

8 2 4

8 J 8 8

PHASE II DU PROJET  
AGENTS VILLAGEOIS DE SANTE  
AU BENIN

- Rapport de la mission d'évaluation -

LIBRARY  
INTERNATIONAL REFERENCE CENTRE  
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND  
SANITATION (IRC)

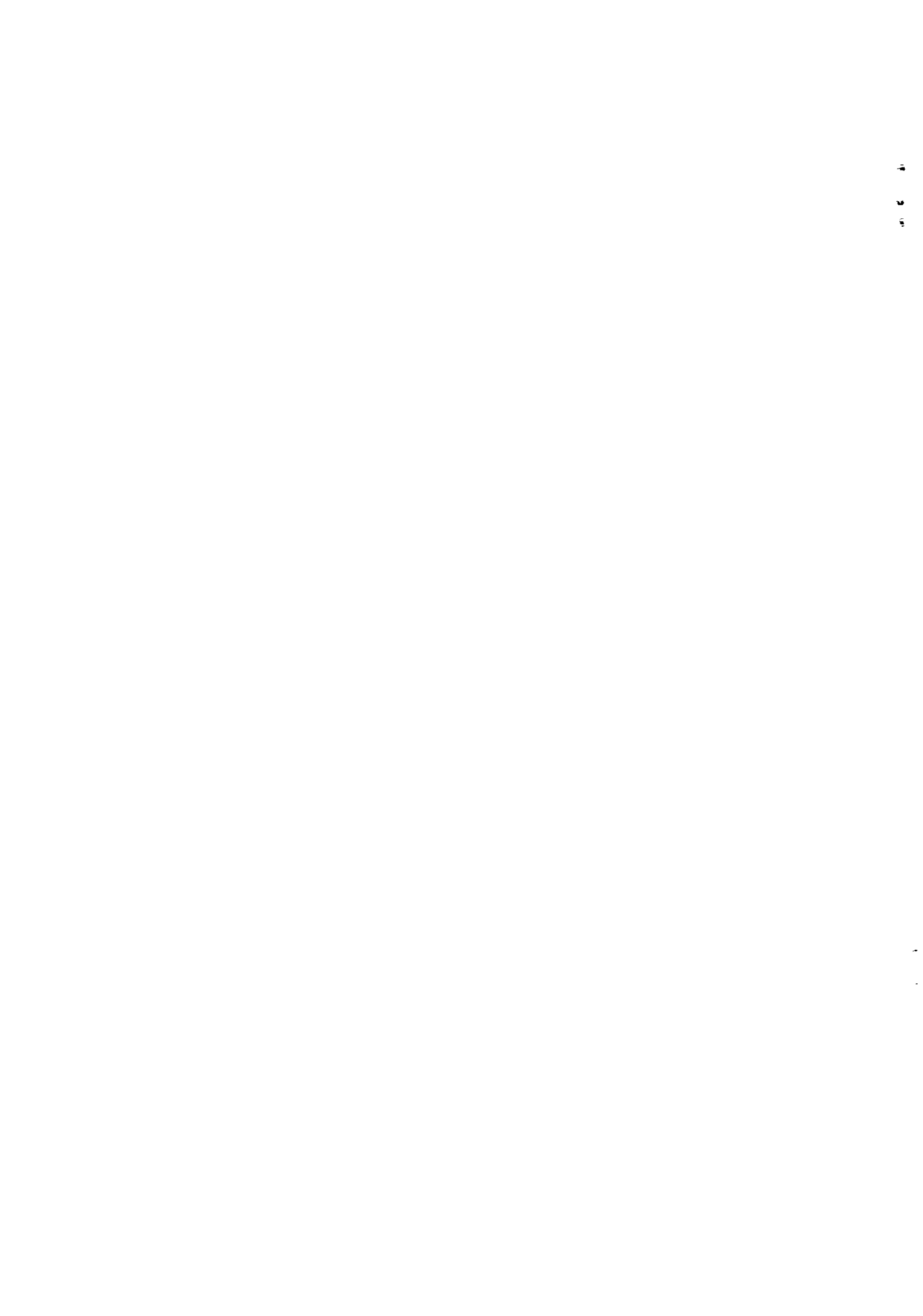
DIRECTION GENERALE DE LA  
COOPERATION AU DEVELOPPEMENT (DGIS)  
PAYS-BAS

MINISTERE DE SANTE DE LA  
REPUBLIQUE POPULAIRE DE BENIN

R 1036/8838

août 1988

824-5743



1505743

PHASE II DU PROJET  
AGENTS VILLAGEOIS DE SANTE  
AU BENIN

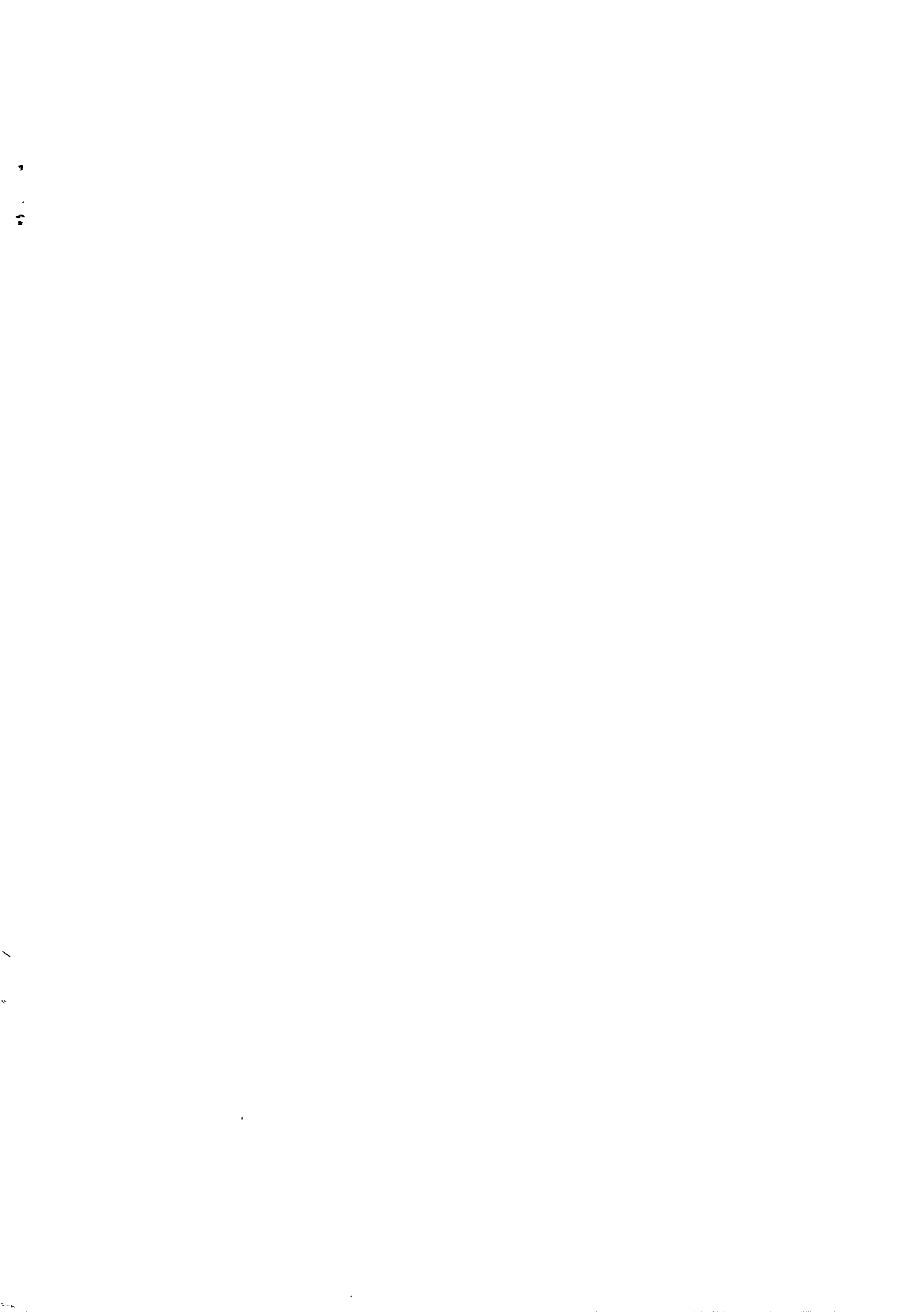
- Rapport de la mission d'évaluation -

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE  
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY  
AND SANITATION (IRC)  
P.O. Box 1009 AD The Hague  
Tel. (070) 814911 ext. 141/142  
RN: 15N 5743  
LO: 024 BT88

DIRECTION GENERALE DE LA  
COOPERATION AU DEVELOPPEMENT (DGIS)  
PAYS-BAS

MINISTERE DE SANTE DE LA  
REPUBLIQUE POPULAIRE DE BENIN







PHASE II DU PROJET  
AGENTS VILLAGEOIS DE SANTE  
AU BENIN

- Rapport de la mission d'évaluation -

TABLE DES MATIERES

|                                                          | <u>Page</u> |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| CARTE DU BENIN . . . . .                                 | v           |
| ABREVIATIONS . . . . .                                   | vi          |
| 1. INFORMATION . . . . .                                 | 1           |
| 1.1 Historique du projet . . . . .                       | 1           |
| 1.2 Mission d'évaluation . . . . .                       | 2           |
| 2. PERCEPTION GENERALE DU PROJET . . . . .               | 4           |
| 2.1 Définition du problème . . . . .                     | 4           |
| 2.2 Les objectifs du projet . . . . .                    | 5           |
| 2.3 Le programme de travail pour trois ans . . . . .     | 7           |
| 2.4 Financement prévu . . . . .                          | 9           |
| 2.5 Exécution du projet . . . . .                        | 10          |
| 2.5.1 Généralités . . . . .                              | 10          |
| 2.5.2 Programme d'activités en 1986 . . . . .            | 11          |
| 2.5.3 Programme d'activités en 1987 . . . . .            | 12          |
| 2.5.4 Programme d'activités en 1988 . . . . .            | 12          |
| 2.5.5 Utilisation des ressources . . . . .               | 13          |
| 2.5.6 Impact financier . . . . .                         | 14          |
| 2.5.7 Equipement et transport . . . . .                  | 16          |
| 2.5.7.1 Moyens de transport . . . . .                    | 16          |
| 2.5.7.2 Equipement de bureau . . . . .                   | 18          |
| 3. ASPECTS TECHNIQUES DE L'EXECUTION DU PROJET . . . . . | 19          |
| 3.1 Généralités . . . . .                                | 19          |
| 3.2 Démarche suivie dans les villages . . . . .          | 19          |





TABLE DES MATIERES (suite)

|                                                                                      | <u>Page</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3.3 Formation des agents villageois de santé . . . .                                 | 22          |
| 3.4 Fonctionnement des comités villageois de santé .                                 | 23          |
| 3.5 Rémunération des agents villageois de santé . .                                  | 24          |
| 3.6 Travail des agents villageois de santé . . . . .                                 | 24          |
| 3.7 Supervision . . . . .                                                            | 26          |
| 3.8 Autofinancement . . . . .                                                        | 27          |
| 3.8.1 Au niveau du village . . . . .                                                 | 27          |
| 3.8.2 Au niveau du district . . . . .                                                | 27          |
| 3.9 Construction des centres communaux de santé . .                                  | 28          |
| 3.10 Activités intersectorielles . . . . .                                           | 31          |
| 3.10.1 Objectifs du projet . . . . .                                                 | 31          |
| 3.10.2 Promotion de la femme . . . . .                                               | 32          |
| 3.11 Approvisionnement en eau et assainissement . . .                                | 34          |
| 3.11.1 Cadre général . . . . .                                                       | 34          |
| 3.11.2 Hydraulique villageoise dans l'Atacora .                                      | 36          |
| 3.11.3 Activités pilotes dans le district de<br>Copargo . . . . .                    | 38          |
| 3.11.4 Financement des activités hydrauliques .                                      | 39          |
| 4. ORGANISATION ET GESTION . . . . .                                                 | 40          |
| 4.1 Structure générale du projet . . . . .                                           | 40          |
| 4.2 Soutien aux provinces . . . . .                                                  | 41          |
| 4.3 Le rôle de l'IRRT . . . . .                                                      | 41          |
| 4.4 Le rôle de la SNV . . . . .                                                      | 44          |
| 4.5 Le rôle des institutions béninoises . . . . .                                    | 45          |
| 4.6 La coordination entre la province d'Atacora et<br>les provinces du sud . . . . . | 46          |
| 4.7 Auto-évaluation . . . . .                                                        | 47          |
| 5. SIGNIFICATION DU PROJET . . . . .                                                 | 48          |
| 5.1 Objectifs généraux d'un projet de SSP . . . . .                                  | 48          |



TABLE DES MATIERES (suite)

|                                                                         | <u>Page</u> |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 5.2 Les points forts et faibles du projet . . . . .                     | 49          |
| 5.2.1 La province d'Atacora . . . . .                                   | 49          |
| 5.2.2 Les autres provinces . . . . .                                    | 51          |
| 5.3 L'impact pour la République populaire du Bénin .                    | 52          |
| 5.3.1 Résultats obtenus . . . . .                                       | 52          |
| 5.3.2 Prise en charge par la République<br>populaire du Bénin . . . . . | 54          |
| 5.3.3 Couverture sanitaire du projet AVS-II . .                         | 55          |
| 5.4 Signification pour les Pays-Bas . . . . .                           | 55          |
| 6. EFFICACITE DU PROJET . . . . .                                       | 57          |
| 7. EFFICIENCE DU PROJET . . . . .                                       | 59          |
| 8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS . . . . .                             | 61          |
| 8.1 Conclusions . . . . .                                               | 61          |
| 8.2 Recommandations . . . . .                                           | 64          |

ANNEXES:

1. Termes de référence
2. Itinéraire
3. Liste des personnes rencontrées
4. Documents consultés
5. Organigramme du projet AVS
6. Coût du projet
7. Analyse des activités en 1986
8. Analyse des activités du projet AVS-II en 1987
9. Analyse des investissements AVS-II, 1986-1988

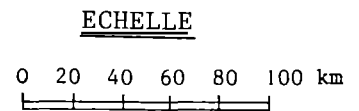
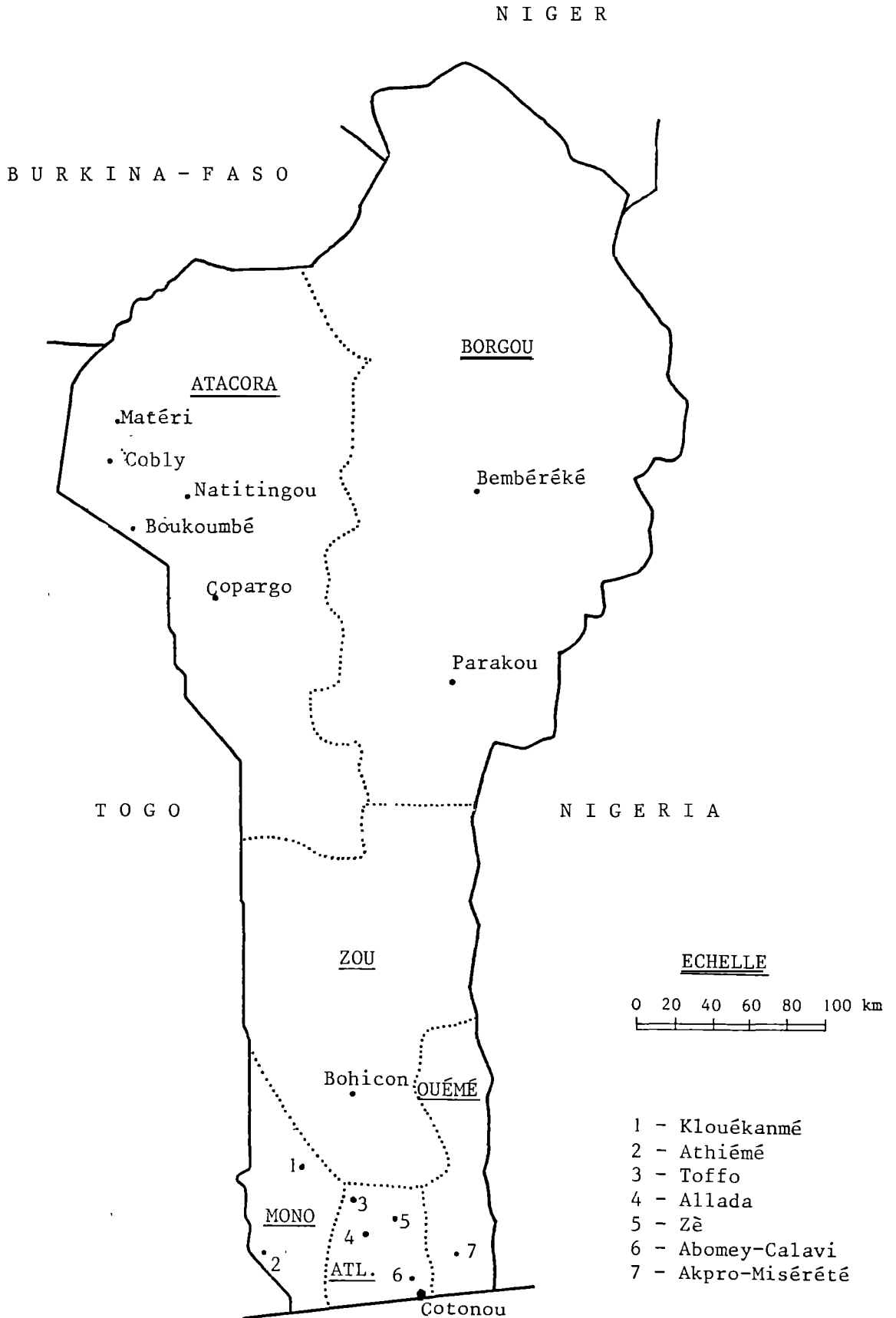


TABLE DES MATIERES (suite)

10. Population desservie par le projet AVS-II dans la province d'Atacora
11. Niveau d'avancement dans la poursuite des objectifs spécifiques



CARTE DU BENIN



- 1 - Klouékanmé
- 2 - Athiémé
- 3 - Toffo
- 4 - Allada
- 5 - Zè
- 6 - Abomey-Calavi
- 7 - Akpro-Misérété





ABREVIATIONS

|              |                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| AVS          | - Agent villageois de santé                                                        |
| AT de la SNV | - Assistant technique de la SNV                                                    |
| BOAD         | - Banque ouest-africaine de développement                                          |
| CCS          | - Centre communal de santé                                                         |
| CESAO        | - Centre d'Etudes économiques et sociales de l'Afrique occidentale                 |
| CSD          | - Centre de santé de district                                                      |
| CVS          | - Comité villageois de santé                                                       |
| DEP          | - Direction d'Etude et de Planification                                            |
| DESFOC       | - Direction de l'Education pour la Santé et de la Formation continue               |
| DGIS         | - Direction Générale de la Coopération au Développement (gouvernement néerlandais) |
| DGSA         | - Direction du Génie sanitaire et Assainissement                                   |
| DPS          | - Direction provinciale de la Santé                                                |
| EPS          | - Equipe provinciale de santé                                                      |
| FENU         | - Fonds d'équipement des Nations Unies                                             |
| IRC          | - International Reference Centre for community water supply and sanitation         |
| IRRT         | - Institut royal des régions tropicales (KIT)                                      |
| MSP          | - Ministère de la Santé publique                                                   |
| ORS          | - Solution pour la réhydratation par voie orale                                    |
| PEV          | - Programme élargi de vaccination                                                  |
| PICMR        | - Projet d'Infrastructures communautaires en Milieu rural                          |
| PMI          | - Protection maternelle et infantile                                               |
| PNUD         | - Programme des Nations Unies pour le développement                                |
| RPB          | - République populaire du Bénin                                                    |
| SMI          | - Soins maternels et infantiles                                                    |
| SNV          | - Association néerlandaise d'assistance au développement                           |
| SSP          | - Soins de santé primaires                                                         |
| UVS          | - Unité villageoise de santé                                                       |



## 1. INFORMATION

### 1.1 Historique du projet

Le projet AVS résulte d'un accord entre les gouvernements des Pays-Bas et de la République Populaire du Bénin, lequel fut signé en février 1981. L'objectif du projet était d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires par la formation des agents villageois de santé (AVS) dans tout le pays. Il était précisé dans l'accord de 1981 que le projet serait exécuté sous l'autorité de la Direction de l'Education pour la Santé (DES) avec une assistance technique et financière de la part des Pays-Bas.

Le directeur de la DES fut nommé Directeur national du Projet; un médecin expatrié recruté par la DGIS fut désigné comme son homologue. Cet assistant technique était alors stationné à Cotonou, étant donné qu'il s'agissait d'un projet d'intérêt national. Le projet se donnait comme première tâche de former, dans toutes les provinces du pays, des équipes de formateurs qui pourraient ensuite former grand nombre d'agents villageois de santé pour accroître la couverture des soins de santé primaires. Les équipes de formateurs, appelées équipes provinciales de santé (EPS), furent formées entre septembre 1981 et février 1982. 336 agents villageois furent ensuite formés, portant le nombre de villages touchés par le projet à 122 à l'issue de la première phase du projet qui se terminait fin 1983.

La plupart des 122 villages de la Phase I sont situés dans les provinces de l'Atlantique (26), de Borgou (26) et d'Atacora (46). Dans les provinces de Zou, Ouémé et de Mono le nombre de villages couverts était plus faible (respectivement 10, 9 et 5 unités villageoises de santé, UVS, furent installées en Phase I).



A la fin de la première phase une mission conjointe d'évaluation constata que le projet n'avait pas pu atteindre les objectifs, dans la mesure où le nombre d'UVS et d'agents formés était encore relativement faible et où la formation des agents villageois et leur supervision n'avaient pas toujours donné un bon résultat au niveau du village. La mission d'évaluation de la Phase I signala également un problème de coordination, et recommanda de se concentrer sur la province d'Atacora.

Aussi, l'objectif fixé pour la deuxième phase qui consistait à former des AVS dans tous les villages du pays fut abandonné au bénéfice des aspects méthodologiques. La formulation de cette deuxième phase du projet eut lieu en novembre 1984. Le document du projet fut élaboré conjointement par le Directeur national du Projet et deux représentants de l'IRRT au nom des Pays-Bas.

La convention entre les deux gouvernements fut signée en janvier 1986. Le coordinateur du projet recruté par l'IRRT étant déjà arrivé à Cotonou, la deuxième phase du projet AVS put démarrer début 1986.

## 1.2 Mission d'évaluation

Le présent rapport est le résultat d'une mission conjointe bénino-néerlandaise du projet Agents villageois de Santé, deuxième phase (AVS-II) effectuée du 18 avril au 3 mai 1988 (voir termes de référence en annexe 1).

L'équipe d'évaluation était composée de:

- Pour la partie béninoise:



Dr. Bienvenu Houssou: Directeur de l'Education pour la Santé et de la Formation continue, Ministère de la Santé publique, Cotonou\*.

Dr Nicaise Davo: Collaborateur de la Direction d'Etude et de Planification (DEP), Ministère de la Santé publique, Cotonou.

- Pour la partie néerlandaise:

Mme Arjon Smits: Chef d'équipe, conseillère en développement des femmes et soins de santé primaires, BMB, Tilburg, Pays-Bas.

M. Bert Hanekamp: Conseiller en soins de santé primaires, Maastricht, Pays-Bas.

M. Teun Bastemeyer: Spécialiste en matière d'hydraulique et de planification, Centre international pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement, La Haye, Pays-Bas.

L'itinéraire et une liste des personnes rencontrées se trouvent en annexes 2 et 3 respectivement. Les documents consultés sont spécifiés en annexe 4.

---

\* Le Directeur étant en service depuis trois semaines seulement, il fut considéré assez neutre pour participer à la mission d'évaluation.





## 2. PERCEPTION GENERALE DU PROJET

### 2.1 Définition du problème

En République Populaire du Bénin 80% environ de la population réside en zone rurale. Cette population rurale n'avait pas accès, jusqu'ici, aux soins essentiels de santé. Etant donné les conditions de vie dans les villages, il est important de mettre un accent particulier sur les soins préventifs, tout en tenant compte de l'accès aux soins curatifs. Ce besoin fondamental est ressenti clairement par la population.

Améliorer l'infrastructure sanitaire au niveau des provinces et des districts ne suffit pas pour rendre ces soins plus accessibles, en raison des problèmes de transport et de l'insuffisance du réseau routier.

Une action soutenue au niveau des villages permet d'associer les soins préventifs aux soins curatifs, et de faciliter l'accès aux soins de santé. Une telle action est encore plus efficace si la participation concrète de la population peut être assurée. Par ailleurs, une telle participation permet de limiter les coûts à la charge du gouvernement et d'assurer la viabilité financière du système des soins de santé primaires.

La mise en place et le suivi des structures au niveau des villages demande une amélioration des capacités d'intervention du personnel sanitaire. Le personnel doit notamment être en mesure d'assurer la formation et le suivi des agents villageois de santé et des comités villageois de santé.



## 2.2 Les objectifs du projet

L'objectif général du projet, tel que formulé dans le dossier du projet, est le suivant: "améliorer la couverture sanitaire du pays et amener les masses populaires à assumer leur auto-responsabilité et leur autosuffisance en matière de soins de santé primaires". A cet effet, dans l'Atacora, le projet vise l'intensification et l'amélioration du niveau d'intervention du personnel CSD, CCS et AVS (à travers la formation et le recyclage à tous les niveaux) et le renforcement de l'infrastructure par un programme de construction, de fourniture d'équipement et de médicaments adaptés. On n'étendra pas les projets en dehors des 17 centres de supervision déjà touchés.

Cet objectif reflète aussi bien le souci d'améliorer la couverture dans l'ensemble du pays, que celui d'unir les efforts afin d'améliorer la qualité de l'intervention. La mission a noté que ce double souci a été à l'origine d'une divergence de points de vue au sujet de l'importance à accorder aux activités dans la province d'Atacora en comparaison avec celles à mener dans les autres provinces. Cette ambivalence dans l'approche, qui a eu une influence négative sur l'exécution du projet, s'explique par le fait que les autorités béninoises ne favorisaient pas tellement la nouvelle approche telle que proposée par la mission de formulation en 1984. Ceci comptait également pour la SNV qui à ce moment-là promettait de contribuer cinq assistants techniques au projet. Par conséquent, le changement d'approche n'a jamais été formalisé.

Les objectifs spécifiques mettent encore plus en évidence le fait que le projet est à cheval entre l'approche préconisée pendant la Phase I, et l'approche suggérée par la mission. Ces objectifs sont les suivants.

- Pour l'Atacora (District de Matéri, Cobly, Boukoumbé, Copargo):



- " . renforcer la planification et la coordination des soins de santé primaires au niveau de la province de l'Atacora;
- . mettre au point une méthodologie d'intervention afin de rendre les activités de soins de santé primaires plus opérationnels: gestion d'une caisse de pharmacie au niveau du village, rémunération des AVS, la fonction des CVS et l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels;
- . développer et approfondir les activités de soins de santé primaires en insistant sur les SMI, le PEV, la lutte antipaludique, la lutte antidiarrhéique et le recueil des données de base;
- . recycler les 66 AVS déjà présents et en former et recycler 274 nouveaux. De ce fait on portera l'effectif des AVS à 2 matrones et 2 secouristes par village dans les districts retenus;
- . recycler et former 40 formateurs et 15 superviseurs au niveau des centres communaux de santé et des centres de santé de district (CSD);
- . améliorer la méthodologie pratique de formation des AVS en matière de soins préventifs, curatifs et éducatifs;
- . élaborer un programme de formation des CVS et AVS en matière de gestion des caisses pharmaceutiques des UVS;
- . développer les activités de gestion familiale et des revenus des ménages en zone rurale en collaboration avec le CARDER (centre de développement rural au niveau provincial) et les Affaires sociales dans le but de responsabiliser les collectivités dans le domaine socio-économique;
- . assurer la supervision et l'appui continu des AVS et des CVS;
- . renforcer les infrastructures sanitaires avec la construction et l'équipement de 4 CCS dans les communes de Tabota (Boukoumbé), Tantéga (Matéri), Kountori (Cobly) et Singré (Copargo), puis l'équipement des CCS existants."



- Pour les autres provinces:

" Les objectifs spécifiques pour les autres provinces sont du même ordre que ceux pour la province d'Atacora, mais, dans ces provinces, on appliquera quand même une approche moins intensive:

- . gérer et coordonner les activités de formation, de supervision et de collecte des données dans les districts touchés par le projet initial;
- . poursuivre et améliorer la formation des formateurs, des AVS (secouristes et matrones) et des superviseurs ainsi que le recyclage et la formation continue des AVS;
- . augmenter la sensibilisation du personnel de santé aux soins de santé primaires;
- . développer la capacité de gestion des CVS;
- . analyser et utiliser si possible les résultats des expériences de l'Atacora dans les autres provinces."

La liste des objectifs spécifiques du projet est longue, par conséquent, il semble a priori difficile de s'y référer pour définir les priorités d'action.

La mission est d'avis qu'il aurait été judicieux de formuler ce problème plus clairement, en définissant par exemple les objectifs principaux de la deuxième phase, en précisant les résultats attendus sur le plan méthodologique, en privilégiant la qualité des interventions au niveau des villages, et en donnant plus de poids aux objectifs pour la province d'Atacora.

La conclusion de la mission est que les objectifs de Phase II du projet sont ambigus et peuvent donner lieu à une confusion au sujet de l'orientation générale du projet ainsi que la relation entre les activités du projet dans la province d'Atacora et celles dans les autres provinces.





### 2.3 Le programme de travail pour trois ans

Le démarrage de la Phase II du projet était prévu pour le début de 1985. En réalité, le projet a été retardé d'un an et a démarré en 1986.

Le dossier du projet présente un programme indicatif pour l'exécution des activités de formation. Dans le cas des agents de santé villageois, le tableau suivant montre comment cette activité principale aurait en principe dû évoluer tout au long de l'exécution du projet.

Tableau 1. Formation et recyclage des AVS

| Province | Année 1        |                | Année 2        |                | Année 3        |                |
|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|          | recy-<br>clage | forma-<br>tion | recy-<br>clage | forma-<br>tion | recy-<br>clage | forma-<br>tion |
| Atacora  | 66             | 66             | 132            | 104            | 236            | 104            |
| Autres   | 172            | 172            | 334            | 268            | 612            | 268            |
| Total    | 238            | 238            | 466            | 372            | 848            | 372            |

Si l'on s'en tient à ces chiffres, on voit mal ce que voulait dire le terme 'consolidation' dans le dossier du projet, puisque les activités dans les provinces du sud continueraient à s'accroître.

En ce qui concerne les investissements, il était prévu de construire quatre centres communaux de santé pendant la première année du projet AVS-II. Ce sujet est traité plus loin dans ce rapport.

Afin de laisser une certaine flexibilité à la Direction du Projet, il a été convenu d'élaborer des programmes annuels d'activités. De tels programmes ont été composés en 1986, 1987 et 1988 axés sur le budget. Compte tenu des questions



laissées en suspens lors de la formulation du projet, compte tenu également des conclusions de la mission d'évaluation du projet AVS-I concernant la planification 'trop ambitieuse' du projet et l'opportunité d'une nouvelle stratégie, la mission considère que plus d'importance aurait pu être attachée à une planification plus explicite des activités, en définissant plus clairement les priorités d'action et les résultats attendus.

#### 2.4 Financement prévu

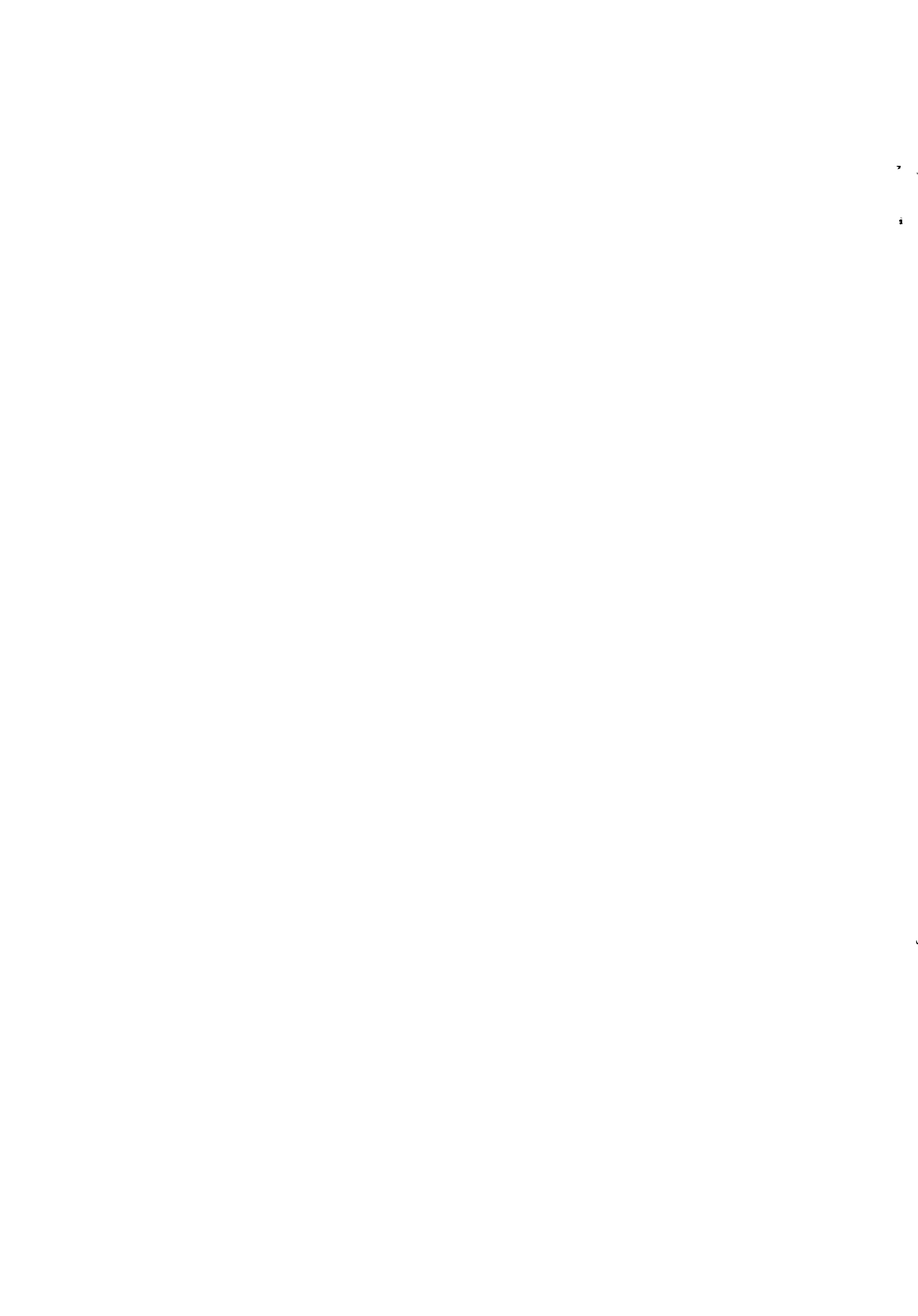
Les coûts estimatifs du projet, tels qu'indiqués dans le dossier du projet, s'élevaient à environ 312 millions de FCFA. La contribution du côté néerlandais était alors estimée à 293 millions de FCFA, ou environ 2,3 millions de florins. La provision pour l'inflation et les imprévus une fois pris en compte, le budget prévisionnel s'élevait à 360 millions de FCFA, ou environ 2,7 millions de florins.

La mission de formulation avait indiqué qu'il était essentiel pour la viabilité des SSP que le gouvernement béninois prenne progressivement en charge les frais récurrents.

La répartition générale du budget prévisionnel était la suivante (en milliers de FCFA):

|                  |                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| - Personnel      | 128.500 (40%)                                                |
| - Investissement | 97.700 (31%)                                                 |
| - Fonctionnement | 45.300 (14%)                                                 |
| - Formation      | 40.800 (13%)                                                 |
| - Total          | <u>312.300</u> (pour plus de détails voir annexe 6)<br>===== |

On peut voir que les frais de personnel sont le poste budgétaire le plus important. La bonne utilisation des ressources



humaines détermine donc en grande partie l'efficience du projet. Il convient de noter qu'environ 50% des investissements, ou 15% du total, étaient destinés à la construction des CCS.

Autre remarque: les frais de salaire de l'Administrateur stationné à Cotonou n'apparaissent pas dans le budget, étant donné que ce poste fut créé plus tard. 40% du salaire de l'Administrateur est à la charge du projet. En outre, la SNV contribue au projet en prenant à sa charge les frais de salaires de ses assistants techniques.

Finalement, il convient de souligner que le reliquat du projet AVS-I n'est pas mentionné dans les documents. Ceci semble être dû à un manque de clarté dans la situation financière à la fin du projet AVS-I.

## 2.5 Exécution du projet

### 2.5.1 Généralités

L'exécution du projet AVS-II se déroule du 28 janvier 1986 jusqu'au 31 décembre 1988, c'est-à-dire pendant une période de trois ans. En réalité les activités n'ont pas démarré avant fin 1986. Cela est dû partiellement à l'arrivée tardive des assistants technique de la SNV en novembre 1986. Par ailleurs, des malentendus et des différends entre le Directeur national du Projet et le Coordinateur n'ont pas facilité la mise en place d'une structure adéquate et l'organisation du support logistique. De plus, un conflit a surgi entre l'assistant technique chargé de la construction des CCS et son homologue, ce qui a rendu plus difficiles les relations de travail au niveau d'Atacora. Finalement, la désignation d'un administrateur de l'IRRT n'avait pas encore été prévue à



l'époque. Il est arrivé seulement début 1987. De ce fait, le Coordinateur du Projet était obligé de consacrer beaucoup de son temps aux questions administratives.

C'est en 1987 que les activités ont pu réellement se développer. Malgré un programme relativement ambitieux, la plupart des activités a pu être réalisées. Cette année-là, l'organisation et la supervision de la construction d'un CCS et la préparation des contrats pour trois autres a posé le plus de problèmes. En effet, on peut estimer que le Coordinateur a consacré environ quatre mois de son temps à cette affaire.

En 1988, les activités du projet semblent se dérouler conformément au programme. Toutefois, le problème des CCS continue de se faire sentir, ce qui risque de compromettre l'avenir du projet.

La conclusion de la mission est que l'avancement du projet est satisfaisant dans le domaine de la santé, mais que les investissements et les activités intersectorielles accusent du retard.

#### 2.5.2 Programme d'activités en 1986

Une analyse de l'exécution des activités programmées pour 1986 montre qu'il s'agissait surtout d'une année de démarrage. (Voir annexe 7.)

Le projet a réalisé des études du milieu dans un certain nombre de villages dans quatre districts. Des activités de formation ont été réalisées au profit des agents de santé (infirmiers). Le projet a commencé à stimuler des CVS, et à prendre contact avec des AVS formés sous le projet AVS-I. Cette prise de contact a permis de constater que leur formation n'était pas suffisante. Par conséquent, le projet a





organisé des activités de recyclage dans trois des quatre districts. En plus, un bureau a été installé à Natitingou.

Malgré les contraintes indiquées, le projet a pu réunir les éléments d'information lui permettant de bien programmer les activités pour 1987. Toutefois, très peu d'activités techniques ont pu être réalisées en 1986.

### 2.5.3 Programme d'activités en 1987

En 1987, la plupart des activités programmées ont pu être réalisées (voir annexe 8). Les activités les plus importantes étaient:

- la réalisation d'un grand nombre d'études du milieu;
- la formation des formateurs, des agents de santé villageois et des comités villageois de santé;
- la mise en place du système d'autofinancement des médicaments essentiels au niveau du village;
- la construction d'un CCS.

Il était également prévu d'insister sur les activités intersectorielles. Quelques activités ont eu lieu à titre d'essai, dans les domaines du reboisement, des foyers améliorés et de l'eau notamment. Ces expériences ont conduit le projet à privilégier la concertation avec les autres secteurs en s'appuyant sur une meilleure connaissance de 'qui fait quoi'.

En général, la mission a été satisfaite de constater que le programme d'activités pour 1987 a été bien suivi et réalisé dans sa quasi-totalité.

### 2.5.4 Programme d'activités en 1988

En raison de la période d'évaluation, la mission n'a pu juger que de la teneur du programme, et non de son exécution.



L'importance accordée à la formation des CVS et aux activités intersectorielles a été appréciée.

La mission a malheureusement dû constater que des problèmes techniques et psychologiques continuent à se poser au sujet de la construction des CCS. Si ces problèmes ne sont pas résolus rapidement, il est à craindre que les autres activités en souffriront. C'est pourquoi la mission suggère que l'affaire soit tranchée au niveau des agences d'exécution et du bailleur de fonds.

#### 2.5.5 Utilisation des ressources

Le projet dispose de ressources financières, matérielles, et humaines. Ces ressources ont parfois été mises à la disposition du projet avec un certain retard. Cela concerne surtout le personnel expatrié et du matériel commandé à l'extérieur. Toutefois, la mission a constaté que, d'une manière générale, les ressources financières et matérielles mises à la disposition du projet répondent aux besoins. (Voir tableaux récapitulatifs, analyse des investissements, annexe 9.)

En ce qui concerne le personnel, il y a une distorsion entre ce qui est prévu dans le dossier du projet et la situation actuelle.

Le personnel local se compose du Directeur national du Projet (à temps partiel), et des équipes provinciales de santé, qui collaborent avec les agents de la santé au niveau des districts et des communes.

Le personnel expatrié se compose du médecin-coordonateur, de l'Administrateur (à 40% de son temps), et de deux assistants techniques mis à la disposition du projet par la SNV. Le dossier du projet prévoyait trois assistants techniques de la



SNV, dont un pour superviser la construction des CCS. Ce dernier est parti prématurément et n'a pas été remplacé.

L'Administrateur n'était pas prévu, mais a été affecté pour des raisons d'efficience.

La conclusion de la mission est que, de façon générale, les ressources correspondent au besoin du projet, mais que l'apport de la SNV ne s'est pas matérialisé comme prévu.

#### 2.5.6 Impact financier

L'information présentée dans ce chapitre a été réunie sur la base de données disponibles au niveau du projet. Ces données ne couvrent pas l'ensemble des dépenses effectuées dans le cadre du projet, car les montants correspondant aux différentes commandes (véhicules, équipement), les coûts salariaux, et les autres frais de personnel de l'IRRT sont administrés au niveau du siège de l'IRRT. Par ailleurs, les montants pris en charge par le gouvernement béninois (frais de salaire du personnel local, frais de téléphone et d'électricité du bureau du projet à Natitingou) ne sont pas administrés par le projet. La mission a constaté que les données fournies par le siège de l'IRRT ne permettent pas à l'Administrateur (expert en matière de gestion financière chargé de l'administration locale de trois projets exécutés par l'IRRT) de faire un bilan complet.

Compte tenu de ce problème, la mission a apprécié le fait qu'il a été néanmoins possible d'obtenir des informations permettant de broser une vue d'ensemble de la situation financière.

En l'état actuel des choses la situation financière du projet se résume comme suit. (Les chiffres présentés ont un caractère indicatif.)



Tableau 2. Aperçu de la situation financière  
(en millions de florins)

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| Budget total AVS-II                                      | 2,7 |
| Ex-AVS-I                                                 | 0,4 |
| Disponibilité totale pour<br>l'ensemble du projet AVS-II | 3,1 |
| Dépenses jusqu'à fin 1987                                | 1,6 |
| Disponibilité jusqu'à la fin<br>du projet                | 1,5 |
| Budget pour 1988                                         | 1,4 |
| Réserve fin 1988 (Administrateur<br>inclus)              | 0,1 |

Le budget original, présenté dans le dossier du projet, indique un montant total de 2,7 millions de florins, ce qui équivalait à ce moment-là à 360.000 FCFA. Au moment de la mission le coût total du projet (contribution néerlandaise) sera d'environ 450 millions de FCFA jusqu'à la fin de 1988. Par conséquent, les dépenses dépassent d'environ 90 millions de FCFA le budget original pour trois ans. Cette augmentation est principalement due au changement du taux d'échange et ensuite à la mise à disposition d'un administrateur à 40% de son temps, à l'augmentation de 50% des frais de construction des CCS, à quelques dépenses engagées pour 1988, non prévues dans le dossier du projet (notamment la réfection de quelques CCS), et au changement du facteur multiplicateur concernant les frais salariaux décidé en commun accord par le bailleur de fonds et l'agence d'exécution par délégation (IRRT).

En ce qui concerne la contribution de la partie béninoise, il convient de remarquer que peu d'éléments concrets ont pu être réunis pour permettre de faire le bilan. Toutefois, il semble que le Bénin n'a pas pris en charge les coûts récurrents comme il a été prévu.





Bien que l'information disponible ne permette pas de conclure définitivement, la mission est d'avis que les ressources financières, au niveau du projet, c'est-à-dire au Bénin, ont été utilisées de façon efficace, avec un souci d'économie et sous contrôle adéquat.

La mission suggère, afin de permettre une gestion financière encore plus efficace, que le bailleur de fonds contacte l'agence d'exécution du côté néerlandais afin de s'informer de la situation exacte en matière de finances jusqu'à ce jour.

#### 2.5.7 Equipement et transport

##### 2.5.7.1 Moyens de transport

La mission a constaté que le projet gérait le parc de véhicules et motocyclettes de manière satisfaisante. Les voitures sous le contrôle du Coordinateur sont utilisées et entretenues avec soin. Le carnet de bord est bien tenu.

Les voitures mises à la disposition de l'équipe provinciale dans la province de l'Atlantique semblent être utilisées adéquatement. Une voiture, affectée dans la province de Mono, a été volée dans des circonstances qui n'ont pu être suffisamment éclaircies pour permettre de recommander le renouvellement de ce véhicule.

Le système de location-vente pour les motocyclettes mis à la disposition des superviseurs est un succès. Les motos sont bien entretenues, fonctionnent bien et sont utilisées effectivement dans le cadre des activités du projet. L'opinion de la mission est qu'il s'agit là d'un système économique et efficace, grâce auquel les agents des échelons inférieurs peuvent assumer leurs responsabilités, tout en disposant d'un moyen de transport approprié.



La situation en matière de véhicules est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 3. Etat et amortissement des véhicules

| Dénomination                                                                                                                  | Remarque                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau national (Cotonou):<br>Peugeot 504                                                                                     | amortie en décembre 1988                                                      |
| Province d'Atacora:<br>Datsun, Pick-up<br>Toyota Stout, Pick-up<br>Toyota Landcruiser<br>Peugeot 504, Pick-up<br>Toyota Hilux | amortie en décembre 1988<br><br>accidentée et hors d'usage<br>bon état        |
| Province de Mono:<br>Lada 1200<br><br>Peugeot 504, Pick-up                                                                    | vétuste, amortissement définitif<br>en décembre 1988<br>volée (pas remplacée) |
| Province de Zou:<br>Lada Niva                                                                                                 | vétuste, amortissement définitif<br>en décembre 1988                          |
| Province de l'Atlantique:<br>Peugeot 504, Pick-up                                                                             | bon état                                                                      |
| Province de Borgou:<br>Datsun, Pick-up                                                                                        | amortie en décembre 1988                                                      |

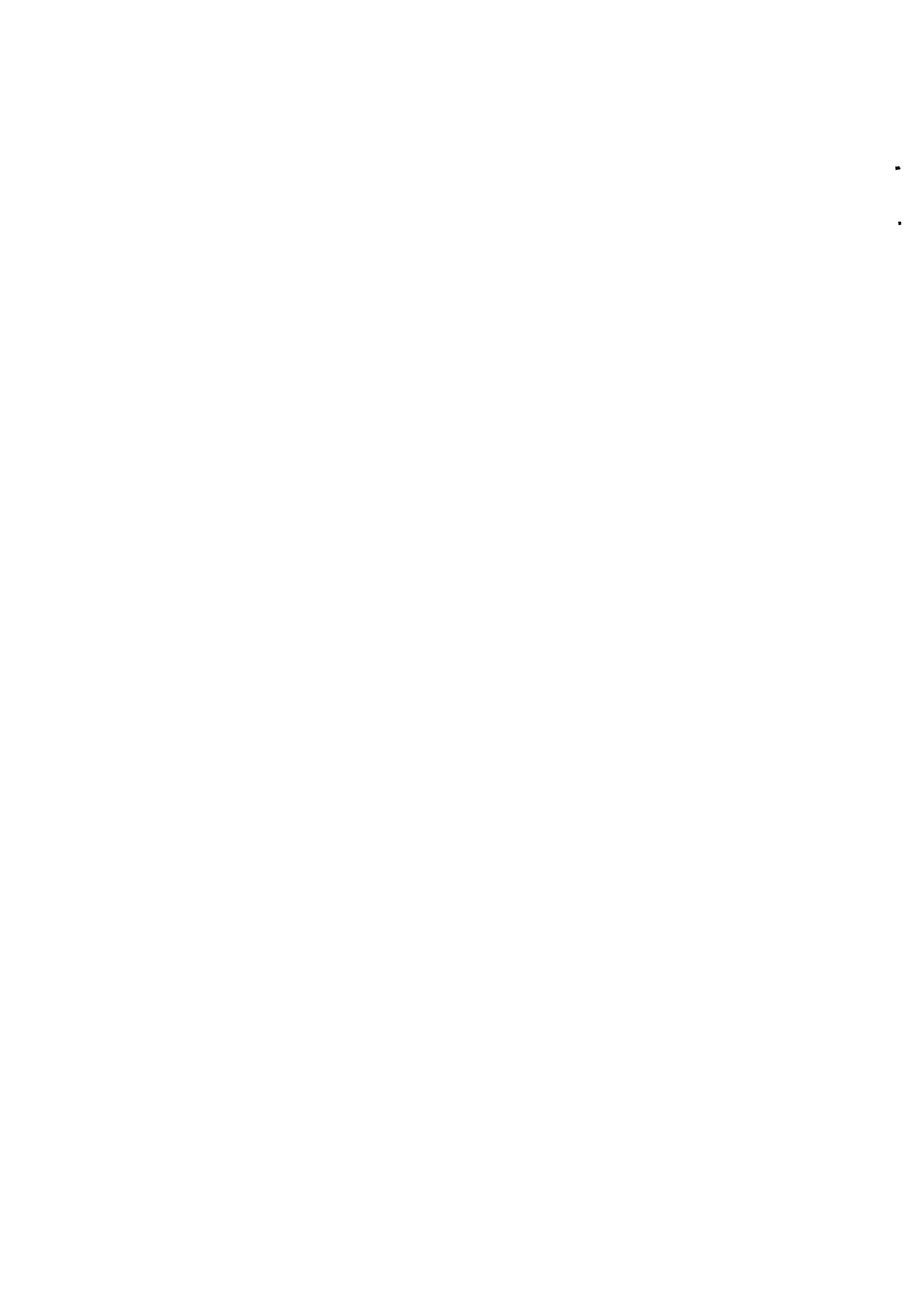
Il convient de noter que les Lada et Datsun devraient en principe être remplacées un peu plus tôt, mais il est prévu de prolonger la période d'amortissement pour des raisons pratiques et budgétaires.

En ce qui concerne les motos, le contrat de location-vente de la plupart d'entre elles arrive à échéance fin 1989. A l'heure qu'il est, le projet a distribué 21 Yamaha 80 cc, et une mobylette de marque Honda (pour personnel féminin). De ces 22 moyens de transport, 15 ont été distribués dans l'Atacora. Le projet dispose de trois motos qui n'ont pas encore été attribuées.



#### 2.5.7.2 Equipement de bureau

Le projet dispose d'un bureau très sommaire, et a pris l'initiative d'améliorer avec des moyens modestes l'aménagement de ses bureaux. D'après la mission la dépense de 2,5 millions de FCFA pour ces aménagements, qui n'était pas prévue dans le budget, est certainement justifiée du point de vue du bon déroulement des activités du projet. Toutefois, il serait mieux que la partie béninoise prenne à charge ce type de dépenses et prenne les mesures nécessaires pour mettre des bureaux adéquats à la disposition du projet.



### 3. ASPECTS TECHNIQUES DE L'EXECUTION DU PROJET

#### 3.1 Généralités

La méthodologie préconisée dans le projet AVS-II est basée sur l'évaluation du projet AVS-I. Plus d'accent devait être mis sur la participation concrète de la population, les activités dites 'intersectorielles', et sur les activités de sensibilisation et de formation dans le domaine des soins de santé préventifs.

La construction de quatre CCS était jugée nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du système de supervision et d'appui aux AVS, sans perdre de vue la politique nationale en matière de soins de santé.

#### 3.2 Démarche suivie dans les villages

Fort de l'expérience du projet AVS-I, le projet a adopté une démarche bien structurée et bien programmée pour faire en sorte que la population participe réellement. Cette démarche a été élaborée à l'origine par le CESA0, et a ensuite été adaptée aux exigences spécifiques du projet (voir tableau 4).

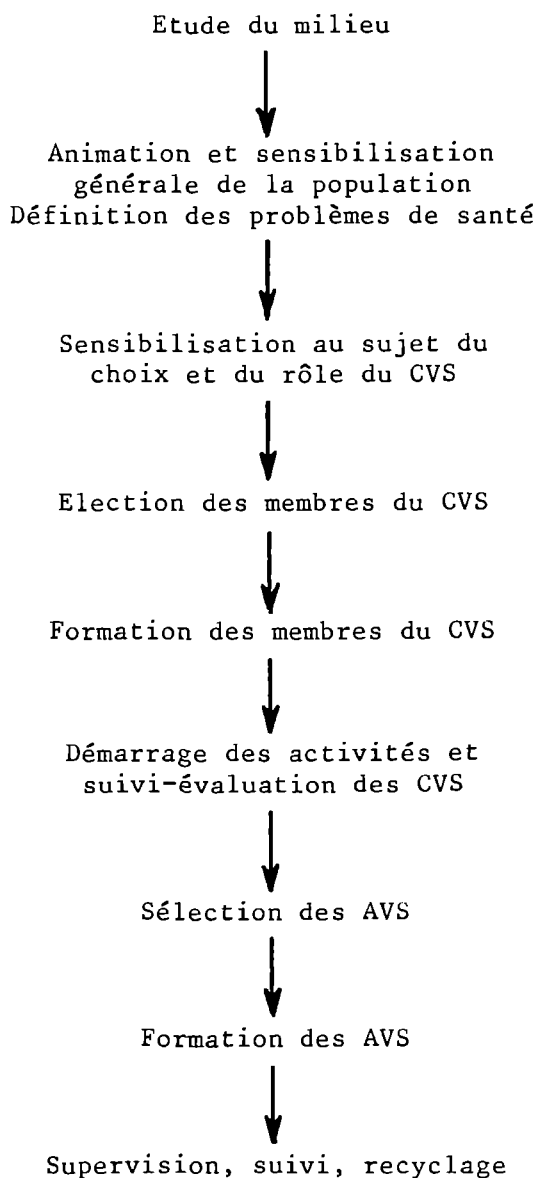
Cette nouvelle méthodologie diffère de la précédente par le fait que la mise en place et l'évaluation des premières activités du comité villageois de santé précèdent la sélection des AVS et la mise en place des UVS.

La mission considère que, grâce à la nouvelle démarche, la prise des responsabilités par le CVS est davantage assurée.





Tableau 4. Processus d'organisation et de formation



L'étude du milieu consiste en trois visites au village pour réunir des données en matière de santé et d'hygiène. Des réunions sont tout d'abord organisées: une à l'attention des femmes et une autre pour les hommes. Dans ces réunions, les conditions de santé, telles que perçues par les habitants, sont discutées. Les sujets passés en revue sont les maladies les plus fréquentes, la protection maternelle et infantile,



l'accès aux soins de santé et les conditions d'approvisionnement en eau. Par la suite, les principaux points d'eau sont visités, et 10 familles sont interviewées afin de rassembler des éléments d'information concernant l'hygiène à domicile, l'assainissement, les conditions nutritives, et la couverture des vaccinations.

Un rapport est ensuite élaboré qui rend compte des résultats des trois visites. Les résultats de l'étude du milieu sont discutés avec la population. Cette phase de sensibilisation a pour but d'inciter la population à identifier ses problèmes majeurs et à définir ses priorités.

Il a été porté à l'attention de la mission que la population villageoise juge souvent que l'approvisionnement en eau et l'accès au village sont des questions prioritaires. Si l'on vise à une participation effective de la population, il convient de bien tenir compte de ces priorités, et de chercher des solutions pour satisfaire les besoins tout en se concentrant sur les soins de santé dans le cadre des activités du projet.

Dans le cadre du projet AVS-II il a été demandé que les membres des CVS proviennent des différents hameaux d'une commune villageoise. En général, le projet a réussi à convaincre les villageois d'élire des femmes au sein des comités. Souvent trois membres sur dix sont des femmes. Au cours de la préparation de la méthodologie, le projet a accordé suffisamment d'attention à la participation des femmes aux activités. Le fait que leur participation laisse néanmoins à désirer est surtout dû au manque de personnel féminin dans les équipes d'exécution.

Le CVS une fois établi, l'équipe discute avec la population les critères de choix des AVS (un secouriste-homme et une matrone), la rémunération des AVS, la gestion des médicaments et la construction des UVS. Si l'UVS n'était pas déjà



terminée lors du projet AVS-I, l'équipe accepte de former des AVS avant de finir la construction d'UVS. Dès que le CVS s'est engagé à construire une UVS, la formation des AVS est accordée. Ce genre d'attitude flexible est réaliste, car il est parfois difficile pour la population de consacrer du travail, du temps et de l'argent à la construction sans avoir la garantie que le projet agira de façon concrète. Toutefois, il paraît que la plupart des villages ont déjà construit une UVS.

La mission a noté avec satisfaction que l'introduction de la formation des formateurs par le projet AVS-II a eu des résultats très positifs.

La formation du personnel de santé, notamment les médecins et les infirmiers, en tant que formateurs et superviseurs semble correspondre à leur rôle dans le cadre des SSP, et a certainement beaucoup contribué à l'efficacité du projet.

La mission a beaucoup apprécié le fait qu'un guide national pour la formation des formateurs ait pu être élaboré en collaboration avec d'autres projets de soins de santé primaires, et avec l'appui du MEPS (programme national pour le développement de matériel pour l'éducation sanitaire). Même s'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un résultat du projet, il est important de constater que le projet a contribué par cette activité au développement de la politique nationale en la matière.

### 3.3 Formation des agents villageois de santé

La formation des AVS est dispensée au niveau des CCS par les formateurs/superviseurs, à l'aide d'un guide pratique pour la formation des AVS. La formation porte sur les tâches des secouristes et des matrones. Les sujets traités comprennent la gestion des médicaments, l'éducation sanitaire, l'assainissement, l'hygiène, la nutrition, la protection maternelle et



infantile (vaccination) et le traitement des maladies courantes. Les matrones sont quelquefois formées au niveau des CSD pour s'assurer qu'elles assistent à suffisamment d'accouchements. Cette formation pratique au niveau du district n'est pas nécessaire si un nombre suffisant d'accouchements ont lieu au CCS.

Le guide pratique pour la formation semble bien adapté au niveau de scolarisation des villageois. Le matériel didactique, comme les ordinogrammes, permet de former des individus illettrés. La durée des formations est appropriée à condition de prévoir un suivi régulier et une formation continue.

#### 3.4 Fonctionnement des comités villageois de santé

Le fonctionnement des CVS est très variable. Certains CVS sont très actifs: ils organisent par exemple des journées de salubrité, et s'occupent de la gestion des médicaments, de la construction de l'UVS et de la rémunération des AVS. Malheureusement, la plupart des CVS ne sont pas si actifs. Il manque souvent une définition précise et concrète de leurs rôles et tâches.

Les formateurs/superviseurs ont observé que, en général, le soutien actif des responsables locaux conditionne souvent le succès des CVS.

Dans des villages où l'approvisionnement en eau ou l'amélioration des voies d'accès sont prioritaires, ce soutien a quelquefois manqué, et le CVS n'a dès lors pas pu assumer son rôle de façon optimale.

La mission a noté à plusieurs reprises que les secouristes demandent une formation additionnelle pour pouvoir faire des piqûres. Il semblerait que cette requête soit souvent motivée





par des discussions au sein du CVS. Etant entendu qu'il est exclu que cette tâche soit attribuée au secouriste, la mission suggère que le projet insiste beaucoup sur l'impossibilité de cette formation dans les activités de suivi et de supervision des CVS.

### 3.5 Rémunération des agents villageois de santé

Beaucoup de CVS n'ont pas pris de décision au sujet de la rémunération des AVS. La mission a eu l'impression qu'un certain nombre d'agents villageois de santé n'étaient pas satisfaits de cette situation.

Il convient de souligner ici que, de façon générale, le travail d'un AVS prend seulement une ou deux heures par jour. Par conséquent, une compensation modeste seulement peut être justifiée. Malheureusement, beaucoup d'AVS semblent être présents à l'UVS à plein temps. C'est peut-être une des raisons pour laquelle la rémunération est difficile à déterminer. Il semble nécessaire de régler ce problème d'emploi du temps en fixant des horaires. Ce sujet mérite d'être discuté avec les CVS.

Etant donné que ce problème surgit dans d'autres projets, la mission recommande que la question de la rémunération des AVS soit étudiée au niveau national, en s'appuyant sur l'expérience des projets pour mieux identifier les alternatives.

### 3.6 Travail des agents villageois de santé

Distinction est faite entre le travail du secouriste et celui de la matrone.



En général, le secouriste remplit bien ses fonctions dans le domaine des soins curatifs. Le choix et le dosage des médicaments semblent conformes aux directives, et l'enregistrement des traitements et des recettes des ventes de médicaments est adéquat. Dans le domaine des soins préventifs, son travail est plus difficile à évaluer faute d'une définition claire des tâches. Toutefois, les secouristes apportent une collaboration précieuse au personnel de santé en encourageant la population à assister aux sessions de vaccination. Ces sessions ont lieu une fois par mois. Il s'agit là d'une tâche concrète et vérifiable.

La matrone est formée pour dispenser des soins prénataux et pour assister les femmes pendant l'accouchement. En raison du manque d'informations quantitatives concernant le nombre d'accouchements avec l'assistance d'une sage-femme traditionnelle, la mission n'a pas pu se faire une opinion précise au sujet du travail des matrones, mais l'impression générale est que celles-ci ne sont pas toujours autant appréciées que les secouristes. Un meilleur enregistrement des activités des matrones permettrait d'obtenir des données plus adéquates. De plus il est à recommander de mieux étudier les raisons du sous-emploi des matrones. Un des facteurs qui est à l'origine de ce problème est le fait que beaucoup de femmes ne voient pas l'intérêt d'un accouchement à l'UVS, et préfèrent un accouchement selon les coutumes\*. En outre, il paraît que le Ministère de la Santé a insisté, il n'y a pas longtemps, pour que les accouchements soient faits à l'UVS. La mission considère qu'une telle obligation ne sert pas forcément l'intérêt des femmes et des enfants. En plus, fixer des règles trop strictes peut être néfaste, et ne semble pas conforme à l'objectif du projet.

---

\* A.M.C. Meyers, Rapport Soins Pré et Post Natals en commune de Tapoga, 1988.



La mission a pris note du fait que certaines autorités locales forcent les femmes à accoucher à l'UVS en les menaçant d'une amende, ou bien en leur refusant le certificat de naissance.

La mission estime que ces pratiques sont en pleine contradiction avec les objectifs du projet, et peuvent même remettre en question la crédibilité des SSP.

Il est suggéré d'insister davantage sur l'utilisation optimale de l'expertise de la matrone formée et du matériel dont elle dispose, tout en laissant les femmes libres de choisir le lieu de leur accouchement.

### 3.7 Supervision

La supervision des AVS a été très bien organisée par le projet, ceci mérite d'être mentionné. A tous les niveaux (province, district, commune, village), le personnel de santé a assuré une supervision qui peut être qualifiée de professionnelle:

- au niveau du village cette supervision est assurée par le comité villageois de santé, surtout pour les aspects socio-disciplinaires, moraux et financiers;
- les médecins assument les fonctions de superviseurs, dépassant en cela les prévisions;
- le personnel au niveau de la commune et du district participe activement à la supervision.

La supervision des matrones souffre d'un manque de personnel féminin aux différents niveaux.



### 3.8 Autofinancement

La solution la plus appropriée à la prise en charge des coûts récurrents par le Bénin consiste à mettre au point un système d'autofinancement. Ce système concerne principalement deux niveaux:

- le village
- le district.

#### 3.8.1 Au niveau du village

A ce niveau la construction des UVS est financée par la population. Le système de distribution des médicaments essentiels repose actuellement sur l'autogestion de la caisse par les CVS. La mission a constaté que ce système a porté ses fruits. En effet, les médicaments sont maintenant achetés par le village avec des fonds provenant des recettes. Les tarifs sont fixés en fonction du traitement médical et assurent le renouvellement des stocks avec un surplus qui permet de couvrir d'autres frais, y compris la rémunération des AVS.

#### 3.8.2 Au niveau du district

Dans chaque chef-lieu de district, un dépôt de médicaments est prévu. Les villages achèteraient leur médicaments dans ces dépôts. Le profit réalisé sur la vente de ces médicaments permettrait de couvrir une partie des coûts de supervision et de transport.

La mission est satisfaite des progrès dans ce domaine, mais souligne toutefois qu'un bon suivi du système serait souhaitable pendant la période de sa mise en place, estimée à environ cinq ans. Simultanément, l'apport de l'extérieur pourrait être progressivement diminué.





### 3.9 Construction des centres communaux de santé

La mission a dû consacrer beaucoup de son temps pour bien saisir pourquoi et dans quelle mesure la construction d'un des CCS et les préparatifs pour la construction des trois autres ont posé tellement de problèmes. Bien que nombre de questions restent sans réponse, il a été jugé bon de chercher à éclaircir ce problème compliqué au moyen d'un historique.

Les investissements destinés à la construction de quatre CCS étaient prévus dans le dossier du projet (48.000.000 de FCFA). Le budget de 12 millions de FCFA était basé sur un plan et un devis établis par un assistant technique de la SNV en décembre 1984. Le plan et le devis pour la construction des CCS étaient établis en collaboration avec la DGSA.

Après la signature du protocole de projet en janvier 1986, la SNV mit à la disposition du projet AVS-II, un ingénieur civil qui arriva à Natitingou en mars 1986.

Un écart de 50% est apparu entre le devis original de 1984 et le devis actuel. A l'issue d'une étude approfondie, une faute de calcul dans le premier devis fut découverte avec pour résultat une différence de 40%; en tenant compte de l'augmentation des prix depuis 1984, un CCS revient désormais à 21.500.000 de FCFA.

En avril 1986, des différends entre l'assistant technique de la SNV et son homologue commencèrent à avoir une influence négative sur le déroulement du travail.

En octobre 1986, la DGIS approuva l'augmentation du coût de la construction des CCS, mais, suite aux désaccords survenus dans les relations personnelles entre l'AT de la SNV et son homologue, les travaux étaient arrêtés par la DPS depuis juillet



1986. L'AT de la SNV fut appelé à produire:

- un rapport financier à l'attention du Coordinateur du Projet AVS;
- un rapport technique concernant chaque chantier et rendant compte de tous les travaux exécutés, du matériel sur place et des travaux encore à exécuter;
- les plans détaillés des bâtiments, la programmation de l'exécution et la description des démarches nécessaires.

Ces rapports et ces plans furent soumis à la DESFOC en septembre 1986. N'ayant pas réussi à recruter un nouvel ingénieur civil avant le départ d'Erik van Tertholen en septembre 1986, la SNV suggéra en novembre 1986 à la DESFOC de prendre contact avec le Projet d'Infrastructures communautaires en Milieu rural (PICMR). La supervision des travaux de construction pourrait en effet être confiée à ce projet.

Après des discussions au sein de la DGIS et des enquêtes de la part du Ministère de la Santé dans le but de mettre à jour les raisons fondamentales du conflit entre l'assistant technique et son homologue, le premier CCS de la commune de Singré fut terminé sous la supervision financière et logistique du Coordinateur du projet, avec le conseil technique du PICMR et sous contrôle technique. Il est à noter que l'intervention du PICMR a consisté en des visites du site de construction à trois ou quatre reprises.

Les coûts totaux pour ce seul CCS s'élèvent à 22,8 millions de FCFA. Le CCS est construit avec une toiture en voûtes de ferro-ciment revêtues de bitume.

Pour les trois autres CCS, un projet de protocole fut élaboré par le PICMR et soumis au Ministère de la Santé, sous le couvert de la DGSA. Celle-ci fit des observations et le projet amendé fut retransmis au PICMR. Le protocole, une fois approuvé, fut finalement signé en mai 1987.

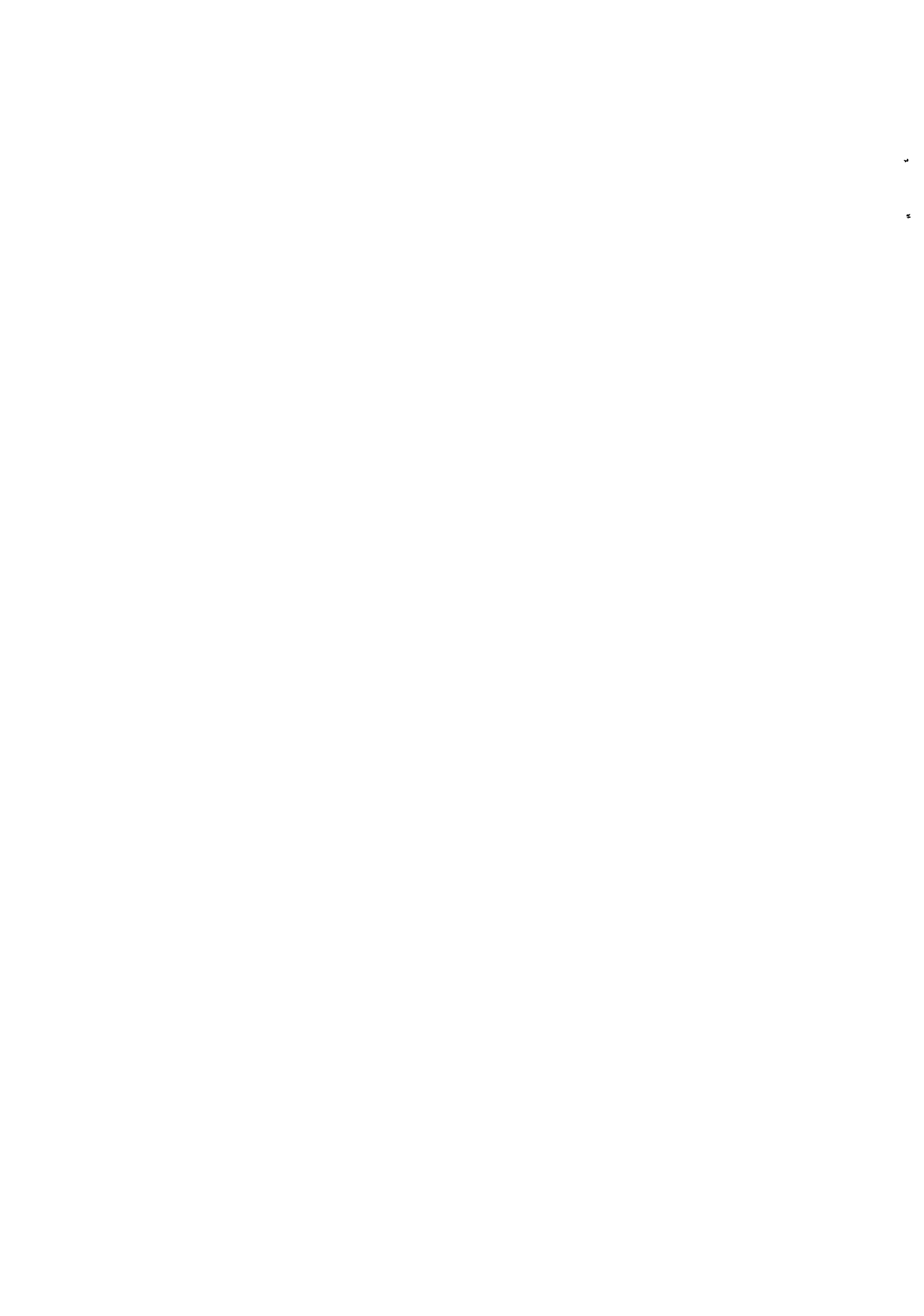


Après la signature du protocole, un accident eut lieu qui incita le préfet de l'Atacora à interdire la technique des voûtes en ferro-ciment dans sa province. De ce fait, il devint nécessaire de changer les plans pour les trois CCS restant. La nouvelle version prévoyait une toiture en tôles ondulées. Les plans modifiés furent élaborés en concertation avec le technicien de la Direction provinciale de la Santé. Malheureusement, la DPS et la DGSA étaient opposées aux modifications. Ce fait n'étant pas connu, un accord fut signé en novembre 1987 concernant l'organisation de la construction sur la base de ces plans. Un premier montant de 12,6 millions de FCFA, à savoir 20% du coût total, fut versé par le projet.

Par la suite, la DGSA a demandé des modifications. Le PICMR a présenté un devis additionnel de 2.881.930 FCFA par CCS en mars 1988. D'après le PICMR, ces coûts supplémentaires sont engendrés par les modifications réclamées par la DGSA. Le coût s'élèverait maintenant à 24.244.683 FCFA, à comparer avec le budget original, dans le dossier du projet, de 12 millions de FCFA par CCS. Le Coordinateur du Projet AVS n'a pas accepté les plans et le budget du PICMR et, en mai 1988, le PICMR est revenu avec un nouveau plan de 21,8 millions de FCFA. Sous le contrôle politique du CEAP (Comité d'Etat d'Administration Provinciale) et un comité de dépouillement d'offres, le PICMR doit commencer ses travaux à condition:

- que tout le matériel se trouve sur place avant la saison des pluies;
- qu'il rende compte chaque mois des dépenses;
- que le travail soit terminé le 31 décembre 1988.

Il est important de noter que la population avait été mobilisée, il y a deux ans, pour aider à la construction. Elle a ensuite ramassé du sable et des gravillons. Plusieurs milliers de briques ont été produites sur le site. Des tonnes de



ciment sont gâchées (elles se sont durcies sur le site avec le temps). La mission a été témoin de la déception de la population, et ne peut que conclure que l'indignation évidente des responsables est justifiée.

Compte tenu de ce qui précède, la mission recommande que le bailleur de fonds insiste auprès du Ministère de la Santé pour exercer son influence. Si nécessaire, l'annulation des fonds de construction pourrait être considérée si le PICMR ne se tient pas aux conditions.

Il était noté que de différents spécialistes considèrent que les dimensions des CCS sont trop grandes, et qu'il serait peut-être bon de bien préciser quelles seront les fonctions à remplir par les CCS, pour ensuite définir les dimensions minimales, tout en tenant compte d'une façon pratique des critères du Ministère de la Santé.

Cette analyse serait très utile au cas où pour des raisons pratiques une réduction des dimensions des CCS ou l'utilisation de techniques locales s'avéreraient nécessaires. Compte tenu de ce qui précède, il est important que l'administrateur continue de jouer son rôle actuel qui consiste à suivre le dossier et à assurer le contrôle financier en s'appuyant sur des capacités techniques en dehors du projet AVS-II.

### 3.10 Activités intersectorielles

#### 3.10.1 Objectifs du projet

Les activités à développer conformément aux objectifs spécifiques du projet sont la gestion familiale et des revenus des ménages en collaboration avec le CARDER et les Affaires





sociales. Le dossier ne présente pas d'objectifs spécifiques dans les domaines de la promotion féminine et de l'approvisionnement en eau.

Quoique le document suggère que des activités intersectorielles pourraient rendre le projet plus efficace, ces activités ne sont pas mentionnées de façon spécifique. Par conséquent, il est difficile de déterminer sur quelle base leur budget a pu être établi.

Jusqu'à présent, peu d'activités intersectorielles ont été développées et seulement une partie très faible du budget disponible a été utilisée.

Toutefois, il a été noté avec satisfaction qu'une proposition concernant les activités intersectorielles dans l'Atacora a été préparée en février 1988. Ce document identifie les activités intersectorielles comme "les activités qui contribuent à la réalisation des SSP et qui sont organisées par plusieurs secteurs du développement en collaboration avec la population concernée". Dans le cadre de l'organisation des activités intersectorielles il fut proposé de procéder à un inventaire des organismes et des projets dont les activités ont un rapport avec les SSP, et d'étudier ensuite les modalités d'une collaboration avec ces organismes et projets en tenant compte des priorités de la population.

### 3.10.2 Promotion de la femme

L'évaluation des activités du projet dans ce domaine a été rendue difficile par le fait que le dossier du projet ne donne aucun point de repère ayant pu aider l'équipe du projet à développer cette composante.

Le projet a pourtant fait des efforts pour optimaliser la participation des femmes aux activités. Il se heurte pourtant



à des problèmes tels que le manque de personnel féminin et la faible position sociale et économique des femmes. En plus, les besoins des femmes ne sont pas encore bien connus. Pour obtenir une idée claire de ces besoins et des possibilités de renforcer la situation des femmes, il est à recommander que la prochaine mission de formulation prête une attention spéciale à la promotion de la femme.

Parmi les actions à développer, on pourrait penser à des activités de formation et de sensibilisation spécifiquement destinées aux femmes dans leur cadre familial, par exemple en liaison avec des questions d'utilisation et d'entretien des points d'eau, d'hygiène domestique, et d'hygiène du milieu. De telles activités devraient davantage viser à promouvoir des mesures pratiques que les femmes peuvent prendre à titre individuel, ainsi qu'à leur faire identifier les domaines où la collaboration entre femmes pourrait améliorer les conditions de santé.

Il serait également intéressant de continuer la récente collaboration avec d'autres projets dans le domaine du reboisement, des foyers améliorés, de l'alphabétisation des AVS/CVS, des matrones notamment, de la culture vivrière et du petit élevage.

Compte tenu de la charge additionnelle qu'une collaboration dans tous ces domaines pourrait présenter pour le projet et pour les femmes, il importe d'analyser quels sont les effets attendus et de définir ensuite les priorités. Dans le cadre des objectifs des SSP, la mission suggère que l'accent soit mis sur les activités intersectorielles directement liées aux composantes des programmes des SSP, c'est-à-dire l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'éducation en matière d'hygiène. L'efficacité de ces activités serait optimale si la participation de la femme pouvait se concrétiser dès la phase de sensibilisation.



Toutefois, si l'on cherche à développer des actions sur le terrain, il est essentiel de nommer des femmes qualifiées dans l'équipe provinciale de santé. Il est indispensable également d'augmenter les effectifs féminins du personnel aux niveaux du district, de la commune et dans l'exécution des études du milieu.

### 3.11 Approvisionnement en eau et assainissement

#### 3.11.1 Cadre général

La mission a pu constater, lors de discussions avec des villageois, des comités de santé villageois et avec les autorités concernées, que l'amélioration des conditions d'approvisionnement en eau est une priorité à tous les niveaux.

Vu la méthodologie préconisée par le projet, selon laquelle la population villageoise doit être amenée à assumer son autoresponsabilité en matière de SSP, il convient de tenir pleinement compte de cette grande priorité.

Dans le plan de développement du secteur eau potable et assainissement au Bénin, la participation communautaire et l'éducation pour la santé constituent des composantes fondamentales de tout projet d'hydraulique villageoise; il est souligné néanmoins que seule une éducation pour la santé bien structurée et fortement implantée sur le terrain peut valoriser l'impact de programmes eau potable et assainissement, surtout en milieu rural.

De même, le Ministère de la Santé attache une grande importance à l'intégration du volet "Eau" dans les programmes de SSP. Deux orientations principales sont distinguées:



- collaboration avec les projets d'hydraulique villageoise par des actions de sensibilisation en matière de santé, dans le but de préparer l'installation d'un point d'eau;
- sensibilisation des villages qui disposent déjà d'un point d'eau, mais qui n'ont pas été sensibilisés dans le domaine de la santé et de l'hygiène du milieu.

Une collaboration du projet avec les projets d'hydraulique villageoise pourrait englober les deux orientations. Toutefois, une telle collaboration pourrait se heurter à des obstacles d'ordre institutionnel, souvent causés par une absence de coordination entre les autorités compétentes en matière d'eau et de santé.

Le manque d'intérêt porté auparavant aux volets assainissement et éducation pour la santé dans des programmes d'hydraulique villageoise est un problème important.

En 1987, plusieurs rencontres ont eu lieu entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Équipement et des Transports en vue d'une harmonisation de leurs programmes.

La mission a pu constater, suite à des contacts avec les autorités aux niveaux national et provincial, que le besoin d'une collaboration effective est aujourd'hui largement reconnu.

Par ailleurs, il est encourageant de constater que le gouvernement a entrepris de mettre au point un cadre législatif et réglementaire qui permette de mieux apprécier le rôle des différents intervenants. En effet, deux projets de loi portant sur le code de l'hygiène publique et sur celui de l'eau ont été présentés par le Président de la République en 1987. Par conséquent, il paraît évident qu'une collaboration réelle entre le projet AVS-II et des projets d'hydraulique villageoise conduits dans sa zone d'intervention principale aurait l'appui du gouvernement.





Un examen des aspects techniques permettra de définir les modalités pratiques d'une telle collaboration, ce qui évitera également une confusion au sujet des objectifs du projet. Là encore, il serait important d'échanger toute information concernant l'exécution des programmes 'Eau' et 'Santé' dans la province d'Atacora. C'est sur cette base que pourraient s'harmoniser la planification des actions des uns et des autres et se préparer une méthodologie cohérente dans le domaine de la participation communautaire et de l'éducation en matière de santé.

### 3.11.2 Hydraulique villageoise dans l'Atacora

Dans cette province, il convient de distinguer deux types de projets d'hydraulique villageoise:

- Des projets 'Puits': Ces projets sont exécutés par des organisations non-gouvernementales de différents pays en collaboration avec le CARDER.
- Des projets 'Forages' réalisés par la Direction de l'Hydraulique du Ministère de l'Équipement et des Transports grâce à un financement extérieur.

Le projet AVS-II a collaboré à titre d'essai avec deux projets 'Puits' dans les districts de Copargo et de Boukoubé. Le projet concernant Copargo est coordonné par un assistant technique de la SNV basé à Djougou. L'autre projet est coordonné par un assistant technique du Corps de la Paix (US Peace Corps). Ces deux projets peuvent construire ou améliorer quelques dizaines de puits par an, mais près de 50% de ces puits ne fonctionnent pas optimalement en raison de leur mauvaise implantation, de leur trop faible profondeur, de conditions géohydrauliques peu favorables et d'une technique de construction peu avancée. Malgré le risque d'échec, la population villageoise est prête à participer à la réalisation de



ces puits qui représentent tout de même une amélioration considérable de leurs conditions d'approvisionnement pendant une bonne partie de l'année. Il faut ajouter que, dans la plupart des cas, la contribution de la population est autre que financière.

En ce qui concerne les projets 'Forages', la mission a pu constater sur le terrain qu'un bon nombre (probablement quelques centaines) de pompes à main de la marque ABI a été installé en 1984-1985 dans l'Atacora. La plupart de ces pompes ne fonctionnent pas à pleine capacité ou sont en panne. Ces problèmes sont dus à la qualité insuffisante des pompes (laquelle a été améliorée depuis), à l'absence d'un système de maintenance adéquat et au manque de participation de la population.

Un nouveau projet 'Forages' se trouve actuellement dans sa phase de démarrage. Il s'agit d'un projet financé par la BOAD et exécuté par un bureau d'études canadien avec la Direction de l'Hydraulique comme maître d'oeuvre. L'objectif est de réaliser 250 forages et de les équiper de pompes à main dans la période de septembre/octobre 1988 à juin 1990.

Le projet comprend deux volets:

- le volet technique (études géohydrauliques, réalisation des forages, installation des pompes, formation technique pour l'entretien);
- le volet communautaire (sensibilisation, organisation de l'entretien, éducation pour la santé).

Le projet a donc pour tâche non seulement de réaliser des ouvrages, mais aussi de sensibiliser la population en vue d'une prise en charge des ouvrages au niveau du village. La mission d'évaluation a pris contact avec les projets 'Puits' et le responsable du volet communautaire du projet 'Forages', ainsi qu'avec les responsables du service d'hydraulique au



sein de la Direction provinciale de l'Équipement et des Transports. Les discussions ont montré qu'une collaboration pratique présente un grand intérêt: choix des villages prioritaires, activités d'éducation pour la santé et formation des membres des CVS.

Il est important de noter que les deux types de projets mentionnés plus haut sont complémentaires, compte tenu d'une grande variété de conditions hydro-géologiques et socio-économiques dans l'Atacora.

La mission considère qu'il convient de profiter des compétences techniques existantes et d'insister sur la collaboration concrète, basée sur des contrats, avec les projets d'hydraulique villageoise existants et futurs. L'exécution d'un volet 'Eau' au sein même du projet AVS-II ne semble pas une solution réaliste.

### 3.11.3 Activités pilotes dans le district de Copargo

Fin 1987, le projet a travaillé en collaboration avec le projet 'Puits' de la SNV. Plusieurs puits ont été réalisés dans le district de Copargo après que l'équipe du projet ait sensibilisé la population.

Cette expérience a démontré qu'il était important de bien programmer les actions et d'élaborer une méthode cohérente. La mission fut notamment informée d'un malentendu au sujet de la date de démarrage de la réalisation des puits ainsi que des tâches des uns et des autres. Par conséquent, la participation à la construction des puits n'était pas optimale. Il est essentiel, en conclusion, de suivre une démarche bien arrêtée qui permette aux intervenants de bien assumer leurs responsabilités.



Le résultat voulu peut être atteint à la condition que l'on vérifie qu'il existe bien une volonté collective dans le village, en définissant par exemple des critères auxquels la demande de point d'eau doit répondre et en laissant l'initiative au village.

#### 3.11.4 Financement des activités hydrauliques

Au vu des financements disponibles ou prévus pour des projets d'hydraulique villageoise dans l'Atacora, il n'est pas nécessaire de prévoir un budget important pour un volet 'Eau'. Toutefois, dans le cadre des activités développées en collaboration avec les services d'hydraulique et les projets 'Puits', il pourrait être envisagé de réserver un budget servant à financer au besoin un nombre limité de points d'eau (puits ou forages). Un tel budget pourrait être utile dans le cas notamment où certains villages jugés prioritaires ne seraient pas servis par les projets 'Forages' ou 'Puits' dans le cadre du financement disponible. Ce budget permettrait au projet de collaborer avec les projets d'eau d'une façon plus flexible et contribuerait de ce fait à l'efficacité du projet. Il est important de souligner que la mission d'évaluation est opposée à l'idée de développer un volet "eau" au sein même du projet AVS. Le financement des points d'eau est donc seulement recommandé au cas où aucune autre solution n'est possible et à condition que la construction du point d'eau:

- s'insère dans un processus cohérent de sensibilisation et de formation;
- corresponde à un besoin urgent exprimé par la population;
- contribue à l'efficacité des actions en matière de SSP et de participation communautaire.





#### 4. ORGANISATION ET GESTION

##### 4.1 Structure générale du projet

La mission a constaté que la structure organisationnelle du projet était mal définie. Ceci s'explique par:

- l'absence d'organigramme dans le dossier du projet;
- le manque de définition des responsabilités et de la hiérarchie du côté néerlandais aussi bien que béninois (rôle du Directeur provincial);
- l'inexistence de descriptions de poste pour le Directeur national du Projet, et le Coordinateur néerlandais;
- l'incertitude au sujet du rôle à jouer par l'IRRT en tant qu'agence de recrutement, de supervision et d'exécution;
- les lacunes et ambivalents rencontrés dans le dossier du projet, notamment:
  - . les objectifs ambivalents pour les provinces du sud (stabilisation et extension des acquis du projet AVS-I)
  - . le nombre d'assistants techniques à recruter par la SNV
  - . le manque d'objectifs et d'orientation pour ce qui touche à la participation des femmes
  - . le manque de directives pour la mise en oeuvre de la nouvelle méthodologie d'intervention.

En ce qui concerne l'avant-dernier point, il est important de souligner que ni le dossier du projet, ni la convention, ni l'accord entre la DGIS et l'IRRT ne précisent clairement les prestations à fournir par l'IRRT dans l'exécution du projet.

Compte tenu du caractère général de la convention, la mission considère qu'il aurait été judicieux que l'IRRT s'accorde avec l'agence d'exécution du côté béninois et avec le bailleur de fonds afin de préciser les relations de travail entre l'IRRT, la Direction nationale du Projet, le Coordinateur du



Projet et le Directeur provincial de la Santé. A cet égard, le rôle de l'IRRT en tant que superviseur technique et administratif aurait pu être davantage défini.

Même si la mission est d'avis que l'IRRT aurait pu mieux définir ses relations avec le projet, il n'en reste pas moins qu'il aurait été plus approprié que la DGIS définisse bien son rôle dans un cahier des charges, ceci avant la signature du contrat entre la DGIS et l'IRRT.

#### 4.2 Soutien aux provinces

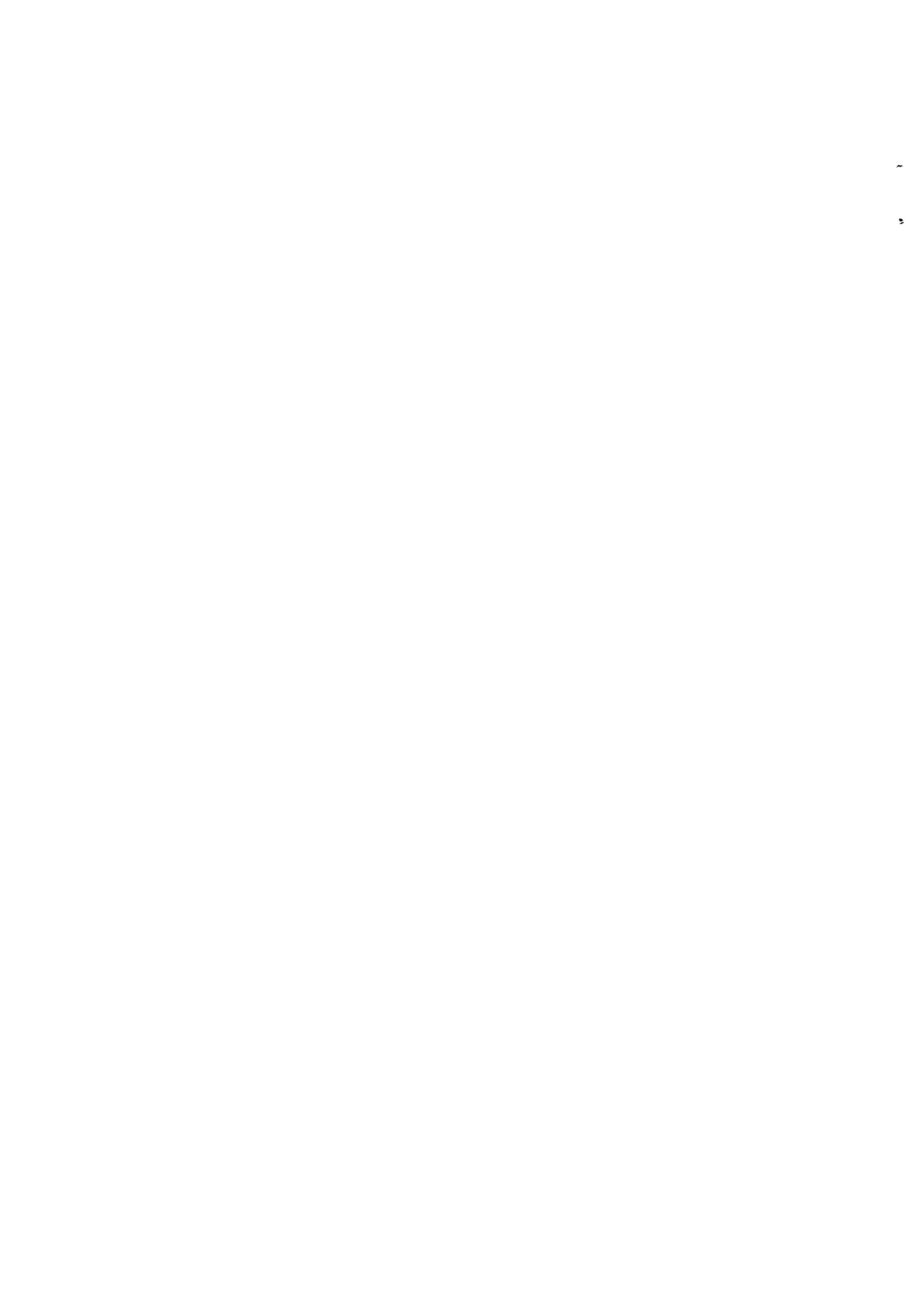
Le soutien logistique du projet aux équipes de supervision paraît correspondre aux besoins. Toutefois, l'absence de concertation et de communication régulières entre le Directeur national et le Coordinateur du Projet a rendu plus difficile l'organisation de la supervision et du soutien technique pour les provinces.

Dans la province d'Atacora, les moyens mis à la disposition du personnel de la santé travaillant en collaboration avec le projet lui permettent actuellement de mener à bien ses activités de formation et de supervision sur le terrain.

#### 4.3 Le rôle de l'IRRT

Comme mentionné ci-dessus, ce rôle n'est pas clairement défini dans le dossier du projet. L'action de l'IRRT dans le projet a porté sur:

- la coordination du projet par le coordinateur basé dans l'Atacora;
- la comptabilité et la gestion financière par un administrateur à Cotonou, ainsi que par l'administration de l'IRRT aux Pays-Bas;



- le soutien logistique (commande de médicaments, etc.);
- le soutien et la supervision du projet par des responsables de l'IRRT aux Pays-Bas;
- l'organisation de maintes sessions de formation, non seulement pour le projet même, mais également en faveur d'autres projets SSP en Afrique occidentale et de l'ouest.

La coordination du projet s'est heurtée à des difficultés concernant le personnel et l'administration. De ce fait, les activités du projet n'ont pas pu être réalisées dans des conditions favorables.

La mission a eu l'impression que la tâche de la coordination aurait pu être plus légère s'il avait été plus judicieusement tenu compte des procédures administratives locales. De même il eut été souhaitable que le Directeur national se montre plus coopératif afin d'aider le coordinateur à accomplir sa tâche.

De façon générale, la mission a beaucoup apprécié l'orientation que le coordinateur de l'IRRT a donnée aux activités du projet. Par ailleurs, il a été constaté que celui-ci avait réussi à forger de bonnes relations de travail avec les membres de son équipe, et qu'il avait bien structuré le travail dans l'Atacora.

La mission a noté avec satisfaction que l'administration locale du projet est adéquate grâce à la présence de l'administrateur de l'IRRT. Rappelons que cet expert en gestion financière partage son temps entre trois projets exécutés par l'IRRT au Bénin. Même s'il s'agit là d'un acquis important, il n'en demeure pas moins nécessaire de mettre à la disposition du Coordinateur du Projet, ainsi que du Directeur national du Projet toute information indispensable à la gestion de leur budget.



La mission a constaté que cette information est absente ou n'est pas directement disponible au niveau de la coordination du projet. Il est suggéré de plus accentuer cet aspect, en adaptant par exemple l'administration au siège aux besoins réels du projet. A cet égard, il serait judicieux de préciser plus clairement où réside la responsabilité finale en matière de finances, en insistant en particulier sur le contrôle trimestriel par l'Administrateur à Cotonou, sur la gestion de son budget par le Coordinateur, et sur une cohérence générale des postes budgétaires.

Quant au sujet du soutien logistique de la part de l'IRRT, la mission a été informée des retards peu acceptables dans la passation des commandes et de quelques problèmes de coordination. A titre d'exemples: une commande urgente de médicaments, faite à la fin septembre 1986 par le Coordinateur du Projet, a finalement été passée par l'IRRT en janvier 1987; une partie d'une commande passée en septembre 1986 est arrivée en 1988.

La mission a passé en revue l'échange d'informations entre le projet et l'IRRT sans pour autant trouver d'explication satisfaisante à ce phénomène. Compte tenu du fait qu'il s'agit, dans certains cas, de commandes vitales pour l'exécution du projet, la mission considère que le responsable au siège de l'IRRT aurait dû s'occuper plus activement de ce problème.

La mission a fait un effort particulier afin de bien saisir de quelle façon l'IRRT entend superviser et soutenir le projet. Cette tâche a été rendue assez difficile par le fait que la correspondance entre le projet et les responsables consécutifs au sein de l'IRRT est assez confuse; il s'agit souvent de lettres informelles, écrites à la main, sans référence précise et parfois même non datées. Il est donc difficile de juger si le dossier fourni à la demande de la mission est complet et une analyse approfondie n'a pas été possible. Plusieurs





réunions se sont tenues au siège de l'IRRT après le retour des membres néerlandais de la mission aux Pays-Bas. La mission y a exprimé son inquiétude au sujet du suivi du projet par l'IRRT. Les discussions ont confirmé qu'il y a eu des circonstances qui expliquent les problèmes mentionnés ci-dessus. En même temps, il est devenu clair que les responsables de l'IRRT ont déjà pris de différentes mesures pour améliorer la situation.

#### 4.4 Le rôle de la SNV

Le dossier du projet précise que la SNV mettra à la disposition du projet un AT chargé de l'appui à la gestion au niveau des villages de l'Atacora et un AT responsable de la supervision des CCS. Il y est mentionné également que la SNV étudiera la possibilité d'affecter trois autres AT dans trois autres provinces.

En réalité, la SNV a recruté avec un certain retard deux AT, l'un affecté dans l'Atacora (activités intersectorielles) et l'autre chargé de la supervision dans les trois provinces du sud. Ce dernier poste fut créé à la suite d'une décision de la SNV et semble être trop ambitieux. Deux provinces ne sont pas couvertes par l'assistance technique.

Le troisième AT, chargé de la construction des CCS, a préféré quitter le projet à la suite des difficultés mentionnées ailleurs dans ce rapport, mais n'a pas été remplacé. Cela a sérieusement freiné l'exécution du projet et rendu difficile la supervision des travaux. Malgré leur nomination tardive, les deux AT actuellement en place ont contribué de façon considérable aux activités poursuivies par le projet. Leur rôle dans l'élaboration de la formation et de la supervision des AVS a été précieux.



Toutefois, il est regrettable que la SNV n'ait pas été en mesure de satisfaire la demande de recrutement de deux autres AT. Un soutien technique au niveau des provinces de Zou et de Borgou aurait pu rendre le projet plus efficace et aurait pu contribuer à une meilleure coordination entre l'Atacora et les autres provinces concernées.

La mission considère que la SNV pourrait de nouveau envisager le recrutement de deux assistants, surtout en tenant compte que ces assistants pourraient profiter de l'expérience dans les provinces d'Atacora et de l'Atlantique. Dans l'affirmative, il faudrait bien programmer leur recrutement et le remplacement des anciens AT afin d'assurer la continuité.

#### 4.5 Le rôle des institutions béninoises

Les relations de travail entre la Direction provinciale de la Santé et le Coordinateur du Projet ont souffert des problèmes relatifs à la construction des CCS.

En dépit de cet aspect négatif, la Direction provinciale a en réalité pleinement collaboré avec le projet en laissant à l'équipe provinciale de santé toute la marge de manoeuvre nécessaire. Compte tenu des problèmes de démarrage du projet, ainsi que des problèmes relationnels, la mise en place effective du Comité d'Evaluation mentionné dans l'article 4 de la Convention aurait été très utile. Aux termes de la Convention, ce comité serait chargé:

- de procéder à l'évaluation annuelle du projet, en particulier de la méthodologie utilisée;
- de prendre position en cas de divergences techniques au niveau des responsables de l'exécution et d'apporter les solutions qui s'imposent.



La mission regrette que le Ministère n'ait pas pu réunir ce comité, qui aurait pu, dans plusieurs cas, arbitrer les litiges entre les responsables techniques au sein du projet. La mission regrette également de constater que la contribution béninoise de 18 millions de FCFA n'a pas encore été versée, comme il a été convenu, et que le paiement des salaires du personnel béninois est en retard.

#### 4.6 La coordination entre la province d'Atacora et les provinces du sud

La mission a constaté que la coordination entre les activités de l'Atacora avec celles d'autres provinces n'est pas optimale, voire inexistante dans certains cas. Tout en ne souhaitant pas s'étendre sur ce sujet, la mission considère que la coordination entre les provinces relève de la responsabilité du Ministère et se place au niveau national.

La coordination 'horizontale' entre provinces est, bien entendu, très souhaitable, mais ne peut être mise en place dans le cadre même du projet. La mission suggère que d'autres projets de SSP soient examinés dans cette optique et que le Ministère crée une plate-forme de concertation afin de promouvoir l'échange entre les provinces.

Il a été observé en effet que le projet était plus efficace lorsque la cohérence des activités dans la province d'Atacora était privilégiée.

La mission suggère que le coordinateur expatrié n'ait plus à superviser et coordonner les activités dans les autres provinces. Ces activités pourraient continuer sous la responsabilité du Directeur provincial avec le soutien logistique du



projet, sous un contrôle administratif exercé par l'Administrateur du Projet à Cotonou et sous la supervision générale du Directeur national du Projet.

#### 4.7 Auto-évaluation

La mission a noté avec satisfaction que le personnel affecté au projet a activement participé à une auto-évaluation.

Les résultats de cet exercice ont facilité la tâche de la présente mission, et ont fourni à l'équipe du projet une information de haute qualité qui lui permet d'apprécier les points forts et faibles de sa méthodologie.





## 5. SIGNIFICATION DU PROJET

### 5.1 Objectifs généraux d'un projet de SSP

Aux termes de la déclaration d'Alma Ata, un projet de soins de santé primaires a surtout les objectifs suivants:

- rendre les soins de santé primaires disponibles et accessibles, en donnant la priorité aux zones rurales où la population n'a pas encore accès à des soins de santé;
- assurer la viabilité du système par la participation de la population et la mise en place d'un système d'autofinancement;
- intégrer l'amélioration des soins de santé dans une stratégie de développement qui peut comprendre des activités dans d'autres secteurs (hydraulique villageoise, agriculture, éducation, etc.).

L'expérience montre qu'un programme de soins de santé primaires, conçu correctement en relation avec d'autres actions de développement, peut contribuer considérablement à l'amélioration de la santé publique, notamment par la réduction de la mortalité infantile, des maladies vaccinables (poliomyélite, coqueluche, tétanos, diphtérie, rougeole) et des maladies endémiques.

Si les efforts visant à promouvoir la participation de la population sont bien coordonnés avec les actions menées dans d'autres secteurs, et si les soins de santé sont perçus comme une priorité par la population, un projet de SSP devrait également pouvoir contribuer au développement socio-économique et à une meilleure organisation au niveau communautaire.

La mise en place des structures viables pour les SSP est en principe réalisable à condition que:



- le niveau technique, c'est-à-dire l'équipement et le niveau des soins, soit modeste;
- la participation de la population ne soit pas imposée, mais résulte d'une prise de conscience de la part de la population;
- le principe de l'autofinancement soit accepté.

La mission a constaté avec satisfaction que le projet a évolué dans l'esprit de la déclaration d'Alma Ata, en conservant toutes les composantes importantes.

## 5.2 Les points forts et faibles du projet

Les points forts et les points faibles du projet ont été identifiés en deux étapes: d'abord après des visites sur le terrain dans les provinces du sud, et puis suite à l'évaluation des activités dans la province d'Atacora.

La mission a surtout étudié l'approche suivie et les méthodes d'exécution des activités principales. A cet égard cette approche et ces méthodes n'ont pas toujours été faciles à cerner compte tenu des objectifs contradictoires et du caractère extensif des activités dans la plupart des provinces.

Les sections suivantes donnent un résumé des principaux points forts et faibles.

### 5.2.1 La province d'Atacora

#### Points forts

Dans cette province, la méthode consistant à introduire des soins de santé primaires dans un grand nombre de villages à



l'intérieur d'une zone limitée, tout en améliorant les efforts de sensibilisation, de formation et de supervision constitue le point fort le plus notable.

La concentration de l'action a permis de bien organiser les activités, de garantir un bon soutien logistique et d'améliorer la capacité technique du personnel de santé tout en assurant un bon suivi et un échange d'expériences.

Il en résulte que l'équipe provinciale du projet a une bonne perception des objectifs et des composantes des soins de santé primaires et est prête à s'améliorer davantage. La mission a noté que, grâce à la concentration de l'effort, le projet a gagné en dynamisme. Cela a également permis de forger un bon esprit d'équipe et de partager les responsabilités. De même, les agents villageois de santé à leur tour sont motivés et ont une bonne connaissance technique. Un bon suivi des CVS peut être assuré, ce qui débouche également sur une supervision adéquate des AVS.

En conclusion, cette méthodologie, qui combine une amélioration considérable de la couverture sanitaire, dans une zone limitée, avec de bons systèmes de formation, de supervision et de gestion, mérite d'être décrite de manière détaillée de façon à ce que d'autres projets puissent l'appliquer.

#### Points faibles

Afin d'assurer la continuité dans l'approche développée par le projet, il est important de définir et de coucher sur papier les principaux éléments de la méthodologie d'intervention. Il a été constaté que ce manque de précisions rendait plus difficile l'évaluation des résultats atteints. De l'avis de la mission, l'approche préconisée et les techniques utilisées en vue du développement d'une méthodologie d'intervention pourraient maintenant être formulées plus explicitement.



D'autres points faibles ont été signalés ailleurs dans ce rapport mais sont plus directement liés à l'exécution du projet en général. Toutefois, il convient de mentionner ici qu'il aurait été préférable que des initiatives en vue d'une collaboration avec des intervenants dans d'autres secteurs soient prises dès le début, surtout si l'on tient compte de ce que les objectifs du projet font état d'activités intersectorielles.

### 5.2.2 Les autres provinces

#### Points forts

Le principal point fort concernant l'exécution du projet dans les provinces du sud est la poursuite des activités, démarrées dans la Phase I, par les équipes provinciales des SSP avec un soutien minimum de l'extérieur. Cela montre non seulement que la motivation du personnel de santé est bonne, mais aussi qu'un soutien relativement modeste peut les aider énormément à remplir leur fonctions correctement.

En conséquence de la poursuite des activités dans les provinces du sud, la population villageoise a une perception positive des soins de santé primaires, et les comités villageois de santé sont devenus plus conscients de leur rôle important dans la supervision des agents villageois de santé. Cette supervision semble surtout porter sur la gestion de la caisse et du stock de médicaments.

Compte tenu de ce qui précède, la mission considère qu'il peut être utile de continuer à soutenir modestement des activités 'hors zone de concentration' afin de préparer le terrain pour des futurs projets de soins de santé primaires, lesquels pourraient alors s'appuyer sur l'expertise du personnel local afin de poursuivre les activités à plus grande échelle.





### Points faibles

Les points faibles les plus sérieux que la mission a pu noter dans ces provinces sont:

- le développement très partiel des activités de soins de santé primaires, en particulier les médicaments essentiels et les soins curatifs;
- le caractère trop directif de la démarche vis-à-vis des communautés villageoises, qui ne correspond pas à l'approche choisie dans l'Atacora;
- la composition non représentative des comités villageois de santé, avec notamment une sous-représentation des femmes;
- l'insuffisance de coordination avec d'autres projets de SSP intervenant dans les mêmes provinces.

Ces points faibles semblent illustrer l'importance d'une bonne planification des activités et d'une bonne formation et supervision du personnel de santé, lequel doit être sensibilisé régulièrement au concept des SSP.

Il est clair que, pour éviter ces points faibles, il aurait fallu un meilleur encadrement, l'appui d'un assistant technique de la SNV et un bon soutien logistique par exemple.

### 5.3 L'impact pour la République populaire du Bénin

#### 5.3.1 Résultats obtenus

Les résultats obtenus au stade actuel de développement du projet AVS-II s'inscrivent parfaitement dans la politique et les priorités définies respectivement dans le discours-programme du 30 novembre 1972 du Gouvernement de la République populaire du Bénin et dans la stratégie opérationnelle 1985-1989 du Ministère de la Santé publique.



En effet, la politique du gouvernement en matière de santé prévoit en substance:

- la mise en place d'infrastructures sanitaires adéquates notamment dans les zones rurales;
- la primauté de la médecine préventive sur la médecine curative;
- l'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle pour le bien-être du peuple et le progrès de la pharmacologie;
- l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires comme le meilleur moyen d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Par ailleurs, dans la stratégie opérationnelle, trois des quatre districts retenus dans la province d'Atacora pour la mise en oeuvre du projet AVS-II font partie des cinq premiers districts classés prioritaires sur les 14 que compte la province.

La prise en compte, les autres années, de toutes les huit composantes des soins de santé primaires au lieu des cinq exécutées la première année du projet pourrait bien contribuer à l'amélioration des conditions de vie au village. En effet, il ressort des conclusions des études du milieu que les composantes des soins de santé primaires nécessitent une collaboration intersectorielle dans les domaines suivants:

- l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

La prévention et le contrôle des endémies locales tiennent une place prépondérante dans la vie des masses populaires villageoises. Plusieurs villages visités manquent d'eau potable. Les rares puits rencontrés ailleurs tarissent pendant la saison sèche. Il faut parcourir 5, 10 et même parfois 15



kilomètres pour accéder au marigot, à la rivière ou au fleuve le plus proche. C'est la femme, déjà écrasée par le poids des travaux champêtres, des tâches ménagères et de la garde des enfants, qui doit encore aller chercher du bois de chauffage et de l'eau. Dans la plupart des villages visités il existe une organisation des femmes révolutionnaire (OFRB) qui pourrait être impliquée dans les activités intersectorielles du projet AVS-II.

### 5.3.2 Prise en charge par la République populaire du Bénin

La République populaire du Bénin, dans le souci de perpétuer les acquis du projet AVS-II, a conçu un plan de désengagement qui prévoit à court terme:

- la désignation et la formation d'un médecin dans le domaine de la santé publique qui sera l'homologue du coordinateur néerlandais;
- la mise en place d'un système national de financement communautaire basé sur la vente de médicaments essentiels sous leur nom générique dans toutes les formations sanitaires;
- la création d'une centrale nationale d'achat et d'approvisionnement de et en médicaments essentiels destinés aux formations sanitaires.

Compte tenu de l'expérience acquise dans le projet, il est justifié de croire qu'un système d'autofinancement pourra être mis en place permettant de couvrir les frais de supervision des AVS. A l'heure actuelle, il est difficile de juger à quel rythme cette prise en charge pourrait s'effectuer, mais on peut d'ores et déjà affirmer que la mise en opération de ce système s'étendra sur plusieurs années. Par la suite, un suivi systématique devrait être assuré.



### 5.3.3 Couverture sanitaire du projet AVS-II

Dans l'Atacora, le projet AVS-II couvre quatre districts pilotes incluant la création de 91 unités villageoises de santé. Dans ces districts, la population totale est évaluée à 154.827 habitants. La population de l'ensemble des villages ayant bénéficié d'une unité villageoise de santé est de 73.972 habitants environ, soit 47,80% (voir annexe 10).

Ce chiffre une fois rapporté à la population totale de l'Atacora estimée à 604.876 habitants, il ne s'agit plus que de 12,20%. La construction des quatres CCS, l'équipement de ceux-ci et des CSD existants et la création de la pharmacie du district prévus dans les objectifs du projet AVS-II, améliorent ces chiffres de façon spectaculaire.

### 5.4 Signification pour les Pays-Bas

La politique néerlandaise en matière de coopération dans le secteur de la santé adhère aux objectifs du programme des Nations Unies "La santé pour tous en l'an 2000". C'est dans le cadre de cette politique qu'il est précisé que l'amélioration des soins de santé fait non seulement partie intégrante du développement socio-économique, mais le conditionne également. Dans le cadre de cette approche intersectorielle ou 'intégrée', les soins de santé primaires occupent une place primordiale.

Les programmes financés par les Pays-Bas doivent répondre aux critères suivants:

- multiplication maximale des efforts pour atteindre le plus grand nombre;
- orientation des activités vers le problème essentiel pour avoir l'effet maximal;
- conformité aux normes scientifiques;





- conformité aux besoins ressentis par la population;
- participation concrète de la population;
- possibilité d'assurer la viabilité financière à long terme;
- souci de coopération intersectorielle;
- priorité à la participation de la femme à l'amélioration des soins de santé.

La mission a trouvé que le projet répondait bien à la plupart des critères. Il convient de noter que le besoin ressenti le plus fortement par la plupart des villageois est aujourd'hui l'approvisionnement en eau. Cette priorité a été reconnue par le projet. Par conséquent, la collaboration avec les intervenants dans le secteur de l'eau devrait être intensifiée et des activités bien structurées axées sur l'amélioration de l'hygiène pourraient être entamées. Comme indiqué plus haut, la promotion du rôle de la femme n'a pas été une activité spécifique dans le projet: cette composante devrait être renforcée pour répondre aux critères de la coopération néerlandaise.



6. EFFICACITE DU PROJET

Les résultats à atteindre, tels que formulés dans le dossier du projet, sont les suivants:

- formation de 1.200 AVS;
- couverture de 300 villages au total y compris 120 villages déjà touchés par le projet AVS-I;
- système de soins de santé plus efficace au niveau national;
- amélioration des soins dans les domaines des ORS, des vaccinations et de la PMI;
- amélioration de la formation à tous les niveaux;
- renforcement du suivi au niveau périphérique;
- création de quatre nouveaux CCS avec salle d'hospitalisation, laboratoire, salle d'administration et magasins.

Il est important de remarquer que l'objectif général insiste sur la participation de la population, l'amélioration du niveau d'intervention du personnel des CSD et des CCS, ainsi que de celui des AVS. Ces aspects ne sont pas mesurables.

Autre remarque: les résultats, visés par le projet grâce à la méthodologie d'intervention, aux activités intersectorielles, à la méthode de formation, à la participation des femmes et au transfert des résultats obtenus dans l'Atacora vers d'autres provinces, n'étaient pas indiqués.

Il en résulte que l'évaluation de l'efficacité du projet dépend d'une interprétation du dossier du projet. Si l'on se réfère aux résultats attendus, tels que définis dans ce document, on peut constater que:

- l'objectif quantitatif de formation semble pouvoir être atteint, surtout si le nombre des AVS recyclés est inclus dans le total;
- un nombre satisfaisant de villages sera couvert;



- la formation et le suivi du personnel de santé et des AVS dans l'Atacora seront considérablement améliorés;
- la construction des CCS continue de poser un problème.

Si l'on se réfère aux objectifs présentés dans le dossier du projet, le tableau en annexe 11 illustre le niveau de réussite des différentes composantes.

Sur la base de cette analyse, l'efficacité paraît moyenne à la mission.

Cependant, si l'on considère uniquement la province d'Atacora, en excluant les CCS de l'analyse, il apparaît que l'équipe en place a travaillé très efficacement dans l'esprit de l'objectif général du projet. Dans les autres provinces, beaucoup a été fait avec très peu de moyens.

La mission tient à insister sur ces derniers points et conclut que le projet a été efficace, malgré les difficultés énumérées plus haut.



## 7. EFFICIENCE DU PROJET

La façon de travailler s'est beaucoup améliorée en ce qui concerne l'approche des collectivités, la formation et l'organisation du suivi.

La controverse autour de la faisabilité des quatre CCS a mobilisé beaucoup de ressources et a suscité par endroits (commune de Tantéga) une crise de confiance entre le projet et la population. Il est évident que l'efficacité du projet a souffert de cette situation.

D'autres facteurs exogènes et endogènes ont influencé l'efficacité du projet, avec des effets positifs ou négatifs.

### Effets positifs

- Facteurs exogènes:
  - . soutien politique manifesté à tous les niveaux
  - . apport des expériences du projet communautaire de Pahou et du CESAO du Burkina Faso.
- Facteurs endogènes:
  - . motivation des équipes de supervision renforcée par la nature du contrat 'Moto'
  - . esprit d'équipe animant les responsables des provinces et des districts du projet, notamment dans l'Atacora
  - . enthousiasme des collectivités en raison de l'adéquation du projet.

### Effets négatifs

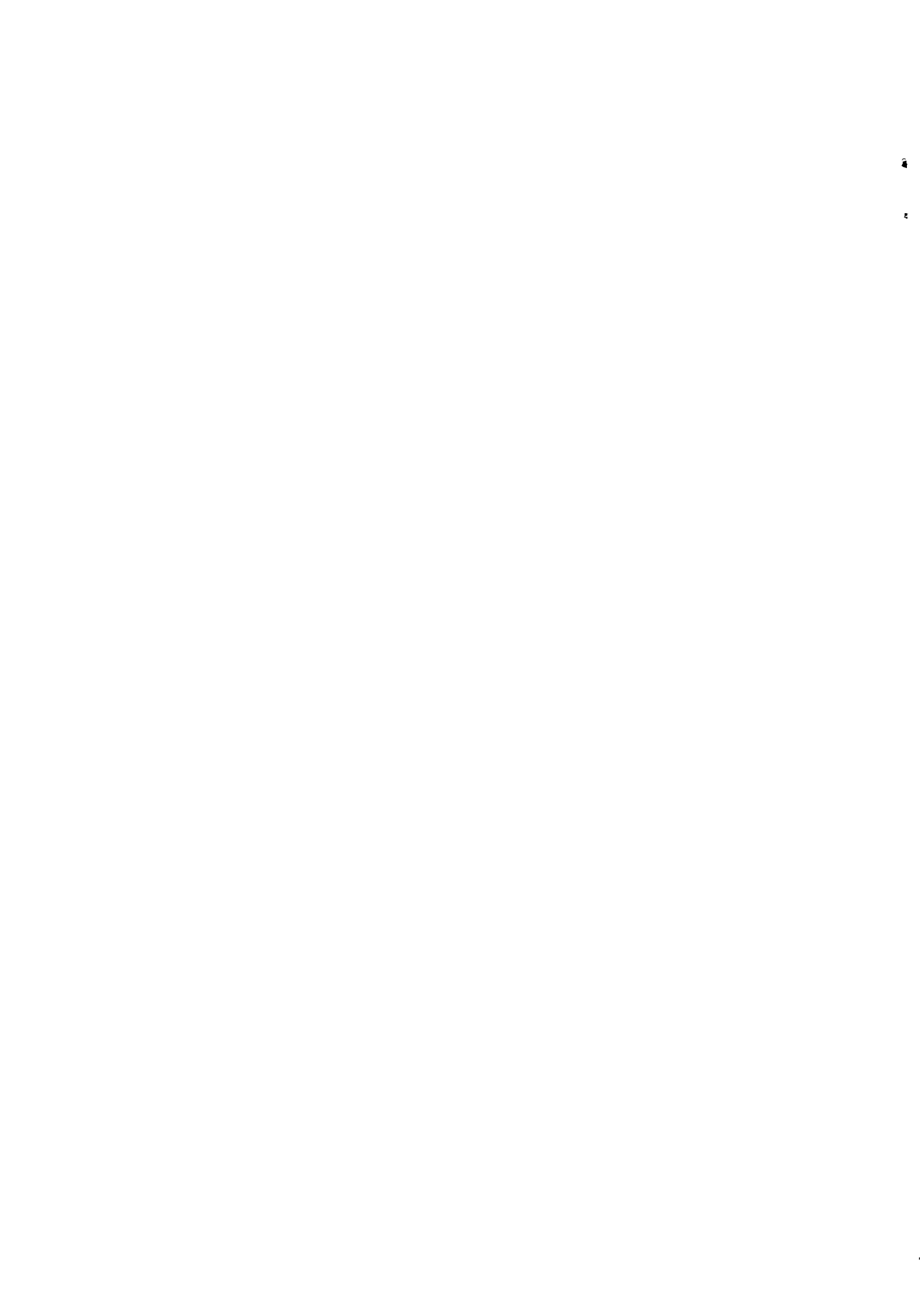
- Facteurs exogènes:
  - . problèmes posés par la situation socio-culturelle et économique du pays et des femmes spécifiquement





- . hivernage, souvent équivalent à un enclavement des villages
  - . absence de sages-femmes souvent dans les CCS (c'est pourquoi les matrones ne peuvent pas toujours avoir recours aux CCS)
  - . difficulté de recrutement de superviseurs originaires du milieu
  - . arrestation de membres du personnel
  - . maladies de membres du personnel
  - . changements fréquents d'affectation du personnel
  - . difficultés de déplacement (autorisation/ordre de mission nécessaires pour chaque déplacement)
  - . mauvaise prestation de la SNV en matière d'assistance technique prévue.
- Facteurs endogènes:
- . conflit subjectif à la base entre le représentant local de la DGSA et l'assistant technique de la SNV chargé de la supervision technique des travaux de construction
  - . départ prématuré de Natitingou de cet assistant technique
  - . long délai de concertation entre la DGSA et le PICMR (octobre 1986 à novembre 1987)
  - . manque de suivi hiérarchique de la part du Ministère et de l'IRRT
  - . manque de soutien de la part de l'IRRT
  - . manque de clarté dans le dossier du projet.

En conclusion, l'efficience du projet est actuellement moyenne.



## 8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 8.1 Conclusions

Compte tenu des résultats atteints dans l'Atacora et ailleurs, et en considérant les conditions difficiles d'exécution, la mission conclut que l'équipe du projet a fait preuve de beaucoup de motivation et a mené le projet efficacement dans l'esprit de ses objectifs.

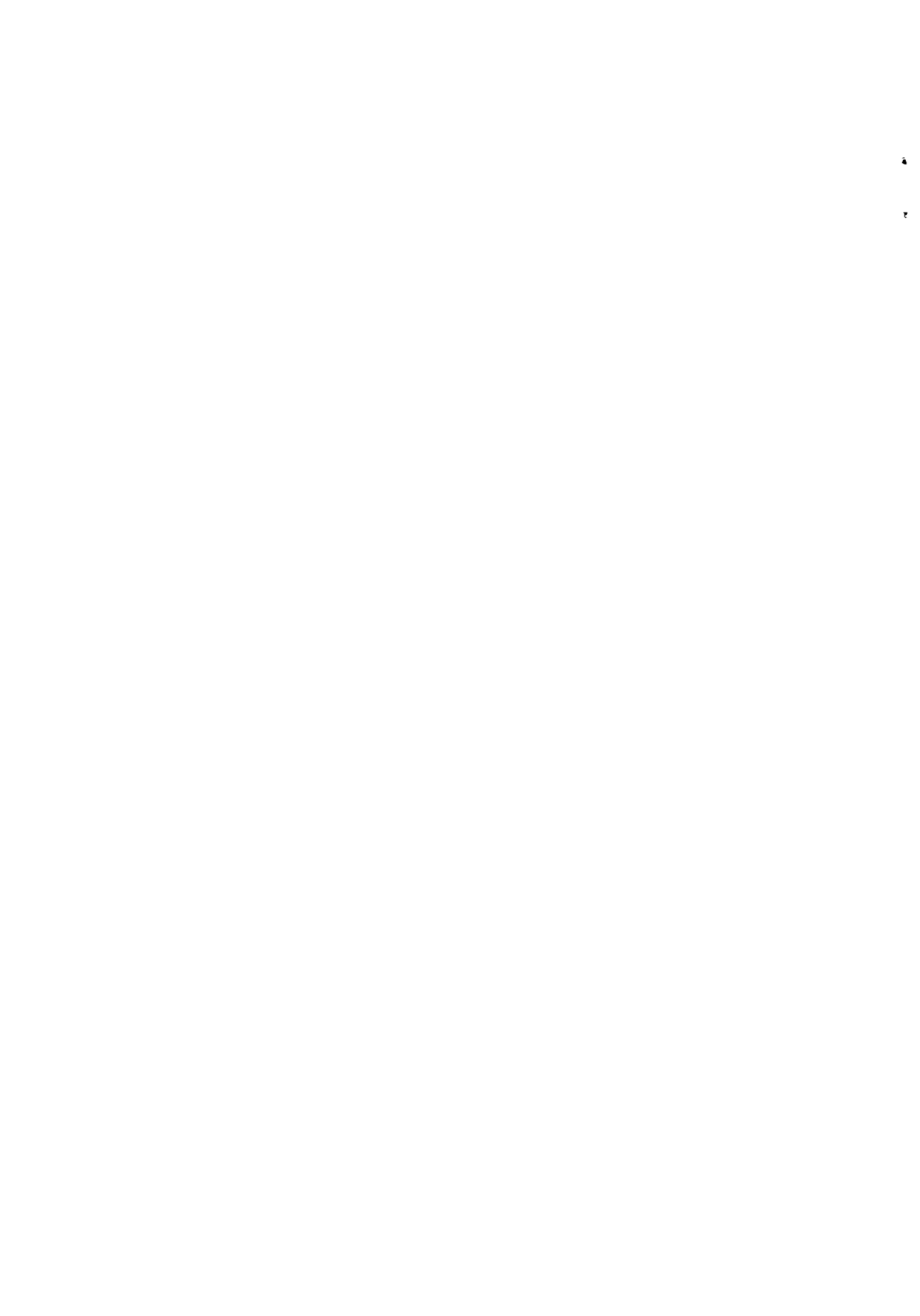
Le projet dans sa forme actuelle présente une organisation insuffisante, notamment faute d'organigrammes clairement arrêtés et de descriptions de poste.

Les facteurs les plus importants ayant freiné l'exécution du projet sont:

- le manque de cohérence et d'orientation dans le dossier du projet, débouchant sur des divergences d'opinion concernant les activités dans les différentes provinces;
- un manque d'organisation et de supervision au sein de l'agence d'exécution du côté néerlandais;
- des retards dans le recrutement des agents de la SNV;
- la définition insuffisante des responsabilités;
- l'absence de concertation entre le Directeur national du Projet et le coordinateur expatrié basé dans l'Atacora.

Dans les villages touchés par le projet, la population a maintenant accès à des soins de santé primaires. Le projet est apprécié par la population.

Toutefois, les soins préventifs sont encore défavorisés par rapport aux soins curatifs, notamment dans le domaine de l'eau et de l'hygiène du milieu.



L'introduction de l'étude du milieu, et plus généralement de la démarche telle que proposée par le CESA0, a permis de mieux cerner les problèmes et les priorités au niveau du village. De l'avis de la mission, cette démarche est un bon point de départ pour le développement d'une méthodologie cohérente en matière de SSP, bien que dans son exécution elle ne réussisse pas encore suffisamment à inclure les femmes.

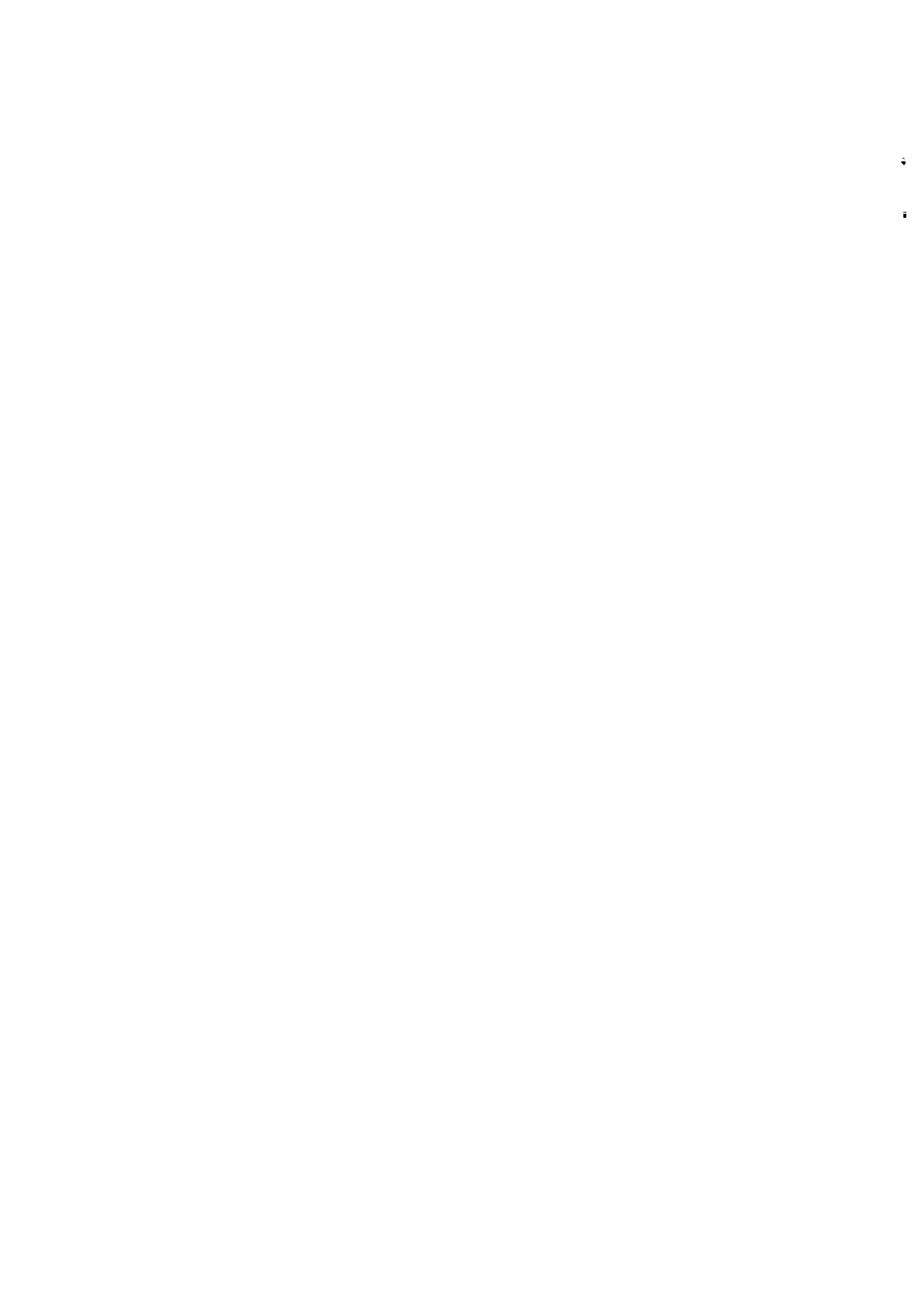
La rémunération des AVS est une question qui n'a pas encore été suffisamment approfondie. Vu que ce sujet fait l'objet d'une attention particulière dans d'autres projets au Bénin, la mission estime qu'il est nécessaire de faire une synthèse du problème au niveau national.

L'importance du rôle de la matrone n'est pas encore clairement perçue par les femmes dans les villages. On aurait pu insister sur une bonne sélection et une bonne supervision des matrones. Par ailleurs, les tâches dans le domaine de la sensibilisation et de l'éducation des matrones sont à développer davantage, notamment à travers une formation pratique sur le tas.

Le système d'autofinancement des médicaments des UVS fonctionne bien. Ce système, par conséquent, correspond bien aux réalités du terrain, et est viable à condition qu'une bonne supervision soit assurée.

La mission a noté avec satisfaction que le projet a lancé des initiatives visant à élaborer et à tester un système d'autofinancement des SSP au niveau du district. Cette initiative mérite d'être soutenue.

La construction des CCS a constitué une charge beaucoup trop importante pour le Coordinateur du Projet. Ce problème aurait dû être repris plus tôt au niveau des agences d'exécution.



Etant donné que le dossier du projet était peu clair au sujet des activités intersectorielles, le projet a fait preuve de bon sens en cherchant la concertation avec les services et les projets travaillant dans les mêmes districts de l'Atacora.

Tout en déplorant le fait qu'aucun objectif spécifique n'était formulé au sujet de la promotion de la femme, il faut bien admettre que très peu d'activités concrètes ont été développées dans ce secteur.

L'approvisionnement en eau est une grande priorité pour la population et les autorités. Il existe des opportunités réelles, pourvu que le projet de la SNV soit prolongé, de collaboration effective avec des projets d'hydraulique villageoise dans l'Atacora. Une telle collaboration pourrait aboutir à une approche cohérente vis-à-vis des villages, ce qui rendrait plus efficaces les activités de sensibilisation en matière de santé.

Tout en tenant compte de l'effort considérable de la part de l'assistance technique de la SNV basée à Cotonou, ainsi que des travaux menés par les superviseurs dans les provinces du sud, le transfert des expériences de l'Atacora vers d'autres provinces doit être envisagé dans le cadre du développement d'une politique nationale à travers différents projets et non dans le cadre du projet AVS seul.

En raison des difficultés de communication, la coordination entre les provinces ne peut être assurée efficacement par le Coordinateur du Projet, surtout en considérant que plusieurs projets de SSP se déroulent dans les provinces du sud.

En considérant la démarche suivie dans l'exécution du projet, ainsi que l'importance certaine des activités en cours, une





troisième phase du projet s'avère nécessaire et opportune. Une telle phase pourrait prendre la dénomination AVS-SSP, compte tenu de l'envergure des activités menées.

## 8.2 Recommandations

Au terme de la présente évaluation, la mission formule les recommandations suivantes.

### 1) Zone géographique

Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, le projet AVS ne doit pas s'étendre en dehors des zones suivantes, avec un maximum de cinq UVS autour d'une commune:

- Province de l'Atlantique
  - . district de Zê
  - . district de Allada;
- Province de l'Ouémé
  - . district de Akpro-Misérété;
- Province de Mono
  - . district de Klouékanmè;
- Province de Zou
  - . district de Djidja;
- Province de Borgou
  - . district de Bembérékè;
- Province d'Atacora
  - . district de Matéri
  - . district de Copargo
  - . district de Cobly
  - . district de Boukoumbé.

### 2) Supervision et coordination

Pour mettre fin à l'absence actuelle de communication entre les provinces, la mission recommande que le Ministère de la



Santé publique institue:

- un cadre de concertation pour les équipes provinciales afin de favoriser les échanges d'expériences, notamment entre la province d'Atacora, zone de démonstration et de recherche opérationnelle AVS-II, et les cinq autres provinces;
- une supervision nationale effectuée par le Directeur du Projet avec une fréquence semestrielle.

### 3) Rémunération des AVS

La rémunération jouant un rôle déterminant dans la stabilité des AVS dans leurs milieux, une réflexion, au niveau national, de tous les projets SSP paraît nécessaire. En attendant, il est proposé que la direction du projet définisse une fourchette pour une rémunération indicative, en espèce ou en nature selon les localités (1.000 - 3.000 FCFA).

### 4) Construction des CCS dans les communes pilotes de l'Atacora

La mission recommande une reprise immédiate des travaux pour des raisons opérationnelles (calendrier d'exécution) et politiques (crise de confiance au niveau des collectivités). A ce sujet, les bailleurs de fonds ne peuvent financer aucun devis additionnel. Au cas où ce dernier se révélerait nécessaire, le nouveau devis pourrait être contenu dans l'enveloppe accordée (de 21,8 millions de FCFA) sur la base de la réduction des dimensions des ouvrages, ce qui s'est imposé lors de l'évaluation. Il est souhaitable que, dans chaque CCS en construction, le bâtiment destiné aux activités de SMI soit transformé en une paillote à usage polyvalent (formation, démonstration de SMI, réunion, etc.).

### 5) Méthodologie d'intervention

Puisqu'il est essentiel que la méthodologie adoptée dans les villages soit cohérente, la mission suggère que la démarche du



type 'CESAO' soit discutée avec les intervenants dans les autres secteurs afin d'harmoniser les activités et de promouvoir la participation communautaire.

A l'heure actuelle, les tâches de chacun des membres de CVS ne sont pas clairement déterminées. Il est recommandé d'ajouter une phase de "définition des activités et des tâches des CVS" à la méthodologie appliquée et ensuite d'intensifier la formation des CVS et des femmes. Un manuel relatif à cette formation pourrait être élaboré avec l'assistance du MEPS. Lors de la préparation de ce manuel, il serait nécessaire de bien définir les différentes tâches et responsabilités du CVS et de ses membres.

6) Cadre institutionnel de coordination des projets SSP

Le projet AVS-II devrait participer aux activités du comité de concertation des organismes appuyant le secteur sanitaire.

7) Coopération entre le projet AVS-II et le PEV/SSP

Une coopération fructueuse devrait s'instaurer entre les projets AVS-II et PEV/SSP dans les zones d'intervention du projet AVS-II. Cette coopération porterait sur la fourniture des vaccins et de la chaîne de froid par le PEV/SSP et la formation des AVS ainsi que la fourniture des médicaments essentiels aux UVS par le projet AVS-II. Elle pourrait être définie par un contrat liant les deux projets.

8) Interférence des projets de SSP

L'autorité sanitaire béninoise devrait veiller à éviter l'interférence de plusieurs projets de SSP dans une même zone d'intervention.



9) Personnel qualifié

La mission ayant constaté la pénurie de sages-femmes dans la plupart des communes d'intervention du projet, ce qui nuit à la formation et à la supervision des matrones, recommande l'affectation du personnel qualifié de cette catégorie dans les CCS concernés pour accroître l'efficacité des matrones.

10) Formation des matrones

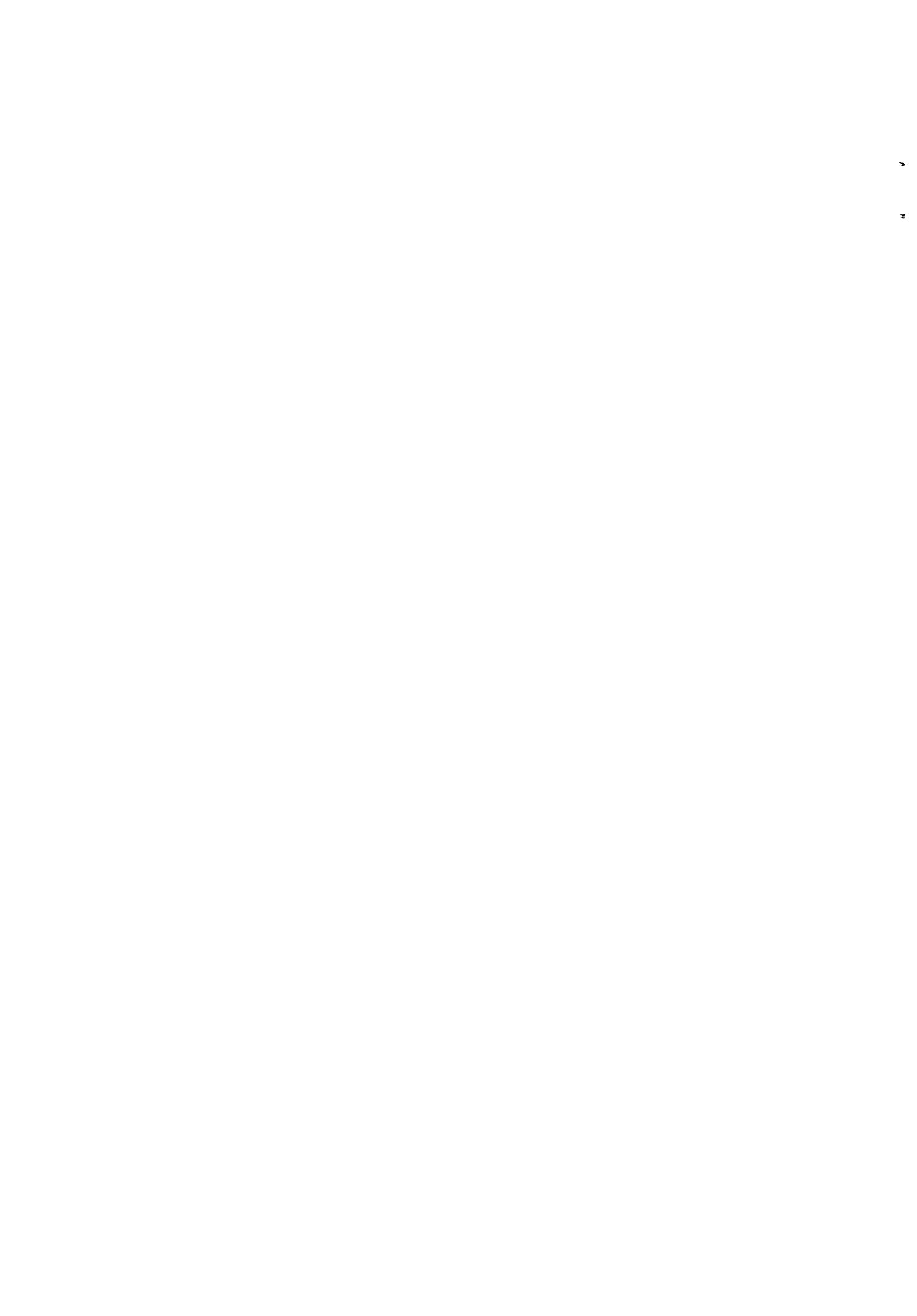
Les matrones devraient suivre le même programme de formation que les secouristes, tout en bénéficiant d'une formation spécifique aux matrones.

11) Responsabilités du Coordinateur du Projet

En raison de l'importance capitale des activités de SSP dans la province d'Atacora et de l'impossibilité (ressource-temps) de superviser l'exercice des activités sur le terrain dans les autres provinces, le Coordinateur, bien que jouissant d'un statut national, devrait être chargé exclusivement de la mise en oeuvre du projet dans l'Atacora. A ce titre, il devrait être domicilié dans le chef-lieu de cette province. Toutefois, dans sa description de poste devrait figurer la responsabilité de promouvoir le transfert des expériences vers les autres provinces.

12) Stabilité du personnel national

La mission d'évaluation a constaté que les remplacements fréquents du personnel national impliqué dans le projet AVS-II nuisent au bon déroulement du projet. Ainsi, l'intérêt du projet et la sauvegarde des expériences dans la politique d'affectation du personnel chargé de l'exécution devraient être pris en compte.





13) Superviseur

Le recrutement d'une femme, superviseur additionnel pour l'EPS de l'Atacora, devrait être assuré.

14) Promotion de la condition féminine

Pour obtenir une idée claire des besoins des femmes et des possibilités de renforcer leur situation, il est à recommander de prêter une attention spéciale à la promotion de la femme dans la prochaine mission de formulation et de développer un plan d'action.

15) Assistance technique néerlandaise

- L'IRRT: Son rôle mérite d'être réexaminé de façon approfondie dans le but d'améliorer l'efficacité et la forme du projet.
  
- La SNV: Il est souhaitable que les activités de l'assistance technique de la SNV, basée dans les provinces du sud, soient limitées à l'Atlantique et à l'Ouémé. En ce qui concerne le Mono, le Zou et le Borgou, la SNV devrait considérer à nouveau la possibilité de recruter d'autres assistants techniques en nombre suffisant dont le support logistique serait pris en charge par le projet.

16) Activités intersectorielles

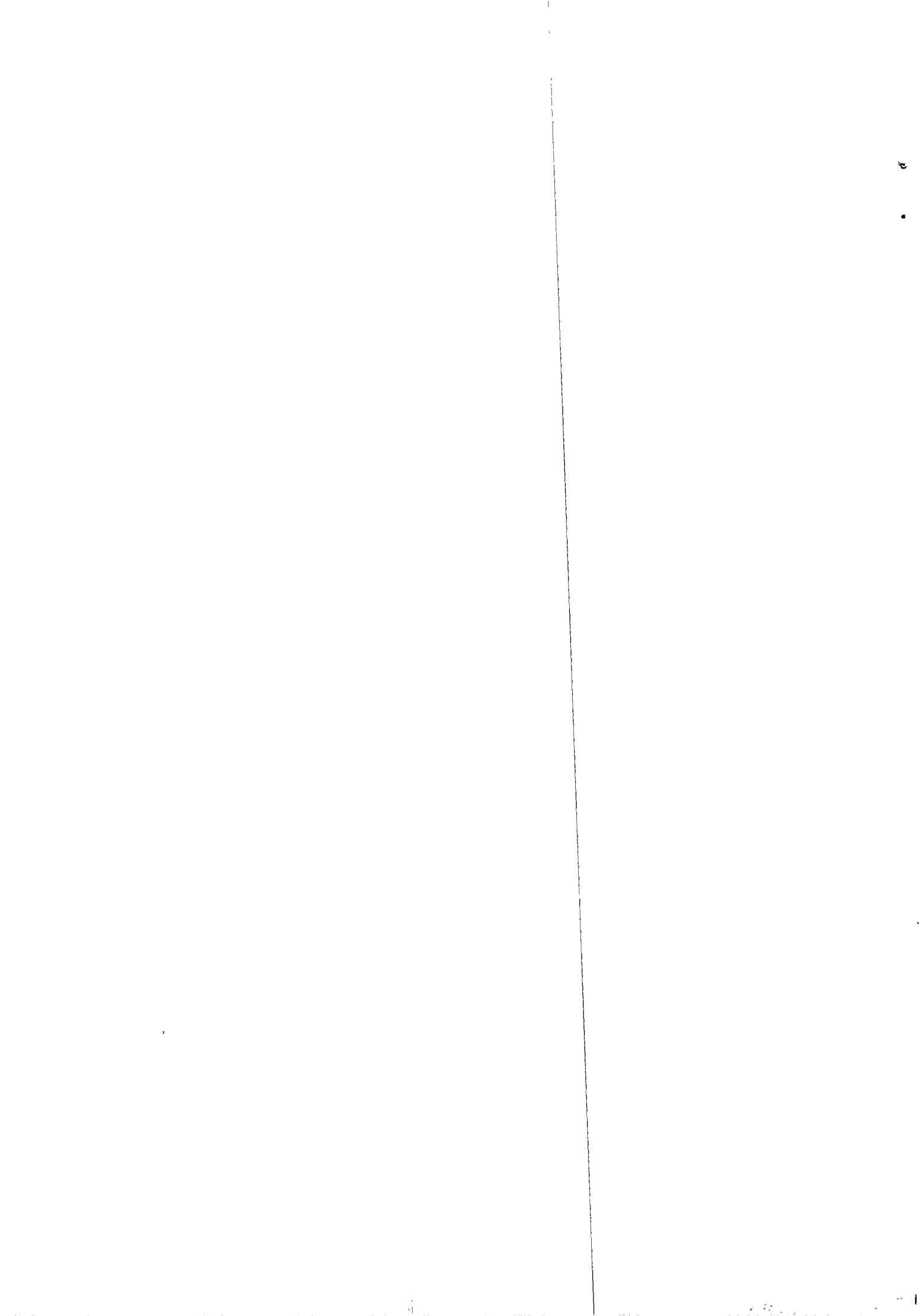
La visite sur le terrain a permis de constater que la disponibilité en eau potable est la préoccupation majeure des collectivités. A cet effet, le projet devrait rechercher la collaboration des secteurs compétents en la matière pour donner satisfaction aux communautés, sans oublier de poursuivre les



tâches d'éducation sanitaire dans le domaine de l'assainissement du milieu. Une bonne coordination avec les activités de SSP et une attention spéciale aux besoins et à la participation des femmes doivent être avisées.



ANNEXES

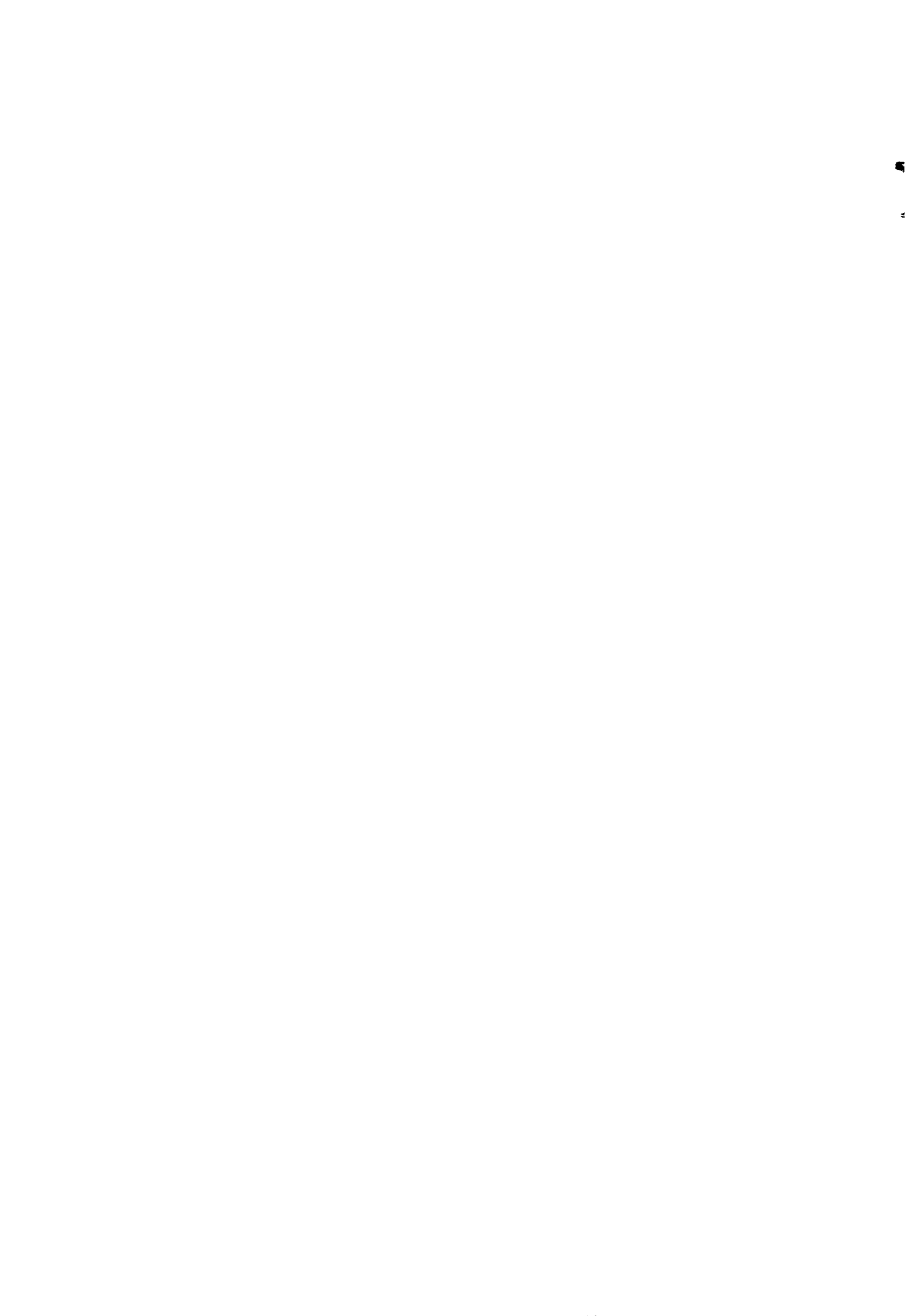


TERMES DE REFERENCE

La mission était chargée d'effectuer une évaluation du projet en fonction des termes de référence suivants:

- 1) Evaluer le projet en cours d'exécution en insistant sur l'efficacité du projet, l'évolution des activités prévues, ainsi que les moyens mis en oeuvre. Plus spécifiquement la mission aura à examiner:
  - a) la réalisation des plans d'action 1986 et 1987 ainsi que leur impact financier;
  - b) la construction des centres communaux de santé (CCS): plan, coût, efficacité;
  - c) l'aménagement et le renouvellement de l'équipement des CCS existants;
  - d) le système d'approvisionnement en médicaments essentiels;
  - e) les activités intersectorielles (notamment la relation eau - assainissement, les projets d'auto-financement des unités villageoises de santé, les budgets nécessaires);
  - f) comment les comités villageois de santé (CVS) soutiennent les agents villageois de santé (AVS);
  - g) le soutien logistique et administratif;
  - h) le rôle des organismes béninois, de l'IRRT et des volontaires néerlandais (SNV) dans le projet (dans le nord et dans le sud du pays);
  - i) la consolidation des activités menées dans le sud ainsi que leur efficacité;
  - j) la coordination des activités entre le nord et le sud;
  - k) la nécessité d'investissements de remplacement en équipement durable (notamment les véhicules) ex-AVS-I;
  - l) l'évaluation du programme de formation (la formation SSP générale et en particulier les matériaux de formation et les méthodes utilisées);
  - m) le rôle des femmes dans le projet et les efforts pour les impliquer dans les CVS comme des matrones et dans les activités intersectorielles.
- 2) Analyser les points forts du projet, c'est-à-dire les points qui doivent être inclus dans un futur projet éventuel, et les points faibles, à la fois ceux qui sont le résultat des circonstances exogènes du projet et ceux qui sont endogènes au projet.

Concernant les points faibles exogènes, la mission indiquera l'importance de leur effet négatif sur le





progrès du projet, et elle indiquera la façon d'en tenir compte dans un futur projet éventuel, dans le cadre des réalités actuelles.

- 3) La mission donnera son opinion explicite supportée des arguments au sujet de l'efficacité et de l'efficience du projet.

Concernant l'efficacité, la mission appréciera aussi l'amélioration possible du projet de santé actuel en association avec un futur projet d'approvisionnement en eau.

- 4) La mission organisera un debriefing avant de quitter le Bénin et donnera un compte rendu de la réunion de synthèse.



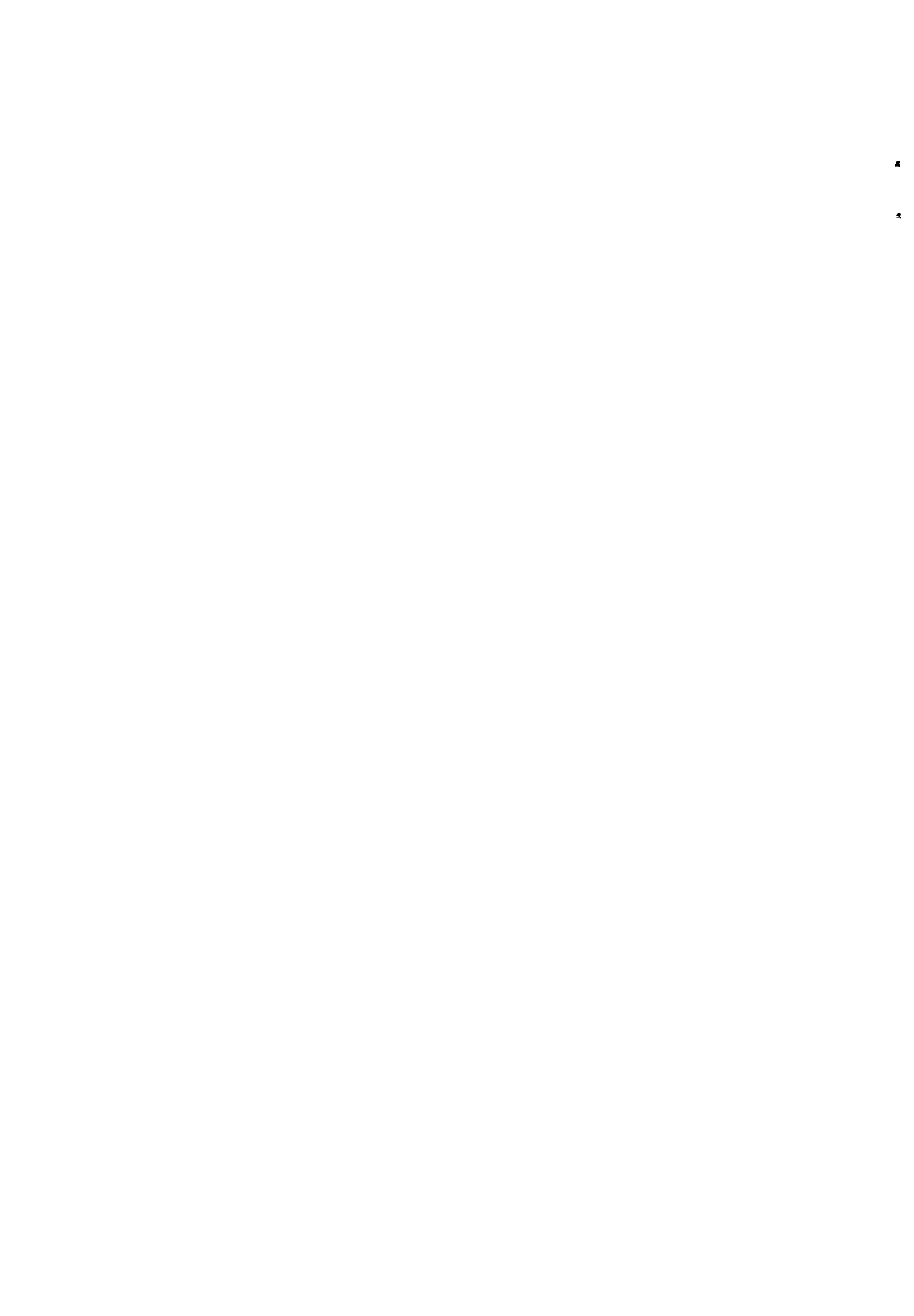
ITINERAIRE

---

- 18/04/88 Arrivée du Dr. Hanekamp et de Mme Smits à Lomé
- 19/04/88 Arrivée du Dr. Hanekamp et de Mme Smits à Cotonou
- Séance de travail à la Direction de l'Education pour la Santé et de la Formation continue (DESFOC)
- Entretien sur le site du projet de SSP bénino-allemand
- Audience au cabinet du Ministre de la Santé publique
- Entretien à l'Association néerlandaise d'assistance au développement (SNV)
- 20/04/88 Arrivée de M. Bastemeyer
- Entretien sur le site du projet PEV/SSP
- Pour M. Bastemeyer:  
Entretien à la Direction du Génie sanitaire et de l'Assainissement (DGSA)
- Entretien au Service des Etudes d'Hydrogéologie, Direction de l'Hydraulique
- Entretien au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
- Entretien au projet d'assistance à la Direction de l'Hydraulique (PNUD)
- Pour le reste de l'équipe:  
Entretien à la Direction provinciale de la Santé de la province de l'Atlantique (DPS)
- Visite au district de Zê, village Goulo, ancienne UVS, et village Gbagoudou, nouvelle UVS (commune pilote Djigbé Agbé)
- 21/04/88 Entretien à la DPS, Province de Mono
- Visite au district de Klouékanmè:  
Village Tchokpohoué, nouvelle UVS (commune pilote d'Adjahomè) et village Dekandji, ancienne UVS (commune de Lanta)
- Voyage à Bohicon



- 22/04/88 Voyage à Parakou
- Entretien à Tchaourou, projet SSP bénino-suisse
- Entretien à la DPS de Borgou
- Visite au district de Bembéréké:  
village Gandou, ancienne UVS, village Gando,  
nouvelle UVS
- 23/04/88 Voyage à Natitingou
- Visite au puisatier (assistant technique) de  
SNV/CARDER (Atacora)
- Visite au CCS Birni (projet bénino-allemand)
- Entretien à la DPS de la province d'Atacora
- 24/04/88 Synthèse partielle par l'équipe d'évaluation mettant  
l'accent sur les activités du projet dans les  
provinces de Mono, Atlantique et Borgou
- Pour M. Bastemeyer:  
Entretien avec le puisatier de SNV/Projet  
intersectoriel FAO/FENU/PNUD
- 25/04/88 Visite au Service d'Hydraulique à Djougou
- Visite de sites dans le district de Copargo  
(Inspection de 8 puits à grand diamètre et de 5  
points d'eau avec des pompes à main)
- Pour le reste de l'équipe:  
Visite au district de Copargo: commune de Singré,  
CCS, village de Koukroubendi (commune d'Anandana),  
village de Goubogouboré
- 26/04/88 Toute l'équipe:  
Séance de travail avec équipe provinciale de santé  
(EPS)
- Synthèse partielle
- Canevas du rapport
- Pour M. Bastemeyer:  
Entretien avec un assistant technique du corps de la  
Paix (puisatier dans le district de Boukoumbé et le  
coordinateur du projet)
- 27/04/88 Visite au district de Matéri, village de Brouyori  
(commune de Dassari)



- 28/04/88 Synthèse et rédaction du rapport
- Pour M. Bastemeyer et le Dr. Houssou:  
Entretien avec les responsables du projet  
d'hydraulique villageoise financé par la BOAD
- Pour toute l'équipe:  
Entretien avec le coordinateur du projet AVS
- 29/04/88 Pour M. Bastemeyer et le Dr. Houssou:  
Entretien avec la Direction des Travaux publics et  
le Service de l'Hydraulique
- Pour toute l'équipe:  
Synthèse et rapport
- Entretien avec AT de la SNV
- Synthèse et compte rendu au DPS et EPS
- 30/04/88 Voyage à Cotonou
- 01/05/88 Séance de travail avec l'Administrateur du projet AVS
- Entretien avec le conseiller de l'UNICEF pour le  
projet PEV/SSP
- Départ de M. Bastemeyer pour Abidjan et Ouagadougou
- 02/05/88 Synthèse finale et compte rendu au DG/MSP
- Compte rendu à la Direction de la SNV
- Départ du Dr. Hanekamp et de Mme Smits pour Lomé
- 03/05/88 Arrivée du Dr. Hanekamp et de Mme Smits aux Pays-Bas
- 05/05/88 Arrivée de M. Bastemeyer aux Pays-Bas
- 17/05/88 Compte rendu à M. Hageman, chargé du programme de  
coopération avec le Bénin, DGIS
- 18/05/88 Discussion avec Mme Engelkens, IRRT
- Discussion avec M. J. Chabot, IRRT
- 25/05/88 Discussion avec M. Vink, Mme Engelkens, M. Chabot et  
M. Streefland, IRRT





LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

|                           |                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| M. Arthur Heywood         | Coordinateur du projet AVS-II                                                     |
| M. Fred van der Valk      | Administrateur de l'IRRT                                                          |
| Mme Marguerite Houncanrin | DESFOC/AVS                                                                        |
| Mme Hortense Samon        | DESFOC/AVS                                                                        |
| Dr Emmanuel Gbaguidi      | Chef du projet bénino-allemand de SSP                                             |
| Dr Hamidou Sanoussi       | DG/MSP                                                                            |
| Dr André Atchade          | Ministre de la Santé publique                                                     |
| M. Bob Hensen             | Directeur de la SNV                                                               |
| Mme Anneke Helder         | AT de la SNV, santé                                                               |
| M. Hans Vissers           | AT de la SNV, programmation                                                       |
| M. Paul Ahouanhekie       | PEV/SSP                                                                           |
| M. Placide Gbedenou       | PEV/SSP                                                                           |
| Mme Georgette Dossou      | DPS Atlantique                                                                    |
| M. Léon Botocou           | EPS                                                                               |
| Mme Valentine Zomahoun    | EPS                                                                               |
| Mme Rita Dasilva          | EPS                                                                               |
| M. Claude Baba-Ode        | Superviseur, infirmier CCS                                                        |
| M. Damien Houeto          | Directeur du Génie sanitaire et de l'assainissement (DGSA) (Bastemeyer)           |
| Mme Catherine Houngnibo   | DGSA (Bastemeyer)                                                                 |
| M. Emmanuel Sosoumihen    | Chef du Service d'Etudes d'Hydrogéologie; Direction de l'Hydraulique (Bastemeyer) |
| Mme Sophie de Caen        | Administrateur stagiaire PNUD (Bastemeyer)                                        |



|                           |                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| M. Bonhomme               | Chef du projet PNUD d'assistance à la Direction de l'Hydraulique (Bastemeyer) |
| Dr Joseph Zinsou          | DPS adjoint, Mono                                                             |
| M. Félix Houdenou         | EPS                                                                           |
| Mme Régina Agbo           | EPS                                                                           |
| M. Gustave Sessou         | EPS                                                                           |
| M. Macaire Fagbeyon       | Superviseur, infirmier CCS                                                    |
| M. Albert Dossa           | Superviseur, infirmier CCS                                                    |
| Dr Félix Kuchler          | Médecin conseiller du projet bénino-suisse                                    |
| Dr Bio Mora Yarou         | DPS, Borgou                                                                   |
| M. Salomon Aloukoutou     | EPS                                                                           |
| Mme Sylvie Tepas          | EPS                                                                           |
| Mme Gèneviève Sidibe Atta | EPS                                                                           |
| M. François Kpoze         | Superviseur                                                                   |
| Dr Idrissou Toure         | Médecin-chef Bambéréké                                                        |
| M. Paul Bouwman           | AT de la SNV, puits                                                           |
| Dr Clet A. Gbaguidi       | Directeur provincial de la Santé de l'Atacora                                 |
| M. Abdoulaye Alassane     | Médecin-chef et superviseur, Copargo                                          |
| M. Pascal Mensah          | Chef d'EPS, superviseur de Cobly                                              |
| M. Sébastien Aboudou      | Superviseur de Boukoubé                                                       |
| M. Clément Ahoussinou     | Superviseur de Matéri                                                         |
| Mme Ineke Voordouw        | AT de la SNV, nutritionniste                                                  |
| M. Kees Kingma            | AT de la SNV, puits (Bastemeyer)                                              |
| M. Joachim Dovonou        | Service d'Hydraulique (Bastemeyer)                                            |
| M. Ibrahim Karim          | Superviseur du district de Djougou                                            |
| M. Ignace Kotchoni        | Superviseur, infirmier CCS Anandana                                           |



|                        |                                                                                               |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mme Amsétou Babamoussa | Superviseur, infirmière CCS                                                                   |
| M. Larry Darley        | Constructeur de puits (corps de la Paix) (Bastemeyer)                                         |
| M. Jean Comeau         | Directeur du volet communautaire, projet BOAD d'hydraulique villageoise (Housson, Bastemeyer) |
| M. Gbénéhou Lokonon    | Responsable national du volet communautaire, PHV-BOAD (Housson, Bastemeyer)                   |
| M. Damien Denakpo      | Superviseur, infirmier CCS, Dassari                                                           |
| M. Daniel Ahoudo       | Superviseur, infirmier CCS                                                                    |
| M. Sahidou Dangio      | Directeur de l'Hydraulique MET (Housson, Bastemeyer)                                          |
| M. Gilbert Tavakuo     | Chef de l'Hydraulique MET (Housson, Bastemeyer)                                               |
| M. Rudolph Knippenberg | Conseiller UNICEF, projet PEV/SSP                                                             |
| M. François Pfister    | Conseiller principal, projet PICMR                                                            |



DOCUMENTS CONSULTÉS

Plan décennal de développement du secteur eau potable et assainissement, juin 1984; Ministère de la Santé publique, Programme RPB/OMS/GTZ

Point sur la DIEPA au Bénin DGS, 19 janvier 1988

Activity Report No. 1: The Integrated Rural Development Project in the Zou Province, March 1988, UNICEF, Cotonou

Compte rendu de la réunion trimestrielle du comité technique d'appui à la DIEPA, Cotonou, 28 janvier 1988

De la nécessaire intégration des volets eau, assainissement et éducation pour la santé, MSP, D. Houeto, 15 juillet 1987

Compte rendu de la réunion trimestrielle du comité technique d'appui à la DIEPA, Cotonou, 15 octobre 1987

Budget 1987, projet AVS-II

Dépenses du projet AVS-II réalisées en 1986

DIEPA, Processus de planification et réalisation au Bénin, août 1984, OMS

Rapport sur la formation des formateurs des AVS

Rapport sur le recyclage organisé à Natitingou du 7 au 12 mars 1988

Fiche de présentation des activités des AVS dans le district rural de Boukombé

Guide pratique pour la formation, le recyclage et la supervision des AVS, Volume B: Formation des AVS; Volume C: Ordinogramme pour les AVS

Formation des formateurs

Equipement type UVS/CCS projet bénino-allemand

Concept Projekt Verslag AVS/SNV

Rapport trimestriel Atlantique/Mono/Ouémé/ler trimestre 1988

Plans d'action de dynamisation de Mono 1987

Rapport d'activités de 1987, Atlantique





Etude de milieu, commune pilote d'Adjahonme (Mono)

Tableaux des UVS actives, Borgou

Rapport annuel, projet AVS-II, 1987, Atacora

Dossier construction des CCS

Document de projet AVS-II

Rapport 1er trimestre 1986, Atacora

Plan d'action AVS-II, 1986

Rapport 2e et 3e trimestres 1987

Rapport 1er trimestre 1987

Médicaments essentiels et autofinancement

Auto-évaluation du projet et questionnaire AVS-II, Atacora

Plan d'action 1988, Atacora

Rapport soins pré- et poste-natal en commune de Tapoga

La participation du CVS de Namagade et Pegou (Cobly)

Plan d'action autres provinces 1987

Analyse plan d'action 1986

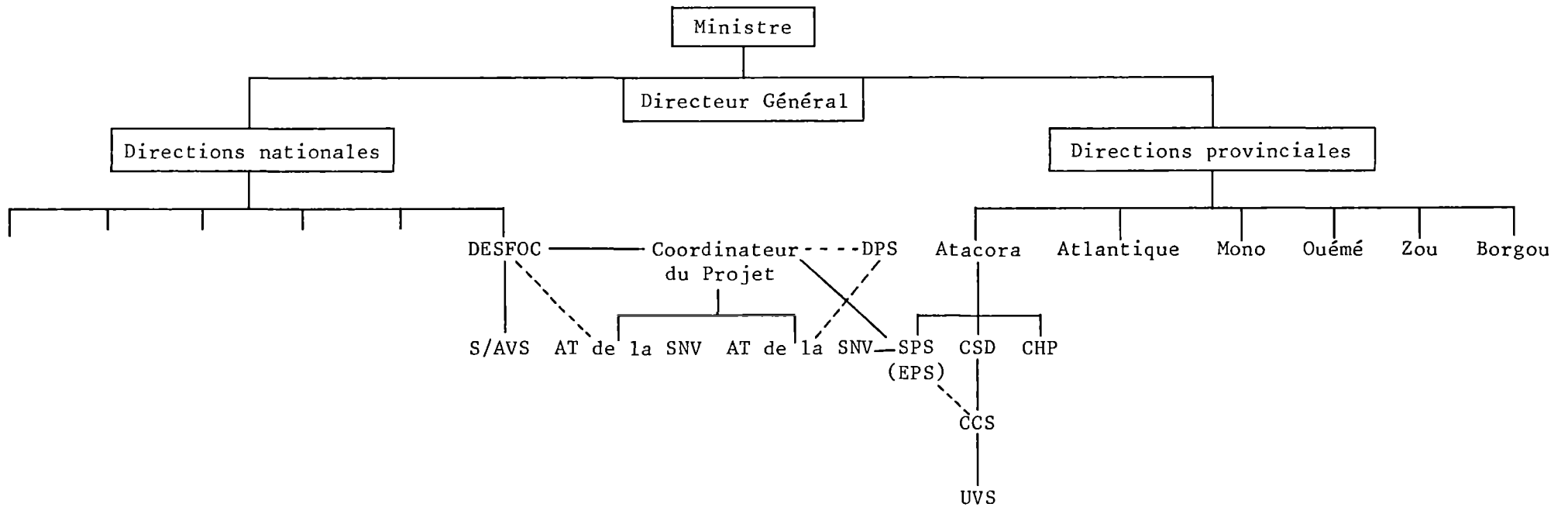
Plan d'action Atacora 1987

Rapport de la mission d'évaluation 1983



ORGANIGRAMME DU PROJET AVS

Ministère de la Santé publique



- DESFOC - Direction de l'Education pour la Santé et de la Formation continue
- S/AVS - Service agents villageois de santé
- DPS - Direction provinciale de la Santé
- CHP - Centre hospitalier provincial
- CSD - Centre de santé de district
- CCS - Centre communal de santé
- UVS - Unité villageoise de santé



COUT DU PROJET  
(en milliers de FCFA)

|                                        | 1986           |          | 1987          |              | 1988          |               | TOTAL          |               |
|----------------------------------------|----------------|----------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
|                                        | Pays-Bas       | Bénin    | Pays-Bas      | Bénin        | Pays-Bas      | Bénin         | Pays-Bas       | Bénin         |
| 200 <u>Personnel</u>                   | 40.500         | -        | 41.500        | 2.000        | 41.500        | 3.000         | 123.500        | 5.000         |
| 210 <u>Expatrié</u>                    | 35.500         | -        | 38.500        | -            | 33.500        | -             | 107.500        | -             |
| 240 <u>Local</u>                       | 5.000          | -        | 3.000         | 2.000        | 2.000         | 3.000         | 10.000         | 5.000         |
| 290 <u>Evaluation</u>                  | -              | -        | -             | -            | 6.000         | -             | 6.000          | -             |
| 400 <u>Investissement</u>              | 79.700         | -        | 13.500        | -            | 4.500         | -             | 97.000         | -             |
| 410 <u>Construction</u>                | 48.000         | -        | -             | -            | -             | -             | 48.000         | -             |
| 420 <u>Equipement</u>                  | 12.500         | -        | -             | -            | -             | -             | 12.500         | -             |
| 430 <u>Matériel roulant</u>            | 18.000         | -        | 8.000         | -            | -             | -             | 26.000         | -             |
| 450 <u>Médicaments</u>                 | 1.200          | -        | 3.000         | -            | 3.000         | -             | 7.200          | -             |
| 490 <u>Matériel didactique</u>         | -              | -        | 2.500         | -            | 1.500         | -             | 4.000          | -             |
| 500 <u>Fonctionnement</u>              | 13.600         | -        | 13.000        | 2.600        | 11.100        | 5.000         | 37.700         | 7.600         |
| 530 <u>Moyen de transport</u>          | 9.800          | p.m.     | 9.300         | 2.500        | 7.500         | 4.800         | 26.600         | 7.300         |
| 540 <u>Bureau</u>                      | 800            | -        | 700           | 100          | 600           | 200           | 2.100          | 300           |
| 590 <u>Activités intersectorielles</u> | 3.000          | -        | 3.000         | -            | 3.000         | -             | 9.000          | -             |
| 600 <u>Formation</u>                   | 5.850          | -        | 23.000        | 2.000        | 5.950         | 4.000         | 34.800         | 6.000         |
| 610 <u>Pays-Bas</u>                    | -              | -        | 15.000        | -            | -             | -             | 15.000         | -             |
| 620 <u>Région</u>                      | -              | -        | 2.500         | -            | 2.500         | -             | 5.000          | -             |
| 650 <u>Cours</u>                       | 5.850          | -        | 4.500         | 2.000        | 2.450         | 4.000         | 12.800         | 6.000         |
| 690 <u>Divers</u>                      | -              | -        | 1.000         | -            | 1.000         | -             | 2.000          | -             |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>139.650</b> | <b>-</b> | <b>91.000</b> | <b>6.600</b> | <b>63.050</b> | <b>12.000</b> | <b>293.700</b> | <b>18.600</b> |
| Imprévu/inflation = projet             | 155.000        | -        | 115.000       | 7.000        | 90.000        | 13.000        | 360.000        | 20.000        |



ANALYSE DES ACTIVITES EN 1986

| Activités prévues      | Réalisées                       | Non réalisées              | Problèmes rencontrés                | Observations/solutions                            |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Plan d'évaluation      | Oui                             | Micro-plan                 | -                                   |                                                   |
| Contact avec autorités | Oui                             |                            |                                     |                                                   |
| Etudes du milieu       | Oui, 4 districts                | -                          | Seulement deux villages par commune | Le reste est fait en 1987                         |
| Recyclage de 29 AVS    | 36 recyclés (Matéri et Copargo) | Cobly et Boukoumbé         | Districts                           |                                                   |
| Recyclage de CVS       | 44 CVS recyclés                 | 20 parfait                 |                                     |                                                   |
| Dotation en motos      | Non                             | -                          | Supervision pas au point            | -                                                 |
| PEV                    | Formation 171                   | Réparation chaîne de froid |                                     |                                                   |
| TRO                    | Sensibilisation                 |                            |                                     | Programme national TRO en cours                   |
| SMI                    | Rien                            |                            |                                     |                                                   |
| Médicaments essentiels | UVS/CCS                         |                            | Pas distribués                      | Plan Copargo bloqué visite Ouessey, Boko, Bassila |
| Construction           | 1 CCS démarré                   | 3 CCS                      |                                     |                                                   |
| Formation              | Pahou PEV<br>M/Chefs            |                            | Conflits personnels                 |                                                   |





ANALYSE DES ACTIVITES DU PROJET AVS-II EN 1987

| Activités prévues                         | Réalisées                                                | Non réalisées                                                           | Problèmes rencontrés                                     | Observations/solutions                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Responsabilisation<br>EPS, 1 par district | Oui                                                      | -                                                                       | -                                                        | Grande amélioration de<br>l'efficacité    |
| Recensement                               | Rien de fait                                             |                                                                         | Trop de travail, CVS pas<br>prêt                         | ? 1988 avec aide Pahou                    |
| Dynamisation CVS                          | Oui                                                      |                                                                         | La santé n'est pas le<br>problème prioritaire            | Beaucoup de travail à<br>faire            |
| Formation AVS                             | Oui, 39 secouristes,<br>43 matrones                      |                                                                         | Formation faite trop<br>tard                             |                                           |
| Recyclage AVS                             | Oui, 26 secouristes,<br>18 matrones                      | Copargo pas fait                                                        |                                                          |                                           |
| PEV                                       | Formation                                                | Chaîne de froid                                                         | Promesse de l'UNICEF<br>non tenue, commande trop<br>tard |                                           |
| SMI                                       | Équipement distribué<br>Matrones formées                 | Formation APES<br>Nutrition                                             |                                                          |                                           |
| TRO                                       | Formation et distri-<br>bution (sachets et<br>sel/sucre) | Tisanes locales                                                         | Maisons sans sel ni<br>sucre                             | Enregistrement des cas<br>de diarrhée com |
| Activités intersecto-<br>rielles          | Reboisement<br>Foyers améliorés à<br>Boukoubé<br>3 puits | Latrines<br>Foyers dans 3 districts<br>Alphabétisation<br>Micro-projets |                                                          |                                           |



ANALYSE DES ACTIVITES DU PROJET AVS-II EN 1987 (suite)

| Activités prévues                                             | Réalisées                                                                                                            | Non réalisées                                       | Problèmes rencontrés                                                                              | Observations/solutions |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <u>Formation</u><br>EPS<br>CSD<br>CCS<br>UVS<br>Recyclage AVS | Oui<br>Réunion M/chef<br>Formation formateur<br>Recyclage CESA0<br>AVS - Oui<br><br>1 fois par an (pas<br>à Copargo) | <br>1/4<br><br>CCS - pas assez<br><br>1 fois par an | <br><br>Trop courte de 2<br>semaines. Très lent<br>CCS - Systèmes pas très<br>clairs de formation | <br><br>Très cher!     |
| <u>Informatique</u><br>Système conçu<br>Système implanté      | Oui                                                                                                                  |                                                     | Pas bien compris par<br>superviseurs et AVS                                                       |                        |
| <u>Supervision</u><br>Calendrier suivi                        | Oui                                                                                                                  |                                                     | Superviseurs n'ont pas<br>le temps<br>Routes en mauvais état                                      |                        |



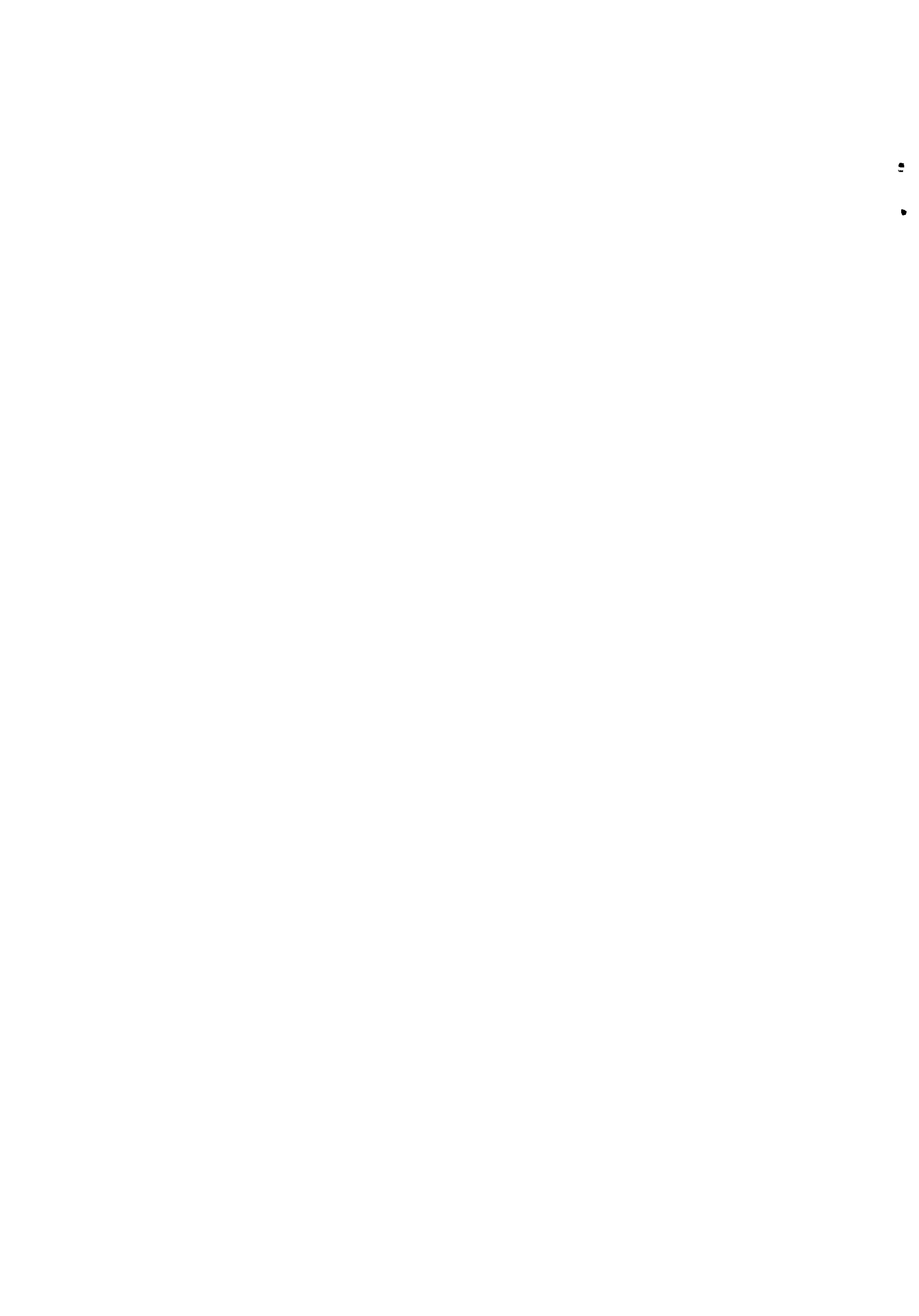
ANALYSE DES INVESTISSEMENTS AVS-II EN 1986

| Investissements prévus        | Réalisés                                                    | Non réalisés | Coût financier (en FCFA) | Contrepartie béninoise | Problèmes rencontrés     | Observations/solutions possibles |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 4 CCS                         | 0                                                           | 4            | Avance de 12,6 millions  | -                      | Plusieurs                | On attend toujours!              |
| Equipement CCS existants      | 10                                                          | -            | Pays-Bas? 421.000        | 0                      | Délai d'envoi            | Arrivé en mai 1987               |
| Equipement bureau             | Oui (photocopieuse, duplicateur, bureau, fournitures, etc.) | -            | 1.260.000                | 0                      | Nombre prévu insuffisant |                                  |
| Véhicules                     | Landcruiser<br>3 Peugeot 504 Break                          | -            | Pays-Bas?                | 0                      | Délai de livraison       |                                  |
| Motocyclettes (10)            | 0                                                           | 0            | -                        | n                      | Pas de besoin            | Achetées en 1987                 |
| Mobylettes (20)               | 0                                                           | 0            | -                        |                        | Pas de besoin            | Pas appropriées au terrain       |
| Médicaments                   | 0                                                           | 0            | 0                        | 0                      | Pas d'organisation       | Fait en 1987                     |
| Achat appareils frigorifiques | 0                                                           | 8            | -                        | -                      | Promis mais pas accordé  |                                  |
| Réfection bureau AVS-II       | Oui                                                         | -            | 2 millions               | 0                      | -                        | Pas prévu dans le devis          |



ANALYSE DES INVESTISSEMENTS AVS-II EN 1987 (suite)

| Investissements prévus   | Réalisés                      | Non réalisés | Coût financier (en FCFA) | Contrepartie béninoise | Problèmes rencontrés                                | Observations/ solutions possibles                |
|--------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 4 CCS                    | 1                             | 3            | 22,8 millions            | 0                      | Plusieurs (voir rapport)                            | On attend les autres                             |
| Matériel CCS neufs       | 1                             |              |                          | 0                      | -                                                   | Pas utilisé jusqu'à présent                      |
| Motos Yamaha (20)        | 18                            | 2            | 8,5 millions             | 0                      | 4 déjà utilisées mais vendues comme véhicules neufs | 14 dans l'Atacora<br>4 dans les autres provinces |
| Médicaments (UVS et CCS) | Oui                           | -            | Pays-Bas?<br>A.493.000   | 0                      | -                                                   | Suffisants pour CCS mais pas pour CSD            |
| Matériel didactique      | Vidéogrammes<br>Vol A, B et C | -            | 231.000                  | 0                      | -                                                   | Collaboration avec Allemands/Suisses             |
| Equipement bureau        | Oui, téléphone                | -            | Pays-Bas<br>230.000      | 0                      |                                                     |                                                  |
| Achat Hilux              | Oui                           | -            | 3.716.000                | 0 (accident)           | Accident 504 bâchée                                 |                                                  |





ANALYSE DES INVESTISSEMENTS AVS-II EN 1988 (suite)

| Investissements prévus | Réalisés     | Non réalisés | Coût financier (en FCFA)                 | Contrepartie béninoise | Problèmes rencontrés | Observations/ solutions possibles |
|------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Construction<br>3 CCS  | -            | 3 CCS        | Avance de 12,6 millions en décembre 1987 | -                      | Voir rapport         | Plusieurs                         |
| Achat médicaments      | Commande IDA | -            | ? 1 m par district                       | 0                      | -                    | Système de gestion organisé       |
| Matériel didactique    | Vol B        | Vol A        | 310.000                                  | 0                      | -                    | Version finale attendue           |



POPULATION DESSERVIE PAR LE PROJET AVS-II DANS LA PROVINCE D'ATACORA

| <u>Districts</u> | <u>Population des communes AVS-I et AVS-II</u> | <u>Population des villages AVS-I et AVS-II</u> | <u>%</u> |
|------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|
| Boukombé         | 47.079                                         | 19.083                                         | 40,53    |
| Cobly            | 20.956                                         | 16.401                                         | 78,36    |
| Copargo          | 30.105                                         | 24.248                                         | 80,54    |
| Matéri           | 20.853                                         | 14.240                                         | 68,26    |

N.B.: Pas toutes les communes d'un district sont prises en compte par le projet AVS-II. Dans une même commune, il y a des villages qui ne sont pas touchés et qui n'ont pas un AVS.



NIVEAU D'AVANCEMENT DANS LA POURSUITE  
DES OBJECTIFS SPECIFIQUES

| Objectif spécifique                                                  | Bon | Moyen | Faible | Très faible |
|----------------------------------------------------------------------|-----|-------|--------|-------------|
| <u>Atacora</u>                                                       |     |       |        |             |
| Planification et coordination des SSP                                | x   |       |        |             |
| Méthodologie d'intervention                                          | x   |       |        |             |
| Développement, approfondissement des SSP (SMI, PEV, etc.)            |     | x     |        |             |
| Impact du recyclage des AVS                                          |     | x     |        |             |
| Méthodologie de la formation des AVS                                 | x   |       |        |             |
| Formation de CVS (gestion des caisses pharmaceutiques)               |     | x     |        |             |
| Gestion familiale, développement socio-économique                    |     |       | x      |             |
| Supervision et suivi des AVS et CVS                                  | x   |       |        |             |
| Infrastructures sanitaires<br>(Participation des femmes)             |     |       | (x)    | x           |
| <u>Ensemble des autres provinces</u>                                 |     |       |        |             |
| Gestion et coordination, formation, supervision, collecte de données |     |       | x      |             |
| Formation des AVS                                                    |     | x     |        |             |
| Sensibilisation du personnel de santé                                |     | x     |        |             |
| Capacités des CVS                                                    |     | x     |        |             |
| Utilisation des résultats de l'Atacora                               |     |       | x      |             |

