assurée dans le centre de santé, à l'extérieur comme à l'intérieur - Bonne gestion des déchets biomédicaux - Poubelles placées à des endroits stratégiques du centre de santé pour éviter aux usagers de jeter n'importe où les déchets - Toilettes du CS en bon état et propre | <ul style="list-style-type: none"> - Exposition des déchets biomédicaux à ciel ouvert, dans la cours et dans les salles - Poubelles des déchets trop pleines et ouvertes avec des mouches et insectes - Champ de maïs incorporé dans le centre de santé - Bâtiment mal entretenir dégageant des odeurs nauséabondes - Présence de broussaille susceptible de générer des gîtes larvaires - Présence de feuilles mortes dans la cours du CS - Absence de toilettes avec présence de matières fécales aux alentours du bâtiment du centre de santé - Présence de toiles d'araignées dans les salles de consultation et d'hospitalisation - Carreaux du sol et des murs mal entretenus laissant des tâches de saleté répugnantes - Présence de mauvaises herbes - Pour les CS disposant de toilettes, elles sont pleines et mal entretenir - Absence de poubelles pour règlementer la gestion des déchets par les gardes malades et les usagers du CS |

| N° | Fonctions | Principaux motifs de satisfaction | Principaux motifs d'insatisfaction |
|----|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - CS non clôturé avec les animaux domestiques qui déambulent et y laissent des fientes - Flaques d'eau dans la cours du CS avec présence d'insectes et de moustiques - Robinet d'eau endommagé laissant stagner de l'eau depuis des années, source de moisissures vertes et de moustiques - Lits d'hospitalisation déchirés avec des punaises de lit. Verbatim « <i>Il faut mettre un pagne d'abord avant de se coucher dessus, car il n'y a même pas de drap</i> » |
| 14 | Coûts des services payants liés aux soins reçus | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de faux frais - Pas d'imposition de pot de vin - Soins gratuits dans les infirmeries des prisons - Carnet de soins à 100 F - Coût des soins à la portée des patients / gardes malades - Pas de difficultés pour solder / faire face aux dépenses | <ul style="list-style-type: none"> - Coûts élevés des produits avant les premiers soins (carnet de soins, sering, perfusion, analyse de laboratoire, etc.) - Difficultés financières pour solder les factures d'hospitalisation - Prix élevés associés aux nombreux produits souvent prescrits et non disponibles dans les pharmacies des CS - Surfacturation par les agents de santé (dépenses variant entre 5000 et 30.000 selon les bénéficiaires) pour le traitement du paludisme - Nécessité d'aller faire un prêt pour faire face aux dépenses - Incapacité à acheter tous les produits prescrits pour le traitement du fait de la cherté - Variation des prix de consultation et du paracétamol d'un site à l'autre (300 F à 600 F pour le carnet ; 150 F à 200 F pour le paracétamol ; 300 F à 500 F pour la consultation) |

VERSION PRE-

Annexe 2 : Tableau de construction de l'indicateur de vulnérabilité des communes

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | | | | | | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations |
|--------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | | | | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | A | B | C | D | E | F | | |
| Alibori | 15,7 | 30 | 25,4 | 72,6 | 9,8 | 98,5 | | | | | | | | |
| Banikoara | 15,2 | 31,0 | 28,3 | 74,1 | 6,6 | 98,3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 12 | |
| Kandi- | 19,7 | 34,8 | 32,3 | 65,1 | 9,2 | 98,5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 10 | |
| Gogounou- | 14,6 | 29,5 | 26,8 | 72,2 | 9,2 | 98,5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 13 | En substitution à Ségbana, car non accessible et partage une frontière avec Malanville |
| Ségbana | 14,5 | 28,9 | 15,4 | 74,7 | 9,2 | 98,5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 16 | |
| Malanville | 14,7 | 26,4 | 20,6 | 72,6 | 13,6 | 98,9 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 15 | |
| Karimama | 12,6 | 24,2 | 13,2 | 85,7 | 13,6 | 98,9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 18 | |
| Atacora | 25,1 | 51,7 | 27,1 | 64,9 | 8,7 | 98 | | | | | | | | |
| Kouandé- | 21,1 | 46,8 | 30,1 | 68,3 | 5,9 | 94,8 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 14 | |
| Kérou- | 14,0 | 32,7 | 29,1 | 74,8 | 5,9 | 94,8 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 15 | |
| Péhunco | 20,9 | 46,4 | 22,3 | 65,6 | 5,9 | 94,8 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 15 | |
| Natitingou- | 43,3 | 67,7 | 35,1 | 42,5 | 10,2 | 98,2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 10 | |
| Boukombé- | 19,6 | 50,5 | 29,1 | 74,0 | 10,2 | 98,2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 15 | |
| Toucountouna | 23,1 | 54,7 | 12,4 | 69,9 | 10,2 | 98,2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | |

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | | | | | | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations |
|-------------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | | | | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | | | | | | | | |
| Tanguéta- | 26,5 | 54,6 | 22,1 | 65,2 | 9,8 | 100 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 12 | |
| Matéri- | 28,7 | 57,2 | 21,4 | 63,3 | 9,8 | 100 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 12 | |
| Cobly | 21,8 | 58,2 | 25,7 | 65,4 | 9,8 | 100 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 13 | |
| Atlantique | 55,3 | 81,7 | 43,6 | 28,6 | 3,2 | 85,4 | | | | | | | | |
| Abomey-Calavi- | 69,7 | 90,8 | 43,4 | 11,0 | 3,0 | 75,0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 | |
| So-ava | 22,3 | 53,0 | 45,7 | 73,8 | 3,0 | 75,0 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 13 | |
| Allada- | 42,8 | 77,3 | 48,1 | 42,8 | 3,6 | 92,4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 12 | |
| Toffo- | 37,6 | 70,9 | 42,8 | 48,2 | 3,6 | 92,4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 14 | |
| Zè | 33,6 | 71,4 | 41,2 | 50,6 | 3,6 | 92,4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 14 | |
| Ouidah- | 61,6 | 90,3 | 43,1 | 18,4 | 2,9 | 93,9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 9 | |
| Kpomassè- | 42,3 | 85,7 | 43,4 | 38,1 | 2,9 | 93,9 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 12 | |
| Tori-Bossito | 35,0 | 80,1 | 37,5 | 46,6 | 2,9 | 93,9 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 15 | |
| Borgou | 31,8 | 51,3 | 25,1 | 53,3 | 8,9 | 97 | | | | | | | | |
| Bembèrèkè- | 23,7 | 47,7 | 23,7 | 58,9 | 9,2 | 96,5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 15 | |
| Sinendé | 19,1 | 45,4 | 22,1 | 58,2 | 9,2 | 96,5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 16 | En remplacement de Nikki qui est dans la même ZS que Nikki, Kalalé et Pèrèrè |
| N'Dali- | 27,8 | 58,1 | 19,8 | 55 | 11,5 | 97,1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 14 | |
| Parakou | 64,4 | 86,8 | 38,2 | 11,8 | 11,5 | 97,1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 10 | |
| Nikki- | 20,8 | 42,6 | 16,4 | 64 | 5,5 | 96,5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 17 | |

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|--------------|---|---|---|----|--|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | | | | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | | | | | | | | |
| Kalalé- | 12,5 | 24,5 | 16,7 | 80,1 | 5,5 | 96,5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 18 | |
| Pèrèrè | 16,8 | 44,5 | 22,1 | 66,2 | 5,5 | 96,5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 16 | |
| Tchaourou | 24,6 | 50,8 | 23,6 | 62,0 | 11,3 | 98,2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 15 | |
| Collines | 42,2 | 76,8 | 45,4 | 33,9 | 6,3 | 95,6 | | | | | | | | |
| Dassa- | 43,4 | 78,2 | 44,5 | 38,7 | 5,0 | 98,0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 12 | |
| Glazoué | 46,2 | 81,1 | 44,1 | 28,7 | 5,0 | 98,0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 11 | |
| Savalou- | 39,4 | 75,4 | 48,2 | 36,8 | 7,8 | 91,8 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 13 | En remplacement de Savè qui est dans le même ZS que Ouèssè |
| Bantè | 45 | 84,2 | 49,5 | 23,6 | 7,8 | 91,8 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 11 | |
| Savè- | 45,4 | 75,0 | 47,9 | 33,6 | 6,5 | 98,4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 14 | |
| Ouèssè | 36,3 | 68,8 | 39,2 | 39,4 | 6,5 | 98,4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 16 | |
| Couffo | 38,5 | 68,6 | 53,2 | 49,9 | 3,2 | 93,4 | | | | | | | | |
| Aplahoué- | 38,0 | 63,6 | 55,7 | 49,6 | 3,5 | 94,9 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 12 | |
| Djakotomey- | 37,7 | 73,5 | 55,4 | 49,2 | 3,5 | 94,9 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 11 | |
| Dogbo | 51,6 | 86,1 | 45,3 | 29,0 | 3,5 | 94,9 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 10 | |
| Klouékamè- | 35,5 | 62,8 | 55,8 | 55,0 | 2,9 | 92,3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 11 | |
| Toviklin- | 36,8 | 71,8 | 52,3 | 52,1 | 2,9 | 92,3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 11 | |
| Lalo | 32,2 | 60 | 49,5 | 61,9 | 2,9 | 92,3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 12 | |

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations | | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|--------------|---|---|---|----|---|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | | | | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | | | | | | | | |
| Donga | 29,7 | 59,3 | 24,0 | 49,8 | 5,7 | 98,9 | | | | | | | | |
| Bassila (ZS) | 33,0 | 62,2 | 32,4 | 46,2 | 6,9 | 99,2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 11 | En remplacement de Ouaké qui est dans la même ZS que Copargo et Djougou |
| Djougou- | 29,3 | 60,0 | 22,6 | 48,9 | 5,0 | 98,7 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 12 | |
| Copargo- | 16,1 | 35,9 | 16,9 | 71,3 | 5,0 | 98,7 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 15 | |
| Ouaké | 38,7 | 75,6 | 18,1 | 38,9 | 5,0 | 98,7 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 13 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Littoral⁵ | 71,7 | 91,1 | 46,2 | 5,2 | 1,0 | 78,2 | | | | | | | | |
| Cotonou 1- | | | | | 0,9 | 81,1 | | | | | 1 | 3 | 4 | |
| Cotonou 4 | | | | | 0,9 | 81,1 | | | | | 1 | 3 | 4 | |
| Cotonou 2 | | | | | 1,1 | 55,7 | | | | | 1 | 1 | 2 | |
| Cotonou 3 | | | | | 1,1 | 55,7 | | | | | 1 | 1 | 2 | |
| Cotonou 5 | | | | | 1,1 | 99,1 | | | | | 1 | 3 | 4 | |
| Cotonou 6 | | | | | 0,9 | 93,5 | | | | | 1 | 3 | 4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Mono | 51,3 | 84,3 | 49,0 | 35,1 | 2,9 | 97,9 | | | | | | | | |
| Comè- | 59,6 | 92,2 | 52,3 | 18,9 | 2,0 | 98,1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 8 | |
| Bopa- | 34,9 | 69,7 | 53,1 | 57,5 | 2,0 | 98,1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 13 | |

⁵ Le département du Littoral se résume à la ville de Cotonou subdivisée en 13 arrondissements. Les indicateurs socio-culturels et économiques sont calculés pour la ville de Cotonou et non pour ses arrondissements qui dans le cadre de cette étude sont considérés au même titre que les communes des autres départements.

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations | | | | | |
|----------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|--------------|---|---|---|----|---|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | | | | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | | | | | | | | |
| Grand popo- | 55,9 | 91,1 | 42,5 | 29,2 | 2,0 | 98,1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 10 | |
| Houèyogbé | 48,5 | 86,3 | 53,1 | 37,3 | 2,0 | 98,1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 11 | |
| Lokossa- | 57,1 | 86,5 | 40,2 | 27,2 | 4,0 | 97,5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 11 | |
| Athiémè | 54,3 | 87,8 | 49,7 | 36,2 | 4,0 | 97,5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 11 | |
| Ouémé | 51,2 | 86,1 | 49,7 | 24,5 | 2,0 | 91,7 | | | | | | | | |
| Adjohoun- | 38,0 | 86,0 | 52,4 | 40,5 | 2,1 | 91,1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 12 | |
| Bonou- | 39,9 | 85,1 | 49,5 | 35,1 | 2,1 | 91,1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 13 | |
| Dangbo | 32,4 | 70,7 | 49,3 | 51,7 | 2,1 | 91,1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 13 | |
| Akpro-misséré- | 41,8 | 84,5 | 50,0 | 28,1 | 2,1 | 95,1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 12 | |
| Avrankou- | 39,1 | 86,7 | 48,4 | 30,1 | 2,1 | 95,1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 12 | En remplacement de Aguégoués ayant les mêmes caractéristiques physiques que Bonou |
| Adjarra | 51,6 | 92,1 | 49,4 | 20,8 | 2,1 | 95,1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 10 | |
| Porto-Novo- | 67,6 | 92,2 | 50,5 | 5,7 | 1,8 | 90,1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 | |
| Aguégoués- | 27,4 | 62,9 | 54,7 | 60,7 | 1,8 | 90,1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 13 | |
| Sèmè-kpodji | 60,6 | 89,6 | 47,7 | 16,2 | 1,8 | 90,1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 9 | |
| Plateau | 32,3 | 65,6 | 43,3 | 46 | 3,9 | 96,4 | | | | | | | | |
| Pobè - | 31,9 | 57,6 | 50,3 | 49,8 | 4,5 | 98,0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 13 | |
| Adja-ouèrè- | 27,1 | 58,1 | 42,6 | 54,5 | 4,5 | 98,0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 14 | |

| Département | INDICATEURS | | | | | | Attribution des scores par indicateur | Indice de vulnérabilité des communes (A+B+C+D+E+F) | Observations |
|--------------|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|--|
| | Socioculturels | | Economiques | | Géographiques | Epidémiologique | | | |
| | Taux d'alphabétisation des adultes de (15 ans et plus) en langue française (%) | Taux (%) net de scolarisation ajusté (6-11 ans) | % population active de 15-64 ans occupée de sexe féminin | % pauvreté multidimensionnelle | Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) | (%) des FE testées positives au paludisme | | | |
| Kétou | 28,7 | 58,0 | 38,8 | 53,5 | 4,5 | 98,0 | 2 2 2 3 2 3 | 14 | |
| Sakété- | 35,7 | 77,4 | 43,3 | 36,3 | 2,8 | 94,0 | 1 1 2 2 1 2 | 9 | |
| Ifangni | 39,4 | 83,5 | 40,8 | 32,2 | 2,8 | 94,0 | 1 1 2 3 1 2 | 10 | En remplacement de Kétou et de Pobè qui sont dans la même ZS |
| Zou | 39,8 | 77,6 | 50,3 | 40,3 | 4,4 | 96,1 | | | |
| Zogbodomey- | 33,4 | 75,9 | 48,1 | 51,2 | 5,0 | 94,1 | 2 2 1 3 2 2 | 12 | |
| Bohicon- | 55,2 | 88,6 | 48,0 | 16,8 | 5,0 | 94,1 | 1 1 1 1 2 2 | 8 | |
| Za-kpota | 25,6 | 69,1 | 51,7 | 62,1 | 5,0 | 94,1 | 3 2 1 3 2 2 | 13 | |
| Covè- | 47,1 | 88,3 | 53,6 | 18,0 | 4,6 | 96,2 | 1 2 1 1 2 3 | 10 | |
| Ouinhi- | 29,2 | 68,1 | 54 | 55,7 | 4,6 | 96,2 | 3 2 1 3 2 3 | 14 | |
| Zagnanado | 39,7 | 78,6 | 53,8 | 43,5 | 4,6 | 96,2 | 2 1 1 3 2 3 | 12 | |
| Djidja- | 25,4 | 64,7 | 49,5 | 57,0 | 3,6 | 99,3 | 3 3 2 3 1 3 | 15 | |
| Abomey- | 56,4 | 88,8 | 52,6 | 16,3 | 3,6 | 99,3 | 1 1 1 1 1 3 | 8 | |
| Agbangnizoun | 37,3 | 84,1 | 45,2 | 43,9 | 3,6 | 99,3 | 2 1 2 3 1 3 | 12 | |

Annexe 3 : Échantillonnage par département, commune et arrondissement

| N° | Départem ent. | Commun es | Arrondissem ents | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département | |
|----|---------------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) | |
| 1 | Alibori | Kariamama | Birni-Lafia | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Karimama | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | | |
| | | Gogounou | Bagou | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans - 2 hommes | | |
| | | | Ouara | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans -2 hommes | | |
| | | Prison civile de Kandi | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | | |
| 2 | Atacora | Péhunco, | Pehunko | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Ouassa-Tobré | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans - 2 hommes | | |
| | | Boukoubé | Dipoli | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | | Koussoukoinbou | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans - 2 hommes | | |
| | | Prison civile de Natitingou | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | | |

| N° | Départem ent. | Commun es | Arrondissem ents | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département | |
|----|---------------|--------------------------------|------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) | |
| 3 | Atlantique | Zè, | Adjan | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Yokpo | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | Tori-Bossito | Bossito | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | | Honvié | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | Prison civile de Abomey-Calavi | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | | |
| 4 | Borgou | Kalalé, | Bouka | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Kalalé | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | | |
| | | Sinendé | Sinendé | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | | |
| | | | Fô-Bouré | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | | |
| | | Prison civile de Parakou | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | | |
| 5 | Collines | Ouèssè, | Toui | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 | |

| N° | Départem ent. | Commun es | Arrondissem ents | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département |
|----|---------------|-----------|------------------|---|-----------------------------|---|---|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) |
| | | Savalou | Ouessè-Centre | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 Responsable CPS : 01 |
| | | | Lahotan | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 |
| | | | Kpataba | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | - Tradipraticien : 02 |
| | | | Prison civile | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | |
| 6 | Couffo | Aplahoué | Atomey | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 Tradipraticien : 02 |
| | | | Azové | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | Lalo | Banigbé | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | | Tohou | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | |
| 7 | Donga | Copargo | Singré | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 |
| | | | Copargo | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | Bassila | Manigri | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |

| N° | Départem ent. | Commun es | Arrondissem ents | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département |
|----|---------------|--------------------------|------------------|---|-----------------------------|---|--|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) |
| | | | Penessoulo u | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | Tradipraticien : 02 |
| 8 | Littoral | Cotonou 4 | Sodjatimè Est | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 - Responsable ONG/ Association jeunes : 02 - Responsable ONG / Association femme : 02 - PTF : OMS, UNICEF, USAID, CHAI, etc. - PNLP : C/SPEC, C/Genre&DH, C/Service entomo ; C/Prévention - MS : Directions à préciser par le PNLP, - OSC : à préciser par le PNLP |
| | | | Enagnon | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | Cotonou 6 | Ahouansori Agata | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | |
| | | | Djidjè 2 | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | Prison civile de Cotonou | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | |
| 9 | Mono | Bopa | Lobogo | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 |
| | | | Gbakpodji | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | |
| | | Athiémé | Kpinnou | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | | Ahiémé centre | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |

| N° | Départem ent. | Commun es | Arrondissem ents | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département | |
|----|---------------|---------------------------------|------------------|---|-----------------------------|---|--|--|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) | |
| | | Prison civile de Lokossa | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | | |
| 10 | Ouémé | Bonou | Affamè | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Damè-wogon | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | Avrankou | Kouti | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | | Avrankou | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | Prison civile d'Akpro-Misséréte | | | | | | |
| 11 | Plateau | Adja-Ouèrè, | Massè | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité : 04 - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 - Tradipraticien : 02 | |
| | | | Oko-Akaré | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | | |
| | | Ifangnin | Ifangnin-centre | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| | | | Ko-koumonlou | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | | |
| 12 | Zou | Ouinhi | Ouinhi Centre | Femmes | 15-24 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins-chefs : 01 - Infirmier ou aide-soignant : 04 - Sage-femme / responsables de maternité: 04 | |

| N° | Départem ent. | Communes | Arrondissements | Cibles pour Focus Groups (FG) NB : Cinq à six personnes par FG | | Questionnaire satisfaction (quantitatif) | Nombre de participants aux entretiens individuels par département |
|----|---------------|------------------------|-----------------|---|-----------------------------|---|--|
| | | | | Sexe | Groupe d'âge | | Guides d'entretien (qualitatif) |
| | | | Dasso | Hommes | 35-49 ans OU 50 ans et plus | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | - Agent de santé communautaire : 04 - Responsable CPS : 01 - Leaders religieux : 04 - Chefs quartiers/villages : 04 - Responsable association des jeunes OU groupement de femme : 04 Tradipraticien : 02 |
| | | Djidja | Dan | Femmes | 25-34 ans OU 35-49 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, -2 hommes | |
| | | | Mougnon | Hommes | 25-34 ans | - 3 femmes / mères d'enfants de moins de 5 ans, - 2 hommes | |
| | | Prison civile d'Abomey | | | | - Infirmier prison : 01 - Détenus : 2 hommes et 2 femmes pour satisfaction | |

VERSION PRE-PROOF

Annexe 6 : Avis et visa des comités et ministères



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DE LA DÉMOGRAPHIE



VISA STATISTIQUE

N°25/2023/MEF/INStaD/DCSPM

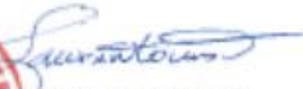
DELIVRÉ À

| | |
|--|--|
| L'opération intitulée : « <i>Evaluation de l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre sur les indicateurs relatifs au paludisme au Bénin : malaria match box Bénin-2022</i> » | |
| Responsable : | <i>Institut d'Analyse de Communication et des Ensembles Sociaux</i> |
| Appui financier : | <i>Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP)</i> |
| Objectif général : | <i>Evaluer l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre sur les indicateurs relatifs au paludisme au Bénin en s'appuyant sur l'outil match box</i> |
| Bénéficiaire direct : | <i>Programme National de Lutte contre le Paludisme</i> |
| Conformité scientifique : | <i>Attestée, le jeudi 22 juin 2023</i> |

Ce visa délivré pour servir et valoir ce que de droit, conformément aux articles 23 et 72 de la loi n°2022-07 du 27 juin 2022, rend **obligatoire les réponses** à ladite opération et, en respect des dispositions des articles 66 et 74 de la même loi, oppose le **secret statistique** aux personnes physiques ou morales, privées ou publiques ayant participé à quelque titre que ce soit à l'opération. Les résultats de l'étude doivent être publiés de **façon anonyme** et ne pourront en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression de quelque nature que ce soit.

Cotonou, le 03 juillet 2023





Le D^r Laurent Mahouhou HOUNSA
Généraliste
Directeur Général de l'INStaD



MINISTRE DE LA SANTÉ
REPUBLIQUE DU BÉNIN

Secrétariat Général du Ministère

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

Adresse postale : BP 892
Tel : +229 21 89 2376/7 25 89 25 89
Adresse
mail : cners@cners.bj
Site web : www.cners.gov.bj

IOR0006886 – MG Cotonou, Bénin (expire le 05/14/2024) IRB0006886 MG IRB #1-CNERS - Cotonou, Bénin (expire le 05/14/2024)

N° 159 /MS/DC/SGM/CNERS/SA

Cotonou, le 14 juillet 2023

La présidente

A

Madame Mircille-Marie MINTOGBE

Messieurs

- Clément AHOUSSINOU
- Maoustapha S. GIBIGAYE
- Cyriaque AFFOUKOU

COTONOU

Objet : Avis éthique favorable Numéro de Réf. : CNERS034/2023 session du 07 juillet 2023 et autorisant la mise en œuvre de votre recherche

Madame et messieurs,

Le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) du Bénin, a étudié votre protocole de recherche dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Version reçue : Le 19 juin 2023
- Rang de soumission : 1^{ère} soumission
- Titre de l'étude : Malaria match box Bénin-2022 : Analyse des parties prenantes, des obstacles et facteurs favorables à la prise en compte des droits humains et du genre dans les stratégies de lutte contre le paludisme au Bénin.
- Investigateur principal : Clément AHOUSSINOU
- Promoteurs de l'étude : Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
- Coordonnées des demandeurs : 97219396 - 95560763 - 62 26 25 93 - 66 48 80 00
clement.ahoussinou@gmail.com ; mqibigaye@gmail.com ;
clema.mintogbe@gmail.com ; moiacdm@yahoo.fr
- Date de début estimée : Juillet 2023
- Date de fin estimée : Septembre 2023

La session s'est déroulée le 07 juillet 2023 par les membres dont les noms suivent :

| | | | | | |
|----------|--------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Mesdames | 1) GANGBO | Flore | Messieurs | 2) GUEDOU | Fernand |
| | 3) ALE HACOU | Charlotte | | 4) HOUNSA | Assomphon |
| | 5) AKINSHOLA | Amélie | | 6) OKRY | Magloire |
| | | | | 7) HOUSSOU | Ferdinand |

- sur la base des documents soumis, revus et approuvés :
 - a) Protocole de recherche + Résumé du protocole
 - b) Visa statistique + Manuel de formation des agents de collecte.
 - c) Questionnaire enquête satisfaction
 - d) Chronogramme de mise en œuvre de l'enquête + Budget détaillé

Avis éthique Numéro de Réf. : CNERS034/2023 session du 07 juillet 2023

Page 1 sur 2

- sur la base des documents soumis, revus et approuvés:
 - o) Note d'information pour les entretiens individuels (Responsables système de santé, PNLP et PTF, responsables de jeunes et de femmes, personnes âgées, tradipraticiens)
 - f) Note d'information pour les entretiens individuels (Bénéficiaires, responsables religieux, leaders religieux, chefs quartiers/villages)
 - g) Note d'information pour le focus group
 - h) Note d'information pour le personnel soignant (Médecin, infirmier, sage-femme, aide-soignant, agents communautaire)
 - i) Formulaire de consentement éclairé (Agents de santé, responsables système de santé, PNLP et PTF)
 - j) Formulaire de consentement éclairé (Bénéficiaires, responsables religieux, leaders religieux, chefs quartiers/villages)
 - k) Formulaire de consentement éclairé pour le focus group
 - l) Formulaire d'assentiment (Femmes et Hommes de 15 à 18 ans)
 - m) Formulaire de consentement éclairé du personnel de santé
 - n) Guide d'entretien pour focus group + Guide d'entretien des agents de santé et autres
 - o) Guide d'entretien à l'endroit des responsables du PNLP et des PTF
 - p) Chronogramme de mise en œuvre de l'enquête + Budget détaillé
 - q) Curriculum vitae : Clément AHOUSSINOU ; Sali Moustapha GIBIGAYE ; MINTOGBE Mahouli Mireille-Marie
- ainsi que sur la base des avis scientifiques fournis par :
 - a) Monsieur HOUNGNIHIN Roch Apollinaire
 - b) Monsieur MOROU Abou-Bakari

Aucun conflit d'intérêt n'a été évoqué, ni par les membres du CNERS, ni par les chercheurs.

Après avoir validé globalement les aspects scientifiques et évalué les aspects éthiques centrés sur : les bénéfices attendus pour la santé des participants à la recherche et ainsi que sur la qualité des informations transmises en vue de l'obtention d'un consentement libre et éclairé, le CNERS, après avoir validé la dernière version déposée le 10 juillet 2023 ? a émis un Avis éthique favorable Numéro de Réf. : CNERS034/2023.

Le présent avis éthique favorable est exécutoire et vous autorise à mettre en œuvre, à compter de la date de signature, la recherche ci-dessus intitulée. Il est valable pour une durée d'un (01) an à compter de sa date de signature. Passé ce délai, vous êtes tenu de soumettre votre protocole à une nouvelle ré-évaluation du CNERS.

Par ailleurs, le CNERS vous demande de :

- 1) l'informer de toute nouvelle information/ modification, qui surviendrait à une date ultérieure à cette approbation-ci et qui impliqueraient des changements dans le choix des participants à la recherche, dans la manière d'obtenir leur consentement, dans les risques encourus ou tout événement indésirable survenant dans le cadre du déroulement de cette recherche.
- 2) utiliser les documents qu'il a validés ;
- 3) faire signer au participant, le formulaire de consentement, en deux exemplaires, dont l'un sera remis au participant et l'autre, conservé dans vos dossiers ;
- 4) lui adresser un rapport, au terme de la validité de cet avis éthique.

Tout en vous souhaitant plein succès dans la réalisation de votre recherche, le CNERS vous prie de recevoir Madame et messieurs, ses salutations les meilleures.



CNERS NATIONAL SPÉCIALISÉ
POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ
LE PRÉSIDENT *

Prof Flore Armande GANGBO
Présidente du CNERS



MINISTÈRE
DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA GOUVERNANCE LOCALE
REPUBLIQUE DU BENIN

TEL : 00229 21.30.40.30 / 21.30.52.99
01 BP : 2021 COTONOU
Site : www.decentralisation.gouv.bj

Cotonou, le 21 JUIL 2023

N° 527 /MDGL/DC/SGM/SA

/-)

Mesdames et Messieurs les Préfets de
Département.

**OBJET : Recommandation pour l'organisation de l'enquête Malaria Match box
Bénin-2022.**

REFERENCE : Lettre n°3156/MS/DC/SGM/DNSP/PNLP/SA du 13 juillet 2023.

Le Ministère de la Santé, à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme, organise pour la première fois dans notre pays, l'évaluation de l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre sur les indicateurs relatifs au paludisme au Bénin « Malaria Match box Bénin-2022 ». Il sera donc déployé dans vos circonscriptions administratives respectives des agents collecteurs de données.

Dans ce cadre et pour la réussite du programme, les agents enquêteurs se porteront, du 1^{er} juillet au 31 août 2023, vers les personnes et les couches sociales dans les zones les plus défavorisées ou dans les localités présentant une faible accessibilité aux services de santé.

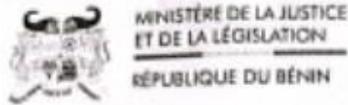
En conséquence, je vous recommande de faire réserver aux enquêteurs un bon accueil dans les communes, les arrondissements et les villages ou quartiers de ville et d'observer les diligences nécessaires afin que les couches ciblées soient effectivement touchées pour des entretiens francs, sincères et fructueux. Il s'agit des femmes et hommes âgés de plus de 18 ans, des leaders religieux, des agents de santé et des praticiens de la médecine traditionnelle.

Je reste à votre disposition pour de plus amples informations



Crespin GUIDI
Secrétaire Général du Ministère

Pièce jointe : Liste des communes retenues par département.



Cotonou, le 19 JUIL 2023

Le Directeur Général
N° 669 /APB/MJL/DERRAJ/SA

AUTORISATION D'ACCES

Le Directeur Général de l'Agence Pénitentiaire du Bénin, suivant la requête N°3154/MS/DC/SGM/DNSP/PNLP/SA en date à Cotonou du 13 juillet 2023 du docteur Ali IMOROU BAH CHABI, Secrétaire Général du Ministère de la Santé, autorise le Programme National de Lutte contre le Paludisme à avoir accès aux établissements pénitentiaires du Bénin en vue de l'évaluation de l'impact des lacunes ou obstacles liés à la prise en compte des droits humains et du genre dans les indicateurs relatifs au paludisme au Bénin « Malaria box Bénin-2022 ». Cette étude va se dérouler sur la période allant du 1^{er} juillet au 31 août 2023.

L'utilisation de téléphone, d'appareils de prise de vue (photos, caméras) et d'enregistrement est formellement interdite et les droits des détenus doivent être respectés.


François HOUNKPE


Ampliation :

- Tous Régisseurs.

 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ**
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Adresse postale : BP 882
Tel : +229 21 33 2178/ 21 33 21 63
Adresse mail : sante.infos@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

Cotonou, le 1^{er} Juil 2023

N° 35703 /MS/DC/SGM/DFRS/SRS/SA

AUTORISATION DE RECHERCHE EN SANTE

Le Ministre de la Santé autorise la mise en œuvre du projet de recherche intitulé « **Malaria match box Bénin 2022 : analyse des parties prenantes, des obstacles et facteurs favorables à la prise en compte des droits humains et du genre dans les stratégies de lutte contre le paludisme au Bénin** », dont l'objectif principal est d'évaluer l'impact de ces facteurs avec l'outil match box.

Les responsables des structures concernées par l'étude sont priés de faciliter la collecte des données y relatives.

A l'issue de cette recherche, une note synthétique des résultats est attendue à la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) du Ministère de la Santé.

Pour le Ministre et par Délégation

Dr Endagnon Pétas AKOGBETO
Directeur de Cabinet

Investigateur principal : Dr Clément Ahoassineu
Tel : +229 94 31 39 19
Mail : contact@inocesbenin.com
Structure : Institut d'analyse de communication et des ensembles sociaux (INACES), PNL/P
Durée d'étude : Juillet- Décembre 2023.