



REPUBLIQUE DU BENIN  
○○○○○○○

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

○○○○○○○

UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

○○○○○○○

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION  
ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

○○○○○○○



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR EN GESTION DE  
PROJETS**

**OPTION :**  
Management

**FILIERE:**  
Gestion de Projets

**ANNEE ACADEMIQUE 2007- 2008**

**THEME**

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE  
L'EXECUTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE PALUDISME**

Réalisé et soutenu par :

**Nangny Ulrich Hermann VODOUGNON**

Sous la Direction de :

**Maître de stage**  
**M. Dominique TOHUNGODO**  
Chef du Service Financier et Comptable  
au Programme National de Lutte  
contre le Paludisme (PNLP)

**Directeur de mémoire**  
**M. David G. HOUINSA Ph.D.**  
Enseignant à l'Ecole Nationale  
d'Administration et de  
Magistrature (l'ENAM)

*Août 2008*

PRESIDENT DU JURY

**Monsieur Clément DJOHOUN**

Vice Président

**Monsieur Modeste GNIMASSOU**

Membre

**Madame Josiane KENENIN**

**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE  
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES  
DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR**



**DEDICACE**

Nous dédions ce travail,

- à notre père **Boniface VODOUGNON** pour sa confiance en nous et son soutien tant financier que matériel durant tout notre cursus scolaire et universitaire ;
- à notre mère **Armande ATTOLOU** pour son affection, son abnégation pour nous et sa vigilance pour le suivi des études de ses enfants ;
- à notre grand- mère **Virginie ZOUNTCHEGBE** en témoignage de notre attachement pour elle ;
- à tous nos oncles et tantes pour nous avoir montré la voie du progrès et de la réussite ;
- à tous nos frères et sœurs, trouvez en ce travail un symbole de courage et d'énergie indomptable ;
- à notre très chère aimée **Colombe GOMEZ** pour tout son soutien moral ;
- à tous nos amis ; ceci est un gage de notre amitié pour vous ;
- à nos chers et regrettés, oncle **Clément VODOUGNON**, grand-mère **Véronique ADIBA** et promotionnaire **Rockiath NOUHOUN**.

**REMERCIEMENTS**

Nous remercions,

- notre directeur de mémoire, professeur **David G. HOUINSA** qui nous a beaucoup guidé dans nos pas ;
- le Docteur **Charles ADJOVI**, pour tous les sacrifices consentis à notre égard, ce travail répond bien à vos attentes, nous l'espérons ;
- le Docteur **Innocent Npo N'DA**, Coordonnateur du PNLN et tous ses collaborateurs pour leur accueil ;
- tout le personnel de la Direction Départementale de la Santé du Mono/Couffo en l'occurrence le Directeur Monsieur **Alphonse TODESSAYI** et le Chef / Service des Ressources Financières et du Matériel, Monsieur **Bernard FIDEGNON ZOTA** pour toute la compréhension dont ils ont fait preuve à notre égard.

<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b>
---

<b>AAS</b>	: Acide Acétyl-Salicylique
<b>ARM</b>	: Analyser-Rechercher-Modeliser
<b>ASBC</b>	: Agents de Santé à Base Communautaire
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CAME</b>	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
<b>CHD</b>	: Centre Hospitalier Départemental
<b>CNHU</b>	: Centre National Hospitalier Universitaire
<b>COGEA</b>	: Comité de Gestion de Centre de Santé d'Arrondissement
<b>COGECS</b>	: Comité de Gestion des Centres de Santé
<b>CREC</b>	: Comité de Recherche Entomologique de Cotonou
<b>CSA</b>	: Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b>	: Centre de Santé de Commune
<b>CSLP</b>	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
<b>CTA</b>	: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
<b>DNPS</b>	: Direction Nationale de la Protection Sanitaire
<b>DPM</b>	: Direction des Pharmacies et du Médicament
<b>DPP</b>	: Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DSF</b>	: Direction de la Santé Familiale
<b>FS</b>	: Formation Sanitaire
<b>FRP</b>	: Faire Reculer le Paludisme
<b>GE</b>	: Goutte Epaisse
<b>GF</b>	: Groupements Féminins
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone
<b>JAP</b>	: Journées Africaines de lutte contre le Paludisme
<b>LAPA</b>	: Lutte Anti Paludique Accélérée
<b>LNCQ</b>	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité
<b>MILD</b>	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action
<b>MS</b>	: Ministère de la Santé
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PALP</b>	: Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme
<b>PCIME</b>	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
<b>PEC</b>	: Prise En Charge
<b>PMI</b>	: Initiative du Président Bush pour la lutte contre le Paludisme
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PSI</b>	: Population Service International
<b>RC</b>	: Relais Communautaire

<b>SA</b>	:	Service Administratif
<b>SAL</b>	:	Service Administratif et Logistique
<b>SFC</b>	:	Service Financier et Comptable
<b>SIBCPP</b>	:	Service Interventions à Base Communautaire Partenariat Plaidoyer
<b>SICCC</b>	:	Service Information pour un Changement de Comportement Communication
<b>SIGFIP</b>	:	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
<b>SLAVI</b>	:	Service Lutte Anti Vectorielle Intégrée
<b>SLCS</b>	:	Service Laboratoire et Chimio Sensibilité
<b>SNIGS</b>	:	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
<b>SP</b>	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine
<b>SPCCTP</b>	:	Service Prise en Charge des Cas et Traitement Préventif
<b>SPPV</b>	:	Service Pharmacie et Pharmaco Vigilance
<b>SSE</b>	:	Service Suivi Evaluation
<b>SSE</b>	:	Service Surveillance Epidémiologique
<b>TDR</b>	:	Traitement de Diagnostic Rapide
<b>TPI</b>	:	Traitement Préventif Intermittent
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	:	Agence Américaine pour le Développement International
<b>ZS</b>	:	Zone Sanitaire

**LISTE DES TABLEAUX**

Numéros	Intitulés	Pages
I	Tableau résumant les forces et opportunités observées	19
II	Tableau résumant les faiblesses et menaces observées	20
III	Tableau récapitulatif des problématiques observées	23
IV	Tableau de bord de l'étude	32
V	Tableau répartissant les affections rencontrées en consultation par ordre décroissant dans la population au Bénin en 2005	34
VI	Tableau de synthèse de l'étude	71

<b>LISTE DES FIGURES</b>
--------------------------

Numéros des figures	Intitulés	Pages
I	Niveaux de prise en charge des cas de paludisme au Bénin	37
II	Circuit de distribution des CTA	41
III	Les étapes d'un projet	43
IV	Rapport entre les éléments d'un système de gestion	45
V	Rôles des managers	46
VI	La Méthode ARM	70

## RESUME

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans beaucoup de pays. Il tue chaque année, 1,5 à 2,7 millions de personnes dans le monde dont 90 % en Afrique.

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

Voulant mieux comprendre les objectifs visés par nos autorités et les stratégies adoptées en matière de lutte antipaludique au Bénin, nous nous sommes rapprochés des responsables du Programme National de Lutte contre le Paludisme pour notre stage de fin de formation. Vu notre profil de futur gestionnaire de projet, la réalisation des activités menées dans le cadre dudit programme nous semble très préoccupante.

C'est donc à juste titre que nous avons retenu comme thème d'étude, **« Contribution à l'amélioration de l'exécution du Programme National de Lutte contre le Paludisme »**

Afin de bien réaliser ce travail, nous avons adopté la méthodologie suivante :

- 1- Un état des lieux a été fait, ce qui nous a d'ailleurs permis d'identifier les atouts (forces et opportunités) et les problèmes (faiblesses et menaces) de la structure d'accueil de notre stage ;
- 2- Des problèmes ciblés, trois spécifiques ont été choisis et se présentent comme suit :
  - Inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD ;
  - Faible consommation des crédits budgétaires ;

- Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.
- 3- Pour résoudre ces problèmes, les objectifs suivants ont été souhaités :
- contribuer à la facilitation de l'achat des CTA et MIILD aux communautés ;
  - proposer des techniques afin d'adapter l'exécution budgétaire aux nouvelles réalités des Finances Publiques ;
  - proposer des actions spécifiques afin de rehausser le niveau des indicateurs du paludisme grave.
- 4- Trois hypothèses ont été ensuite formulées sur la base des causes supposées engendrer ces problèmes. Elles s'énumèrent comme suit :
- Le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD ;
  - La faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives ;
  - La baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.

Afin de vérifier ces analyses, des enquêtes ont été menées au niveau de la population cible du PNLP notamment celle de Lokossa et Cotonou.

Enfin, des recommandations et approches de solution ont été proposées à l'endroit des responsables du PNLP ;

Ce travail ne constitue pas une panacée aux problèmes du secteur mais il contribuera certainement à corriger un temps soit peu certaines habitudes de ses agents.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE PREMIER : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATION DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE LIEE A L'EXECUTION EFFICACE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BENIN .....</b>	<b>4</b>
<b>SECTION 1 : CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE ET OBSERVATION DE STAGE.....</b>	<b>5</b>
<b>Paragraphe 1 : Présentation Générale du PNLP .....</b>	<b>5</b>
<b>Paragraphe 2 : Synthèse de l'état des lieux au PNLP .....</b>	<b>18</b>
<b>SECTION2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>21</b>
<b>Paragraphe1 : Choix et Spécification de la problématique.....</b>	<b>21</b>
<b>Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique choisie</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE DEUXIEME : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS .....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>30</b>
<b>Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature.....</b>	<b>30</b>
<b>Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche liée à l'amélioration de l'exécution du Programme National de Lutte contre le Paludisme.....</b>	<b>55</b>
<b>SECTION 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS .....</b>	<b>60</b>
<b>Paragraphe 1 : De l'organisation des enquêtes à l'analyse des résultats obtenus.....</b>	<b>60</b>
<b>Paragraphe 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre .....</b>	<b>65</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>75</b>

# **INTRODUCTION GENERALE**

Dans le monde, environ 300 à 500 millions de personnes souffrent du paludisme au cours d'une année, entraînant 1,5 à 2,7 millions décès par an. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « le paludisme continue à peser de manière inacceptable sur la santé et le développement économique de plus de 100 pays à travers le monde. Toutes les 30 secondes, un enfant meurt du paludisme ». On estime que, dans de nombreux pays, les dépenses consacrées au paludisme peuvent atteindre 40% des dépenses du secteur de la santé et que 20 à 50% des admissions hospitalières lui sont imputables (Plan Stratégique de Lutte contre Le Paludisme au Bénin 2006-2010, p14).

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

Au Bénin, cette maladie représente 39,7% des causes de recours aux soins dans les formations et se situe au premier rang des principales affections dont souffrent les communautés en 2006. Le paludisme est la première cause d'hospitalisation (24,7%) et de décès. Il sévit dans toutes les régions du Bénin où il induit de profonds bouleversements socio-économiques dont l'ampleur reste encore à mesurer.

Le paludisme peut être définie comme une maladie infectieuse fréquente dans les régions marécageuses, endémique en Afrique tropicale, due à un protozoaire (genre Plasmodium ) transmis par la piqure de l'anophèle, se traduisant essentiellement par une fièvre intermittente mais pouvant avoir des manifestations viscérales, rénales et neurologiques. Il existe deux cas de paludisme : le paludisme simple et le paludisme grave.

Plusieurs étapes ont caractérisé l'évolution de la lutte contre le paludisme au Bénin. Un premier plan quinquennal a été mis en œuvre de 1982 à 1986, mais n'a pas connu de succès à cause de sa verticalité. De 1992 à 1996, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) n'a pas véritablement avancé

compte tenu des moyens limités dont il disposait. A partir de 1997, des efforts considérables ont été faits dans le cadre de la Lutte Anti Paludique Accélérée (LAPA) initiée par l’OMS. En 2000, l’avènement de l’initiative « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) a contribué à revoir la vision de la lutte contre le Paludisme. Cette initiative retenue à l’issue du sommet d’Abuja sur la problématique du paludisme, a pour principal objectif de réduire de 50% d’ici 2010, la morbidité et la mortalité imputables au Bénin.

Aujourd’hui, force est de constater que malgré les différentes interventions de lutte, non seulement le paludisme n’est pas éradiqué ni contrôlé, mais encore il demeure un problème majeur de santé publique à cause de sa complexité.

Quelles sont donc les raisons qui justifient le fort taux de paludisme constaté dans nos formations sanitaires?

Que font les responsables du PNLN pour améliorer cette situation ?

Ce sont ces interrogations qui justifient la problématique envisagée pour notre recherche.

C’est donc dans cette optique que nous avons choisi de porter notre réflexion autour du thème : « **CONTRIBUTION A L’AMELIORATION DE L’EXECUTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME** ».

Pour ce faire, notre étude s’articulera autour des points suivants :

- présentation du cadre institutionnel et organisationnel de l’étude ;
- ciblage de la problématique de l’étude ;
- présentation du cadre théorique et méthodologique liée à l’exécution des activités de lutte contre le Paludisme ;
- proposition des approches de solutions et conditions de mise en œuvre aux problèmes ciblés.

**CHAPITRE PREMIER :**  
CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE,  
OBSERVATION DE STAGE ET CIBLAGE DE LA  
PROBLEMATIQUE LIEE A L'EXECUTION EFFICACE DES  
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU  
BENIN

Notre étude porte sur un programme du Ministère de la Santé et plus précisément le Programme National de Lutte contre Le Paludisme.

## **Section 1 : Cadre physique de l'étude et observation de stage**

A travers cette section, nous nous intéresserons à la mission, aux objectifs, aux indicateurs de performance, aux actions développées, à la structure organisationnelle et au fonctionnement général du programme.

### **Paragraphe 1 : Présentation Générale du PNLP**

Le PNLP est une structure du Ministère de la Santé. Comme l'indique son nom, il intervient dans la lutte contre le paludisme et relève de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) dudit ministère.

Avant de passer au cadre organisationnel et fonctionnel du PNLP, nous mettrons d'abord l'accent sur les orientations politiques et stratégiques en matière de lutte contre le Paludisme au Bénin.

### **I°) ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES**

Nous aborderons dans cette partie la vision, la mission, les principes directeurs et les défis à relever en matière de lutte contre le Paludisme au Bénin.

#### ***A°) Orientations politiques***

##### **1°) Vision**

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

##### **2°) Mission**

La mission du Programme National de Lutte contre le Paludisme est d'assurer l'accès universel à la prévention et au traitement du paludisme afin de

permettre la réduction des taux de mortalité et de morbidité liés à cette maladie au sein de la population.

### **3°) Principes directeurs**

Les principes et les valeurs qui sous tendent le Plan Stratégique Faire Reculer le Paludisme 2006-2010 sont basés sur le Plan ALAFIA 2025 du gouvernement béninois, la Politique nationale de lutte contre le paludisme et son cadre stratégique de mise en œuvre, les objectifs d'Abuja définis par les chefs d'Etat en 2000 et 2006, le Plan Stratégique Mondial Faire Reculer le Paludisme 2005-2015 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Les valeurs qu'il convient de mettre en évidence sont les suivantes : l'accès universel à une meilleure santé, le partenariat, la qualité des soins, l'efficacité, l'équité et l'obligation de rendre compte. De ce fait, les principes directeurs concernent le renforcement de la coordination de la lutte antipaludique à tous les niveaux, le renforcement de la collaboration avec la société civile, le secteur privé et autres secteurs de développement, l'implication accrue de la communauté et une attention particulière aux groupes vulnérables (jeunes enfants et femmes enceintes) et aux populations démunies et marginalisées.

Quelles sont alors les stratégies adoptées en matière de lutte antipaludique au Bénin ?

### ***B°) Orientations stratégiques***

Au nombre des orientations stratégiques qui concordent avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et la vision mondiale de l'initiative Faire Reculer le Paludisme, nous pouvons parler de l'assurance de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'utilisation correcte des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action

(MIILD) et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI).

Les défis à relever dans la lutte contre le paludisme sont formulés à travers les objectifs suivants :

### **1°) Objectif général**

L'objectif général visé en matière de la lutte antipaludique dans notre pays est de réduire par rapport au taux de 2001, la mortalité et la morbidité due au paludisme de 50% en 2010.

### **2°) Objectifs spécifiques**

En 2010 et par rapport à 2001, les objectifs spécifiques se présentent comme suit :

- assurer la prise en charge adéquate de 80% des cas de paludisme simple chez les enfants âgés de moins de cinq (05) ans à domicile et dans la communauté dans un délai de vingt quatre (24) heures après l'apparition des symptômes ;
- assurer la prise en charge adéquate de 80% des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires ;
- assurer la prise en charge correcte de 80% des cas de paludisme grave selon la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- amener 80% des enfants âgés de moins de 5 ans à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- amener 80% des femmes enceintes à utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- assurer le Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez 80% des femmes enceintes.

### 3°) Résultats attendus

A la fin de 2010, les résultats attendus sont les suivants :

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

\* 80% des cas de paludisme simple sont adéquatement pris en charge dans les formations sanitaires ;

\* 80% des cas de paludisme grave sont correctement pris en charge selon la politique nationale de lutte contre le paludisme ;

\* 80% des enfants âgés de moins de 5 ans dorment sous la moustiquaire imprégnée ;

\* 80% des femmes enceintes dorment sous la moustiquaire imprégnée ;

\* 80% des femmes enceintes observent le Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine.

Comment se présente le cadre organisationnel et fonctionnel du PNLP ?

## II°) ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

L'accent sera mis dans la présente partie sur les organes composant le Programme et la restitution des mécanismes de son fonctionnement.

### *A°) Organisation*

Le PNLP comprend onze (11) services à savoir :

- le Secrétariat Administratif (SA) ;
- le Service Surveillance Epidémiologique (SSE) ;
- le Service Pharmacie et Pharmaco Vigilance (SPPV) ;
- le Service Prise en Charge des Cas et Traitement Préventif (SPCCTP) ;
- le Service Suivi et Evaluation (SSE) ;

- le Service Intervention à Base Communautaire Partenariat Plaidoyer (SIBCPP) ;
- le Service Information pour un Changement de Comportement Communication (SICCC) ;
- le Service Laboratoire et Chimio Sensibilité (SLCS) ;
- le Service Lutte Anti Vectorielle Intégrée (SLAVI)
- le Service Administratif et Logistique (SAL) ;
- le Service Financier et Comptable (SFC).

Ces données ont été tirées de l'arrêté portant création des services du Programme National de Lutte contre le Paludisme (année 2007 N°1227 /MS/DC/SGM/DRH/DNPS/PNLP/SA).

Nous ne saurions parler de l'organisation du PNLP sans faire recours à son cadre fonctionnel.

### ***B•) Restitution des mécanismes de fonctionnement du PNLP***

Les différents services du Programme fonctionnent de la façon suivante :

#### **a°) Le Secrétariat Administratif est chargé :**

- d'assurer le traitement des textes ;
- d'assurer la gestion des courriers ;
- d'assister le coordonnateur dans la gestion de ses rendez-vous ;
- de coordonner l'ensemble des contacts extérieurs ;
- de préparer les ordres de mission ;
- de gérer le standard téléphonique ;
- d'assurer l'archivage des dossiers.

**b°) Le Service Surveillance Epidémiologique est chargé :**

- de collecter et d'analyser les données de morbidité et de mortalité palustres ;
- de superviser les Sites sentinelles de surveillance épidémiologique ;
- d'analyser les tendances de l'évolution du paludisme ;
- d'étudier les effets/impacts des interventions de lutte antipaludique ;
- de projeter les données liées au paludisme en collaboration avec les différents services du PNLP et les autres secteurs et partenaires ;
- d'organiser des recherches opérationnelles.

**c°) Le Service Prise en Charge des Cas et Traitement Préventif Intermittent est chargé :**

- d'identifier les besoins en formation sur la Prise en Charge des Cas (PEC) et le Traitement Préventif Intermittent (TPI) ;
- de coordonner les formations et supervisions de la PEC et du TPI ;
- de concevoir et d'actualiser les outils de formation et de supervision tant dans le secteur public que privé ;
- d'appuyer la formation du personnel des structures décentralisées ;
- de collaborer avec les autres structures de prise en charge des cas et de prévention ;
- d'actualiser les directives de la PEC et du TPI en fonction de l'efficacité des antipaludiques.

Toutefois, nous avons constaté au cours de nos recherches, la faible participation du secteur privé et autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le paludisme, l'insuffisance de suivi des agents de santé après les formations.

Ces problèmes méritent une attention particulière même si l'existence d'un environnement social favorable est constatée.

**d°) Le Service Pharmacie et Pharmaco Vigilance est chargé :**

- de coordonner les formations et supervisions en matière de pharmaco vigilance ;
- de concevoir et d'actualiser les documents de formation et de supervision de la pharmaco vigilance ;
- d'identifier les besoins en formation sur la pharmaco vigilance ;
- d'appuyer la formation sur la pharmaco vigilance du personnel des structures décentralisées ;
- de gérer les données de pharmaco vigilance ;
- d'assurer la gestion des stocks de médicaments antipaludiques, de Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et des Consommables médicaux .
- de superviser la gestion des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), des Sulfadoxines-Pyriméthamines et des TDR au niveau des structures décentralisées ;
- d'assurer le contrôle de qualité des antipaludiques.

L'avènement de la décentralisation de l'administration territoriale avec des Plans de Développement Communaux constitue une opportunité pour ce service.

Mais des pesanteurs socioculturelles subsistent par rapport aux antipaludiques proposés.

Aussi avons-nous remarqué l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD.

**e°) Le Service Suivi Evaluation est chargé :**

- d'élaborer les Budgets Programmes ;
- d'élaborer les chronogrammes ;
- de suivre et d'évaluer les Termes de Référence et les activités du PNLP ;
- d'élaborer les directives d'évaluation des sous projets de lutte contre le paludisme ;

- de gérer les bases de données des évaluations, monitoring, supervisions et autres...
- d'assurer la gestion du site Internet du PNLN.

Nous pouvons noter nonobstant les fonctions de ce service, la planification insuffisamment coordonnée entre le PNLN et les Zones Sanitaires (ZS).

**f°) Le Service Information pour un Changement de Comportement Communication est chargé :**

- d'identifier les besoins en communication ;
- d'élaborer les plans de communication ;
- de concevoir les outils d'Information, Education et Communication/Changement de Comportement Communication et autres documents de vulgarisation ;
- de développer les messages, spots, affiches et supports de sensibilisation ;
- de coordonner les activités de communication /mobilisation sociale ;
- de gérer les panneaux d'affiches et autres supports audio visuels.

Signalons que des efforts ont été également fournis ici ; ceux-ci ont eu pour corollaires l'engagement des partenaires, l'engagement des acteurs communautaires (chefs d'établissements scolaires, leaders d'opinion, chefs religieux etc.), la disponibilité du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Cependant, nous remarquons encore une faible implication des autres secteurs et une faible vulgarisation des documents stratégiques et des résultats de recherches sur le paludisme au Bénin.

**g°) Le Service Interventions à Base Communautaire Partenariat /Plaidoyer est chargé :**

- d'appuyer les départements pour la sélection, la supervision et le suivi des Organisations Non Gouvernementales (ONG) locales et des Groupements Féminins (GF) ;
- de coordonner les activités des ONG nationales et internationales et autres partenaires ;
- de déterminer, de suivre et d'évaluer les interventions à base communautaire ;
- d'élaborer les documents de politique et de stratégies communautaires.
- de cartographier les actions des partenaires ;
- de renforcer la collaboration intra et inter sectorielle ;
- de renforcer le fonctionnement du Groupe des Facilitateurs « Faire Reculer le Paludisme ».

Il ressort de nos constats que ce service joue un rôle indéniable dans la lutte contre le Paludisme à travers son expérience de contractualisation avec les ONG nationales et les radios communautaires. De plus, il a contribué à rendre disponibles des documents stratégiques tels que la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, le Plan National de Communication/ Mobilisation Sociale et a fait naître une bonne collaboration avec la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la Direction de la Santé Familiale (DSF) etc.

**h°) Le Service Laboratoire et Chimio Sensibilité est chargé :**

- de suivre l'efficacité thérapeutique des antipaludiques ;
- de former et de superviser des techniciens de laboratoire ;
- de contrôler la qualité/assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme : microscopie, TDR biologie moléculaire ;

- de concevoir et d'élaborer les plans et documents nationaux de suivi de l'efficacité des antipaludiques et de faire des études sur les plantes médicinales ;
- de faire des interventions en urgence pharmacologique ;
- d'appuyer en matériels/réactifs les formations sanitaires etc.

Nonobstant toutes ses fonctions, notre état des lieux nous a permis de remarquer une baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

**i°) Le Service Lutte Anti Vectorielle Intégrée est chargé :**

- d'identifier les méthodes appropriées de lutte anti vectorielle ;
- de gérer les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'action (MIILD) et produits d'imprégnation ;
- de promouvoir les méthodes de lutte anti vectorielle intégrée ;
- de mettre en œuvre la lutte anti vectorielle intégrée ;
- d'assurer la pulvérisation intra domiciliaire etc.

Aucune œuvre humaine n'étant parfaite, nous avons noté tout de même des difficultés notamment l'inexistence d'un système de contrôle de qualité des moustiquaires, la distribution des moustiquaires non toujours orientée vers les cibles (femmes enceintes et jeunes enfants) et un climat favorable au développement des gîtes larvaires.

**j°) Le Service Administratif et Logistique est chargé :**

- d'assurer la gestion du personnel ;
- d'assurer la gestion du parc automobile ;
- d'assurer la coordination des commandes ;
- d'assurer la gestion logistique ;
- d'organiser matériellement les manifestations officielles, réunions, missions, séminaires et ateliers de formation ou de recyclage ;

- d'assurer la gestion des stocks des produits etc.

L'existence de ce service n'empêche pas la constatation de l'insuffisance du personnel impliqué dans la gestion du programme essentiellement aux niveaux intermédiaire et central.

**k°) Le Service Financier et Comptable est chargé :**

- d'assurer la garde des biens en valeur et en espèce ;
- d'assurer la mobilisation des fonds pour l'exécution du plan d'action du Programme ;
- d'assurer la tenue et la garde des documents comptables ;
- de co-signer les chèques émis par le coordonnateur ;
- de veiller, conformément aux textes en vigueur, à la consommation régulière des crédits alloués ;
- de procéder au paiement des dépenses etc.

A ce niveau, la faible consommation des crédits budgétaires est notée.

Mais en ce qui concerne l'allocation des fonds budgétaires, nous avons constaté une volonté politique manifeste pour l'éradication du paludisme.

Pour mener à bien sa mission et atteindre ses objectifs, le PNLDP dispose au niveau départemental d'une unité focale composée :

- d'un Médecin Paludologue ;
- d'un Assistant Social ;
- d'un Infirmier Diplômé d'Etat ;
- d'un Opérateur de Saisie ;
- d'un Conducteur de Véhicules Administratifs ;
- d'un Agent d'Entretien.

Conscients des ravages qu'entraîne le paludisme au sein de la population, la lutte contre le paludisme s'inscrit dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la

Pauvreté (CSLP). Elle s'organise à travers une approche multisectorielle soutenue par l'Etat et plusieurs partenaires techniques et financiers au nombre desquels figurent :

- la Banque Mondiale (BM) : elle s'engage à contribuer à la lutte contre le paludisme pour une période de quatre (04) ans. Cet appui financier permettra d'approvisionner le pays en antipaludiques à base d'Artémisinine et en moustiquaires imprégnées à longue durée d'action. La BM intervient à travers le Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme (PALP).
- l'OMS : elle accompagne le processus de lutte contre le paludisme à travers l'appui technique et financier à l'élaboration des documents de politique et de stratégies, le développement des capacités et la coordination, la planification, la mise en œuvre des activités et le Suivi/Evaluation des interventions.
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) : il intervient dans le secteur de la santé et focalise ses actions dans trois (03) zones sanitaires : Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè (dans le département du Plateau), Abomey/Djidja/Agbangnizoun (dans le Zou) et Sinendé/Bembèrèkè (dans l'Alibori). Le domaine d'avantage comparatif de l'UNICEF est la survie de l'enfant avec des interventions axées sur : la PCIME clinique, la PCIME communautaire et la recherche sur le TPI chez l'enfant.
- l'Agence Américaine pour le Développement International (l'USAID) : elle intervient dans la planification familiale, la lutte contre les mortalités maternelle et infantile, de même que les maladies infectieuses dont le paludisme. Ces activités se mènent grâce à l'Initiative du Président Bush pour la lutte contre le Paludisme (PMI). Les ONG internationales en l'occurrence la Population Services International (PSI) assurent le marketing social des moustiquaires

imprégnées, la promotion de la lutte contre le paludisme en milieu scolaire et au niveau communautaire. L'ONG AFRICARE, quant à elle, s'investit depuis 2003 dans la lutte contre le paludisme dans les départements du Mono et du Couffo avec l'appui financier du Fonds Mondial. Les interventions développées portent sur la prise en charge des cas, la prévention, la mobilisation des communautés et le plaidoyer pour l'accroissement des ressources. Elles ont permis d'améliorer les couvertures en MII au niveau communautaire et d'expérimenter la prise en charge du paludisme selon les directives de la nouvelle politique de lutte axées sur les CTA. Les actions de l'ONG AFRICARE sont soutenues par dans la même région du Bénin par celles de l'ONG Plan Bénin qui s'investit dans la PCIME communautaire et la promotion des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides ;

- le secteur privé : il apporte un appui pour la promotion des MIILD et l'organisation des Journées Africaines de lutte contre le Paludisme (JAP) ;
- les Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) : ils interviennent, quant à eux, pour assurer la disponibilité des médicaments dont les antipaludiques et des fournitures essentielles au niveau des formations sanitaires périphériques.

Suite à la restitution des mécanismes de fonctionnement, nous allons faire à présent la synthèse des observations faites.

## Paragraphe 2 : Synthèse de l'état des lieux au PNL

Des atouts et des problèmes ont été identifiés dans la structure d'accueil du stage. Au nombre de ceux-ci, nous avons :

### I°) INVENTAIRE DES ATOUS RELEVES (FORCES-OPPORTUNITES)

Au cours de nos investigations au PNL, des forces et des opportunités ont été relevées. Nous les regrouperons comme suit :

Tableau I : Tableau résumant les forces et opportunités observées

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
1-Expérience de contractualisation avec les ONG nationales et les radios communautaires ; 2-Disponibilité des documents stratégiques ; 3-Bonne collaboration avec la PCIME, la DSF etc.	1-Existence d'un environnement social favorable ; 2-Avènement de la décentralisation de l'administration territoriale avec des Plans de Développement Communaux ; 3-Engagement des partenaires ; 4-Engagement des acteurs communautaires (chefs d'établissements scolaires, leaders d'opinion, chefs religieux) ; 5-Disponibilité du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ; 6-Existence d'une volonté politique manifeste.

Source : Notre stage de Juin à Août 2008 au PNL

Ce ne serait pas judicieux de notre part d'occulter les obstacles observés dans la structure de stage.

## **II°) INVENTAIRE DES PROBLEMES RELEVES (FAIBLESSES MENACES)**

En dépit des atouts relevés, nous devons comprendre que le PNLP est aussi confronté à un certain nombre de difficultés c'est-à-dire des menaces et des faiblesses lors du déroulement de ses activités sur le terrain. Nous regroupons ces problèmes dans le tableau présenté comme suit :

Tableau II : Tableau résumant les faiblesses et menaces observées

<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
1-Faible vulgarisation des documents stratégiques et des résultats de recherche sur le paludisme au Bénin ; 2-Faible participation du secteur privé et autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le paludisme ; 3-Insuffisance de suivi des agents de santé après les formations ; 4-Planification insuffisamment coordonnée entre le PNLP et les Zones Sanitaires ; 5-Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave ; 6-Inexistence d'un système de contrôle de qualité des moustiquaires ; 7-Distribution des moustiquaires non toujours orientée vers les cibles (femmes enceintes et jeunes enfants) ; 8-Insuffisance de personnel impliqué dans la gestion du programme essentiellement aux niveaux intermédiaire et central ; 9-Faible consommation des crédits budgétaires ; 10-Inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD.	1-Subsistance des pesanteurs socioculturelles par rapport aux antipaludiques ; 2-Faible implication des autres acteurs ; 3-Climat favorable au développement des gîtes larvaires.

Source : Notre stage de Juin à Août 2008 au PNLP

Au vu de tous ces problèmes antérieurement énumérés, quelle problématique adopterions-nous pour l'étude ?

## **Section2 : Ciblage de la problématique de l'étude**

Il sera question à ce niveau de faire ressortir les problématiques retenues tout en insistant sur le choix de la problématique de l'étude.

### **Paragraphe1 : Choix et Spécification de la problématique**

Dans cette partie, nous tenterons de regrouper dans un premier temps les problèmes retenus sous problématique et dans un second faire un argumentaire sur le choix de la problématique de l'étude.

#### **I°) REGROUPEMENT DES PROBLEMES SPECIFIQUES PAR**

##### **PROBLEMATIQUE**

Trois problématiques ont été identifiées au cours de l'analyse.

##### **\* Problématique liée à la mise en œuvre des activités du PNLP ;**

- Problème Spécifique n°1 : inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD ;
- Problème spécifique n°2 : faible consommation des crédits budgétaires ;
- Problème Spécifique n°3 : baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

##### **\* Problématique relative à l'analyse des besoins du PNLP;**

- Problème spécifique n°1 : climat favorable au développement des gîtes larvaires ;
- Problème spécifique n°2 : faible implication des autres secteurs ;
- Problème spécifique n°3 : subsistance des pesanteurs socioculturelles par rapport aux antipaludiques ;
- Problème spécifique n°4 : insuffisance du personnel impliqué dans la gestion du programme essentiellement aux niveaux intermédiaire et central
- Problème spécifique n°5 : faible participation du secteur privé et autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le paludisme.

**\* Problématique liée au suivi des activités du PNLP ;**

- Problème spécifique n°1 : inexistence d'un système de contrôle de qualité des moustiquaires ;
- Problème spécifique n°2 : distribution des moustiquaires non toujours orientée vers les cibles ;
- Problème spécifique n°3 : planification insuffisamment coordonnée entre le PNLP et les Zones Sanitaires ;
- Problème spécifique n°4 : insuffisance de suivi des agents de santé après les formations ;
- Problème spécifique n°5 : faible vulgarisation des documents stratégiques et des résultats de recherche.

Nous présenterons à la page suivante, le tableau récapitulant les problématiques retenues.

Tableau III : Tableau récapitulatif des problématiques identifiées

Numéros	Libellés des problématiques	Problèmes généraux	Problèmes spécifiques
Problématique N°1	Problématique liée à la mise en œuvre des activités du PNLP	Exécution des activités du PNLP peu efficaces	*Inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD ; *Faible consommation des crédits budgétaires ; *Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.
Problématique N°2	Problématique relative à l'analyse des besoins du PNLP	Méthodes d'identification peu adaptées aux réalités du terrain	*Climat favorable au développement des gîtes larvaires ; *faible implication des autres secteurs ; *Subsistance des pesanteurs socioculturelles par rapport aux antipaludiques ; *Insuffisance du personnel impliqué dans la gestion du programme essentiellement aux niveaux intermédiaire et central ; *faible participation du secteur privé et autres secteurs de développement dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le paludisme
Problématique N°3	Problématique liée au suivi des activités du PNLP	Stratégies de suivi peu dynamiques	*Inexistence d'un système de contrôle de qualité des moustiquaires; *Distribution des moustiquaires non toujours orientée vers les cibles ; *Planification insuffisamment coordonnée entre le PNLP et les Zones Sanitaires ; *Insuffisance de suivi des agents de santé après les formations ; *Faible vulgarisation des documents stratégiques et des documents de recherche..

Source : Notre stage de Juin à Août 2008

Suite au détail sur les problématiques ci- dessus énoncées, nous allons repreciser le contexte de la problématique de notre recherche

## **II°) JUSTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE CIBLEE**

Nous mettrons l'accent dans ce passage sur les raisons qui nous ont poussé à retenir la problématique de l'étude.

### ***A°) Choix de la problématique***

Bien que les problèmes identifiés lors de l'état des lieux de base et regroupés sous différentes problématiques soient tous pertinents et assez importants à résoudre, ceux relatifs à la mise en œuvre plus efficace des activités du PNLN ont retenu notre attention et nous paraissent plus urgents à aborder. En effet, le PNLN s'est fixé des objectifs qu'il se doit d'atteindre en 2010. Pour ce faire, les activités entrant dans le cadre de la réalisation des objectifs du programme nécessitent une attention plus soignée ; ce qui nous amène à adopter la problématique suivante : problématique d'une mise en œuvre plus efficace des activités du PNLN. Cette problématique se rapporte au problème général : exécution peu efficace des activités du PNLN et regroupe les problèmes spécifiques suivants :

- Problème spécifique n°1 : inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD ;
- Problème spécifique n°2 : faible consommation des crédits budgétaires ;
- Problème spécifique n°3 : baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

Comment a été formulé le thème retenu ?

### ***B°) Formulation du sujet***

Parmi toutes les problématiques que nous avons dégagées, nous nous sommes proposées d'orienter notre recherche sur celle relative à l'efficacité de

l'exécution des activités du PNLP. Ainsi, en vue d'apporter notre modeste contribution à la résolution des problèmes liés à cette problématique, nous avons choisi de mener la présente étude autour du thème :

**« Contribution à l'amélioration du Programme National de Lutte contre le Paludisme ».**

Quelle est alors la stratégie adoptée pour résoudre les problèmes spécifiques retenus dans le cadre de cette étude ?

**Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique choisie**

Il est difficile de résoudre un problème sans rechercher les causes qui l'ont généré.

### **I°) IDENTIFICATION DES CAUSES SPECIFIQUES**

Nous nous intéresserons ici aux causes supposées à la base de ce problème.

#### ***A\*) Cause spécifique au problème spécifique n°1***

Dans le but de résoudre le problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD, nous allons essayer de sélectionner la cause la plus plausible parmi des causes supposées être à la base de ce problème.

Ainsi, lorsque nous retenons la réticence des communautés aux produits modernes proposés par le PNLP comme cause, il n'est pas certain que les résultats ultérieurs connaîtront une amélioration s'il n'y a pas un travail de fond au niveau du Programme.

Par ailleurs, le manque de volonté des autorités à rendre gratuits les CTA et MIILD nous semble également expliquer le problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux produits proposés par le PNLP. Toutefois, cette hypothèse ne nous paraît pas la meilleure car le Gouvernement béninois subventionne une bonne partie desdits produits.

En outre, en prenant le faible pouvoir d'achat des communautés comme cause de ce problème, nous pensons nous rapprocher davantage de la source du problème. En effet, le PNLP ne fait pas grande chose pour faciliter l'accès des médicaments aux populations même si la quantification des besoins en CTA se fait sur la base des schémas standardisés de prise en charge des données épidémiologiques sur le paludisme, de la structure de la population par tranche d'âge, de la fréquentation des centres de santé et du stock de sécurité. Ces données ne permettant pas une meilleure connaissance de la situation financière des populations, nous pouvons donc formuler l'hypothèse spécifique n°1 de la façon suivante : le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD.

***B\*) Cause spécifique au problème spécifique n°2***

Après analyse du problème de la faible consommation des crédits budgétaires, nous avons identifié le retard dans le décaissement des fonds budgétaires par l'Etat comme première cause spécifique. Mais cette cause ne nous semble pas justifier dans sa totalité le problème car cette dernière n'est pas propre seulement au PNLP.

Cette précédente idée nous amène ainsi à repenser le problème autrement. Les lenteurs dans les processus de passation ne constituent-elles pas la cause la plus plausible au problème spécifique n°2 ? Cette cause implique assurément le non-respect des procédures de passation des marchés publics ; en ce sens nos autorités doivent penser à une formation ou du moins à un recyclage des Agents de l'Etat.

Toutefois, une cause plus intéressante, nouvelle et qui englobe les causes précédemment identifiées est celle afférente aux lenteurs administratives. La cause supposée et qui est à la base du problème spécifique n°2 est donc celle des lenteurs administratives.

### ***C\*) Cause spécifique au problème spécifique n°3***

Ici, nous n'avons pu identifier que deux causes pertinentes.

Des observations de stage, nous avons remarqué . le taux de personnes souffrant du paludisme grave ne s'est pas amélioré. Le niveau des indicateurs obtenu lors de l'évaluation à mi-parcours du programme pour cette maladie est très faible. Tout ceci dit, nous pouvons supposer comme cause du problème, la complexité du traitement du paludisme grave.

Mieux encore, de nos investigations, nous pouvons déduire que notre pays ne dispose pas de moyens adéquats pour faire face à ce cas de paludisme. Ainsi la cause plausible qui a été retenue pour ce problème est le manque de formations sanitaires de référence.

Ne pouvant affirmer avec certitude que les causes supposées sont les causes réelles des problèmes spécifiques, nous formulerons d'abord les hypothèses spécifiques de la manière suivante :

## **II°) FORMULATION DES HYPOTHESES SPECIFIQUES**

Nous avons obtenu à l'issue de l'identification des causes supposées, trois hypothèses spécifiques qui se présentent comme suit :

- Hypothèse spécifique n°1 : le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD ;
- Hypothèse spécifique n°2 : la faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives ;
- Hypothèse spécifique n°3 : le manque de formations sanitaires de référence est à la base de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

Dans la suite de l'analyse, nous tenterons d'appréhender d'une part le cadre théorique et méthodologique de l'étude, les approches de solution et les conditions de leur mise en œuvre d'autre part.

**CHAPITRE DEUXIEME**  
DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX  
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

Dans ce chapitre, nous présenterons les objectifs visés, le Tableau de bord, la revue de littérature, les résultats de nos enquêtes et les approches de solution afin que l'efficacité du PNLN puisse être réalité en 2010.

## **Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude**

Quels sont les objectifs qui conduiront à l'établissement du Tableau de bord de l'étude ?

### **Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature**

La présentation du tableau de bord résumant le travail fait jusque là et l'exposé des écrits sur une gestion efficace des organisations feront l'objet de la réflexion à ce niveau.

#### **I°) DES OBJECTIFS DE L'ETUDE AU TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE**

Nous insisterons à présent sur une synthèse partielle de l'étude.

##### ***A°) Synthèse de l'état des lieux de base***

#### **1°) Enoncé des problèmes, hypothèses et objectifs relatifs à la recherche**

Il s'agit de résumer le travail fait jusque là.

Les problèmes à résoudre au PNLN et qui sont liés à l'exécution des activités sont essentiellement :

- Inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD ;
- Faible consommation des crédits budgétaires ;
- Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

Les hypothèses formulées se présentent de la manière suivante :

- le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD ;

- la faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives ;
- l'insuffisance de formations sanitaires de référence est à la base de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

Ainsi les objectifs fixés sont les suivants :

- Contribuer à la facilitation de l'achat des CTA et MIILD aux communautés ;
- Proposer des techniques afin d'adapter l'exécution du budget aux nouvelles réalités des Finances Publiques ;
- Proposer des actions spécifiques afin de rehausser le niveau des indicateurs du paludisme grave.

## **2°) Tableau de bord de l'étude**

En vue de réaliser l'étude de façon ordonnée et d'établir une cohérence dans le travail, nous allons réaliser le Tableau de bord de l'étude. C' est un outil qui fait état de la synthèse des préoccupations de l'étude. Il se présente comme suit :

Tableau IV : Tableau de bord de l'étude

Niveaux d'analyse	Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général	<b><u>Problème général</u></b> Exécution peu efficace des activités de lutte contre le paludisme	<b><u>Objectif général</u></b> Contribuer à l'amélioration de l'exécution du PNLP		
Niveaux spécifiques	1 <b><u>Problème spécifique n°1</u></b> Inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD	<b><u>Objectif spécifique n°1</u></b> Contribuer à la facilitation de l'achat des CTA et MIILD aux communautés	<b><u>Cause spécifique n°1</u></b> Faible pouvoir d'achat des communautés	<b><u>Hypothèse spécifique n°1</u></b> Le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD.
	2 <b><u>Problème spécifique n°2</u></b> Faible consommation des crédits budgétaires	<b><u>Objectif spécifique n°2</u></b> Proposer des techniques afin d'adapter l'exécution du budget aux nouvelles réalités des Finances Publiques	<b><u>Cause spécifique n°2</u></b> Lenteurs administratives	<b><u>Hypothèse spécifique n°2</u></b> La faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives.
	3 <b><u>Problème spécifique n°3</u></b> Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave	<b><u>Objectif spécifique n°3</u></b> Proposer des actions spécifiques afin de rehausser les indicateurs du paludisme grave	<b><u>Cause spécifique n°3</u></b> Insuffisance des formations sanitaires de référence	<b><u>Hypothèse spécifique n°3</u></b> La baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.

Source : Notre stage de Juin à Août 2008 au PNLP

Comment se présente l'évolution de la lutte contre le paludisme dans notre pays?

***B\*) Le paludisme au Bénin***

Le Bénin est un pays dont la situation sanitaire est essentiellement caractérisée par des pathologies tropicales variées, avec une prédominance des affections endémo épidémiques dont la plus importante est le paludisme. En raison de sa situation géographique, le Bénin se situe dans une zone d'endémie palustre stable et ne connaît pas d'épidémie. Dans ce contexte épidémiologique, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, particulièrement les primigestes, sont les plus vulnérables. Selon l'annuaire des Statistiques Sanitaires du Ministère de la Santé (2006), le paludisme se situe au premier rang des affections et représente aujourd'hui 39,7% des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires.

Les principales maladies au sein de la population générale reçue en consultation en 2005 par ordre décroissant sont présentées dans le tableau ci-dessus :

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

<b>Principales affections</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Paludisme	1046874	40%
Infection Respiratoire Aigue	364696	14%
Affections gastro-intestinales	174642	7%
Traumatismes	147247	6%
Diarrhées	126809	5%
Anémies	106687	5%
Affections dermatologiques	60896	2%
Autres affections oculaires	50823	2%
Hypertension artérielle	42379	2%
Affections uro-génitales	32563	1%
Reste des affections	515722	20%
<b>Total des cas</b>	<b>26367775</b>	<b>100%</b>

Source : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS)/Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)/Ministère de la Santé Publique (MSP), 2006

Après avoir brièvement présenté le contexte épidémiologique béninois, nous allons nous pencher sur les efforts que fournit le PNLN en matière de lutte antipaludique dans notre pays.

### **1°) Situation de la lutte antipaludique au Bénin**

La lutte contre le paludisme depuis les années 1990 jusqu'à ce jour a connu certains progrès qui ont été plus remarquables à partir de 2000, année où les programmes nationaux de lutte contre le paludisme des pays ont connu des réformes par l'introduction de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ». Les

différentes évaluations organisées au Bénin permettent d'apprécier les actions menées pour réduire les taux de mortalité imputables au paludisme.

Les résultats de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan stratégique quinquennal « 2001-2005 » du PNLP montrent à travers les indicateurs de suivi et d'évaluation une amélioration de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, du taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et de l'observance de la chimio-prophylaxie au niveau communautaire. Dans les formations sanitaires, seul l'indicateur sur la prise en charge des cas de paludisme simple a évolué favorablement. Celui de la prise en charge des cas de paludisme grave n'a pas connu une amélioration.

Le niveau de ces indicateurs se présente comme suit :

- a. le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures au sein de la communauté est passé de 18,5% en 2001 à 27,9% en 2004 ;
- b. le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides est passé de 4,4% en 2001 à 31,29% en 2004 ;
- c. le pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides est passé de 3,8% en 2001 à 28,65% en 2004. ;
- d. le pourcentage de femmes enceintes observant correctement la chimio-prophylaxie est passé de 43,3% en 2001 à 48,08% en 2004 ;
- e. le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant la fièvre ou le paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires est passé de 15,1% en 2001 à 33,33% en 2004 ;

- f. le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme grave correctement pris en charge dans les formations sanitaires est passé de 61,3% en 2001 à 14,67% en 2004 (source des données : Nouvelle Politique de Lutte contre le Paludisme).

## 2°) Stratégies de lutte contre le paludisme

Le Bénin, face à la recrudescence croissante de la résistance du plasmodium aux antipaludiques habituels, a eu à adopter les stratégies suivantes :

- g. la prise en charge des cas :ici, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine ont été pensées. Comme types de CTA proposées, on a l'Arteméther - Luméfantrine (Coartem) qui est le médicament de choix retenu pour le cas de paludisme simple, l'Artésunate - Amodiaquine (Arsucam) qui est utilisé en cas de non-disponibilité ou en cas d'intolérance au premier et chez l'enfant de moins de six mois et l'Artésunate forme injectable et suppositoire qui est réservé au traitement du paludisme grave en traitement de pré transfert avant la référence. La quinine demeure le médicament de choix pour le traitement des cas de paludisme grave ;
- h. la prévention à travers la lutte antivectorielle, le Traitement Préventif Intermittent et l'assainissement du milieu ;
- i. la surveillance épidémiologique, entomologique et les tests d'efficacité ;
- j. le suivi et l'évaluation des interventions et des activités ;
- k. la recherche etc.

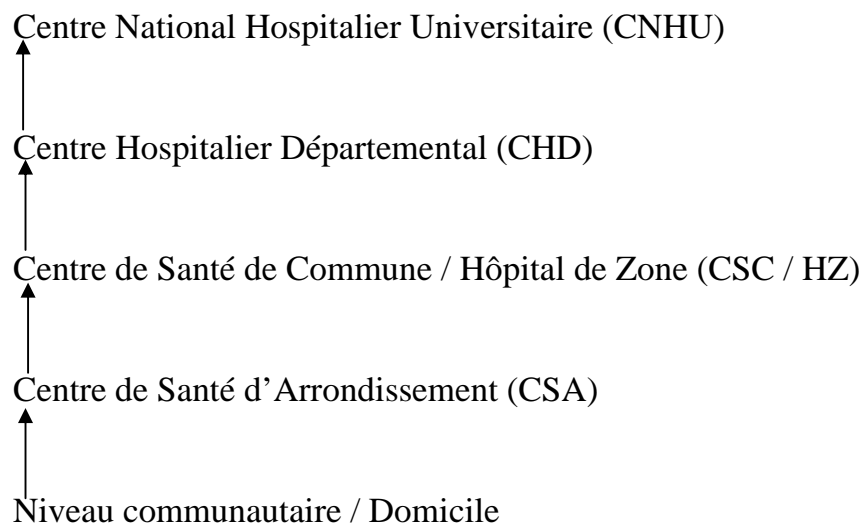
Quelles sont les directives de lutte contre le paludisme au Bénin ?

### 3°) Directives de lutte contre le paludisme

Le paludisme simple peut être pris en charge dans la communauté et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tandis que le paludisme grave ne se prend en charge que dans les formations sanitaires disposant de personnel ayant les compétences requises et dotées de structures d'hospitalisation avec un laboratoire adapté selon le niveau.

Les niveaux de référence se présentent dans l'ordre croissant au Bénin de la façon suivante :

Figure I : Niveaux de prise en charge des cas de paludisme au Bénin



Source : Rapport sur la Nouvelle Politique de Lutte contre le Paludisme

#### a°) Techniques de diagnostic du paludisme

Le diagnostic du paludisme comporte les aspects clinique et biologique. La détection de la maladie commence par le diagnostic clinique qui doit être confirmé par des examens biologiques. Les techniques / méthodes de diagnostic varient en fonction du niveau de prise en charge de la maladie.

\* la prise en charge au niveau communautaire est définie comme étant des soins pratiqués à domicile par le malade, un membre de la famille ou un relais communautaire/Agents de Santé à Base Communautaire (RC / ASBC) qui n'a pas la compétence d'un agent de santé. Pour le diagnostic du paludisme simple à domicile et au niveau communautaire, la fièvre ou corps chaud est le critère retenu et quant au paludisme grave, les signes généraux sont les suivants : troubles de conscience, incapacité de se nourrir, vomissements incoercibles, convulsions, ictère, pâleur des muqueuses ou anémie, urines foncées (coca cola), difficultés respiratoires.

\* Au niveau du Centre de Santé d'Arrondissement, le diagnostic du paludisme simple est basé sur la détection de la fièvre (température axillaire  $\geq 37^{\circ}5C$ ) ou antécédent récent de fièvre et autres signes associés. Chez les sujets âgés de plus de cinq ans, l'utilisation du TDR est nécessaire pour le diagnostic parasitologique. Quant au paludisme grave, les signes comme l'hypoglycémie, l'oligurie, l'état de choc, l'œdème pulmonaire, le saignement anormal s'ajoutent à ceux précédemment évoqués.

\* Au niveau du centre de santé communal, le diagnostic du paludisme simple est basé sur la détection de la fièvre (température axillaire  $\geq 37^{\circ}5C$ ) ou antécédent récent de fièvre et autres signes associés. Un examen clinique détaillé doit être fait pour éliminer les autres causes de fièvre. La recherche de la présence de parasites à l'examen microscopique avec détermination de la densité parasitaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Au cas où l'examen microscopique n'est pas possible, le TDR est utilisé pour confirmer le diagnostic chez les sujets âgés de plus de cinq ans. Ici, le diagnostic du paludisme grave est basé sur la reconnaissance de l'un des signes de danger ou de gravité cité plus haut.

\* Au niveau des hôpitaux (HZ, CHD, CNHU, Hôpitaux privés polyvalents), le diagnostic clinique du paludisme simple est également basé sur la détection de la fièvre (température axillaire  $\geq 37^{\circ}5C$ ) et autres signes associés. Un examen

clinique détaillé est obligatoire pour éliminer les autres causes de fièvre. La goutte épaisse / frottis sanguin est la méthode de référence utilisée pour confirmer le diagnostic. Ici, le diagnostic parasitologique Goutte Epaisse/Formation Sanitaire (GE / FS) est obligatoire pour confirmer le diagnostic et surveiller l'évolution de la maladie.

### **b°) Traitement du paludisme**

#### **\* Cas du paludisme simple**

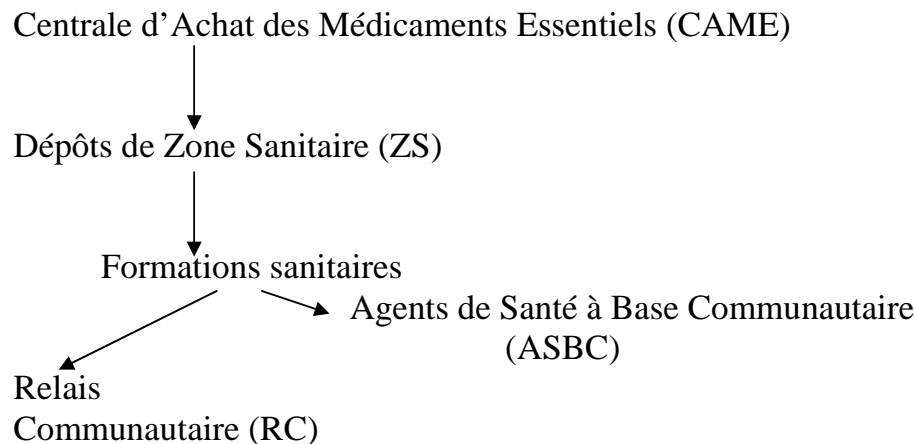
Au niveau communautaire, la stratégie de prise en charge chez l'enfant de moins de cinq ans à domicile est adoptée et mise en œuvre selon quatre (4) composantes essentielles : la promotion de l'utilisation des doses thérapeutiques des CTA, le développement d'une stratégie de communication efficace, la formation des relais communautaires et mères d'enfants, la supervision des relais communautaires.

Dans les formations sanitaires, l'Arteméther- luméfantrine (Coartem) est le médicament antipaludique à utiliser dans la prise en charge du paludisme simple, quelque soit le niveau de la pyramide sanitaire. Il est administré par voie orale à raison de deux (02) doses journalières pendant trois (03) jours. Toutefois, l'Artésunate- Amodiaquine (Arsucam ) est recommandée chez les enfants de moins de six mois et en cas de non disponibilité ou en cas d'intolérance à l'Arteméther-luméfantrine. Les traitements adjuvants sont : le paracétamol ou l'Acide Acétyl-Salicylique (AAS) par voie orale, l'enveloppement humide (surtout chez l'enfant) en cas de fièvre ou température axillaire  $\geq 38^{\circ}5C$ , le fer et l'acide folique en comprimé, en cas de pâleur palmaire légère (ou anémie légère).

Pour bien illustrer ce passage, nous présentons ici, un schéma habituel de distribution des médicaments essentiels à partir des magasins centraux de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) vers les dépôts

répartiteurs des Zones Sanitaires (ZS) à partir duquel les centres de santé et autres structures de la zone vont s'approvisionner.

Figure II : Circuit de distribution des CTA



Source: Rapport sur la Nouvelle Politique de Lutte contre le Paludisme

\* Cas du paludisme grave

La prise en charge du paludisme grave se fait en hospitalisation uniquement dans les formations sanitaires de référence. Toutefois, un traitement de pré transfert et une référence bien organisée doivent être assurés dans les formations sanitaires périphériques n'ayant pas le plateau technique d'un centre de référence. La prise en charge d'un cas de paludisme grave comporte le traitement d'urgence des menaces vitales (coma, convulsions, hypoglycémie, anémie sévère, etc), une surveillance rigoureuse des constantes vitales, de l'état de conscience et de la diurèse, le traitement antipaludique spécifique avec les sels de quinine par voie parentérale, le nursing si le malade est comateux.

La quinine est utilisée en perfusion intra veineuse dans du sérum glucosé 10% à raison de 30mg/kg/jour en trois prises. Le relais est pris par voie orale dès que possible et la durée totale du traitement est de sept ( 07) jours.

## II°) REVUE DE LITTÉRATURE LIÉE A L'EFFICACITÉ D'UNE ORGANISATION

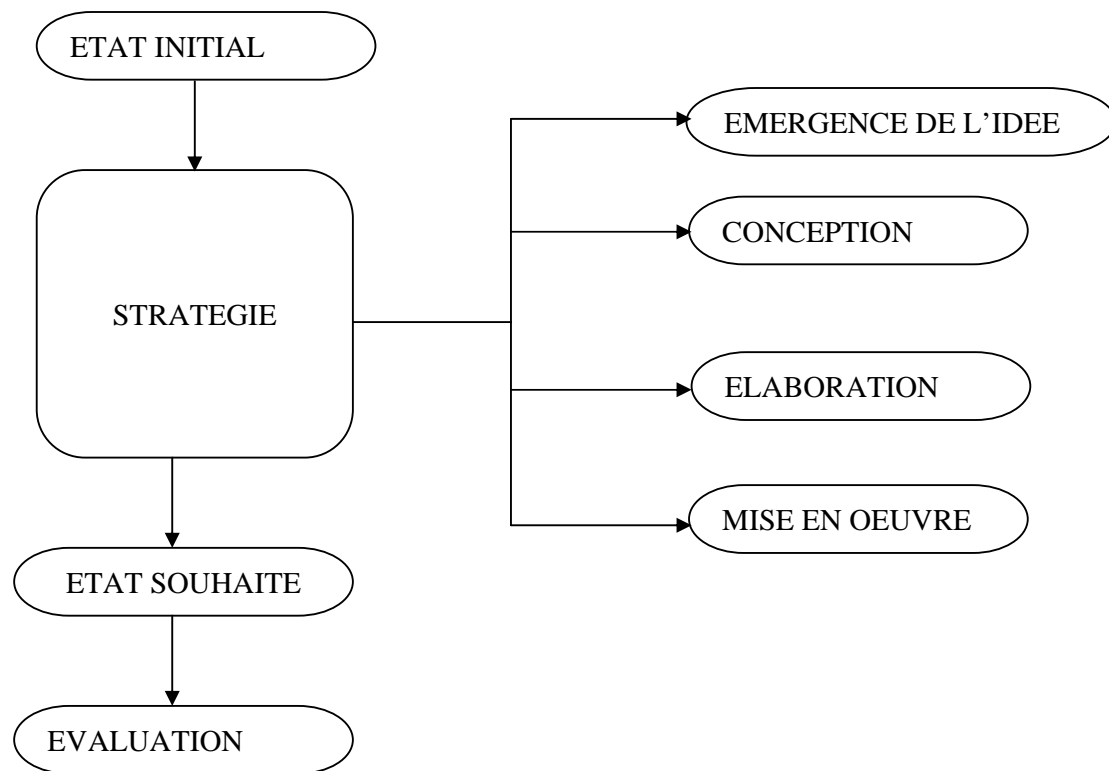
### *A°) Contributions antérieures à la résolution des problèmes*

L'une des conditions essentielles de réussite est que le projet soit l'affaire de tous et pas seulement dans la mise en œuvre. L'adhésion unanime ne doit pas être recherchée à tout prix. Tous les partenaires n'épouseront pas la vision proposée par scepticisme, par incrédulité ou pour masquer leur incompetence ou leur lassitude. On s'appuiera sur les locomotives, les champions mais on négligera pas les collaborateurs chez lesquels sont perceptibles des aptitudes à l'organisation, à l'enrichissement des tâches. Une phase de maturation sera nécessaire afin que le projet n'apparaisse pas comme une obligation formelle mais il ne faut pas attendre passivement que la situation soit propice.

Mais trop souvent, enthousiasmé par l'idée, on veut passer rapidement à l'action, ce qui provoquera beaucoup d'agitation. A l'opposé, par souci de perfectionnement, on s'éternise parfois dans des études préalables, on en commissionne et on retarde constamment le passage à l'action.

Tout projet, quelque que soit son ampleur, suppose le respect d'une chronologie résumée à la figure représentée ci-après :

Figure III : Les étapes d'un projet



Source : Management de l'administration

D'emblée, il nous faut prévenir une objection. La démarche, telle qu'elle est décrite, peut paraître exigeante, voire excessive. Dans la réalité, la dimension du projet et les circonstances ne nécessiteront pas le recours à toutes les composantes. Il n'y a aucune commune mesure entre un service, dont le personnel envisage d'améliorer le cadre de travail, et une compagnie d'assurance qui veut se développer en abordant de nouveaux marchés. L'essentiel est de faire route ensemble, d'orienter un maximum d'énergies vers un objectif commun, de créer la cohésion.

Dans le même sens, pour piloter correctement une organisation, le management doit également disposer, parmi d'autres outils de gestion, d'un tableau de bord réunissant des informations essentielles sur sa situation et sur l'évolution. Ce tableau n'est cependant pas l'apanage du Conseil d'Administration, de la direction générale ou de l'état-major. Tout manager peut

être amené à tenir un tableau de bord personnel, soit parce que cette pratique est généralisée dans l'organisation, soit parce qu'il désire contrôler la bonne marche de son secteur d'activité et qu'il veut être en mesure de répondre rapidement à des demandes de la hiérarchie, de ses collègues ou de l'extérieur. Il devrait même encourager ses collaborateurs à agir dans le même sens et les familiariser avec cet outil.

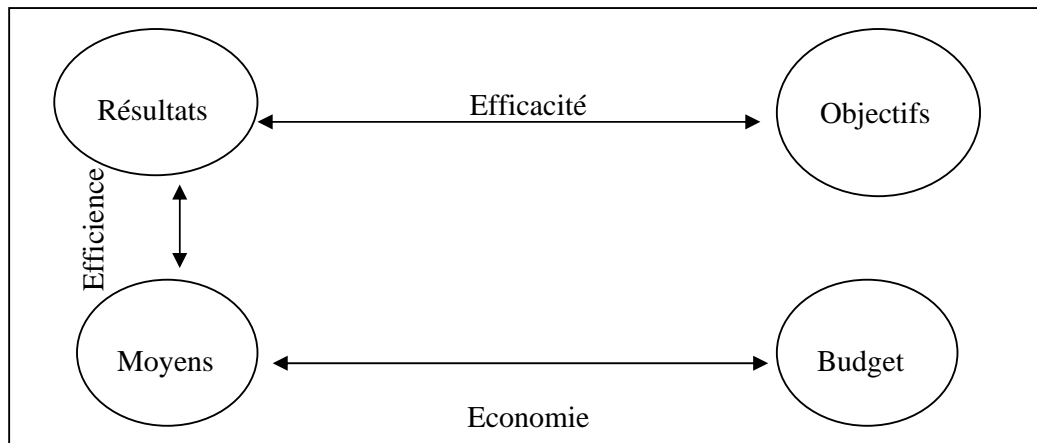
Le tableau de bord est un outil de mesure, de contrôle et de communication. Il se présente sous la forme d'un support visualisant des informations essentielles, sélectionnées en fonction d'objectifs préalablement définis, concernant une organisation ou une partie de celle-ci .

La plupart des tableaux de bord d'une administration peuvent être regroupés autour de trois grandes notions :

- l. l'efficacité qui correspond à l'atteinte d'un objectif et se mesure par le rapport entre les résultats obtenus et cet objectif ;
- m. l'efficience qui s'apparente à la productivité et qui vise à atteindre l'objectif avec une économie de moyens. Elle se mesure par le rapport entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus ;
- n. l'économie budgétaire qui recouvre les notions d'efficacité et d'efficience et se mesure par le rapport entre le budget affecté et les moyens mis en œuvre.

La figure ci- dessous permet de visualiser les rapports entre les différents éléments d'un système de gestion. (AMIÉL Michel, Management de l'administration, P175, 179, 224, 225,226,227).

Figure IV : Rapport entre les éléments d'un système de gestion



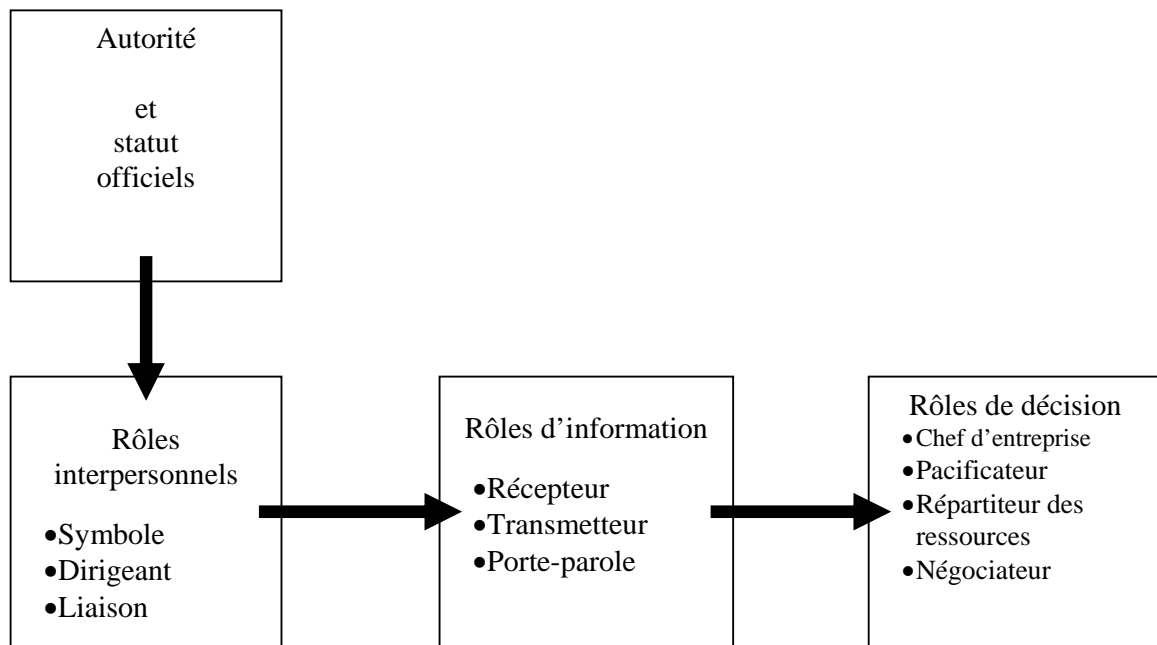
Source : Management de l'administration

Par ailleurs, signalons que selon Henry Mintzberg, il y a dix rôles différents qui incombent aux managers :

- les rôles interpersonnels ;
- le rôle de dirigeant ;
- le rôle de liaison ;
- le rôle de récepteur ;
- le rôle de transmetteur ;
- le rôle de porte-parole ;
- le rôle de chef d'entreprise ;
- le rôle de pacificateur ;
- le rôle de répartiteur des ressources ;
- le rôle de négociateur.

La figure ci-dessous illustre les rôles des managers dans les organisations.

Figure V : Rôles des managers



Source : Management des organisations

***B\*) Exposé des contributions antérieures sur le problème général***

Qu'est-ce que l'efficacité organisationnelle?

La réponse à cette question est loin d'être aussi simple qu'on pourrait le croire. Si les écrits abondent dans ce domaine de recherche et d'intervention, il n'y a pas de consensus ni sur la définition du concept, ni sur la façon de l'évaluer.

Plusieurs notions sont liées à l'efficacité : le rendement, la productivité, l'économie et l'efficacité sont les plus connues. D'autres termes sont aussi associés tels que la santé, la réussite, le succès et l'excellence.

En effet, mesurer l'efficacité organisationnelle, c'est prononcer un jugement sur une organisation, fondé sur un certain nombre de critères, qui sont des résultats souhaités, désirables, recherchés.

D'une manière générale, une organisation est efficace dans la mesure où elle fait bien (ou peut bien faire) ce qu'on attend d'elle. En d'autres mots,

l'efficacité organisationnelle est un jugement que porte un individu ou un groupe sur l'organisation, et plus précisément sur les activités, les produits, les résultats ou les effets qu'il attend d'elle. De ce fait, le choix des critères et l'appréciation qui s'ensuit dépendent des intérêts et des valeurs de ceux qui évaluent l'organisation, ainsi que de l'usage qu'ils veulent en faire. Parmi les individus et les groupes qui peuvent avoir des intérêts à l'égard de l'organisation, il y a les investisseurs (créanciers, actionnaires, fournisseurs etc.), les producteurs (administrateurs, gestionnaires, employés), les clients (distributeurs, consommateurs), les organismes régulateurs (gouvernement, associations).

Dans chacune des écoles de pensée relatives à l'organisation recensées, on peut inférer les groupes de pression qui seront privilégiés par l'évaluation de l'efficacité organisationnelle. Ainsi, dans les conceptions classiques de l'organisation, dont l'école bureaucratique et l'école des relations humaines sont les représentants phares, l'efficacité organisationnelle se mesure par l'atteinte des objectifs formels, lesquels sont présumés connus et partagés par les membres. L'évaluation de la performance nécessite donc de définir quels sont les objectifs poursuivis. Inévitablement, il faut identifier qui fixe les objectifs à atteindre dans une organisation. Les valeurs et les intérêts de ces personnes à l'égard de l'organisation ont une influence certaine sur le processus et les critères de l'évaluation de l'organisation.

Dans l'école de pensée systémique, l'efficacité organisationnelle est évaluée à travers les processus de l'organisation plutôt que les buts qu'elle veut atteindre. Les tenants de ces conceptions tentent de résoudre le problème des biais dans la mesure de l'efficacité en postulant que toutes les organisations peuvent se conformer au modèle général des systèmes et, de ce fait, ils considèrent alors leurs critères d'efficacité comme libres de biais. Cette façon de penser peut avoir des conséquences fâcheuses sur l'évaluation des organisations

en raison de la tendance à ignorer les valeurs implicites, celles-ci étant souvent celles des scientifiques ou des spécialistes de la recherche.

Enfin, dans les conceptions des constituants multiples, l'efficacité organisationnelle est jugée par divers groupes qui ont des intérêts à faire valoir dans une organisation. La question des valeurs est ouvertement posée par les protagonistes de cette approche. Bien que les valeurs des multiples constituants soient reconnues, il faut définir un métacritère qui puisse tenir compte des intérêts de chaque groupe et représenter la véritable performance de l'organisation. Quatre métacritères ont été définis jusqu'à présent : le relativisme, le pouvoir, la justice sociale et la légitimité sociale (E. M. Morin, A. Savoie, G. Beaudin, L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures, P 3, 4, 5, 6 ).

Abordons maintenant les théories énoncées en ce qui concerne les problèmes spécifiques.

### ***C\*) Exposé des contributions antérieures sur les problèmes spécifiques***

#### **1°) La notion de l'équilibre économique général pour aborder le problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD**

Une situation économique est en « équilibre général », si, compte tenu des informations disponibles et des usages en cours, aucun agent isolé (entreprise ou ménage) et aucun groupe d'agents n'ont intérêt à modifier leurs décisions.

L'équilibre est donc la situation normale à laquelle il faut s'attendre dans un système économique donné, car elle suppose essentiellement que les agents poursuivent leurs buts propres : maximisation du profit pour les entreprises et de l'utilité pour les consommateurs. Plusieurs notions d'équilibre sont possibles puisqu'il faut préciser les informations des agents et les usages en cours. Il est cependant convenu que l'information acquise doit être « réaliste », ni trop faible

ni trop complète et que les usages ne doivent pas être trop facilement violés par les agents...

Il peut alors sembler facile de déterminer un équilibre à partir de n'importe quel modèle économique précisant les agents et leurs possibilités. La difficulté provient de la compatibilité des comportements individuels. Essentiellement il faudra que chaque désir d'acheter rencontre un désir de vendre pour tous les marchés possibles :

- **l'équilibre et les consommateurs :**

A l'équilibre, chaque consommateur commence par acheter ce qui lui convient, compte tenu des prix et de ses goûts. Nous exigeons qu'il s'en tienne là, plus précisément qu'il n'ait pas intérêt à entreprendre des trocs en tant que consommateur. Ceci sera obtenu avec un système de prix commun à tous. Pour le démontrer, supposons que j'achète un produit 15F et que mon voisin le paye 10F. Je demande alors à mon voisin d'acheter à ma place, éventuellement en lui accordant un pourboire : tout le monde y gagnera, mais le prix de 15F n'a plus aucun sens ; les prix doivent être communs à l'équilibre...

- **l'équilibre et les producteurs :**

Les producteurs achètent leurs consommations intermédiaires aux mêmes prix. Leur objectif est de maximiser leur profit compte tenu des possibilités techniques : ici commencent les difficultés.

Chacun comprend que les entreprises, par des ententes verticales ou au sein d'une même branche, peuvent augmenter leurs bénéfices. Notre définition générale citait les « usages en cours ». Si les ententes ou même les fusions en trusts, en cartels, en syndicats professionnels actifs sont considérés comme des usages tolérés, on parlera d' « équilibres monopolistiques » ou d' « équilibres non concurrentiels ». Reste alors le cas des « équilibres concurrentiels »...

Deux entreprises vendant le même type de bien afficheront à l'équilibre le même prix. Dans le cas contraire, les acheteurs bouderaient le produit plus cher avec à nouveau l'idée d'une information parfaite sur les prix. A l'équilibre, tout se

passé donc comme si les produits étaient « donnés », c'est-à-dire imposés aux producteurs et consommateurs. Personne n'a la possibilité de les modifier sans être immédiatement pénalisé. On dit alors que les agents en régime concurrentiel, sont « preneurs de prix », ils prennent les prix d'équilibre comme des données, ceci constituant une définition très générale de la concurrence, du moins à court terme. Reste alors à expliquer le niveau de ces prix d'équilibre et comment ils sont obtenus en pratique.

Soit, pour un produit de prix  $p$ , une demande globale des acheteurs  $D(p)$  et une offre globale des vendeurs  $S(p)$ . A l'équilibre, le prix  $p^*$  doit assurer l'égalité :

$$\text{Demande } D(p^*) = \text{Offre } S(p^*)$$

Supposons en effet une « demande nette excédentaire », autrement dit :

$$D(p) - S(p) \geq 0$$

Alors, certains consommateurs ne trouveront pas l'article désiré au prix  $p$ . Leurs projets de consommation ne maximiseront pas leurs utilités respectives, ce qui est contraire au principe d'équilibre.

Dans le cas d'une « demande nette déficitaire », autrement dit :

$$D(p) - S(p) < 0,$$

Certaines entreprises ne pourront pas vendre toutes les marchandises, ce qui n'est pas le meilleur moyen de maximiser le bénéfice !

Les prix d'équilibre permettent donc d'égaliser les offres et les demandes pour tous les produits et tous les facteurs. François ETNER, Microéconomie, collection 1<sup>er</sup> cycle, P 207, 208, 209)

## **2°) Une bonne gestion matérielle et financière pour aborder le problème de la faible consommation des crédits budgétaires**

Les dirigeants d'entreprises commerciales et industrielle disposent d'une grande liberté de manœuvre pour vendre, investir, emprunter...Ces opérations

ne sont évidemment pas exemptes de risques : de grands patrons qui ne sont cependant pas des joueurs de poker ont vécu des mésaventures et y ont perdu leur réputation.

Dans les administrations- surtout du secteur public-les décideurs et, a fortiori, l'encadrement intermédiaire sont soumis à des règles, à des procédures et à des contrôles qui se sont multipliés ces dernières années. Et si un administrateur peut être renversé par les actionnaires, un élu doit être attentif aux réactions de son électorat. L'élaboration, la présentation et l'exécution du budget doivent répondre à des exigences légales et, dans le secteur public, obtenir l'aval des autorités de tutelle. Dans les administrations publiques encore, des procédures contraignantes réduisent considérablement l'autonomie en matière d'investissement et de commandes d'équipements et de fournitures et découragent parfois des initiatives louables. La conjoncture n'est pas faite pour arranger les choses. Beaucoup d'administrations du secteur privé ne sont pas épargnées.

Beaucoup d'administrations organisent d'ailleurs des formations spécifiques à ce sujet. Rappelons cependant que tous les managers quelque soit leur niveau de responsabilité sont concernés par la gestion financière et matérielle et doivent agir en conséquence.

- **Le budget :**

Les prévisions de recettes et de dépenses sont arrêtées par le Conseil d'administration, la direction générale ou le pouvoir politique selon la nature des administrations. Dans le secteur public, la négociation et les compromis qui en résultent sont les normes. Beaucoup de managers sont sans doute consultés mais, en définitive, demeurent des exécutants. Leur degré d'influence dépend de leur position hiérarchique mais également d'autres facteurs : la solidité de leur argumentation, leur position de conviction, leurs aptitudes à établir et à maintenir de bonnes relations avec les décideurs, leur vision à terme et notamment leur capacité à dégager des priorités.

- **L'information :**

Certains managers font le blocus de l'information. Tous les travailleurs devraient être au courant des grandes orientations budgétaires, des crédits qui sont alloués à leur unité de travail, de l'utilisation qui en est prévue et qui en est faite effectivement. Cette diffusion peut entraîner des suggestions intéressantes en retour. Une telle attitude peut aussi contribuer à la responsabilisation de chacun.

- **L'utilisation des ressources :**

Certains cadres soucieux d'apparaître comme des gestionnaires avisés aux yeux de la hiérarchie freinent délibérément les dépenses même si les employés doivent travailler dans des conditions peu décentes et avoir recours à des expédients.

A l'opposé, se situent les accapareurs qui se doublent parfois de gaspilleurs. Ils estiment que tout leur est dû et ignorent les besoins des autres services. Pour autant qu'ils soient proches des décideurs ou bien perçus, ils obtiendront satisfaction, même si les fournitures ou l'équipement demandés ne se justifient pas. Ils pourront se prévaloir auprès des employés d'avoir défendu les intérêts du service...

Un juste milieu peut être recherché en veillant à établir des estimations budgétaires en rapport avec les besoins réels.

- **La comptabilité analytique :**

Dans le secteur public, cette comptabilité qui permet de déterminer avec précision le coût réel d'un service n'est guère utilisée, probablement par manque de temps et de formation mais aussi parce que certaines dépenses sont globalisées au lieu d'être ventilées.

- **La maintenance :**

La gestion matérielle inclut la maintenance, c'est-à-dire l'ensemble des opérations visant à maintenir ou à rétablir un bien dans un état spécifié ou en mesure d'assurer les services prévus. La maintenance peut être préventive ( afin

de réduire les probabilités de défaillance) ou corrective (après défaillance).(Michel AMIEL, Management de l'administration, P 173 , 174 ,175)

### **3°) Renforcement des méthodes d'analyse des besoins des formations sanitaires pour aborder le problème de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave**

Etape essentielle à l'origine de tout développement, l'expression et l'analyse du besoin n'est pas une mince affaire ! Surtout qu'une bonne analyse des besoins focalise les efforts à venir et sert de boussole pour réussir nos projets, matérialiser nos idées et réaliser nos rêves.

Lorsqu'on veut réaliser quelque chose, un produit ou service, on devrait respecter un certain nombre d'étapes :

- l'étude préalable : elle consiste à dégrossir le besoin exprimé, à le formaliser de manière synthétique de façon à ce que chacun sache ce que sont le sujet de l'étude et son périmètre.

On peut aussi réaliser dans cette étude préalable un tour d'horizon des « solutions » pour remplir le besoin. Ces solutions peuvent être les solutions du marché, ou des solutions spécifiques apportées par un prestataire externe et interne. Cette étude permettra d'écarter a priori soit des solutions en décalage avec le besoin général, soit des solutions qui ne correspondent pas aux contraintes de l'entreprise en matière de planning, de budget, de sécurité...

Le résultat de cette étape est un document d'étude préalable.

- l'analyse détaillée du besoin : elle consiste à définir de manière précise et exhaustive le besoin. Cette étude consistera à mettre en œuvre un certain nombre d'outils d'analyse qui permettront de modéliser le besoin et de le rendre compréhensible par ceux qui vont le couvrir. Le document résultant de l'étude est rédigé dans un langage compréhensible par celui

qui a exprimé le besoin, afin qu'il puisse valider que cette expression traduise bien les besoins initiaux. Le résultat de cette étape est un document d'étude détaillé du besoin.

- l'analyse fonctionnelle : elle consiste à définir les fonctions que le produit ou service devra remplir. Chacune des fonctions doit être qualifiée par un niveau de performance. Les fonctions seront hiérarchisées entre elles afin de préparer d'éventuels arbitrages si on ne peut techniquement ou financièrement réaliser toutes les fonctions. Le résultat de cette étape est un document d'analyse fonctionnelle.
- l'analyse technique : elle consiste à choisir ou concevoir des solutions techniques qui vont remplir les différentes fonctions et assurer leur niveau de performance .Ce travail est réalisé par les techniciens du sujet qui vont décrire les solutions techniques de manière détaillée. Le résultat de cette étape est un document d'analyse technique.
- la réalisation : elle consiste à fabriquer, acheter, paramétrer la solution technique choisie dans le document d'analyse technique. Cette étape est réalisée par les techniciens qui vont aussi tester sur le plan technique la solution pour savoir si elle fonctionne bien (pannes, maintenance etc). Le résultat de cette étape est le produit ou le service.
- les tests : il faut maintenant que le client utilisateur vérifie si le produit service est conforme à ses exigences et remplit son besoin. Pour ce faire, il va définir des scénarios de tests qui vont permettre de mettre en œuvre le produit service et vérifier sa conformité avec ce qui a été décrit dans l'analyse détaillée du besoin. Cette étape doit être réalisée par les futurs utilisateurs ou leurs représentants, ce sont eux qui définissent les scénarios et pas le concepteur et le technicien .Le résultat de cette étape est le procès-verbal de conformité.

- la mise en production : cette étape consiste à mettre en service ou en vente les produits ou services réalisés. Cependant ces produits services nouveaux vont rester « sous surveillance » pendant une durée donnée définie au départ du projet en fonction des enjeux, des coûts...Le résultat de cette étape est un procès-verbal de fin de projet.(HELLRIE EL, Don, Management des organisations, 2<sup>ème</sup> édition, P 173 ,174, 175)

Nous passerons dans la suivante partie à l'exposé des outils choisis pour conduire notre méthodologie de recherche

## **Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche liée à l'amélioration de l'exécution du Programme National de Lutte contre le Paludisme**

L'exposé de cette partie nous permettra dans un premier temps de retenir pour chaque problème spécifique une approche théorique parmi les contributions développées antérieurement et dans un deuxième temps de présenter la dimension empirique de l'étude.

### **I°) APPROCHES THEORIQUES RETENUES**

Les normes et les outils d'analyse liés aux problèmes retiendront notre attention ici.

#### ***A°) Approche théorique liée au problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD***

##### **1°) Les normes ou repères d'amélioration**

Une meilleure connaissance de la demande des clients utilisateurs par rapport aux CTA et MIILD c'est-à-dire leur pouvoir d'achat est nécessaire afin de trouver le juste milieu entre l'offre du PNLP et la demande de la population.

Nous retiendrons ici l'approche de François ETNER qui préconise qu'à l'équilibre, le prix doit assurer l'égalité : Demande = Offre

## **2°) Outils d'analyse des données collectées : seuil de décision**

Le seuil de décision tiendra compte d'une part des données du guide d'entretien et d'autre part du questionnaire adressé à la population.

Pour les données du guide d'entretien, nous allons retenir comme causes réelles du problème, les réponses identiques recueillies auprès de la majorité des responsables rencontrés.

En ce qui concerne le questionnaire, seules les données qui auront réuni un poids supérieur ou égal à 50% de la fréquence calculée seront identifiées comme les vraies causes de ce problème.

## ***B°) Approche théorique liée au problème de la faible consommation des crédits budgétaires***

### **1°) Normes ou repères d'amélioration**

L'établissement des estimations budgétaires en rapport avec les besoins réels du Programme s'avère absolument indispensable pour améliorer la consommation des crédits budgétaires. A ce titre, l'implication de toutes les parties impliquées de près ou de loin dans les activités du PNLN lors des prévisions budgétaires et la tenue des tableaux de bord seront retenues comme approches théoriques nécessaires pour participer à l'éradication de ce problème. Ce qui permettra de réduire un temps soit peu les retards souvent observés.

### **2°) Outils d'analyse des données : seuil de décision**

Les causes réelles à la base de la faible consommation des crédits budgétaires seront retenues grâce à un seuil de décision qui sera fixé

respectivement pour les questions ouvertes et les questions fermées du guide d'entretien.

Ainsi en ce qui concerne les questions n°9 et n°11, du guide d'entretien, les causes à retenir seront celles relatives aux réponses obtenues de la majorité des enquêtés.

***C\*) Approche théorique liée au problème de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave***

**1°) Normes ou repères d'amélioration**

L'organisation n'est pas seulement un système d'actions mais aussi un système de décisions déterminant l'orientation des activités des différentes parties du système organisationnel. Toute décision comporte un choix, ou mieux la sélection d'une action possible parmi un ensemble de possibilités. Nous retiendrons à ce titre l'approche proposée par Hugues MARCHAT. Cet auteur a présenté la place qu'occupe l'analyse du besoin dans un projet par les étapes suivantes :

- l'étude préalable ;
- l'analyse détaillée du besoin ;
- l'analyse fonctionnelle ;
- l'analyse technique ;
- la réalisation ;
- les tests ;
- la mise en production.

**2°) Choix d'outils d'analyse : seuil de décision**

Les causes de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave seront essentiellement identifiées sur la base des questions ouvertes et des questions à choix multiples.

Le seuil à retenir sera le point de vue obtenu de la majorité des enquêtés.

## **II°) DIMENSION EMPIRIQUE**

La dimension empirique vise à mettre en exergue les méthodes d'enquêtes envisagées. Ce travail sera réalisé de la façon suivante :

- présentation des objectifs de l'enquête ;
- présentation des techniques utilisées.

### **A°) Nature de l'enquête**

#### **1°) Types d'enquêtes adoptées**

Deux types d'enquêtes ont été utilisées afin d'atteindre les objectifs de l'étude : une enquête interne et une enquête externe.

Dans le premier cas, il s'est agi d'un guide d'entretien directif dont les enquêtés étaient certains responsables à divers niveaux du PNLDP.

Dans le second, nous avons réalisé un questionnaire qui était adressé à la population.

#### **2°) Objectifs visés par l'enquête**

Nos enquêtes ont pour objectif général de vérifier les différentes hypothèses formulées dans le travail de recherche. Ainsi, d'une manière spécifique, les enquêtes nous permettront de voir si :

- le faible pouvoir d'achat des communautés explique réellement leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD ;
- la faible consommation des crédits budgétaires est effectivement due aux lenteurs administratives ;
- la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est effectivement liée à l'insuffisance de formations sanitaires de référence.

Quelles sont les techniques retenues pour la confirmation ou non des données précédemment identifiées ?

***B\*) Techniques d'enquête utilisées***

**1°) Identification de la population mère**

Dans le cadre de l'enquête interne, la population ciblée est le personnel du PNLN.

S'agissant de l'enquête externe, nous avons choisi comme population mère, deux cents (200) personnes, bénéficiaires des actions du PNLN. Dans cette population, la variable sexe nous a permis d'enquêter cent (100) hommes et cent (100) femmes choisis à Cotonou et à Lokossa.

**2°) De l'échantillonnage aux outils de présentation des données**

Ici, nous avons travaillé sur la base d'un taux d'échantillonnage de 25%. Ainsi, la taille de l'échantillon retenu est de 50, cette donnée a été obtenue de la façon suivante :

**Taille de l'échantillon = Taille de la population mère x Taux d'échantillonnage**

Par ailleurs, nous nous sommes référés aux techniques probabilistes et plus précisément à une combinaison des techniques d'échantillonnage de hasard stratifié et de l'échantillonnage en grappes. Cette technique est retenue d'une part à cause de l'hétérogénéité de la population mère et de la grande taille de cette dernière d'autre part.

Abordons à présent la dernière phase de notre étude.

## **Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions**

**Paragraphe 1** : De l'organisation des enquêtes à l'analyse des résultats obtenus

### **I°) DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX LIMITES DES DONNEES**

Nous mettrons l'accent ici sur les méthodes qui nous ont permis de réaliser les enquêtes.

#### ***A°) Préparation et réalisation des enquêtes***

##### **1°) Préparation des enquêtes**

Les enquêtes ont été réalisées sur la base d'un questionnaire et d'un guide d'entretien directif.

Les questionnaires sont adressés aux clients du PNLP c'est-à-dire les bénéficiaires des actions de ce programme. Ces questionnaires ont été testés aux fins de les reformuler et de faciliter la compréhension des enquêtés.

Quant au guide d'entretien, il est adressé au personnel du lieu de stage.

##### **2°) Réalisation des enquêtes**

Nous avons effectué deux types d'enquête dans le cadre de notre recherche. Il s'agit dans un premier temps d'une enquête interne réalisée à partir d'un entretien avec le personnel et dans un deuxième temps d'une enquête réalisée auprès des consommateurs des produits du PNLP. Soulignons que ces enquêtes ont été réalisées dans les villes de Cotonou et de Lokossa du 10 au 24 juillet 2008.

Toutefois, nous nous sommes vus confronter à des obstacles au cours des recherches.

## ***B\*) Conditions critiques observées lors des enquêtes***

### **1°) Difficultés rencontrées**

Les difficultés rencontrées lors de la réalisation des enquêtes se situent tant au niveau interne qu'externe.

Au niveau interne, les rencontres avec les responsables de la structure ont été plusieurs fois reportées car ceux-ci étaient souvent occupés pour des raisons de service.

En ce qui concerne les enquêtés externes, bon nombre de consommateurs refusent d'apporter leur contribution à l'étude sous prétexte qu'ils sont pressés ou qu'ils ne sont pas la vraie cible.

Certains par ailleurs, ne comprennent pas le Français et il nous a été pénible de moduler les questionnaires en langues nationales pour nous faire comprendre.

### **2°) Limites au niveau de la recherche des données**

Les limites concernent essentiellement l'insuffisance des informations collectées et leur qualité. Aussi, pouvons-nous repreciser la non disponibilité des responsables du PNLN.

Les grèves perlées dans les ministères sectoriels et notamment au ministère de la santé ne nous ont pas permis de faire davantage de recherches car nous n'avons pas pu rencontrer tous les responsables souhaités.

Une autre limite est le fait que nous étions à cheval sur deux villes (Cotonou et Lokossa); ceci est dû est au fait que nous n'avons pas pu trouver un lieu de stage à Lokossa.

Le passage suivant portera sur l'analyse des données et la vérification des hypothèses formulées.

## **II°) ANALYSE DES DONNEES ET VERIFICATION DES HYPOTHESES**

### ***A°) Analyse des données relatives au problème spécifique n°1 et vérification de l'hypothèse spécifique n°1***

#### **1°) Analyse des données du problème spécifique n°1**

Lors de l'état des lieux de base, nous avons remarqué que les produits proposés par le PNLP en vue de la réduction du taux de paludisme au Bénin ne sont pas en adéquation avec les réalités pécuniaires que vivent les populations surtout celles des milieux ruraux.

Dans une enquête réalisée par questionnaire auprès de la population aux fins de recueillir le degré de familiarité que celle-ci a, quant aux produits du PNLP, beaucoup de concitoyens nous ont confié qu'ils suivent régulièrement les consignes données par les médecins lorsqu'ils souffrent du paludisme. Malgré cela, une partie de leur budget annuel rentre toujours dans ce domaine ;ce qui voudrait signifier que ce que les populations dépensent dans le paludisme occupe une bonne partie de leur revenu qui n'était pas d'ailleurs très suffisant, ce qui engendre un découragement de la part de ces dernières.

#### **2°) Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1**

L'analyse des données recueillies lors des enquêtes a révélé que l'inaccessibilité financière des communautés aux remèdes proposés par le PNLP est due au fait que ces dernières sont dépassés par ce mal qui a trop perduré et que pire encore, leur budget ne leur permet plus aujourd'hui de faire face aux produits onéreux conseillés par les médecins.

Ces raisons viennent ainsi confirmer l'hypothèse selon laquelle le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD. L'hypothèse spécifique n°1 est entièrement vérifiée.

***B\*) Analyse des données du problème spécifique n°2 et vérification de l'hypothèse spécifique n°2***

**1°) Analyse des données du problème spécifique n°2**

Des entretiens avec le personnel du PNLP, il ressort qu'il y a une lenteur dans les procédures budgétaires.

Ainsi, l'introduction du SIGFIP vient pour compliquer en dépit de la transparence qu'il vise. Beaucoup d'acteurs impliqués dans la gestion de ce système ne sont pas encore bien aguerris pour répondre aux attentes des populations. Ce qui nous amènerait à retenir que le PNLP souffre des problèmes d'ordre général de l'Administration béninoise notamment les lenteurs administratives.

**2°) Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°2**

A ce niveau où l'analyse est basée essentiellement sur des données purement qualitatives, nous nous sommes rendu compte que la faible consommation des crédits budgétaires est un problème à source large.

Les données issues de l'enquête interne ont révélé que l'arrivée du SIGFIP en a pour beaucoup dans ce retard observé ; les procédures de passation des marchés sont très longues. Tout ceci amène à conclure que les lenteurs administratives handicapent la gestion financière et matérielle du PNLP.

Pour ce faire, l'hypothèse spécifique n°2 est formulée comme suit : « la faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives ».

***C°) Analyse des données relatives au problème spécifique n°3 et vérification de l'hypothèse spécifique n°3***

**1°) Analyse du problème spécifique n°3**

De l'entretien avec le personnel du PNLP, il ressort que la prise en charge du paludisme grave est mille fois plus compliquée et complexe que celle du paludisme simple. Ce qui nécessite le déploiement de grands moyens pour sa lutte. Le manque de Centres de santé et surtout dans les milieux reculés constitue aussi un frein à la lutte contre le paludisme dans notre pays. De ce tableau, il ressort que la lutte contre cette variété de paludisme ne peut être effective que grâce au renforcement des moyens du PNLP et ceci à travers la construction de formations sanitaires de référence.

**2°) Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3**

Il ressort de l'analyse des résultats que le paludisme grave conduit rapidement le malade concerné à la mort. De ce fait, des centres de santé de référence et capables d'être à la hauteur de ce mal méritent d'être réalisés pour le bonheur des populations.

Ainsi, nous en déduisons que la baisse de la qualité de la prise en charge du paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.

L'hypothèse liant l'inefficacité de la prise en charge du paludisme grave à l'insuffisance des formations sanitaires de référence se trouve entièrement vérifiée.

***D°) Synthèse du diagnostic***

Après la validation des hypothèses spécifiques, les éléments de diagnostic suivants ont été retenus.

### **1°) Elément du diagnostic n°1**

Le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité aux CTA et MIILD.

### **2°) Elément du diagnostic n°2**

La faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives.

### **3°) Elément du diagnostic n°3**

La baisse de la qualité de la prise en charge inefficace des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.

## **Paragraphe 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre**

Dans la recherche de l'amélioration de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme, nous nous sommes fixé des objectifs par rapport aux problèmes spécifiques et nous avons formulé des hypothèses qui ont été vérifiées par suite de l'analyse des résultats des enquêtes menées à ce sujet. Enfin, nous voulons vous proposer des solutions ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

### **I°) APPROCHES DE SOLUTION**

Les solutions à proposer concernent les trois (03) problèmes spécifiques choisis.

#### ***A°) Solutions au problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD***

Du diagnostic établi, il ressort que le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD.

De ce fait, il y a un déséquilibre entre le revenu de ces dernières et les remèdes proposés par le PNLP. Pour résoudre ce problème, nous proposons aux autorités du PNLP de faciliter l'achat des CTA et MIILD de bonne qualité et en quantité suffisantes aux communautés. Pour ce faire, ils doivent souvent faire

des enquêtes pilotes afin de recueillir réellement les impressions des consommateurs par rapport aux médicaments proposés. Ces derniers émettront des vœux et des souhaits. Ce travail se fera surtout à l'endroit des couches les plus défavorisées et permettra au PNLP de trouver un juste milieu entre les produits et le revenu de la population.

Aussi, faudrait-il que les responsables du PNLP mettent en place des plans de collaboration avec des structures homologues de la sous région afin de mieux s'imprégner de l'évolution de la lutte contre la maladie hors du pays ; ce qui corrigera sans doute certaines de leurs insuffisances.

De surcroît, le PNLP doit mettre en place un système pour suivre et évaluer en permanence le processus d'approvisionnement, de distribution et d'utilisation afin d'apporter des médicaments et MIILD au plus grand nombre possible.

Vu les objectifs élogieux du PNLP, il devra développer une politique de gratuité des produits dans les milieux ruraux en accord avec les partenaires financiers.

### ***B\*) Solutions au problème de la faible consommation des crédits budgétaires***

Le diagnostic établi à ce niveau révèle que la faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives. Face à cette situation, le PNLP doit penser à un bon respect des principes budgétaires et ceci . Cette proposition ne sera possible sans la mise en place d'un bon système de suivi évaluation des finances de l'organisation.

Le PNLP doit veiller en outre à la sécurisation et à la fiabilité du circuit d'approvisionnement et de distribution des produits.

Soulignons par ailleurs que l'établissement d'un tableau de bord s'avère indispensable pour piloter correctement l'organisation ; ce tableau réunissant des informations essentielles sur la situation et l'évolution de la structure concernée.

Ce tableau de bord sera important en matière d'économie budgétaire qui regroupe les notions d'efficacité et d'efficience et se mesure par le rapport entre le budget affecté et les moyens mis en œuvre. Aussi, suggérerions-nous aux responsables du PNLP de faire, à l'avenir, des prévisions budgétaires concrètes c'est-à-dire des prévisions tenant réellement compte des besoins de l'organisation. Ceci permettra à la structure, de réduire un peu les difficultés issues du décaissement tardif des crédits budgétaires.

***C\*) Solutions au problème de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave***

De l'enquête de vérification des hypothèses, il ressort que la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.

Pour résoudre ce problème, nous proposons au PNLP de renforcer les stratégies de préventions en signant des accords de partenariat avec les mairies pour un suivi de l'assainissement des milieux.

Le PNLP doit aussi s'efforcer à bien contrôler la gestion des stocks afin d'éviter des gaspillages tels que le vol, la péremption des produits destinés aux malades etc. Il peut périodiquement encourager les habitants des zones les plus propres et sensibiliser par la même occasion ceux encore en retard sur la nécessité d'emboîter le pas aux premiers.

Par ailleurs, les responsables du PNLP doivent souvent collaborer avec les éducateurs notamment les enseignants pour l'introduction dans les programmes, des cours inhérents à la lutte contre le paludisme car le progrès n'a de sens que lorsqu'il est partagé par tous.

En outre, le PNLP doit se battre pour la recherche de financement afin d'œuvrer pour la construction des centres sanitaires de référence vu les dangers et la gravité de ce mal.

Le PNLP doit encourager l'utilisation correcte des produits par les communautés.

Il doit enfin être beaucoup plus proche de ses cibles afin de recueillir souvent leurs propositions par rapport à l'éradication de ce cas de paludisme.

Mais comment mettre en œuvre ces solutions proposées ?

## **II°) CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS**

Nous ne saurions clôturer cette étude sans proposer quelques techniques managériales.

### ***A°) Recommandations par rapport au management général du PNLP***

Avec la résistance croissante du plasmodium aux recherches faites dans ce sens et compte tenu du traitement difficile du paludisme grave, les responsables du PNLP, afin d'assurer un rapport cohérent structure/ stratégie, doivent prendre en compte les recommandations suivantes :

- analyser avec une grande attention les risques d'échec du programme à savoir les prises de décision sans concertation, la rapidité et la lenteur excessives, l'absence et l'excès de contrôle, le manque d'informations sur l'évolution du programme, le lancement des opérations sans s'assurer des moyens ;
- valoriser les résultats partiels ne serait-ce que par l'information aux membres du personnel ;
- analyser avec minutie les changements, l'implantation de la qualité dans l'organisation ;
- se mettre au service de la clientèle et plus précisément des bénéficiaires de leurs actions;
- combattre la routine afin de répondre aux défis ;
- constituer un Cadre Logique pour un bon suivi des activités de l'Organisation.

Pour une bonne application de ces recommandations, une planification s'avère nécessaire.

### ***B•) Plan d'actions***

Afin d'atteindre ses objectifs, le PNLP pourra mener les actions suivantes :

- sélectionner périodiquement un échantillon représentatif des consommateurs des remèdes proposés ;
- recueillir leurs impressions ;
- traduire les impressions dans des documents ;
- comprendre les impressions pour les traduire en solutions fonctionnelles ;
- traduire les attentes en solutions

En outre, les responsables pourraient s'appuyer sur la méthode « ARM » c'est-à-dire : Analyser- Rechercher- Modéliser pour rendre beaucoup plus efficaces les activités de lutte contre le paludisme au Bénin.

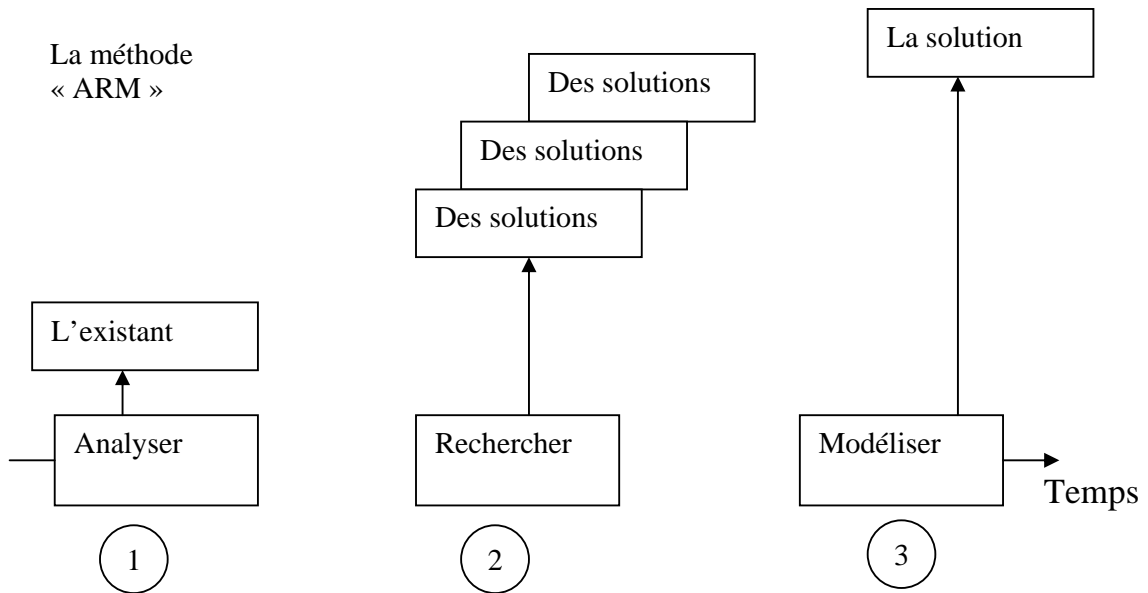
La phase **Analyser** constitue le socle de la méthode, elle va nous donner toutes les bases des usages courants des utilisateurs. Elle repose sur une étude exhaustive et méticuleuse des produits et services existants ainsi que de leurs usages. La réussite de cette phase repose sur la capacité de ceux qui vont analyser le besoin ; ils devront le traduire dans un langage compréhensible.

La phase **Rechercher** est normalement la plus créative, elle permet à la fois de faire émerger toutes les idées possibles mais aussi de replacer ces idées dans le champ de contraintes (temporelles et financières). Cette phase se traduit généralement par un compte rendu ou un relevé de décisions sur les orientations ou solutions choisies.

La phase **Modéliser** est l'aboutissement de l'étude. Elle consiste à dessiner en détail la solution choisie, la faire valider et la traduire dans un document final qui va servir de support à celui qui va couvrir le besoin.

La figure suivante représente le contenu de la méthode « ARM ».

Figure VI: La méthode « ARM »



Source : La Gestion de Projet par étapes

Ainsi, pour résumer le travail réalisé jusque là, nous présentons ci-dessous le tableau de synthèse de l'étude :

Tableau VI: Tableau de synthèse de l'étude.

Niveau général	<b><u>Problème général</u></b> Exécution peu efficace des activités de lutte contre le paludisme	<b><u>Objectif général</u></b> Contribuer à l'amélioration de l'exécution du PNL			
Niveaux spécifiques	<b><u>Problème spécifique n°1</u></b> Inaccessibilité financière des activités de lutte contre le paludisme	<b><u>Objectif spécifique n°1</u></b> Contribuer à la facilitation de l'achat des CTA et MIILD aux communautés	<b><u>Hypothèse spécifique n°1</u></b> Le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD.	<b><u>Elément de diagnostic n°1</u></b> Le faible pouvoir d'achat des communautés explique leur inaccessibilité financière aux CTA et MIILD.	<b><u>Solutions au problème spécifique n°1</u></b> Recueillir de façon périodique les impressions des consommateurs sur les produits proposés ; Trouver un juste milieu entre les produits et le revenu des communautés etc.
	<b><u>Problème spécifique n°2</u></b> Faible consommation des crédits budgétaires	<b><u>Objectif spécifique n°2</u></b> Proposer des techniques afin d'adapter l'exécution budgétaire aux nouvelles réalités des Finances Publiques	<b><u>Hypothèse spécifique n°2</u></b> La faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives.	<b><u>Elément de diagnostic n°2</u></b> La faible consommation des crédits budgétaires est due aux lenteurs administratives.	<b><u>Solutions au problème spécifique n°2</u></b> Mise en place d'un système de suivi évaluation au sein du programme ; cadre logique indispensable pour le programme etc.
	<b><u>Problème spécifique n°3</u></b> Baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave	<b><u>Objectif spécifique n°3</u></b> Proposer des actions spécifiques afin de rehausser le niveau des indicateurs du paludisme grave	<b><u>Hypothèse spécifique n°3</u></b> La baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.	<b><u>Elément de diagnostic n°3</u></b> La baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave est liée à l'insuffisance des formations sanitaires de référence.	<b><u>Solutions au problème spécifique n°3</u></b> Etablir des accords avec les partenaires pour le financement de la construction des formations sanitaires de référence ; renforcer les mesures de prévention etc.

Source : Notre stage de Juin à Août 2008 au PNL

# **CONCLUSION GENERALE**

A l'issue de cet itinéraire balisé dans les allées du Ministère de la Santé, bon nombre d'observations ont été faites.

Le PNLP, à travers ses différentes interventions, joue un rôle important dans la contribution au développement du pays.

En dépit des efforts consentis par cette Organisation et ses multiples innovations, beaucoup d'étapes restent à franchir pour l'atteinte des objectifs escomptés.

Tendre vers le professionnalisme est effectivement une longue marche qui exige de la patience, de la persévérance, de la volonté. Mais aucune œuvre humaine n'étant parfaite, tout ne doit pas, ne peut pas être mis en œuvre simultanément. Chacun doit repérer ce qui est prioritaire, ce qui est réalisable compte tenu de sa personnalité.

Pour apporter notre modeste contribution à l'amélioration des activités du Programme, nous avons proposé des voies et moyens pour l'éradication des causes à la base des problèmes identifiés. En effet, le choix de notre thème nous a davantage permis de comprendre les mécanismes de fonctionnement de la structure de stage.

En clair, nous n'avons pas la prétention d'avoir abordé tous les contours du travail.

Toutefois, l'application des méthodes proposées permettra aux responsables de ladite structure d'améliorer un peu la mise en œuvre des activités.

**BIBLIOGRAPHIE**

**OUVRAGES**

- AMIEL, M. (1998) « **Management de l'Administration** », 2<sup>e</sup> édition
- ETNER, F. (1991) « **Microéconomie** », collection 1<sup>er</sup> cycle
- HELLRIE EL, D. (2004) « **Management des Organisations** », 2<sup>e</sup> édition
- MARCHAT, H. (2006) « **La Gestion de Projet par étapes : l'analyse des besoins** »
- MORIN, E.M. ; A. SAVOIE et G. BEAUDIN (1994) « **L'efficacité de l'Organisation : Théories, Représentation et Mesures** »

**MEMOIRES**

- AKOSSINOU, E. (2004) « **Evaluation sommative du Projet d'Electrification des 17 Centres ruraux** »
- ABUL, C. et E. ZOUNGAN (2004) « **Suivi Evaluation des Projets du Ministère de la Santé Publique : Analyse et propositions d'amélioration** » ENAM Cycle II, Gestion de Projets
- DOSSOU, R. (2005) « **Contribution à la dynamisation de la Fonction Communication dans une Institution de Microfinance : cas de SOFIDEV Sarl** », IUT Parakou, Gestion Commerciale
- VODOUGNON, N. (2005) « **Contribution à l'amélioration de l'exécution du Programme d'Investissements Publics au Ministère de la Santé Publique** » ENAM Cycle I, Administration des Finances et du Trésor

**RAPPORTS ET AUTRES**

- Nouvelle Politique de Lutte contre le Paludisme (2001) ;
- Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme ;
- Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme au Bénin 2006-2010 ;
- Arrêté portant création des services du PNL ;

# **ANNEXES**

**Annexe n°1** : Estimation du budget global du Plan stratégique 2006-2010  
 Estimation du budget global du Plan stratégique 2006-2010

RECAPITULATIF	2006	2007	2008	2009	2010	Total 2006-2010
Sous-total Composante : prévention du paludisme		7821887994	3940769951	14395738373	4311494670	30469890988
Sous-total Composante : prise en charge du paludisme		12185817958	9607170812	8164889505	5496723754	35454602030
Sous-total Composante : Appui à la gestion du programme		1443336440	1720880000	1576771440	1411780000	6152767880
Sous-total Composante : Suivi-évaluation et recherche		742000000	702000000	662000000	712000000	2818000000
<b>TOTAL GENERAL</b>		22193042392	15970820764	24799399318	11931998425	74895260898

**Annexe 2 : Répartition des apports en FCFA par partenaire au PNLP et identification du gap à financer**

RECAPITULATIF	Total apport PALP	Total apport PMI	Total apport Fonds Mondial	Total apport PADS	Total apport partenaires de 2006 à 2010	Budget National	Total Besoins de 2006 à 2010	Gap à financer
Sous-total Composante 1 : prévention	2711426616	9094500000	0	1162500000	12968426616	1125000000	30469890988	16376464372
Sous-total Composante 2 : prise en charge	8629457795	2040975000	8412083312	6022400000	25104916107	1125000000	35454602030	9224685923
Sous-total Composante 3 : appui à la gestion du programme	918734380	3327600000	0	25000000	4271334380	1125000000	6152767880	756433500
Sous-total Composante 4 : suivi-évaluation et recherche	1541855680	1381800000	0	0	2923655680	1125000000	2818000000	- 1230655680
<b>TOTAL GENERAL</b>	13801474471	15844875000	8412083312	7209900000	45268332783	4500000000	74895260898	25126928115

**Annexe 3** : Organisation des activités d'approvisionnement

Activités	Structures responsables	Structures impliquées	Structures impliquées
Politiques et systèmes d'achats	CAME	OMS, UNICEF	
Liste des médicaments essentiels	DPM	CAME, PNLP	
Système d'assurance de qualité (CTA et MIILD)	DPM	CAME, PNLP, CREC, LNCQ	
Choix des produits (CTA et MIILD)	PNLP	PNLP, Partenaires	
Estimation des besoins (CTA et MIILD)	PNLP	DDSP, Formations Sanitaires	
Plan d'approvisionnement (CTA et MIILD)	PNLP	OMS, UNICEF, CAME, DPM	
Gestion des stocks (CTA et MIILD)	CAME	PNLP, Formations Sanitaires, COGEA	
Distribution	CAME	PNLP, Zones Sanitaires, Structures communautaires	
IEC/Mobilisation des ressources	PNLP	Zones Sanitaires, Structures communautaires	
Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments	PNLP	Zones Sanitaires, Partenaires	Besoins de renforcement des capacités et d'assistance technique pour la pharmacovigilance
Pharmacovigilance	DPM	LNCQ, PNLP, Formations sanitaires, OMS	
Formations des dispensateurs de soins sur la quantification des produits	PNLP	DPM, CAME	
Coordination	PNLP	DPP	
Monitoring/Evaluation	PNLP	Partenaires FRP	

**Annexe n°4** : Guide d'entretien relatif au Mémoire de fin de formation portant sur le thème : Contribution à l'amélioration de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme au Bénin

Bonjour Monsieur/Madame.....

Dans le cadre de notre stage de fin de formation, nous voudrions bien avoir quelques éclaircissements auprès de vous.

### **Fonctionnement du PNLP**

- 1°) Parlez-nous un peu de l'historique du PNLP.
- 2°) Y a-t-il des projets qui appuient le PNLP dans son fonctionnement ? Si oui, lesquels ?
- 3°) Quelles sont les difficultés d'ordre général que rencontrent les organes composant le PNLP au cours des activités ?

### **Exécution des activités**

- 4°) Quels sont les objectifs du PNLP ?
- 5°) Pouvons-nous dire aujourd'hui, sans courir le risque de nous tromper que les objectifs du PNLP seront vraiment atteints en 2010 ?
- 6°) Pensez-vous que le personnel assume efficacement les activités du programme ?  
 /\_\_\_\_/oui                       /\_\_\_\_/ non

Sinon, pourquoi ?

- 7°) Existe-t-il une bonne collaboration avec les communautés cibles et d'autres organisations ?
- 8°) Les communautés sont-elles satisfaites des services offerts par le PNLP à leur endroit ?

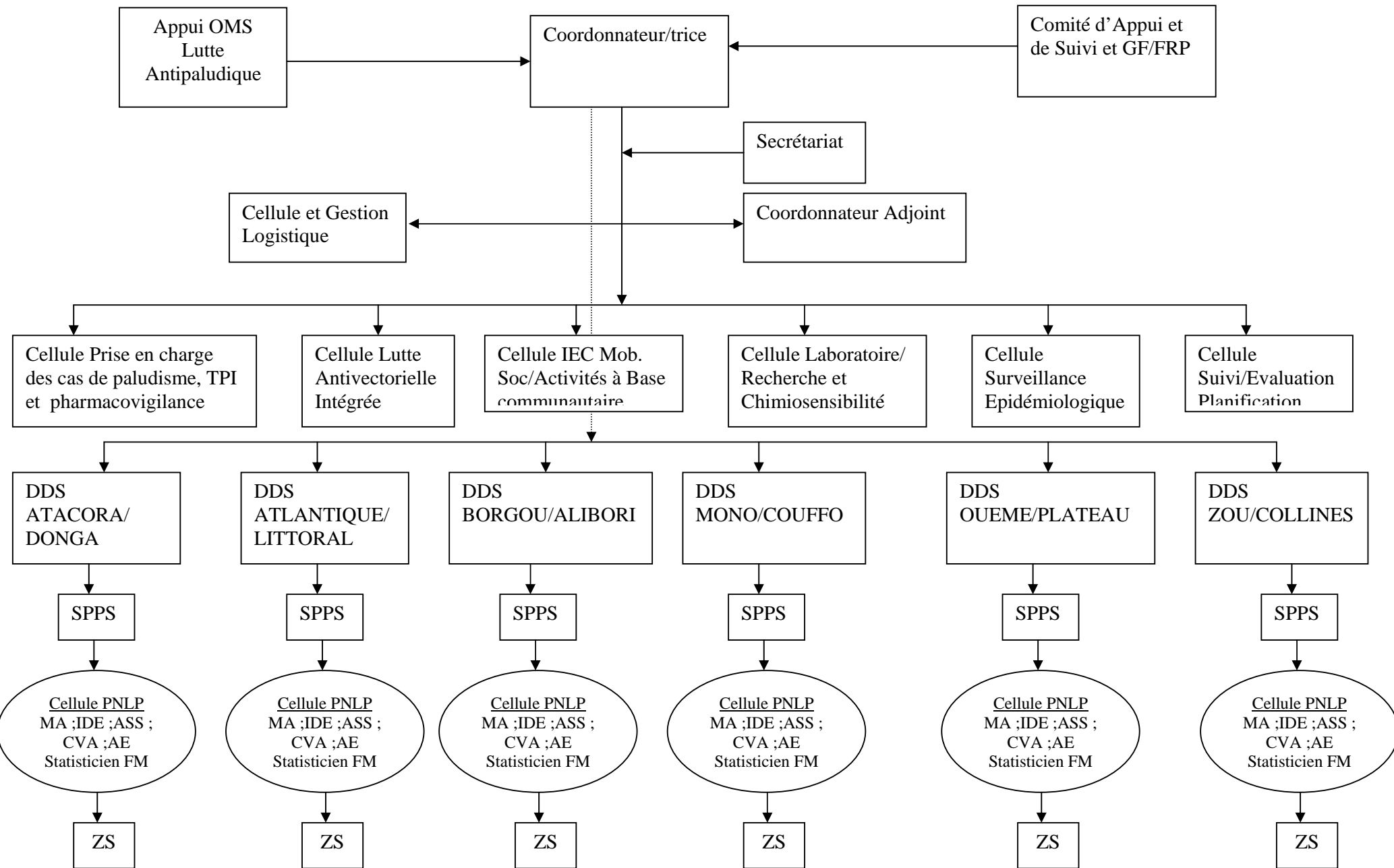
### **Suivi évaluation du Programme**

- 9°) Les activités se déroulent-elles conformément au plan de travail ?
- 10°) Comment se font :
  - o. le suivi financier ?
  - p. le suivi des effets des activités ?
  - q. le suivi des facteurs externes ?
- 11°) Y a-t-il souvent des évaluations périodiques ?  
 /\_\_\_\_/oui                       /\_\_\_\_/non

NB : la bonne réponse sera cochée au niveau des cases proposées

**Annexe 5** : Organigramme du PNLP

Organigramme du PNLP



## Annexe 6 : Questionnaire adressé aux Bénéficiaires des actions du PNL

Bonjour Mr / Mme / Mlle,

Dans le but de contribuer à l'amélioration de la lutte contre le paludisme au Bénin, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

1.) Avez-vous jamais souffert du Paludisme ?

Oui  Non

Si oui, comment se manifeste t-il ?

2.) Avez-vous déjà entendu parler du Programme National de Lutte contre le Paludisme ?

Oui  Non

Si oui, faites-nous une brève présentation de ce programme ?

3.) Pensez-vous qu'aujourd'hui, il y a progrès en matière de réduction du taux de paludisme au Bénin ?

Oui  Non

4.) Avez-vous entendu parler une fois de CTA ?

CTA  Oui  Non

MIILD  Oui  Non

TPI  Oui  Non

5.) Dormez-vous sous moustiquaire imprégnée ?

Oui  Parfois  Non

6.) Est-ce que vous pensez souvent à l'assainissement de votre milieu ?

Toujours  Parfois  Jamais

7.) Suivez-vous les spots de sensibilisation sur le paludisme sur les médias au Bénin ?

Souvent  Toujours  Jamais

8.) Si on nous demandait de comparer le paludisme, la tuberculose et le sida, que diriez-vous ?

-----

9.) Quelles propositions avez-vous à faire aux autorités compétentes pour la lutte contre le paludisme dans notre pays ?-----

-----

10.) Le personnel du PNL assure-t-il bien ses responsabilités ?

Très bien  Assez bien  Bien

Passable  Autres

# TABLE DES MATIERES

<b>DEDICACE</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VII</b>
<b>RESUME</b>	<b>VIII</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE PREMIER : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATION DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE LIEE A L'EXECUTION EFFICACE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BENIN</b>	<b>4</b>
<b>SECTION 1 : CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE ET OBSERVATION DE STAGE</b>	<b>5</b>
<b>Paragraphe 1 : Présentation Générale du PNLP .....</b>	<b>5</b>
<b>I°) ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES</b>	<b>5</b>
<i>A°) Orientations politiques</i>	<b>5</b>
<i>B°) Orientations stratégiques</i>	<b>6</b>
<b>II°) ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT</b>	<b>8</b>
<i>A°) Organisation</i>	<b>8</b>
<i>B°) Restitution des mécanismes de fonctionnement du PNLP</i>	<b>9</b>
<b>Paragraphe 2 : Synthèse de l'état des lieux au PNLP .....</b>	<b>18</b>
<b>I°) INVENTAIRE DES ATOUTS RELEVES (FORCES-OPPORTUNITES)</b>	<b>18</b>
<b>II°) INVENTAIRE DES PROBLEMES RELEVES (FAIBLESSES MENACES)</b>	<b>19</b>
<b>SECTION2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</b>	<b>21</b>
<b>Paragraphe1 : Choix et Spécification de la problématique.....</b>	<b>21</b>
<b>I°) REGROUPEMENT DES PROBLEMES SPECIFIQUES PAR PROBLEMATIQUE</b>	<b>21</b>
<b>II°) JUSTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE CIBLEE</b>	<b>24</b>
<i>A°) Choix de la problématique</i>	<b>24</b>
<i>B°) Formulation du sujet</i>	<b>24</b>
<b>Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique choisie</b>	<b>25</b>
<b>I°) IDENTIFICATION DES CAUSES SPECIFIQUES</b>	<b>25</b>
<i>A°) Cause spécifique au problème spécifique n°1</i>	<b>25</b>

<i>B°) Cause spécifique au problème spécifique n°2</i>	83
<i>C°) Cause spécifique au problème spécifique n°3</i>	26
II°) FORMULATION DES HYPOTHESES SPECIFIQUES	27
<b>CHAPITRE DEUXIEME DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE</b>	<b>30</b>
<b>Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature .....</b>	<b>30</b>
I°) DES OBJECTIFS DE L'ETUDE AU TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE	30
A°) <i>Synthèse de l'état des lieux de base</i>	30
B°) <i>Le paludisme au Bénin</i>	33
II°) REVUE DE LITTERATURE LIEE A L'EFFICACITE D'UNE ORGANISATION	42
<b>Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche liée à l'amélioration de l'exécution du Programme National de Lutte contre le Paludisme .....</b>	<b>55</b>
I°) APPROCHES THEORIQUES RETENUES	55
A°) <i>Approche théorique liée au problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD</i>	55
B°) <i>Approche théorique liée au problème de la faible consommation des crédits budgétaires</i>	56
C°) <i>Approche théorique liée au problème de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave</i>	57
II°) DIMENSION EMPIRIQUE	58
A°) <i>Nature de l'enquête</i>	58
B°) <i>Techniques d'enquête utilisées</i>	59
<b>SECTION 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>60</b>
<b>Paragraphe 1 : De l'organisation des enquêtes à l'analyse des résultats obtenus .....</b>	<b>60</b>
I°) DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX LIMITES DES DONNEES	60
A°) <i>Préparation et réalisation des enquêtes</i>	60
B°) <i>Conditions critiques observées lors des enquêtes</i>	61
II°) ANALYSE DES DONNEES ET VERIFICATION DES HYPOTHESES	62
A°) <i>Analyse des données relatives au problème spécifique n°1 et vérification de l'hypothèse spécifique n°1</i>	62
B°) <i>Analyse des données du problème spécifique n°2 et vérification de l'hypothèse spécifique n°2</i>	63
C°) <i>Analyse des données relatives au problème spécifique n°3 et vérification de l'hypothèse spécifique n°3</i>	64
D°) <i>Synthèse du diagnostic</i>	64
<b>Paragraphe 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre .....</b>	<b>65</b>
I°) APPROCHES DE SOLUTION	65
A°) <i>Solutions au problème de l'inaccessibilité financière des communautés aux CTA et MIILD</i>	65
B°) <i>Solutions au problème de la faible consommation des crédits budgétaires</i>	66
C°) <i>Solutions au problème de la baisse de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave</i>	67
II°) CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	68
A°) <i>Recommandations par rapport au management général du PNL</i>	68
B°) <i>Plan d'actions</i>	69
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>75</b>

