

Rapport de l'évaluation externe du projet recherche en santé du Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA)

Pahou, du 12 au 26 Avril 1996

Rédigé par :

Les évaluateurs externes :

MM. Doudou BA
Abdel Karim KOUMARE

En collaboration avec les évaluateurs internes :

MM. Adolphe TOPANOU
Timothée GANDAHO

SOMMAIRE

PAGES

- LISTE DES ABREVIATIONS	
- REMERCIEMENTS	
- RESUME	
- INTRODUCTION	1
- HISTORIQUE ET CONTEXTE DU CREDESA	3-10
- LES ACTIVITES DE RECHERCHE	11-15
- LES ACTIVITES REALISEES	16-25
- LES ACTIVITES DE SERVICE	26-31
- LES ACTIVITES DE FORMATION	32-39
- LIENS ENTRE LES DIFFERENTS PROJETS CRDI DU CREDESA	40-47
- ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'EVALUATION	43-44
- RECOMMANDATIONS	45-47
- CONCLUSION	48
- ANNEXES	49-68

LISTE DES ABREVIATIONS

AD	: Administrateur Délégué
ACDI	: Agence Canadienne de Développement International
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASF	: Agent de Santé de Famille
AVS	: Agent Villageois de Santé
BIT	: Bureau International du Travail
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l'enseignement Supérieur
CCS	: Complexe Communal de Santé
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
COGEC	: Comité de Gestion de Commune
COGES	: Comité de Gestion de Sous-préfecture
COGEV-Q	: Comité de Gestion du Village/Quartier de Ville
CPU	: Collège Polytechnique Universitaire
CRDI	: Centre de Recherches pour le Développement International
CREDESA	: Centre Régional pour le Développement et la Santé
CSCUO	: Centre de Santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah
CSSP	: Centre de Santé de Sous-Préfecture
CUO	: Circonscription Urbaine de Ouidah
CVD	: Comité Villageois de Développement
CVS	: Comité Villageois de Santé
ET	: Ecart-Type
FC	: Financement Communautaire
GTZ	: Office Allemand de Coopération Technique
IEC	: Information, Education et Communication
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IRSP	: Institut Régional de Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PC	: Participation Communautaire
PEV/SSP	: Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires
PF	: Planification Familiale
SMI/PF	: Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SSP	: Soins de Santé Primaires
TGN	: Technique du Groupe Nominal
UNICEF	: Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

REMERCIEMENTS

La Mission tient à remercier tous ceux qui ont contribué au succès de la présente évaluation, en particulier :

- Madame le Ministre de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine;
- Monsieur le Ministre du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi;
- Monsieur le Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique;

qui ont accepté avec diligence de nous recevoir respectivement alors qu'ils venaient de prendre fonction.

- Le Directeur Général et l'Administrateur Délégué du CREDESA,
qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cette mission;
- Le Directeur de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP);
- Le Représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS);
- le Représentant de l'UNICEF;
- Le Doyen et le Vice-Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS);
- Le Chef du Département de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé;
- Les Autorités politiques, administratives, traditionnelles *ainsi que* les membres des communautés de la Circonscription Urbaine de Ouidah;
- Les Personnels de Santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah;
- Enfin toute l'équipe de CREDESA *pour leur grande disponibilité.*

R E S U M E

Le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA) - ex Projet de Développement Sanitaire de Pahou (PDSP) a été créé en 1983 au Sud-Est du Bénin avec pour mission :

- Promouvoir les soins de santé primaires (SSP) avec une approche pluridisciplinaire et multisectoriel par le biais d'une recherche opérationnelle orientée vers les besoins de la communauté;

- Assurer avec les communautés des prestations de services rationalisés et la formation des agents de santé communautaire et du personnel de santé à tous les niveaux;

Pour répondre à cette mission, le CREDESA a planifié ses activités selon les étapes suivantes :

- Etablissement et renforcement de la capacité institutionnelle du CREDESA et de la Faculté des Sciences de la Santé en matière de recherche par le développement des ressources humaines;

- Formation des secouristes et des accoucheuses traditionnelles;

- Formation d'agents de santé, tels que les médecins, sages-femmes et infirmiers et assistants sociaux.

Dans la mise en oeuvre de ce plan dont la troisième phase s'achève en Juin 1996, le CREDESA bénéficie depuis 1990 d'un appui du CRDI. Cet appui a permis la disponibilité de ressources humaines pluridisciplinaires compétentes pour élaborer et mettre en oeuvre des projets de recherche sur les problèmes prioritaires de la zone couverte par le projet, l'organisation des services du district et la formation d'agents de santé et d'agents de santé communautaire.

L'exploitation des résultats de recherche et la formation devraient permettre d'asseoir à moyen terme, un système de soins rationalisés et accessibles dans toute la zone de Ouidah.

.../...

Quelques indicateurs de santé montrent l'impact positif sur la santé des communautés notamment la mortalité infantile qui est très en-dessous de la moyenne nationale. Il s'agit aujourd'hui pour le CREDESA qui vient de franchir un pas de plus dans la reconnaissance internationale en étrennant une troisième distinction internationale (UNICEF), de continuer les activités de service, de formation et de recherche pour d'une part, suivre ces indicateurs de performance, la qualité de vie des communautés vivant dans ces zones organisées et d'autre part d'organiser le système-recours, en l'occurrence l'hôpital de référence pour son utilisation rationnelle par les populations de la zone.

Les populations que nous avons rencontrées y croient fermement et attendent un soutien conséquent de leurs efforts.

Mais si le projet connaît de nombreux succès dans ses divers domaines d'intervention, il est important de noter qu'il traîne quelques insuffisances qu'il convient de combler rapidement.

En outre, le projet traverse en ce moment une période difficile qui n'est pas sans influence sur la performance et qui a pour origine essentielle :

- une restructuration certes nécessaire, mais dont l'application ne va pas sans quelques difficultés heureusement surmontables,**
- la fin des financements de la part des bailleurs de fonds (CRDI, ACDI); ce qui n'est pas sans créer une atmosphère d'inquiétude.**

INTRODUCTION

Le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA) qui a pris la suite du Projet de Développement Sanitaire de Pahou créé en 1983 a pour mission de mettre en place dans la sous-préfecture de Ouidah, un système rationalisé de soins de santé primaires accessibles et acceptables par les populations.

- la stratégie mise en oeuvre s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et multisectorielle, la recherche opérationnelle, la formation des agents de santé et des agents de santé communautaires, et enfin un encadrement rapproché de la communauté pour les soins curatifs et préventifs. C'est dans cette optique que le CREDESA bénéficie depuis 1990 d'un financement du CRDI dans le cadre d'un projet prévu initialement pour une période d'une dizaine d'années.

- La première phase du projet a été évaluée en 1991. La présente mission qui s'est déroulée du 13 au 26 Avril 1996, évalue les deuxième et troisième phases.

* MANDAT

Le mandat de l'équipe d'évaluation a été le suivant :

1° - se familiariser avec le projet en consultant la documentation, en rencontrant les membres de l'équipe ainsi que les représentants des principaux intervenants dans le secteur de la santé au Bénin (Ministères de la Santé, de l'Education Nationale et du Plan, Médecin-Chef du Centre de Santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah, Responsables de l'Ambulance de Ouidah, Représentants locaux, de l'OMS, de l'UNICEF, etc...) et en effectuant des visites sur le terrain.

2° - faire une analyse des activités de recherche opérationnelle, de services et de formation depuis le début du projet et, plus particulièrement, de la phase actuelle et des résultats obtenus. Cette analyse reposera, en particulier, sur les constats de l'évaluation de Décembre 1991 et sur les progrès accomplis dans l'atteinte des recommandations formulées.

3° - analyser le contexte dans lequel le projet se déroule, en particulier les difficultés rencontrées ainsi que les solutions retenues, telles que la restructuration organisationnelle en cours.

4° - étudier les relations entre le projet santé et les autres projets financés par le CRDI (sécurité alimentaire, et information et documentation) ainsi qu'avec le projet "Appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA" de l'ACDI.

5° - faire des recommandations quant à une poursuite éventuelle du financement du CRDI, suggérer les conditions qui devraient être réunies ainsi que le type d'activités à envisager et les principaux résultats à en attendre, dans le contexte de la pérennité du projet et de sa répliquabilité à d'autres régions du pays.

6° - faire toute autre recommandation/suggestion appropriée.

7° - soumettre au CRDI/Dakar, un aide-mémoire dans les cinq jours de la fin de la mission et un rapport détaillé et satisfaisant de la mission dans les deux semaines de la fin de celle-ci.

* DEROULEMENT DE LA MISSION

L'équipe était composée du :

- Professeur Doudou BA, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar (Sénégal);
- Professeur Abdel Karim KOUMARE, Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Bamako (Mali) : *évaluateurs externes*, assistés de :
 - Dr Adolphe TOPANOU, Conseiller Technique du Ministre de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine;
 - Dr Timothée GANDAHO, Chercheur, Directeur de la Santé du CREDESA : comme *évaluateurs internes*.

Après la lecture de la documentation, les évaluateurs ont eu plusieurs séances de travail pour adopter la méthodologie de travail. Ils ont tenu des séances de travail avec l'équipe du CREDESA avant de rencontrer les **autorités politiques** (notamment les **Ministres de la Santé, du Plan et de l'Education Nationale**), les **autorités administratives et traditionnelles**, les communautés et les institutions partenaires du CREDESA (OMS, IRSP, FSS, UNICEF, FTZ (voir liste des personnes rencontrées)).

L'équipe a également visité des structures communautaires de la zone de Ouidah.

Ces rencontres se sont déroulées dans une parfaite atmosphère de compréhension et de disponibilité réciproques.

HISTORIQUE ET CONTEXTE DU CREDESA

Le *Centre Régional* pour le *Développement* et la *Santé* (CREDESA) est un centre de recherche, de formation en santé et développement et de prestations de soins rationalisés.

Ce centre initialement appelé "*Projet de Développement Sanitaire de Pahou*" créé en 1983, est situé à Pahou au Sud du Bénin à 26 km de Cotonou. Depuis 1989, il est devenu le CREDESA.

Le CREDESA est né à partir des recommandations de deux cours régionaux organisés à Cotonou en 1977 et 1983 sur la rationalisation des prestations de soins en Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale (SMI/PF).

* SA VOCATION

Le CREDESA, par une approche pluridisciplinaire, a pour vocation de :

- rendre opérationnelle : la recherche, la formation des agents de développement et les prestations de services en matière de Soins de Santé Primaires (SSP) en fournissant aux populations avec leur pleine participation, des soins scientifiquement valables, à faible coût et compatibles avec le niveau socio-économique du pays;

- faire de la mise en oeuvre des soins de santé au sein des communautés, une porte d'entrée à un processus de développement intégré à la base fondé sur l'auto-promotion et ayant trois composantes principales que sont :

- . les activités sanitaires,
- . les activités intersectorielles de développement et
- . l'éducation des populations;

- concevoir, planifier, mettre en oeuvre et évaluer avec les communautés dans un esprit de partenariat, les activités pour lesquelles le soutien des décideurs et des autorités à tous les niveaux est assuré.

* LES PRESTATIONS QU'OFFRE LE CREDESA

- Appui à l'implantation des services de santé et de développement,
- Formation en gestion des agents des services de santé en SSP;
- Consultation dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

* **SES ACTIVITES**

Les activités de services :

Elles regroupent :

- les activités de promotion de santé :
 - . éducation des populations (assainissement du milieu),
 - . activités préventives (vaccination),
 - . activités curatives (traitement des affections courantes);

- l'organisation et l'encadrement des populations autour des activités intersectorielles qui sont des activités de développement et de génération de revenus.

Les activités de recherche

Il s'agit de la recherche-action participative impliquant les agents de services, les chercheurs et les communautés.

Ces activités de recherche sont menées dans plusieurs domaines à savoir :

- la participation communautaire,
- la nutrition appliquée,
- la formation,
- les activités intersectorielles.

Une unité d'analyse informatique permet le traitement et l'analyse de toutes ces données de recherche.

Les activités de formation

Le CREDESA développe :

- des modules de formation en gestion des SSP à l'intention des professionnels de la santé de toutes les catégories nationales et internationales,
- des modules de formation aux techniques d'animation pour les travailleurs sociaux;
- des syllabaires en collaboration avec la Direction de l'Alphabétisation fonctionnelle des groupements féminins et mixtes.

Le CREDESA utilise des agents qualifiés qui ont acquis plus de cinq ans d'expérience en matière de formation ainsi que des Agents de Santé Communautaire (ASC) au niveau village.

* SES REALISATIONS

Le CREDESA a développé :

- le système de financement communautaire dont s'est largement inspiré l'Initiative de Bamako;
- le monitoring comme une méthode d'évaluation continue de la couverture sanitaire utilisé par le Ministère de la Santé du Bénin en matière de **PEV/SSP**;
- les différentes formes d'implication des populations à la fourniture des services :
 - . Agents Villageois de Santé,
 - . Agents de Santé de Famille au niveau village;
 - . Agents de Santé des Quartiers de ville,
 - . Pêcheurs secouristes en haute mer,
 - . Groupements de femmes;
- un système d'information basé au sein de la communauté et utilisé par les membres des communautés;
- des capacités de recherche dans différents domaines de santé et développement;
- un cadre d'analyse pour la participation communautaire et quelques indicateurs pour la mesure de la participation communautaire;
- un programme de formation des Agents de Santé Communautaire (ASC) par le personnel infirmier et sage-femme en SSP;
- la technique de recensement de la population par elle-même ou auto-recensement, dont la fiabilité et la validité ont été testées;
- l'organisation et l'encadrement des populations autour des activités intersectorielles qui sont des activités de développement et de génération de revenus;
- le développement chez les populations de comportements et d'attitudes d'auto-promotion communautaire : ce sont des activités d'éducation et de formation à savoir l'alphabétisation fonctionnelle, la formation en économie familiale, l'éducation nutritionnelle (en IEC) et l'assainissement du milieu.

* L'ENVIRONNEMENT EXTERNE DU PROJET

Pour mieux comprendre la présente évaluation, il est important de prendre en compte son environnement externe. Nous ne présenterons ici que les saillants. Le lecteur qui désirerait des informations additionnelles peut se référer à l'excellent livre de l'UNICEF (Cotonou) intitulé "Enfants et Femmes, avenir du Bénin" (1).

* GENERALITES SUR LE BENIN

Données géographiques

Située au Sud de l'Afrique Occidentale entre le 6^e et le 14^e degré de latitude Nord et entre le 1^{er} et 4^e degré de longitude Est, la République du Bénin (anciennement appelée République du Dahomey) couvre une superficie de 112.622 km² et présente un relief peu accidenté. Elle est limitée à l'Est par le Nigéria sur 750 km, au Nord par le fleuve Niger qui, le sépare de la République du Niger sur 120 km et le Burkina Faso sur 270 km, à l'Ouest par le Togo sur 620 km et au Sud par l'Océan Atlantique sur 125 km.

On y distingue cinq (5) régions naturelles qui sont du Sud au Nord :

- la zone côtière, basse et sablonneuse;
- la zone intermédiaire constituée par un plateau d'argile ferrugineuse,
- la zone moyenne avec un plateau silico-argileux,
- le massif de l'Atacora d'où les principaux fleuves prennent leurs sources,
- les plaines silico-argileuses du Niger.

Données démographiques

Le tableau suivant présente l'accroissement de la population de 1979 à 1992.

TABLEAU 1 : Evolution des effectifs de la population entre 1979 et 1992

DEPARTEMENT	1979	1991	1992	DENSITE AU KM2 EN 1992
Atacora	479.600	664.239	683.343	22 hab/km ²
Atlantique	686.200	1.054.481	1.092.545	339 hab/km ²
Borgou	490.700	695.032	716.914	14 hab/km ²
Mono	477.400	708.312	732.187	193 hab/km ²
Ouémé	626.900	937.269	966.780	205 hab/km ²
Zou	570.400	829.250	855.368	46 hab/km ²
TOTAL	3.331.200	4.888.583	5.047.137	45 hab/km ²

SOURCE : INSAE 1993 tiré du RGPH 1992.

La population de la République du Bénin est inégalement répartie entre les départements du Nord et ceux du Sud. En effet, avec 75 % de la superficie totale, les deux départements septentrionaux n'abritent que 29 % de la population totale contre 71 % pour les quatre (4) départements du Sud qui ne représentent que 25 % de la superficie totale.

La population rurale représente environ 73% de la population totale.

La population est jeune et à croissance rapide; le taux d'accroissement naturel est de 3,39% ce qui correspond à un doublement de la population en moins de 22 ans si les tendances actuelles demeurent constantes.

- Taux global de fécondité générale : 219,8 pour mille;
- Taux brut de mortalité : 20,6 pour mille (1980),
- Taux de mortalité infantile : 135-150 pour mille,
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 220 pour mille,
- Espérance de vie à la naissance : 48 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes (1985),
- Femmes en âge de procréer : 25% de la population totale,
- Taux net de scolarisation : 47% pour l'ensemble du pays,
- Taux d'urbanisation : 35% (1985).

*** DONNEES CLIMATIQUES**

En République du Bénin on distingue trois (3) zones climatiques principales qui sont :

- au Sud, le climat tropical humide avec deux saisons de pluies et deux saisons sèches. La température relativement élevée n'y subit que de faibles variations entre 24° et 32°C. Les précipitations dans cette zone varient de 90 mm à 1480 mm avec en moyenne 1200 mm de pluies par an;

- entre le 7è et le 5è parallèle Nord se situe la 2è zone climatique de type Guinéo-Soudanien qui se caractérise par un climat tropical semi-humide avec une accentuation de la pluviométrie moyenne annuelle (1000 mm à 1200 mm de précipitations);

- la zone climatique du Nord est de type tropical semi-aride avec une saison sèche et une saison de pluies. La pluviométrie varie entre 99 mm à Malanville dans le bassin du Niger et 1300 mm à Natitingou dans le Sud du massif de l'Atacora.

Hydrologie :

Plusieurs cours d'eau existent en République du Bénin. Les plus importants sont :

- le Couffo au Sud-Est (170 km),
- le Niger au Nord (4500 km dont 100 km au Bénin),
- le Mono à l'Ouest (100 km),
- l'Ouémé (le fleuve le plus important) 510 km.

Certains de ces cours d'eau ont d'importants affluents.

Le territoire Béninois dispose également d'un réseau lacustre et lagunaire d'environ 270 km².

Données administratives :

La République du Bénin dont la capitale est Porto-Novo, est divisée en six (6) départements. Chaque département est divisé en circonscriptions urbaines et sous-préfectures (districts) dirigée par un préfet. Le pays compte 10 circonscriptions urbaines et 67 sous-préfectures. Les circonscriptions urbaines sont divisées en communes urbaines et les sous-préfectures en communes rurales. Le Bénin compte 517 communes. Le village ou le quartier de ville constitue les subdivisions administratives des communes. Le pays compte 2.367 villages et 1.011 quartiers de ville.

Données économiques :

Avec une population de plus de 5 Millions d'habitants et un revenu annuel par habitant de 307 dollars US entre 1987 et 1989, le Bénin est un des pays les moins développés d'Afrique. L'économie repose avant tout sur l'agriculture qui occupe 80% de la population et assure directement 40% du PIB et environ 50% des recettes en devises. Les principales cultures vivrières sont le manioc, les ignames et le maïs. Le palmier à huile, le coton et l'arachide constituent les principales cultures de rente. Le secteur tertiaire est dominé par le commerce et les activités de transit avec les pays voisins. Le secteur industriel est sous-développé; il s'agit des activités de transformation des produits agricoles, d'extraction du calcaire et de production pétrolière à très petite échelle.

Qualités de l'environnement :

L'évacuation des ordures ménagères, des excréta et des eaux usées pose d'énormes problèmes tant en milieu urbain qu'en milieu rural. On estime que l'évacuation des excréta est assurée en milieu urbain à 72% alors qu'en milieu rural et péri-urbain, celle-ci n'est pas assurée, les buissons et les cours d'eau devenant des sources de péril fécal.

Tout comme pour la gestion des excréta, l'accès à l'eau potable présente de sérieuses difficultés, et ce surtout en milieu rural. Notons, en particulier le problème d'eau saumâtre en zone littorale.

De plus, bon nombre d'habitations manquent d'aération et sont situées près des nappes d'eau où prolifèrent des moustiques.

* LE SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN

Les maladies infectieuses et parasitaires dominent la pathologie au Bénin. Le paludisme et la diarrhée représentent chacun approximativement le quart des consultations auprès des formations sanitaires. Il faut également citer comme autres pathologies importantes, les affections respiratoires, la malnutrition, les risques de maternité et les traumatismes. Les maladies transmises sexuellement, dont le SIDA, présentent un défi grandissant.

Les grandes options de la politique nationale en santé peuvent se résumer ainsi :

- doter le pays d'infrastructures sanitaires, notamment dans les zones rurales;
- réduire les inégalités d'accès aux services de santé;
- accorder la priorité à la médecine préventive;
- éduquer la population dans les domaines de la nutrition, de l'hygiène et des soins maternels et infantiles;
- assurer la protection sociale des plus démunis;
- améliorer et promouvoir l'intégration des femmes au développement.

Dans le cadre de cette nouvelle politique, l'Etat béninois s'engage à :

- opérer des réformes structurelles,
- améliorer le système de gestion à tous les niveaux,
- mobiliser des ressources supplémentaires;
- rationaliser le budget d'investissement et la politique d'emprunt;
- améliorer les conditions sociales à tous les niveaux;
- promouvoir l'intégration effective des femmes au développement.

D'une manière générale, le découpage du système sanitaire est calqué sur le découpage administratif. Il y a une structure pyramidale : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau local.

Les formations sanitaires sont réparties en cinq niveaux qui forment la pyramide de services : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou et quatre centres hospitaliers départementaux, 83 centres de santé de circonscription ou de sous-préfectures, 286 complexes communaux de santé (CCS) et 292 unités villageoises de santé (UVS).

Notons cependant une couverture inégale du territoire, au profit des centres urbains. Près de la moitié des communes ne disposent pas de CCS et pour beaucoup d'entre elles, la distance au CCS le plus rapproché est un obstacle majeur à l'accessibilité aux soins. Ceci est d'autant plus grave que, bien qu'il existe 3.378 villages ou quartiers de ville, on dénombre seulement 373 UVS fonctionnelles, soit une couverture de 11% seulement. Dans un tel contexte, il est difficile d'imaginer l'opérationnalisation de la stratégie de soins primaires sans un renforcement majeur des niveaux de premiers contacts avec la population.

Le système de soins de santé du Bénin est en majorité assuré par le secteur public puisqu'il emploie 83% de tous les médecins, 94% des infirmiers et 96% des sages-femmes. Un petit groupe de missionnaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de praticiens privés assurent le reste des soins.

Il faut noter que la médecine traditionnelle est très répandue et utilisée par toute la population, mais sa structure, ses ressources et ses activités sont mal connues.

En tenant compte de toutes les ressources humaines (publiques et privées), on obtient un ratio de personnel de santé/population assez satisfaisant (1 médecin pour 17.100 ; 1 agent paramédical pour 1.600). Cependant, comme dans beaucoup de pays, le personnel sanitaire est concentré dans les villes. La situation en milieu rural demeure très inadéquate.

Par ailleurs, le personnel de santé dans le secteur public (toutes catégories confondues) relevant du Ministère de la Santé est en diminution. Ceci s'explique par le gel de recrutement du personnel à la Fonction Publique depuis 1986, les départs à la retraite, les décès, les départs volontaires de la Fonction Publique et les démissions.

La formation du personnel médical, des infirmiers et des sages-femmes, ainsi que celle du personnel d'appui est donnée à Cotonou. Des cours spécialisés sont offerts à l'étranger en dehors des quelques cours organisés par les pouvoirs publics et appuyés par les bailleurs de fonds extérieurs.

Des progrès importants ont été réalisés au niveau du programme élargi de vaccination : la couverture vaccinale pour les enfants de moins d'un an est 79% pour le DTC3 et de 72% pour la rougeole (données Décembre 1995). Par contre les autres programmes de soins primaires ont une couverture beaucoup plus faible; en effet, en ce qui concerne le planning familial, il n'existe pas de statistiques fiables quant aux taux de prévalence de contraception au Bénin mais la plupart s'accorde pour dire qu'il est inférieur à 10%.

Le budget de la santé a fortement diminué depuis 1987. Ce budget est consacré pour l'essentiel aux salaires (environ 80%) et le reste ne permet pas de faire efficacement aux charges récurrentes que nécessite le fonctionnement correct des formations sanitaires.

Les mesures de recouvrement des coûts qui ont été enregistrées au niveau de tous les services de soins et dans les projets de santé soutenus par les bailleurs de fonds ont permis d'acquérir une expérience considérable dans ce domaine

LES ACTIVITES DE RECHERCHE

En 1989, le CREDESA a soumis au CRDI une requête de financement dans le cadre de l'édification de la capacité de recherche des établissements (AIR). Les recherches attendues portent sur les trois domaines suivants :

- rationalisation des services à l'échelon district,
- financement communautaire et équité,
- développement communautaire.

Grâce à cet appui, un certain nombre d'objectifs devraient être atteints.

Ainsi, pendant la période 1990-1991 correspondant à la première phase, le CREDESA s'est fixé des objectifs tels que décrits dans la première évaluation (1991).

* RAPPELS DES OBJECTIFS

OBJECTIFS GENERAUX :

a) Mettre en oeuvre au niveau du district de Ouidah, district de démonstration, les trois grands axes d'activités entraînés par le passage à l'échelle du district à savoir :

- l'élargissement de l'éventail des prestations ou services,
- la fourniture des services de soutien du niveau district au niveau commune,
- l'élargissement géographique du système sanitaire à plusieurs communes ayant des structures et des pathologies parfois différentes.

b) Faire de la recherche opérationnelle sur les problèmes et les conséquences relatives à la mise en oeuvre des SSP au niveau district dans le triple but de :

- développer une approche simplifiée qui peut être à la base de l'organisation des services au niveau district dans le reste du pays,
- servir de zone de démonstration des méthodes permettant de former les agents de santé à la gestion des systèmes sanitaires au niveau du district,
- renforcer la capacité nationale de recherche.

c) Participer à l'échange d'expériences avec les autres projets sanitaires du Bénin et de la région africaine sur la recherche opérationnelle des SSP aux niveaux village, commune et district.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :**Extension des prestations de service et de recherche opérationnelle (action research)**

Pour l'élargissement des prestations de service, il s'agit de :

- développer et tester l'efficacité des organigrammes,
- développer et tester une méthodologie de monitoring et de micro-planification,
- développer le coût des interventions et les recettes additionnelles,
- développer et tester une liste de médicaments utilisables au niveau district,
- déterminer le seuil optimum de la participation communautaire dans l'extension de l'éventail des prestations,
- développer et tester une méthodologie de financement visant une auto-suffisance au niveau du district,
- développer et tester une méthodologie de rationalisation des services hospitaliers à l'échelle du district.

Pour la fourniture des services de soutien du niveau district au niveau commune, il s'agit de :

- développer et tester une méthodologie de supervision des agents au niveau commune et au niveau du centre de santé du district,
- mesurer l'efficacité et l'efficience de l'équipe du district dans le monitoring et la microplanification au niveau commune,
- développer et tester les supports de données à utiliser pour la gestion financière des médicaments,
- développer et tester le rôle de l'équipe de district dans le renforcement de la participation communautaire.

Pour l'extension géographique du système :

- tester l'efficacité du monitoring dans les nouvelles communes,
- étudier les différents coûts induits par l'extension,
- développer et tester une méthodologie d'organisation de l'approvisionnement en médicaments de nouvelles communes,
- développer et tester la participation communautaire dans la planification et le monitoring.

Durant la deuxième phase (Avril 1992 - Mars 1993), les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS GENERAUX :

- Développer, mettre en oeuvre et évaluer un système rationalisé des services de santé à l'échelon district;
- Développer, mettre en oeuvre et évaluer un mode efficace de financement communautaire à l'échelon district assurant l'équité et les fonctions du système orientation-recours;
- Identifier et renforcer les facteurs favorisant la mobilisation des communautés pour la résolution de leurs problèmes de santé et de développement.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Etudier les modalités d'intégration des différentes composantes des SSP aux services de santé;
- Développer un système d'orientation-recours à l'échelon district;
- Identifier un mode de sélection, d'acquisition et de distribution des médicaments et matériels à l'échelon district afin d'assurer leur disponibilité à la périphérie;
- Elaborer et tester un système d'information minimal de gestion sanitaire;
- Etudier l'efficacité du système des services de santé à l'échelon district;
- Etudier l'auto-financement et la répartition des charges à l'échelon district;
- Etudier la couverture sanitaire par catégories socio-économiques (équité);
- Décrire les différentes formes de participation communautaire existantes afin d'identifier les facteurs qui les sous-tendent;
- Développer une approche communicationnelle et socio-culturelle permettant l'amélioration de la couverture et de la participation des femmes, des jeunes et des pauvres,
- Promouvoir la prévention et le contrôle des endémies locales à travers les structures communautaires;
- Mettre en place avec la communauté et les différents secteurs de développement, un mécanisme de collaboration et de coordination à l'échelon district.

Durant la troisième phase, les objectifs généraux sont pratiquement les mêmes que ceux de la deuxième phase.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Calculer les dépenses, les recettes et le taux de recouvrement des coûts au niveau de chaque CCS et par semestre;
- Apprécier l'évolution des dépenses, recettes et taux de recouvrement;
- Analyser les causes des variations au niveau des taux de recouvrement;
- Connaître les pourcentages de recouvrement des dettes.
- Décrire les contextes de la mise en oeuvre des activités de santé et de développement dans la Circonscription Urbaine de Ouidah.
- Identifier les résultats de la participation communautaire aux activités de santé et leur développement aux niveaux village, commune et sous-préfecture.
- Identifier avec les différents acteurs des approches susceptibles de consolider la participation communautaire aux activités de santé et de développement aux niveaux village, commune et sous-préfecture.
- Analyser avec les différents acteurs les résultats des interventions de santé et de développement mises en place en terme de participation communautaire.
- Fournir les données socio-démographiques et sanitaires requises pour la planification d'un hôpital de référence dans la zone sanitaire de Ouidah.
- Déterminer la performance des services de santé.
- Comparer les performances obtenues en 1993 dans les services de santé de Ouidah à celles obtenues dans ceux de Kpomassè.
- Décrire la structure organisationnelle des hôpitaux de Ouidah et de Malanville à partir des fonctions existantes.
- Diagnostiquer les forces et les faiblesses organisationnelles de ces hôpitaux.
- Déterminer le volume des activités cliniques et paracliniques des hôpitaux de Ouidah et de Malanville.
- Déterminer la nature des pathologies traitées et des examens paracliniques pratiqués dans les deux hôpitaux.

- Qualifier les modalités de traitement et l'issue des maladies liées aux deux hôpitaux.
- Etudier quelques éléments de performance de ces deux hôpitaux.
- Déterminer la nature et le volume des affections traitées par service et par centre de santé visité.
- Etablir la liste synthèse des fonctions et activités menées à l'hôpital de Ouidah et à l'hôpital de Malanville.
- Etablir la liste synthèse des activités par catégorie professionnelle en fonction du temps moyen de leur exécution.
- Déterminer le temps-personnel et les effectifs par type de ressources humaines nécessaires par service au niveau de l'hôpital du district de Ouidah.
- Définir un système de référence-recours efficace et efficient entre les CCS et le CSCUO en collaboration avec les agents de santé communautaire.
- Etablir et valider des algorithmes de décision d'évacuation des malades des CS vers le CSCUO et de celui-ci vers les autres centres recours, ainsi que de la contre référence.
- Etudier les modalités de mise en oeuvre du système de référence-recours entre les CCS et le CSCUO.
- Définir les modalités de gestion participative du système.
- Elaborer des indicateurs pour le suivi et l'évaluation du système de référence-recours.
- Déterminer le taux de mortalité infanto-juvénile dans une cohorte d'enfants nés vivants d'Août 1988 à Septembre 1990.
- Identifier les causes de mortalité infanto-juvénile dans cette cohorte.
- Suivre dans le temps la progression de la morbidité et de la mortalité dans le district sanitaire de Ouidah.
- Identifier les groupes ou les localités à haut risque justifiant une intervention appropriée.
- Mesurer l'impact du système de santé mis en oeuvre au niveau du district.
- Déceler les épidémies et s'assurer que des mesures effectives soient prises pour les combattre.
- Suggérer des pistes de recherche épidémiologique.

ACTIVITES REALISEES

* PREMIERE PHASE (1990-1991) :

Les activités de la première phase ont porté sur :

- Rationalisation des services à l'échelon district :
 - . étude du milieu;
- Financement communautaire et équité :
 - . Processus de tarification des soins au niveau district;
- Développement communautaire :
 - . processus de la participation communautaire à la mise en place des services de santé.

Les principaux résultats de cette première phase ont permis de :

- Obtenir des données épidémiologiques dont l'identification des affections prioritaires et le faible taux de couverture en soins gravido-puerpéraux;
- Identifier les charges à retenir pour la tarification des soins et qui sont :
 - . avaries,
 - . indigence,
 - . soins préventifs;
 - . supervision,
 - . recyclage,
 - . fonctionnement
 - . marge bénéficiaire.
- Constater que le niveau de vie et le taux d'utilisation des services ne permettent pas de prendre en charge par le financement communautaire, le paiement des salaires des infirmiers et des sages-femmes non engagés par l'Etat et la totalité du coût des évacuations;
- Constater la participation de la communauté à l'adoption et au recouvrement des coûts;
- Etablir le contact et le dialogue entre les agents de santé et la communauté;
- Constater que la participation de la communauté aux assemblées de village est plus massive en zone rurale qu'en zone urbaine;
- Faire participer la communauté à l'adoption et au recouvrement des coûts;

- Constater que les femmes s'exprimaient très peu ou alors gardaient le silence au cours des débats;
- Noter une participation de la population aux diverses études menées;
- Noter soit une réticence d'une partie de la population à exécuter les diverses activités retenues, soit à les abandonner en cours d'exécution;
- Percevoir la nécessité de développer des activités génératrices de revenus pour augmenter le niveau de vie de la population et faire face à long terme à certaines charges;
- Maintenir un dialogue permanent avec la population pour lever progressivement les obstacles (ce qui demande du temps, de la patience et une stratégie pertinente).

* **DEUXIEME PHASE (1992-1993) :**

Pendant cette phase, le CREDESA a poursuivi l'organisation rationnelle des services de santé dans toutes les communes de Ouidah et a entrepris la planification de l'hôpital de district. Pendant cette période, neuf études d'accompagnement sur onze prévues ont été réalisées [Les objectifs généraux poursuivis sont rappelés dans le rapport technique, Avril 1994-Mars 1995, page 6).

Ces études portent sur :

Mise en place d'un système rationalisé des services de santé à l'échelon district (sept études) :

- Le taux et les causes de mortalité infantile (à propos d'une cohorte de 802 enfants des communes rurales de Pahou et d'Avlékété au Sud du Bénin),
- L'étude de la prévalence de l'anémie au sein de la population de la sous-préfecture de Ouidah,
- L'étude des cas de référence dans la Circonscription Urbaine de Ouidah (CUO),
- L'importance des tradipraticiens dans le système de santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah,
- Le développement et le test d'une approche de formation des agents de santé communautaires,
- L'étude du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS),
- L'analyse des besoins de la communauté et des services existants,
- L'étude de la structure de coordination à l'échelon district,

- L'évaluation des programmes des agents de santé communautaires,
- La morbidité, sources de soins et couverture vaccinale au sein de la population de Ouidah,
- La croissance des enfants de 0 à 5 ans.

Financement communautaire et l'équité :

- L'étude du niveau socio-économique des populations de la Circonscription Urbaine de Ouidah.

Développement communautaire :

- Participation communautaire au sein des groupements initiés et non initiés par le CREDESA (formes de participation).
- Etude des connaissances et pratiques des populations de la Circonscription Urbaine de Ouidah face à la lèpre et la tuberculose.

Principaux résultats de la deuxième phase :

Les principaux résultats ont montré :

- un environnement insalubre,
- une gestion inadéquate des services de santé et des ressources humaines avec une faible participation des populations,
- une sous-utilisation et une mauvaise maintenance des supports de données,
- une prévalence globale de la morbidité plus élevée dans les sept nouvelles communes couvertes avec une forte tendance à l'automédication,
- un revenu annuel moyen par ménage très faible dans la sous-préfecture de Ouidah (19.659 FCFA),
- une structure et un mode de fonctionnement opposés chez les groupements initiés et ceux non initiés par le CREDESA : dans les groupements non initiés, le fonctionnement respecte l'organisation sociale alors que les groupements initiés sont bureaucratiques,
- une prévalence de la malnutrition protéino-énergétique de 20 à 30 % chez les enfants de 0 à 5 ans,
- une prévalence de l'anémie très élevée (73,5%) dans la population des sept dernières communes couvertes.

Exploitation des résultats de la deuxième phase :

Ces résultats ont permis :

- d'organiser des séances de causerie avec la population portant sur les mesures d'hygiène, de salubrité et sur d'autres thèmes d'éducation pour la santé,
- d'impliquer la population dans l'organisation des soins préventifs et la gestion des centres de santé,
- de mettre en place des banques communautaires et d'intensifier des activités agricoles avec l'assistance directe des agronomes pour la sécurité alimentaire,
- de faire des interventions nutritionnelles à domicile.

*** TROISIEME PHASE (Avril 1993- Mars 1995) :**

Durant la troisième phase, les activités de recherche ont porté sur :

Période d'Avril 1993 - Mars 1994 :

- *Dans le cadre de la rationalisation des services de santé :*

- . Taux et causes de mortalité infantile dans une cohorte de 802 enfants dans les communes de Pahou et Avlékété,
- . Prévalence de l'anémie au sein de la population de Ouidah (suite),
- . Les références des cas,
- . Etude descriptive des tradipraticiens,
- . Evaluation du programme de formation des ASC.

- *Dans le cadre du financement communautaire :*

- . Niveau socio-économique des populations de Ouidah,
- . Evolution de recouvrement des coûts.

- *Dans le cadre du développement communautaire :*

- . Analyse de formes de participation communautaire,
- . Connaissances et pratiques de la population de Ouidah face à la lèpre et la tuberculose.

Principaux résultats de la troisième phase :

- Taux de mortalité infantile observée dans la cohorte de 802 enfants : 31,8 pour mille. Plus de 40 % des décès sont survenus au cours du premier mois de la vie. Les deux premières causes sont la fièvre (36%) et les infections respiratoires (20%);
- Forte prévalence de l'anémie (73,3%) dans la population. Les adultes sont plus anémiés que les enfants et la proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.
- Faible taux d'utilisation des ASC et des CSS; recours à d'autres sources de soins dont les tradipraticiens constituent un nombre très élevé;
- Important court-circuitage des ASC par les malades pour arriver au CSS;
- La population recherche une source de soins meilleure qualité et conforme à la conception qu'elle se fait de la maladie dont elle souffre;
- Test d'une approche systémique de formation des ASC;
- Nécessité d'utiliser les supports de données du SNIGS dans toutes les communes de Ouidah; toutefois tous ces supports sont assez lourds et méritent d'être simplifiés;

- 70% des ménages sont pauvres (revenus annuels inférieurs à 150.000 FCFA°);
- Malgré les coûts des traitements dans le système de financement communautaire par rapport au système classique, 28,7% des malades évoquent des problèmes d'accessibilité financière;
- A propos du recouvrement des coûts, tous les CCS sont déficitaires (dépenses de fonctionnement supérieures aux recettes);
- Les signes cliniques de la tuberculose sont plus connus que ceux de la lèpre; le caractère insensible de la tache de la lèpre est inconnu. Les causes de la lèpre et de la tuberculose sont peu connues;
- Formes de la participation communautaire : participation symbolique dans les groupements initiés par le CREDESA et participation effective dans les groupements initiés par les populations.

Exploitation des résultats de la période Avril 1993-Mars 1994 :

- Les résultats observés sur le plan de la mortalité posent le problème des visites prénatales, de la prise en charge des nouveaux-nés (0 à 1 mois), du niveau d'instruction et socio-économique des parents, celui d'un IEC, d'un système de référence des malades avec un centre de santé de référence construit et équipé;
- Réorganiser les services en vue d'améliorer le taux d'utilisation;
- Trouver une solution à la vente illicite des médicaments.

Période d'Avril 1994 - Mars 1995 :

- Dans le cadre de la rationalisation des services de santé :

- . Caractéristiques socio-sanitaires des sous-préfectures de Kpomassè et Tori-Bossito,
- . Analyse de la performance des services de santé dans les sous-préfectures de Ouidah et Kpomassè;
- . Analyse organisationnelle des hôpitaux de Ouidah et de Malanville;
- . Analyse des activités cliniques et paracliniques des hôpitaux de Ouidah et de Malanville;
- . Planification des ressources humaines au niveau du district sanitaire de Ouidah;
- . Système de références-recours;
- . Taux et causes de mortalité infanto-juvénile dans une cohorte d'enfants;

. Système de surveillance épidémiologique dans le district sanitaire de Ouidah (si un tel système est mis en place, il pourra favoriser la gestion et la prise de décision au niveau district puis apporter une solution à la question du système d'information minimale à mettre en place à l'échelon district).

- *Dans le cadre du financement communautaire :*

. Recouvrement des coûts des services de santé (juillet 1993 - Juin 1994).

- *Dans le cadre du développement communautaire :*

. Suivi de la participation communautaire dans la sous-préfecture de Ouidah.

Principaux résultats d'Avril 1994 - Mars 1995 :

- A Kpomassè et Tori-Bossito, la consultation est faite au centre de santé si la maladie est jugée grave;

- A Ouidah et Kpomassè, il y a une similitude des indicateurs de santé maternelle et infantile;

- Sur le plan organisationnel, le personnel est plus qualifié à Ouidah qu'à Malanville mais les objectifs sont peu définis et ne sont pas connus du personnel; les activités cliniques dominent à Ouidah tandis qu'à Malanville ce sont les activités de laboratoire qui prédominent. Le taux d'occupation des lits dans ces deux hôpitaux est inférieur à 70%. L'organisation des niveaux village et commune peut permettre de désencombrer les hôpitaux où se présentent directement les malades pour n'importe quelle affection;

- identification des grandes orientations d'un système de référence-recours à savoir : la réglementation des procédures d'évacuation soutenues par une communication phonique et un transport adéquat; déterminer la proportion du coût d'une évacuation à supporter par les différents intervenants en santé et enfin tester le système;

- Le déficit persistant au niveau des CCS nécessite un réajustement pour la viabilité du système qui va soutenir l'hôpital de référence;

- Au niveau de la participation communautaire, les bénéficiaires aspirent en plus à une approche individualisée pour la production agricole, les professionnels doivent se garder de chercher très tôt de bons résultats.

Exploitation des résultats d'Avril 1994-Mars 1995 :

- Assurer une organisation correcte aux niveaux village et commune afin d'offrir à la population un service de qualité à faible coût ce qui permettra de mieux définir les objectifs des hôpitaux et de mieux structurer le rôle qu'ils doivent jouer dans l'interaction avec les échelons inférieurs;

- Le coût lié à l'équipement et à l'entretien du système de référence-recours nécessite la recherche d'un appui de l'Etat pour le soutenir; une estimation des coûts avant le démarrage sera utile mais il faudra un monitoring correct pendant une période pour asseoir les normes financières d'un tel système;

- Réviser les dépenses liées au fonctionnement des CCS et améliorer la prestation des services à ce niveau afin d'augmenter leur taux d'utilisation; toutefois, le problème de la vente libre des médicaments demeure un défi politique à relever.

* DISCUSSION DES ACTIVITES DE RECHERCHE :

La recherche constitue un des volets les plus importants des activités du CREDESA. Ses activités qui couvrent trois domaines à savoir :

- la rationalisation des services de santé
- le financement communautaire,
- le développement communautaire,.

se font dans un esprit pluridisciplinaire et multisectoriel conformément à l'esprit de la mise en oeuvre des SSP. C'est une approche de recherche opérationnelle permettant la collaboration de plusieurs équipes pour l'identification et la résolution des problèmes.

Le nombre d'études effectuées a évolué très rapidement passant de trois à la première phase à huit à la deuxième phase et neuf à la troisième phase. De même, on note une amélioration significative du rythme de rédaction d'articles scientifiques pour publication ou communication. Plusieurs mémoires et thèses ont été encadrés (voir liste).

Pour la diffusion des résultats de recherche, le CREDESA a créé un bulletin d'information "**CREDESA-INFO**" qui est semestriel et dont le premier numéro 000 est paru en Décembre 1993. La revue est à son quatrième numéro (N°003) paru en Décembre 1995. Près de 25 articles y ont été publiés.

Le deuxième type de diffusion est représenté par les publications d'articles dans des revues internationales. Ainsi :

- un article a été publié dans "**Retro-SNIGS**, vol.5, n° 1, Janvier 1996";
- un article est sous presse et un deuxième est proposé dans "**Annals of Tropical Medicine and Parasitology**",
- un article est proposé à "**Social Science and Medicine**" (voir liste des articles en annexe).

D'autres articles et résumés d'articles sont disponibles pour une prochaine exploitation.

En outre, les résultats de recherche sont restitués à la communauté lors des assemblées de village.

Les nombreuses études pluridisciplinaires menées pendant les deux dernières phases montrent que le CREDESA a développé une capacité nationale, et possède une masse critique assez importante de chercheurs.

En effet, plus de six études sont menées en moyenne annuellement dont plusieurs effectuées en consultation dans les pays de la sous-région.

Cependant :

- les études menées ne sont pas toujours à la mesure de celles qui sont initialement prévues;
- le nombre de publications et de communications scientifiques est encore en-deça des possibilités du CREDESA;
- la diffusion des résultats reste encore assez limitée, ce qui a été d'ailleurs déploré par les chercheurs eux-mêmes et quelques partenaires du CREDESA;
- les recherches sont encore pour la plupart descriptives;
- la rédaction systématique d'articles scientifiques sur toutes les études effectuées n'est pas encore pratique courante au CREDESA.

* **RECOMMANDATIONS** :

- Renforcer la masse critique de chercheurs avec comme souci constant la pluridisciplinarité;
- Accorder une plus grande importance à la recherche analytique voire expérimentale tout en veillant au respect de la rigueur de la méthodologie.
- Mener des études dans le domaine de la pédagogie.
- Renforcer la culture de la rédaction d'articles scientifiques et de leur publication dans des revues indexées pour assurer la validité de la recherche.
- Créer un comité de lecture pour "**CREDESA-INFO**" en faisant appel à des chercheurs extérieurs au CREDESA.

ACTIVITES DE SERVICE

* ACTIVITES PREVUES :

Il était prévu que le CREDESA appuie les dix communes (rurales et urbaines) de Ouidah en santé particulièrement dans le domaine :

- de l'IEC,
- de la PF,
- du PEV,
- de la nutrition,
- de l'approvisionnement en eau,
- du traitement des affections courantes,
- de la fourniture des médicaments essentiels,
- du contrôle des endémies locales.

* ACTIVITES MENEES :

Le CREDESA a effectivement appuyé les 10 communes rurales et urbaines) de Ouidah et huit autres communes sentinelles dans les domaines suivants :

- IEC
- PF,
- PEV,
- approvisionnement en eau,
- traitement des affections courantes,
- fourniture des médicaments essentiels basée sur l'Initiative de Bamako qu'il a initiée, expérimentée et vulgarisée.

* RESULTATS :

L'enquête auprès des représentants des populations a révélé :

- au niveau du village que la population adhère entièrement et sans réserve aux activités de santé du CREDESA;

- au niveau de la sous-préfecture que les représentants politiques, administratifs, traditionnels :

. sont tous unanimes sur l'effet bénéfique des actions de santé du CREDESA et

. désirent que le CREDESA :

+ maintienne son personnel itinérant dans les villages et dans les quartiers des villes,

- + les aide à entretenir les nouvelles constructions par la promotion d'activités de développement,
- + continue à motiver les Agents de Santé villageois,
- + motive les membres des Comités de Gestion Communautaires,
- + maintienne le coût des médicaments à un niveau abordable pour la population,
- + appuie l'hôpital de référence.

- le personnel des Complexes Communautaires de Santé :

- . est satisfait des nouvelles conditions matérielles de travail,
- . est satisfait de la collaboration avec le **CREDESA**, cependant
- . déplore que certains membres de la population préfèrent aller directement au centre de référence, sans passer par les **ASC**,

- le personnel de l'hôpital de référence :

- . est également satisfait de la collaboration avec le **CREDESA** et
- . recommande l'accélération de l'appui du **CREDESA** notamment pour :
 - + l'acquisition d'un groupe électrogène,
 - + l'amélioration du plateau technique (surtout au niveau du laboratoire, de la radiologie) et du bloc opératoire,

- le Ministre de la Santé est très favorable aux actions de santé du **CREDESA** en direction de la population.

Les activités sus-citées ont très probablement contribué à abaisser la mortalité infantile dans la population desservie par le **CREDESA**.

En effet, à partir d'une étude de cohorte sur 802 enfants nés entre 1988 et 1990, tous suivis jusqu'en 1992, le taux de mortalité infantile a été de 31,8 pour mille. Ce travail a été publié dans la thèse de médecine de **COMLAN Georges** soutenue à Cotonou en 1992. Or le taux de mortalité infantile au Bénin en 1987, d'après l'**UNICEF** (situation des enfants dans le monde, 1989, 1991, 1993) était de 115 pour mille, 111 pour mille en 1988, 109 pour mille en 1990 et 89 pour mille en 1991.

D'après les données de Ouidah, le taux de couverture du PEV montre les résultats ci-dessous :

TABLEAU 1 : Evolution du taux de couverture du PEV à Ouidah en fonction des antigènes de 1991 à 1995.

ANTIGENES	ANNEES	1991	1992	1995
BCG		84,70 %	95 %	86 %
DTCP3		58,90 %	70 %	81 %
VAR		43,50 %	57 %	68 %
COMPLVAC		43,50 %	50 %	62 %

SOURCE : Données de routine des CCS de Ouidah.

Par ailleurs, il faut signaler que d'après les statistiques sanitaires nationales qui sont à considérer avec quelques réserves :

En 1994 :

- Le taux de fréquentation des services était de 52% par les habitants de Ouidah tandis que la moyenne départementale était de 33% (ET = 16,8);
- Le taux d'incidence de la rougeole était de 1,8 pour 100.000 alors qu'au niveau départemental, ce taux était de 4,7 (ET = 4,4);
- Le taux d'infections respiratoires aiguës (IRA) était de 25 pour 1000 habitants à Ouidah alors que ce taux était de 30 pour mille au niveau départemental;
- Le taux d'accouchements assistés était de 56% à Ouidah alors que ce taux était de 50% au niveau départemental (ET = 52,5);
- La prévalence d'utilisation d'une méthode moderne de PF était de 3% à Ouidah alors que la prévalence départementale était de 2,8% (ET = 5).

En 1996 :

D'après les données de routine du premier trimestre, 80% des enfants ont reçu les six vaccins à Ouidah alors que la moyenne départementale était de 64% (ET = 14,6).

Bien que ces résultats ne montrent généralement pas de différence significative entre Ouidah et le reste du département de l'Atlantique, ils sont à considérer, car la moyenne départementale inclut Cotonou et beaucoup d'autres villes qui modifient de façon importante les moyennes.

* **PERSPECTIVES** :

Le CREDESA prévoit :

- d'instituer ou d'étendre une communication phonique, soutenue par une ambulance entre les Complexes Communaux de Santé et l'Hôpital de référence. Ceci permettra de rendre les activités de service plus efficaces et plus efficientes.
- une motivation du personnel de santé basée sur la performance.
- la construction d'un nouvel hôpital de référence, mieux équipé et plus performant.

* **DISCUSSIONS** :

Le CREDESA est une structure de recherche unique en son genre au Bénin car il associe :

- les activités de recherche,
- les activités de formation et
- les activités de service en direction de la population (notamment en santé). Cette dernière activité s'étend sur les huit composantes des SSP.

Toutes les activités de recherche, de formation, de services en santé en direction de la population sont intégrées.

Malgré les difficultés habituelles de démontrer l'effet d'une activité de santé sur une population surtout à court terme, il est indéniable que l'ensemble de ces activités ne peuvent avoir qu'un effet bénéfique sur la santé de la population. Mais :

- elles n'ont été menées au départ que dans trois communautés rurales sur les 10 (communautés rurales et urbaines de la sous-préfecture) de 1990 à 1992. De 1993 à 1995, il y a eu des perturbations politiques, administratives départementales et locales et c'est surtout en 1996 que ces activités ont été reprises;

- les sept autres communes de Ouidah ont été couvertes théoriquement à partir de 1992 mais en réalité, cette couverture n'est effective qu'à partir de 1996 et l'hôpital de Ouidah n'est pas encore construit.

Ces faits contribuent à expliquer l'absence de différence significative entre la sous-préfecture de Ouidah et les autres sous-préfectures du département de l'Atlantique.

* **CONCLUSION** :

Les demandes des représentants de la population sont légitimes, mais les perspectives du CREDESA sont réalistes.

*** RECOMMANDATIONS POUR LES ACTIVITES DE SERVICE DE SANTE :**

- Pour le CREDESA :

1. Continuer les activités de service de santé dans des zones pilotes.
2. Continuer à intégrer les activités de service de santé.
3. Continuer à intégrer les activités de service de santé et de développement.
4. Elaborer des indicateurs pertinents et fiables des activités de services de santé en direction de la population.
5. Elaborer des indicateurs pertinents et fiables de santé de la population.
6. Suivre l'évolution de ces indicateurs d'activités de santé et analyser chaque semestre les réalisations.
7. Suivre l'évolution des indicateurs de santé et analyser chaque année les résultats.
8. Appuyer le SNIGS sur le plan périphérique voire national pour permettre de suivre l'évolution des indicateurs de santé.
9. Accélérer la mise en place des centres de référence, de l'hôpital de référence et du système de référence (radiophonie - ambulance);
10. Resserrer les activités de supervision à tous les niveaux.
11. Evaluer régulièrement l'atteinte des objectifs en se basant sur les indicateurs choisis.
12. Elaborer un mécanisme de motivation pérenne du personnel qui travaille dans les villages et quartiers et l'expérimenter.

- Pour le CRDI :

13. Continuer à appuyer les activités de service du CREDESA.

- Pour le Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine :

14. Continuer à appuyer les activités du CREDESA.
15. Attribuer des terrains d'expérimentation de service au CREDESA en fonction des besoins du CREDESA et conformément à la politique sanitaire en vigueur.

- Pour les autres Ministères et les autres bailleurs :

16. Appuyer les activités du CREDESA.
17. Collaborer officiellement avec le CREDESA dans ses activités de recherche, de formation et de services.

LES ACTIVITES DE FORMATION

* OBJECTIFS :

Le CREDESA considère la formation comme un volet important servant d'appui aux services, à la recherche, et au partage des expériences de recherche. Dans ce contexte, il s'est fixé deux objectifs principaux de formation qui sont :

- Développer un programme national et régional pour l'enseignement de la gestion des SSP et de l'IB aux professionnels de la santé, aux agents de santé communautaires ainsi qu'à ceux du développement;

- Etablir un centre de démonstration pour le stage des professionnels de la santé et de développement aussi bien en cours de formation qu'en cours d'emploi.

En vue d'atteindre ces objectifs, le CREDESA fournit des prestations de formation d'abord au niveau institutionnel, en son propre sein, pour la bonne marche des activités, ensuite, encadre des séminaires de formation, des stages et visites dans le cadre de l'appui aux programmes Nationaux, Régionaux voire Internationaux.

Le Centre a élaboré des documents et fiches pédagogiques des modules, des documents en cours, des vidéogrammes.

* LES ACTIVITES MENEES :

Activités de formation dans le cadre de l'appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA de 1993 à 1996 :

Les formations antérieures figurent dans le premier rapport d'évaluation. Celles des trois dernières années (1993-1996) sont :

- Formation des membres de l'équipe de recherche du CREDESA à : l'analyse des données de recherche, l'évaluation d'un enseignement, la rédaction d'articles scientifiques, la planification stratégique et gestion des conflits, l'utilisation des transparents et la formulation d'objectifs d'apprentissage.

- Formation du personnel des complexes communaux de santé de Ouidah (infirmières et sages-femmes) axée sur :

- . l'analyse des besoins de formations des Agents de Santé Communautaires (ASC),
- . la formation des objectifs d'apprentissage,
- . la planification au niveau d'un système de santé de district,
- . les soins obstétricaux et soins infirmiers,
- . la communication interpersonnelle et la Psychologie du malade,
- . la Préparation et l'utilisation de la chlorexidine.

- Formation des Comités de gestion au niveau Sous-préfecture (COGEC-COGES) basée sur :

- . les Soins de Santé Primaires et Initiative de Bamako,
- . le développement de la Participation Communautaire,
- . le Leadership, le partenariat et le travail en équipe,
- . la technique d'animation de groupe,
- . la Stratégie de gestion dans le financement communautaire.

Activités de formation dans le cadre de l'appui du CREDESA à d'autres institutions aux programmes nationaux l'Institut National Médico-Social de 1993 à 1996 telles que :

- ***L'Ecole Nationale des Sages-femmes d'Etat du Bénin (ENSFE) :***

- . Formation des élèves sages-femmes de 3ème Année en Méthodologie de la recherche et sur la gestion des soins de santé primaires (SSP).

- ***L'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat du Bénin (ENNIEB)***

- ***L'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières adjoints du Bénin (ENIAB)***

- ***L'Ecole des Techniciens de Laboratoire d'Analyses Médicaux (ETLAM)***

- ***L'Ecole des Aides Assistants Sociaux (EAAS)***

- . Formation des infirmiers, infirmières, aides sociaux.
sur la gestion des soins de santé primaires.

- ***l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP)***
 - . Formation des médecins avec enseignement des matières suivantes : Stratégie SSP, Stratégie IB, Informatique, Epidémiologie, Méthodologie de la recherche, Démographie, Nutrition, Santé maternelle.
 - . Encadrement pour les Mémoires.
Vingt cinq (25) Mémoires supervisés par le CREDESA, de 1993 à 1996.
- ***l'Ecole Nationale d'Administration (ENA)***
 - . Formation des administrateurs de l'action sociale à la gestion des SSP.
- ***le Projet Bénino-Allemand des SSP (PBA)***
 - . Formation des médecins, sages-femmes et infirmiers du Projet en gestion des SSP.
- ***le "Catholic Relief Services" (CRS)***
 - . Formation des Assistants Sociaux acteurs du PAM (CRS) à l'animation du groupe, communication en SSP et surtout Nutrition et recherche en Santé et nutrition.
- ***la Faculté des Sciences de la Santé (FSS)***
 - . Formation des médecins inscrits au CES de Gynéco-Obstétrique à la gestion des SSP, à la recherche et à l'informatique.
- ***le Ministère de la Santé (MS)***
 - . Formation des médecins-Chefs des services à la recherche,
Supervision des Médecins-chefs dans la mise en oeuvre des recherches proposées et financées.

Formation dans le cadre de l'Appui du CREDESA aux programmes régionaux pour les SSP et l'IB (1993-1996):

Les personnels de santé suivants sont concernés :

- Infirmiers spécialistes **Comoriens** (OMS) en Planification suivi, et évaluation au niveau du district.
- Médecins et infirmiers du CESAG (Dakar) en gestion des SSP (à Dakar)
- Sages-femmes **Togolaises** (OMS) en gestion des SSP (à Lomé).
- Médecins, Economistes, Statisticiens, Pharmaciens, Infirmiers spécialistes, Sages-femmes spécialistes **Tchadiens** en Monitoring et revitalisation des services de santé (à Ndjaména et à Cotonou).

- Personnel de l'hôpital secondaire de Bê Lomé (Togo) en gestion des SSP`
organisation d'un hôpital urbain et recherche sur les services (plusieurs fois à Lomé et à Cotonou).

Formation des cadres du CREDESA à l'extérieur de 1990 à 1996 :

- **13 MEDECINS** dont :
 - . 2 PhD en Démographie et Epidémiologie, (Londres et Laval).
 - . 1 MBA en Business Administration (Laval).
 - . 3 MSC en Santé Communautaire (Laval).
 - . 3 MSC en Epidémiologie, Epidémiologie de l'Environnement et Parasitologie (Laval, Londres).
 - . 1 MSC en Démographie médicale (Londres).
 - . 1 MSC en Administration des services de Santé (Laval).
 - . 1 MSC en Health Planning and Financy (Londres).
 - . 2 MSC en Economie de la Santé (Laval).
- **2 SOCIOLOGUES** ont eu leur MSC en Socio-Anthropologie Médicale, (Montréal et Londres).
- **1 BIOSTATICIEN** est en train de préparer son PhD en Statistique Médicale après un MSC en statistiques médicales.
- **1 Médecin** prépare un PhD après un MPH en Santé Internationale.
- **2 Sages-Femmes** ont bénéficié d'une formation en Documentation (Yaoundé, Cameroun).
- **2 Assistants Sociaux** sont entrain de préparer leur MSC en Politique de gestion projets (Belgique).
- **2 Médecins** sont en formation pour un "Master of Public Health" (MPH) aux USA.

Encadrement de stagiaires nationaux, régionaux et internationaux

Le CREDESA encadre sur demande et à la carte des stagiaires nationaux, régionaux et internationaux. Ainsi un Cours International de Formation au financement et à la gestion du district sanitaire est organisé par le CREDESA depuis 1993 avec la GTZ.

Les Sollicitations du CREDESA pour la période 1993-1995

Les services du **CREDESA** ont été sollicités par les niveaux nationaux et régionaux comme suit :

- Ministère de la Santé : 58 fois soit 3216 personnes x jours.
- Ministère de l'Education Nationale : 12 fois 463 personnes x jours.
- Les Institutions (**OMS, CRS, IRSP, MTPS**) : 28 fois 5760 personnes x jours.
- Les pays de la Sous-Région : 17 personnes et 176 personnes x jours.
- Soit au total : 133 sollicitations ayant nécessité 12.611 personnes x jours.

C'est dire que 16 personnes du **CREDESA** ont été sollicitées chaque jour ouvrable. Ce qui représente une charge de travail préoccupante pour le **CREDESA**.

Sur la même période, le **CREDESA** a bénéficié de 23 missions et visites qui lui ont pris au total 109 jours, soit 36 jours en moyenne par an.

Les visiteurs proviennent de l'Afrique, des Etats-Unis, du Canada. On peut citer entre autres :

- le Ministre de la Santé de la Guinée Equatoriale,
- le Ministre de la Santé du Rwanda,
- Dr NYi NYi de l'**UNICEF**, New York, USA;
- une délégation Nigériane;
- **CRDI, CEISD, ICRW, SOH, UCL, OCSD, SNU**;
- CRS Baltimore (USA),
- Mairie et CHU Créteil (France),
- Directrice Régionale de l'**UNICEF** (USA).

*** DISCUSSIONS DES ACTIVITES DE FORMATION :**

L'examen des formations réalisées permet de constater :

- une intense activité de formation des différents acteurs intervenant dans l'édification du District Sanitaire de Ouidah.
- une équipe qualifiée du CREDESA formée dans les Universités du Nord venant en appui aux formations nationales et régionales.
- un rayonnement progressif du CREDESA au niveau national et régional pour la formation.
- une augmentation progressive des cibles locales formées qui varient pour chaque session de 12 à 24 pour l'équipe du CREDESA, de 18 à 36 pour les Agents de Santé (infirmiers et sages-femmes), de 73 à 216 pour les agents de santé communautaires de Ouidah et de 55 à 60 pour les membres des comités de gestion.
- un total de plus de 850 cibles formés (médecins, sages-femmes, infirmiers, aides sociaux, assistants sociaux, spécialistes, de 1990 à 1996.
- un total de plus de 72 cibles formés au niveau régional de 1990 à 1996 et dans 9 pays de la région africaine au Sud du Sahara.
- une intense sollicitation nationale, régionale et internationale.

Les formations réalisées s'inscrivent bien dans la mission que le CREDESA s'est assignée.

Les besoins de formation sont déterminés avant toute formation et une programmation détaillée existe pour chaque formation avec indication des objectifs, contenus et ressources.

L'existence d'un marketing pour la formation n'était pas évidente mais a vu le jour avec la restructuration.

La grande qualité des services offerts dans le cadre du projet n'aurait pu être obtenue sans une formation exceptionnelle du personnel, bien adaptée aux tâches à accomplir et aux besoins. Le CREDESA planifie systématiquement et exécute la formation requise pour chacune de ses activités.

En plus de la Circonscription Urbaine de Ouidah, le CREDESA répond à des besoins de formation en Soins de Santé primaires, (Initiative de Bamako, IB) pour le reste du pays.

Compte-tenu de la qualité et de la pertinence de cette formation, pour le pays une formalisation pour une reconnaissance académique avec diplôme est en cours. Ceci pourrait permettre au personnel d'avoir une reconnaissance officielle pour cette formation qui en tirerait une plus grande motivation et satisfaction au travail.

Cependant des difficultés ont été rencontrées dans la mise en oeuvre des programmes de formation et tournent autour des points suivants :

- une insuffisance de ressources matérielles et financières pour la préparation des formations;
- l'impression que donne le **CREDESA** de vouloir des extraits de formation sans y mettre les ressources nécessaires pour une meilleure performance;
- une insuffisance d'infrastructures et d'équipements appropriés pour assurer les formations et stages surtout en informatique;
- un manque de disponibilité de l'équipe pour assurer certaines formations (Visiteurs, IRSP..);
- un problème d'harmonisation du programme de formation des agents de Santé de Ouidah avec celui du Ministère de la Santé;
- une absence de codification des prestations de formation du **CREDESA** pour lui permettre de tirer des ressources financières substantielles des formations qu'il réalise;
- une insuffisance de matériel performant de reproduction des documents de formation;
- un manque de disponibilité des chercheurs pour leur auto-formation selon des besoins exprimés par eux-mêmes;
- une insuffisance des bourses de formation pour tous les membres de l'équipe; le CRDI ayant mis fin aux bourses de formation de longue durée;
- inexistence d'un calendrier annuel de formation précisant la période de l'année pour les formations de courte durée;
- l'absence de suivi des agents formés pour l'application du savoir reçu.

L'équipe du **CREDESA** n'a pas encore bénéficié de thème de formation utiles comme :

- l'analyse transactionnelle,
- la communication et les relations interpersonnelles,
- la relation avec les supérieurs hiérarchiques.

Les formations pour un rayonnement national, régional et international ajoutées aux sollicitations pour diverses raisons par le pays et les Institutions consomment beaucoup de ressources humaines et de temps au CREDESA sans que le CREDESA n'en tire profit pour sa subsistance et ceci au détriment de la recherche.

Les formations se font à la carte et prennent beaucoup de temps aux formateurs.

L'opportunité n'est pas saisie en ce qui concerne la formation supérieure en Santé communautaire pour le pays et la région de l'Afrique de l'Ouest. Le défaut de formation des membres des comités de gestion noté à la première évaluation a été relevé.

*** LES PERSPECTIVES :**

Le CREDESA dans ses perspectives envisage de poursuivre les formations et même rayonner davantage en offrant ses prestations de formation à la Faculté des Sciences de la Santé et à plusieurs autres pays de la région.

Il envisage le démarrage de l'Ecole de Formation de Cadres intermédiaires avec diplôme en Santé et développement;

La formation de Cadres à l'étranger pour d'autres disciplines (agriculture, pêche, environnement, assainissement (statistiques médicales) est également envisagée.

Il voudrait en outre servir d'outil au Ministère de la Santé pour la formation en cours d'emploi et la réplique de ses acquis.

*** RECOMMANDATIONS AU CREDESA :**

- Se restructurer et mieux s'organiser pour répondre de façon rentable et efficiente aux sollicitations nationales, régionales et internationales pour la formation;

- Poursuivre son programme de formation et l'améliorer afin de mieux partager son expérience novatrice;

- Envisager l'utilisation de ressources humaines et des compétences extérieures nationales ou régionales pour son programme de formation en santé communautaire;

- Se doter d'une véritable politique de formation et en rechercher les moyens;

- Formaliser ses liens avec les Institutions de formation;

- Maîtriser le marché régional de formation.

LIENS ENTRE LES DIFFERENTS PROJETS CRDI DU CREDESA

*** Liens entre le Projet 3-P-89-O240 (Centre de Documentation du CREDESA) et le Projet 3-P-88-O205 (recherche en santé) :**

L'exécution du Projet 3-P-88-O205 (recherche en santé) requiert que des activités de recherche, de formation et de services soient menées par les différents agents de santé et chercheurs du CREDESA; en collaboration avec d'autres compétences des autres Institutions. A cet effet, il est important qu'ils en aient les compétences. De plus, ils doivent s'informer au jour le jour de l'évolution des connaissances au Bénin et à l'extérieur sur les domaines concernés. En retour, les résultats issus des recherches et les stratégies mises en place pour rationaliser les services de santé à l'échelon du district doivent être documentés, vulgarisés et publiés dans les revues scientifiques.

La vulgarisation de ces informations au sein des populations des villages, quartiers de ville et commune est plus qu'une nécessité. Elle est une exigence, si l'on veut induire chez les populations du District de Ouidah, les changements de comportements indispensables à leur développement socio-sanitaire.

C'est donc pour toutes ces raisons que le CREDESA a demandé et obtenu du CRDI le financement du Projet 3P-88-O205.

Ce projet a pour objectif de :

- doter le CREDESA d'infrastructures, de mobiliers et des équipements techniques requis;
- constituer un fond documentaire et gérer la base des données bibliographiques;
- produire et diffuser l'information.

L'orientation de ce Projet vers la communication participative vise une meilleure diffusion et exploitation des résultats de recherche et de leur vulgarisation.

C'est ainsi que depuis 1990, le service d'information et de documentation du CREDESA est devenu le point de départ et l'aboutissement des différentes études menées dans le cadre du Projet Santé 3-89-O240.

*** Liens entre les Projets 91-144 et 92-220 (Développement rural et nutrition) et le Projet 3-P-88-O2O5 :**

Les Projets 91-144 et 92-220 Activités de Développement et Collaboration Intersectorielle (ACDI) ont un lien étroit avec les autres projets CRDI et le Projet ACDI. Cela se comprend lorsque l'on se réfère à la nouvelle vision du concept de santé.

En effet, la notion de santé est devenue holistique et prend en compte plusieurs dimensions. On y trouve des aspects de soins de santé, ainsi que des aspects qui relèvent des secteurs connexes de la santé. Ces secteurs sont l'agriculture, l'éducation, l'économie, les affaires sociales, la nutrition, l'environnement, etc.

Dans le cas d'espèce, pendant que le projet CRDI 3-P-88-O2O5 met l'accent sur le système de santé, les activités des projets ACDI mettent l'accent sur la sécurité alimentaire et la génération de revenus. Ce faisant, les résultats des projets ACDI serviront à soutenir les activités de soins de santé primaires.

Ainsi par exemple, lorsque le projet ACDI aura contribué à élever le niveau socio-économique des populations, on s'attend à ce que l'accessibilité financière des utilisateurs des services de santé mis en place par le projet financé par l'ACDI s'améliore.

En définitive, les liens entre les projets ACDI et les autres projets existant au CREDESA représentent un atout majeur pour réaliser un processus de développement intégré dans la région de Ouidah et pour une meilleure utilisation des Services de santé.

*** Liens entre les Projets CRDI et le projet ACDI**

Le Développement d'un modèle de district sanitaire nécessite la réalisation des activités de recherche, de services et de formation.

L'appui financier du CRDI permet de conduire les recherches opérationnelles sur le district sanitaire selon les axes de rationalisation des services, financement communautaire et développement communautaire avec une documentation adéquate.

Depuis Juin 1993, le CREDESA, à travers le projet "Appui au CREDESA et aux services de santé à Ouidah", bénéficie de l'appui financier de l'ACDI pour construire l'hôpital de référence, trois Complexes Communaux de Santé (CCS), et pour rénover cinq CCS dans la circonscription Urbaine de Ouidah. De plus, un système de communication sera organisé entre les CCS et l'hôpital pour la prise en charge des malades référés.

Les données existantes au **CREDESA** ont permis de réaliser en Octobre et en Novembre 1993 la programmation fonctionnelle et technique des **CCS**. L'étude sur les références et d'autres études initiées au cours de l'année 1994, grâce aux projets **CRDI** ont permis de mieux planifier l'hôpital de référence avec un système de référence-recours.

Au plan de la formation, les deux partenaires **CRDI** et **ACDI** contribuent au développement qualitatif des ressources humaines du **CREDESA** et de leurs collaborateurs extérieurs. Ainsi :

- plusieurs médecins du **CREDESA** ont suivi un programme de Maîtrise au Canada, en Angleterre et aux Etats-Unis, sur projets **CRDI**;
- les membres des comités de gestion de la Circonscription Urbaine de Ouidah ont été formés avec l'appui du projet **ACDI** de même que les agents de Santé Communautaire;
- les infirmiers et sages-femmes de la Circonscription Urbaine de Ouidah, ont été formés de même que les élèves de l'Institut National Médico-Social avec l'appui du projet **ACDI**.

*** DISCUSSIONS :**

- Les liens qui existent entre les différents projets **CRDI** d'une part et celui de l'**ACDI** d'autre part, constituent un atout très important pour le caractère multisectoriel et pluridisciplinaire du **CREDESA**.

- Le financement séparé de ces projets qui s'appuient mutuellement a constitué un avantage incontestable pour l'expansion rapide que l'on note aujourd'hui pour le centre. Cependant, il existe quelques points négatifs issus de la cohabitation des projets **CRDI** et **ACDI**.

- La constitution d'une équipe de projet **ACDI** à part avec des ressources et conditions différentes de celles offertes par le **CRDI** a engendré quelques frustrations au sein de l'équipe relevant des projets **CRDI**.

- Les extrants du projet **ACDI** mettent l'accent sur l'installation de services de santé fonctionnels et performants alors que le projet **CRDI** veut des recherches opérationnelles suffisamment scientifiques pour appuyer les activités du **CREDESA**.

- Les changements d'orientation et d'actions répétées qu'exigeait le projet **ACDI** avec implication des directeurs a défavorisé les activités de recherches planifiées pour la période d'Avril 1995 à Mai 1996.

Cependant l'appui du Projet **ACDI** a permis au **CREDESA** de disposer de huit (8) **CCS** construits ou entièrement rénovés lui permettant d'améliorer très sensiblement la qualité de ses recherches.

*** RECOMMANDATIONS (au CREDESA, au CRDI et à l'ACDI) :**

- Maintenir si possible les 2 projets tels qu'ils existent actuellement et renforcer leurs liens positifs tout en réduisant les influences négatives qui pourraient exister.
- Gérer les différents projets de manière à assurer ou à maintenir la cohésion de l'équipe et le travail en groupe pluridisciplinaire.
- Codifier les liens existants entre les différents projets et en informer toute l'équipe.
- Veiller à la complémentarité des différents projets.

*** ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'EVALUATION :**

L'équipe a pu :

- rencontrer la plupart des acteurs, les autorités de tutelle, les autorités traditionnelles et les communautés;
- effectuer des visites sur le terrain pour se faire une opinion fondée sur le vécu quotidien.

Ainsi l'équipe a noté que le **CREDESA**, de par sa mission et ses objectifs très pertinents, a contribué de façon significative à la mise en oeuvre des SSP au Bénin et dans la sous-région.

Si le **CREDESA** a pu rencontrer quelques difficultés dans ses rapports avec le Ministère de la Santé, ces difficultés semblent aujourd'hui dépassées et une nouvelle page tournée avec l'arrivée du nouveau Ministre chargé de la Santé, de la Condition Féminine et de la Promotion Sociale qui a manifesté une disponibilité sans faille à appuyer les efforts du **CREDESA**. Cette disponibilité et cet appui conséquents ont été retrouvés également chez le Ministre chargé de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique et le Ministre du Plan, de la restructuration économique et de la Promotion de l'Emploi. Tous les partenaires du **CREDESA** souhaitent renforcer leur collaboration en institutionnalisant notamment leurs liens.

Les populations de Ouidah qui ont aujourd'hui à leur disposition des centres de santé rénovés ou construits, attendent du **CREDESA** un appui conséquent qui doit les conduire à prendre en charge progressivement leurs structures sanitaires.

Grâce à l'appui du **CRDI**, le **CREDESA** dispose de cadres compétents tant en matière de recherches opérationnelles qu'en prestations de soins de santé et de développement.

C'est ainsi que le nombre de publications n'a cessé de croître depuis la dernière évaluation (1991) facilité en cela par la parution semestrielle régulière de "**CREDESA-INFO**" et une ouverture vers les revues internationales.

Le CREDESA s'ouvre de plus en plus vers la sous-région grâce à ses consultations en recherche opérationnelle, en formation. A ce propos, le CREDESA organise depuis 1993 un Cours International sur le financement et la gestion financière du District de santé en Afrique en collaboration avec d'autres partenaires.

Sur le plan international, le CREDESA a bénéficié de trois Prix dont le dernier en date est décerné par l'UNICEF. La restructuration du CREDESA entamé depuis Novembre 1995 semble apporter un sang nouveau en améliorant notamment certaines conditions de travail des agents et surtout en pratiquant une gestion plus conforme à son statut (dissociation de l'autorité gestionnaire de l'autorité scientifique, déconcentration et décentralisation du pouvoir décisionnel, comptabilité plus adaptée, projets de statuts et règlement intérieur du personnel élaborés pour permettre la convocation du conseil d'administration, etc...).

Cependant et malgré tous ces acquis, le CREDESA traîne des lacunes qu'il convient de combler au plus vite. En effet :

- les cadres ne se valorisent pas assez pour permettre l'exploitation optimale de leur compétence; ceci est attesté par la faiblesse des publications par rapport aux nombreuses études menées ce qui limite leur diffusion pour une exploitation rationnelle;

- les recherches sont encore pour la plupart descriptives;

- il n'y a pas de système d'évaluation de ses activités;

- le CREDESA utilise un système d'information et de gestion des services très peu performants ce qui limite considérablement l'exploitation des données en vue d'apprécier leur impact sur la population;

- si le CREDESA collabore avec beaucoup de partenaires force est de reconnaître qu'aucune de ses collaborations n'est institutionnalisée et ses prestations ne sont pas non plus codifiées : la supervision des services de santé ne semblent pas donner les résultats escomptés et cet état de fait a été aggravé par le retrait du CREDESA des services pendant un certain temps sur la demande de l'ACDI;

- jusqu'ici le CREDESA se heurte à un problème qui semble trouver difficilement une solution : la motivation des Agents de santé communautaires et des comités de gestion;

- le statut actuel du CREDESA ne favorise pas la création de diplôme de santé publique post-universitaire, ni la promotion internationale des chercheurs. L'absence d'une politique bien définie pour la relève scientifique pourrait être un handicap assez sérieux.

Pour toutes ces raisons, les évaluateurs recommandent.

*** RECOMMANDATIONS :****- Au CREDESA :**

1. Renforcer la capacité de production et de diffusion d'articles scientifiques, de manuels, de livres.
2. Multiplier les publications scientifiques dans des revues indexées.
3. Mettre davantage l'accent sur des projets de recherche prioritaire définis dans la politique sanitaire nationale (paludisme, tuberculose, SIDA, etc...).
4. Mener plus de recherches analytiques voire quasi-expérimentales.
5. Planifier de façon plus rationnelle les sollicitations nationales, régionales et internationales en matière de formation.
6. Se doter d'une politique de formation.
7. Faire appel à des compétences extérieures nationales et internationales pour son programme de formation en santé communautaire.
8. Elaborer des indicateurs d'activité et des indicateurs de santé pertinents.
9. Poursuivre le développement de l'approche intersectoriel et intégré.
10. Définir et tester un système de motivation pour les ASC et les COGEC.
11. Accélérer la mise en place de l'hôpital de référence et l'acquisition de l'ambulance.
12. Mettre en place les outils d'évaluation annuelle des activités du CREDESA.
13. Formaliser les liens avec l'IRSP, la FSS et le CPU.
14. Codifier les prestations du CREDESA.
15. Poursuivre la mise en oeuvre de la restructuration pour la consolidation des acquis et la correction de certaines lacunes.
16. Renforcer les mécanismes de dialogue et de concertation entre l'administration et le personnel du CREDESA.
17. Poursuivre et renforcer l'information et la formation du personnel à la gestion.
18. Elaborer un plan de formation et de perfectionnement du personnel.

- Au CRDI :

Nous faisons les recommandations suivantes :

1. Continuer l'appui financier au CREDESA pour une période additionnelle de 5 ans pour permettre au CREDESA :
 - de finaliser la rationalisation de tout le système de santé dans la zone sanitaire incluant la Sous-préfecture de Ouidah;
 - d'étendre l'expérience dans d'autres départements du Bénin;
 - de renforcer sa capacité de diffusion et de vulgarisation des résultats de ses recherches.

Cette prolongation se fera aux conditions suivantes :

. A court terme :

2. Que le CREDESA finalise et adresse les articles scientifiques dont les résumés sont déjà disponibles à des revues scientifiques indexées pour publication.
3. Que la revue "*CREDESA-INFO*" respecte son rythme de parution semestrielle.
4. Que le CREDESA, en relation avec le CRDI, nomme un gestionnaire compétent après la période expérimentale selon la procédure prévue par le statut du CREDESA pour renforcer les acquis de la restructuration tout en comblant certaines lacunes et consacre ainsi définitivement la séparation de l'autorité gestionnaire de l'autorité scientifique.

. A moyen terme :

Que le CREDESA :

5. Mette en place un système d'évaluation permanent de ses activités.
6. Choisisse des indicateurs pertinents de santé et développement pour le monitoring.
7. Fixe des niveaux de performance à atteindre pour chacun des indicateurs choisis.
8. Définisse un niveau de performance individuelle à atteindre pour chaque chercheur.

- Au CREDESA et aux Ministères (Santé et Education) :

1. Réadapter les statuts régissant le CREDESA de manière à lui assurer une double tutelle MEN et MS tout en renforçant son autonomie. Par exemple, en l'érigeant en un Institut Universitaire doté d'un Conseil d'Administration; statut qui lui faciliterait la reconnaissance académique des diplômes et l'insertion des chercheurs dans le statut du CAMES.
2. Faire adopter les textes régissant le personnel du CREDESA (statuts et règlement intérieur).
3. Améliorer le SNIGS tant au niveau périphérique que central en assurant le remplissage effectif des supports de données.
4. Renforcer le système de supervision au niveau périphérique, intermédiaire et central.
5. Faire appliquer les dispositions contenues dans le protocole d'entente ACDI-Gouvernement pour la prise en charge du personnel en fonction dans les CCS construits ou réhabilités.

- Au Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine :

1. Utiliser le CREDESA comme Conseiller en matière de politique sanitaire nationale.
2. Permettre au CREDESA de disposer des terrains d'expérimentation de services conformément à la politique sanitaire en vigueur (par exemple zone sanitaire).
3. Utiliser le CREDESA pour les expertises relevant de ses compétences (recherche opérationnelle, formation, prestations de service, etc...).

- Aux Institutions telles que OMS, IRSP, FSS, UNICEF, GTZ :

- Poursuivre la collaboration avec le CREDESA et institutionnaliser ces rapports.

CONCLUSION

Si le CREDESA a connu beaucoup de succès dans l'approche de sa mise en oeuvre des SSP et constitue à cet égard un exemple au Bénin et dans la sous-région, il reste qu'il peut encore améliorer significativement ses prestations tant à l'intérieur du Bénin que dans la sous-région à condition :

- *- d'adopter un système de gestion conforme à son statut;
- *- d'être plus exigeant dans les résultats;
- *- de mettre en place un système de monitoring performant de l'état de santé.

Pour cela, le CREDESA a besoin d'un appui financier conséquent pour obtenir une adhésion beaucoup plus étendue et ainsi mieux imprégner la vie des Béninois

ANNEXES

ANNEXE 1 : MANDAT DES EVALUATEURS

Le mandat de l'équipe d'évaluation est le suivant :

1° - Se familiariser avec le projet en consultant la documentation, en rencontrant les membres de l'équipe ainsi que les représentants des principaux intervenants dans le secteur de la santé au Bénin (Ministères de la Santé, de l'Education Nationale et du Plan, Médecin-Chef du Centre de Santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah, Responsables de l'ambulance de Ouidah, Représentants locaux, de l'OMS, de l'UNICEF, etc ...) et en effectuant des visites sur le terrain.

2° - Faire une analyse des activités de recherche opérationnelle, de services et de formation depuis le début du projet et, plus particulièrement, de la phase actuelle et des résultats obtenus. Cette analyse reposera, en particulier, sur les constats de l'évaluation de Décembre 1991 et sur les progrès accomplis dans l'atteinte des recommandations formulées.

3° - Analyser le contexte dans lequel le projet se déroule, en particulier les difficultés rencontrées ainsi que les solutions retenues, telles que la restructuration organisationnelle en cours.

4° - Etudier les relations entre le projet santé et les autres projets financés par le CRDI (sécurité alimentaire, information et documentation) ainsi qu'avec le projet "Appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA" de l'ACDI.

5° - Faire des recommandations quant à une poursuite éventuelle du financement du CRDI, suggérer les conditions qui devraient être réunies ainsi que le type d'activité à envisager et les principaux résultats à attendre, dans le contexte de la pérennité du projet et de sa répliquabilité à d'autres régions du pays.

6° - Faire toute autre recommandation/suggestion appropriée.

7° - Soumettre au CRDI/Dakar un aide-mémoire dans les cinq jours de la fin de la mission et un rapport détaillé et satisfaisant de la mission dans les deux semaines de la fin de celle-ci.

ANNEXE 2**NOM, PRENOMS ET ADRESSES DES EVALUATEURS**

Professeur Doudou BA
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université Cheikh Anta DIOP de
Dakar/SENEGAL.
Tél : (221) 24 13 81
Fax : (221) 25 29 52

Professeur KOUMARE Karim
Hôpital du point G de Bamako/MALI
Tél : (223) 22 50 02
Fax : (223) 22 92 94

Docteur Adolphe TOPANOU
Ministère de la Santé
BP : 03-1650
Cotonou - BENIN
Tél Bur : (229) 33 14 68
Dom : (229) 32 09 25

Docteur Timothée GANDAHO
CREDESA/PAHOU BENIN
BP : 1822
Cotonou - BENIN
Domicile : BP 06-931
Tél : (229) 35 02 55

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU COURS DE LA MISSION D'EVALUATION DU PROJET RECHERCHE EN SANTE DU CREDESA

A. LES AUTORITES POLITICO-ADMINISTRATIVES

- Mr Djidjoho PADONOU, Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique;
- Mme Marina MASSOUGBODJI, Ministre de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine;
- Mr Albert TEVOEDJRE, Ministre du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'emploi;
- Mr Ignace HOUETO, Chef de la Circonscription Urbaine de Ouidah;
- Les Maires des communes de Pahou, Avlékété, Gakpé;
- Les Chefs des quartiers/villages Abata 1, Assogbénu-Daho et Zongo,...
- Le Coordonnateur de l'Alphabétisation
- Les membres du Conseil Consultatif

B. LES INSTITUTIONS COLLABORATRICES DU CREDESA

- Dr SANOUSSI B, Organisation Mondiale de la Santé (Porte-parole du Représentant);
- Mme Alegria MENDOZA, Représentante de l'UNICEF;
- Dr CISSE Mohamed, Responsable de la Santé de l'UNICEF;
- Pr Pathé DIALLO, Directeur de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP);
- Pr Théophile ZOHOUN, Chef du Département de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Nationale du Bénin;
- Mme GUIDIBI Marie Paule (GTZ / Cotonou);
- Mr MASSOUGBODJI Achille, Pr. Ag., Vice-Doyen de FSS;

C. LE PERSONNEL DE L'AMBULANCE (HOPITAL DE OUIDAH)

- Mme Francisca AGOSSOU, Directrice de l'ambulance;
- Dr PRODJINONTO, Chef de Service Chirurgie;
- Dr KEREC, Chirurgie;
- Dr MAZU, Chef Service Pédiatrie;

D. LE MEDECIN-CHEF ET SON PERSONNEL A KINDJI

- Dr Epiphane GAINSI, Médecin-chef du Centre de Santé de la Circonscription Urbaine de Ouidah
- Mme Victoire HOUGNIBO, Infirmière;
- Mme EGBEWOLE, Sage-Femme;

E. LES AUTORITES TRADITIONNELLES DE OUIDAH

- Les représentants des populations;
- Les membres COGEC du CCS Kpassè (les huit membres du CPGEC, six matrones, une infirmière, une sage-femme et une aide-soignante);
- Mr BOYA François, notable;
- Mr DONHOUEDE Albéric, Président du COGEC/Pahou;

F. LE PERSONNEL DE SANTE D'AVLEKETE

- Mr ATOMABE Anatole;
- Mme GBAGUIDI Gisèle.

G. LA DIRECTION DU CREDESA

- Professeur ALIHONOU Eusèbe, Directeur Général du CREDESA
- Mr LOKOSSOU Benoît, Administrateur Délégué du CREDESA

H. LE PERSONNEL DU CREDESA

1. Ensemble à la présentation

- Professeur ALIHONOU Eusèbe, Directeur Général du CREDESA
- Mr LOKOUSSOU Benoît, Administrateur Délégué du CREDESA
- Mr SANTOS Laurent, Chef du Département des Services Administratifs et Techniques,
- Mr GNACADJA Richard, Secrétaire de Direction chargé du Secrétariat Administratif, Département des Services Administratifs et Techniques,
- Mme IDOSSOU Victoire, Institutrice en retraite chargée de la Promotion de la Santé scolaire, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation,
- Dr HOUNSA Assomption, Chef du Projet "Appui institutionnel et Echanges, Direction de la Santé,
- Mme INOUSSA-OLODO Sarafatou, Sociologue, Spécialiste en Femmes et Développement, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation,
- Dr GUEDEME Alphonse, Chef du Projet "Recherche en Santé", Direction de la Santé;
- Dr GUINGNI Bernard, Superviseur des CCS urbains, Direction de la Santé,
- Dr GBEDJI Eugène, Chef du Projet "Appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA", Direction de la Santé,
- Dr LAWANI Moukaramou, Vétérinaire, Directeur des Activités Intersectorielles,
- Dr VISSOH Séraphin, Sociologue, Département de la Planification et du Développement,
- Dr SOUDE Théodore, Superviseur des CCS Gakpé et Savi, Direction de la Santé,
- Dr ISSIFOU Saâdou, Superviseur des CCS Houakpè-Daho et Djègbadji, Direction de la Santé,
- Mme NICOUE Francine, Sage-femme de Santé publique, Responsable de la formation continue des infirmiers et sages-femmes du CREDESA, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation,
- Dr SOTON André, Superviseur des CCS Pahou et Avlékété, Direction de la Santé.

2 - Individuellement

- Dr SAGBOHAN Marcel, Directeur de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation;
- Dr GUEDEME Alphonse, Chef du Projet "Recherche en Santé", Direction de la Santé;
- Mme INOUSSA-OLODO Sarafatou, Sociologue, Spécialiste en Femmes et Développement, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation;
- Dr LAWANI Moukaramou, Vétérinaire, Directeur des Activités Intersectorielles;
- Dr HOUNSA Assomption, Chef du Projet "Appui institutionnel et Echanges, Direction de la Santé;
- Dr GBEDJI Eugène, Chef du Projet "Appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA", Direction de la Santé;
- Dr SOUDE Théodore, Superviseur des CCS Gakpé et Savi, Direction de la Santé;
- Dr GUINGNI Bernard, Superviseur des CCS urbains, Direction de la Santé;
- Dr SOTON André, Superviseur des CCS Pahou et Avlékété, Direction de la Santé;
- Dr VISSOH Séraphin, Sociologue, Département de la Planification et du Développement;
- Dr EKANMIAN Gatien, Chef du Projet "Audio-Visuel et Revue Documentaire";
- Mme NICOUE Francine, Sage-femme de Santé publique, Responsable de la formation continue des infirmiers et sages-femmes du CREDESA, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation;
- Mme IDOSSOU Victoire, Institutrice en retraite chargée de la Promotion de la Santé scolaire, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation;
- Dr GOUTONDJI Thierry, chargé de l'Unité Informatique, Département des Services Administratifs et Techniques;
- Dr GANGBO Flore, Pédagogue;
- Dr KESSOU Léon, Direction de la Consultation, de la Diffusion et de la Formation.

3 - En groupe à la séance de synthèse préliminaire à l'Auberge/Cotonou :

- Dr ISSIFOU Saâdou, Superviseur des CCS Houakpè-Dahô et Djègbadji, Direction de la Santé;
- Dr GBEDJI Eugène, Chef du Projet "Appui aux services de santé de Ouidah et au CREDESA", Direction de la Santé;
- Dr LAWANI Moukaramou, Vétérinaire, Directeur des Activités Intersectorielles;
- Dr VISSOH Séraphin, Sociologue, Département de la Planification et du Développement;
- Mr SANTOS Laurent, Chef du Département des Services Administratifs et Techniques;
- Dr EKANMIAN Gatien, Chef du Projet "Audio-Visuel et Revue Documentaire";
- Dr SOTON André, Superviseur des CCS Pahou et Avlékété, Direction de la Santé.

4 - En groupe à la séance de synthèse finale à PAHOU, le Jeudi 25/04/96

(Voir liste séance de présentation).

ANNEXE 4**LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS**

- Une brève historique du **CREDESA**.
- Une copie du dernier Rapport Technique (avril 1994 - mars 1995) qui fait, en fait, la synthèse des principales activités du volet depuis sa mise en oeuvre.
- Une copie du Rapport Bergevin de 1991 ainsi que des mesures prises afin de répondre aux recommandations formulées.
- Une copie du Rapport Bergevin/Ménard de décembre 1995 avec réponse ainsi que celui de la phase I Bergevin/Ayi/Ménard de juin 1994.
- Une copie du Rapport Technique Final du Projet "Développement rural et nutrition" (janvier 1992 - décembre 1995) en plus du document-synthèse présenté par **LAWANI** lors de notre passage et de l'Aide-Mémoire de la mission d'évaluation Gheresi (lire au moins le Résumé du premier document et les deux autres).
- Une copie du Rapport Technique final du projet "Information et Documentation" de décembre 1995 ainsi qu'une copie du rapport Dofonsou.
- Une copie des "Perspectives de recherche en santé et développement" (modèle théorique) présenté par T. Gandaho en janvier 1996.
- Une copie du "Plan de restructuration organisationnelle" du 6 novembre ainsi que des commentaires sur le rapport Lokossou de janvier 1996.
- Une copie du rapport "Projet appui au **CREDESA** et services de santé à Ouidah : Plan d'exécution" du **CCISD**, 6 janvier 1994.
- Une copie du Rapport Technique final du Centre Régional pour le Développement et la Santé **CREDESA/Santé**. Deuxième phase Avril 1992-Mars 1993 par E. **ALIHONOU** et l'équipe **CREDESA**.
- Une copie du Rapport Technique du **CREDESA** Avril 1993-Mars 1994 par E. **ALIHONOU** et l'équipe **CREDESA**.
- Une copie du statut du **CREDESA**.
- Une copie des statuts du personnel.
- Une copie du diagnostic organisationnel du **CREDESA** (Rapport de mission du 5 au 14 Avril 1995).
- Un manuel de classification des emplois au **CREDESA**.

ANNEXE 5

**LISTE DES MEMOIRES ET THESES
ENCADREES PAR LE CREDESA**

I - MEMOIRES IRSP

1990

1 - ALLARANGAR Yokouide.-

La contraception à DJAMENA (Tchad). Connaissances, attitudes et pratiques de 310 femmes et 310 hommes enquêtés dans les formations sanitaires.

1991

2 - ZOMAHOUN Suzanne.-

Connaissance, attitudes et pratiques en matière de contraception dans deux collèges d'Enseignement Général de la ville de Bohicon.

1992

3 - VATTARA Facinet.-

Le financement communautaire dans le Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires et médicaments essentiels en République de Guinée : Possibilité de s'autofinancer.

4 - ATTISO K.S. Benjamin.-

Le recouvrement des coûts en soins de santé primaires dans le système de santé du Mono.

5 - COULIBALY Issa.-

Analyse de couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 13 mois en République Islamique de Mauritanie. Enquête nationale, Décembre 1990.

6 - KIFOULY Edmond.-

Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé dans la circonscription administrative de Ouidah.

7 - ABDALLAHI T. Ould Mohammed.-

Evaluation du financement communautaire dans les zones pilotes des Wilayas du Trarza, Assaba et Tagani en République Islamique de Mauritanie.

1993

- 8 - EKUE GABA Julius C.-
Etude de la prise en charge des enfants diarrhéiques de 0 à 5 ans dans les formations sanitaires publiques. Cas de la sous-préfecture d'Abomey-Calavi.
- 9 - KABUYAYA MAYANGA WA MBALE Alphonse.-
Approche de la planification des personnels de Santé en République du Zaïre.
- 10 - KABA BAH Souleymane.-
Etude des connaissances, Attitudes et Pratiques sur les parasitoses intestinales dans la cuvette de DINGUINRAYE en République de Guinée.

1994

- 11 - BARRY Mamadou Diouhé.-
Malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de 0 à 5 ans : prise en charge à base communautaire à LABE, République de Guinée.
- 12 - FOFANA Koutoubou.-
Les alternatives de financement du Programme Elargi de Vaccination en République de Guinée dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Application en Guinée Maritime et Guinée Forestière.
- 13 - GABA Kokoé épouse AMOUZOU;-
Connaissance, attitude et pratique en matière de contraception chez 389 adolescents à Lomé.
- 14 - GATORANO Jean-Baptiste.-
Alternative de financement des Soins de Santé : cas de la mutuelle caisse secours médical des Forces Armées Béninoises.
- 15 - HABA WOWO Christophe.-
Analyse des facteurs liés à la faible utilisation de la consultation prénatale dans la Sous-préfecture de NINGUELANDE en République de Guinée.
- 16 - KPINSAGA T. Djarba Alfred.-
Les facteurs influençant l'utilisation des Services de Santé Maternelle et Infantile et Planification dans la Sous-préfecture de l'Est-Mono.
- 17 - NIKIEMA Michel D.M.-
Analyse critique du processus de planification de l'Initiative de Bamako dans la Province de l'OU DALAN, Burkina-Faso.
- 18 - NOUNAGNON Victor H.-
Etude de l'influence de la distribution à base communautaire des contraceptifs modernes sur leur utilisation par les membres de la circonscription urbaine de Ouidah.
- 19 - RAVELOMAMY Victor.-
Les déterminants de la motivation du personnel de la santé au BENIN.
- 20 - ZOUGBA Alain Dominique.-
Analyse de la morbidité et de la mortalité maternelles à la Maternité du CNHU (CUGO) et à la Maternité Lagune de Cotonou, de 1988 à 1993.

1995

- 21 - BANGOURA A. Marie.-
Analyse de la performance des centres de santé et des postes de santé de la préfecture de BOFFA en Guinée, de 1992 à 1994.
- 22 - DIAKITE Sira.-
Evaluation du niveau de la participation communautaire à la gestion des CSCOM du District de BAMAKO.
- 23 - LEGBA Léon.-
Référence et contre-référence dans la zone sanitaire de Tanguiéta. Description d'une année d'utilisation. (Juin 1994 - Mai 1995).
- 24 - RAYMOND D.-
Analyse des facteurs de la faible utilisation des dispensateurs communautaires de la chloroquine dans la Sous-préfecture de BETIDRY-SUD (Madagascar).

II - THESE DE 1990 - 1995 (A LA FSS)

- 1 - AGBLA Félix.-
Séropositivité VIH chez les gestantes à la Maternité du CNHU de Cotonou.
(A propos de 205 cas colligés à la CUGO du CNHU de Cotonou).
- 2 - AGBANGLA Christophe.-
Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'Atlantique.
(Etude réalisée dans 20 formations sanitaires du département de l'Atlantique et à la CUGO).
- 3 - AHOUANGNIVO Patrick.-
Surveillance et devenir des grossesses dans les communes rurales de Pahou et d'Avlékété.
- 4 - AKPOVI Brice.-
Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical.
(Etude prospective à propos de 244 cas recensés du 1er Juin 1991 au 31 mai 1992 à la CUGO).
- 5 - AUGOU Thomas.-
Connaissances, attitudes et pratiques en matière de Maladies Sexuellement Transmissibles, contraception et éducation sexuelle chez les enseignants de l'enseignement secondaire de Cotonou.
- 6 - AYABA Alou.-
Drépanocytose : Connaissances et pratiques des conjoints de gestantes à Hémoglobine S ou C.
- 7 - BOKOSSA A. Richard.-
Fièvre et accès palustre chez les enfants de 0 à 3 ans dans une zone d'endémie palustre : intérêt de leur étude dans un système de soins basé sur les symptômes.
(Communes rurales de Pahou et d'Avlékété).

- 8 - COMLAN Georges.-
Taux et causes de mortalité infantile.
(A propos d'une cohorte de 802 enfants des communes rurales de Pahou et d'Avlékété au Sud Bénin).
- 9 - DENAKPO Justin D.L. -
Contribution à l'étude des avortements provoqués à Cotonou.
(A propos de 387 cas recensés à la CUGO, à la Maternité Lagune et au Centre Médical St Luc).
- 10 - DIALLO Mamadou-Adama.-
Déterminants du faible taux de l'accouchement assisté dans la commune urbaine de LELOUMA en Guinée.
- 11 - DJIDONOU K. Justin.-
Morbidity et mortalité infantiles à Cotonou.
(Etude prospective réalisée à la Maternité du CNHU à propos de 1450 cas).
- 12 - EKANMIAN Elisabeth née GOSSO.-
Allaitement maternel au Bénin.
(Etude réalisée à propos de 500 nourrices recensées dans les six départements).
- 13 - EKANMIAN Gatien Koffi.-
Bilan de la planification familiale par les méthodes artificielles de contraception au BENIN
(Etude préliminaire).
- 14 - GBAGUIDE A. Jeanne épouse AZANHOUE;-
Contribution à l'étude des évacuations sanitaires effectuées en milieu rural sur un centre de santé. (A propos de 275 cas recensé au CCS de Pahou).
- 15 - GBENOU Hector.-
Contribution à l'étude de l'association onchocercose-épilepsie : résultats préliminaires d'une enquête neuro-épidémiologique à Agbogbomè Commune de Paouignan, Sous-préfecture de Dassa-Zoumè au Bénin.
- 16 - GLELE F. Théodule.-
Contribution à l'étude des grossesses à haut risque.
(A propos de 1433 cas recensés à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de CUGO à Cotonou).
- 17 - GODJO Hermione.-
La stérilité chez la femme et l'homme à la CUGO et à la Clinique d'Urologie du CNHU de Cotonou.
- 18 - GUIADEM Flore.-
Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et de l'accouchement : Epidémiologie et thérapeutique.
(A propos de 301 cas colligés à la Maternité du CNHU de Cotonou).

- 19 - HOUNGBO L. Comlan.-
Agents de santé communautaires (ASC) et stratégies de soins de santé primaires dans les communes de Pahou, d'Avlékété et de Gakpé.
- 20 - KOSSI-MAZOUKA Adolphe.-
Contribution à l'étude de la maturité pulmonaire et cutanée foetale dans la surveillance des grossesses à haut risque. Intérêt de l'amniocentèse tardive.
(A propos de 68 cas d'amniocentèses tardives réalisées à la Maternité du CNHU et à la Maternité Lagune).
- 21 - LANTONKPODE Jean Claude.-
Echographie et métrorragies du premier trimestre de la grossesse.
- 22 - MEHINTO Delphin.-
Les infections pelviennes aiguës à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.
(A propos de 157 cas).
- 23 - MITOHADE Aimé.-
Le Noristérat : Acceptabilité et efficacité dans trois centres de planification familiale à Cotonou.
(A propos de 1137 utilisatrices, de 32 biopsies d'endomètres et de 81 analyses biochimiques).
- 24 - MOUSTAPHA Razaki.-
Etude des facteurs de risque du faible poids de naissance.
(A propos de 388 cas recensés dans les maternités du CNHU de Cotonou).
- 25 - NOUKOUNWI Elie René.-
Contribution à l'étude des syndromes vasculorénaux sévères à Cotonou.
(A propos de 205 cas colligés à la CUGO du CNHU de Cotonou).
- 26 - OFFRIN Georges Yves.-
Infections génitales basses à *Chlamydiae trachomatis* chez la femme à Cotonou.
- 27 - SANTOS Paul.-
La contraception chez les adolescentes.
(D'après une étude menée chez 513 élèves et apprenties couturières de la commune urbaine de Ouidah I).
- 28 - TAMBAYE Angèle.-
Le Partogramme : Utilisation et apport dans la surveillance du travail d'accouchement.
(A propos de 550 cas à la CUGO).
- 29 - TOFIDJI Benoît Finagnon.-
Hystérectomie à Cotonou : Indications, techniques et résultats.
(A propos de 197 cas recensés au CNHU et à la Maternité Lagune de Cotonou).
- 30 - ZOHOUN Christophe.-
Contribution à l'étude du cancer du col utérin.
(Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique).

ANNEXE 6**LISTE DES PUBLICATIONS ET RESUMES
D'ARTICLES CIENTIFIQUES DISPONIBLES**

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
DIX ANS DEJA !	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	E. ALIHONOU, MD, Professeur et Directeur du CREDESA
DIX ANS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CREDESA : LES INTERFACES	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	E. ALIHONOU, MD, Professeur et Directeur du CREDESA A. HOUNSA, MD, MSC
MATERNITE SANS RISQUE, INITIATIVE DE BAMAKO ET DEVENIR DES GROSSESSES EN MILIEU RURAL : EXPERIENCE DU CREDESA/SSP AU BENIN	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	E. ALIHONOU, MD, Professeur et Directeur du CREDESA A. GUEDEME, MD, MSC R. ADEGBINI, MD, MSC, PhD P.H. AHOANGNIVO, MD
INITIATIVE DE BAMAKO QUELLE PLACE POUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	A. HOUNSA, MD, MCS
L'AMELIORATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES CONTRACEPTIVES MODERNES EN MILIEU RURAL AU BENIN : ELEMENTS DE SUCCES D'UNE DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE DE CONTRACEPTIFS A PAHOU ET GAKPE	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	GANDAHO, MD, MSC, PhD
COLLABORATION INTERSECTORIELLE : ESSAIS DE REFLEXION A PARTIR DE L'EXPERIENCE DU CREDESA	"CREDESA INFO" N°000 Décembre 1993 Première Année	I. AYITE, Technicienne Supérieure de l'Action Sociale; M. LAWANI, Dr Vétérinaire

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
REFLEXION SUR LE ROLE DE LA FEMME DANS LA PROMOTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	VISSOH Yaovi Séraphin (MD)
SYNTHESE DES RESULTATS DES RECHERCHES MENEES AU CREDESA	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	Eusèbe ALIHONOU (Professeur) Assomption HOUNSA (M.D., MSC)
EFFICACITE DU SOUFRE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE CHEZ LE MOUTON ET LA CHEVRE	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	Mouhamadou Moukaramou LAWANI (Docteur Vétérin.) Roger ADOUNKPE (Ingénieur Agronome) Hyacinthe DOVONOU (Ingénieur Agronome)
COMMENT LIBERER LES TERRES SOUS L'EMPIRE DES CHIENDENTS EN UTILISANT LE <i>MUCUNA</i>	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	Hyacinthe DOVONOU (Ingénieur Agronome)
EXPERIENCE DU CREDESA EN MATIERE DE RECHERCHE EN NUTRITION	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	A. HOUNSA, M.D., MSC, E. ALIHONOU Prof. Directeur du CREDESA V. CAPO-CHICHI Biostatisticien S. VISSOH, Médecin Sociologue
L'INFORMATION ET LA DOCUMENTATION AU SERVICE D'UN CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION : Expérience du Service d'Information et de Documentation du CREDESA	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	DOFONSOU Martin, (Documentaliste) SAGBOHAN Marcel, (MD, MSC) E. ALIHONOU (Professeur) TAMEGNON Mireille (Sage-femme)
A PROPOS DU CONSENSUS DES BAILLEURS DE FONDS SUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS	"CREDESA INFO" N°001 Septembre 1994 Deuxième Année	Robert OROU-YOROUBA, Anthropologue de la Santé

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
PREVALENCE DE L'ANEMIE AU SEIN DE LA POPULATION DE LA SOUS-PREFECTURE DE OUIDAH	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	E. ALIHONOU A. SAGBOHAN A. HOUNSA S. VISSOH A. GUEDEME M. VIGNIGBE M. CHACHA
PROMOTION DE LA SANTE : EIC ET COMPORTEMENTS LIES A LA SANTE : QUAND FAUT-IL AVOIR PEUR ?	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	Assomption HOUNSA, MD, MSC
APPROVISIONNEMENT AUTO-SUFFISANT D'ALEVINS DE <i>TILAPIA</i> EN MILIEU RURAL. L'exemple d'un groupement de paysans dans le village de Hounhanmédé au Sud du BENIN	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	Mouhamadou M. LAWANI (Docteur Vétérinaire) et Gérard GOKOU (Technicien de Pêche)
L'INFORMATIQUE AU SERVICE DE LA GESTION RATIONNELLE ET EFFICACITE DES DONNEES	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	Virgile CAPO-CHICHI Thierry GOUTONDJI
IMPLICATION SOCIALES DES MESURES MACRO-ECONOMIQUES DU PAS SUR LES FEMMES	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	Sarafatou INOUSSA OLODO, Sociologue, Spécialiste en Femme et Développement CREDESA
REVUE DE LIVRES	"CREDESA INFO" N°002 Juillet 1995 Troisième Année	Martin DOFONSOU Documentaliste

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE : "Concept et Historique"	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Pr. E. ALIHONOU M.D. Professeur Dr T. GANDAHO, MD, MSC, PhD
PROCESSUS ET PROBLEMES DES EVACUATIONS SANITAIRES DANS LA SOUS-PREFECTURE DE OUIDAH AU BENIN	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Dr GUINCNI Bernard Dr VISSOH Séraphin
HEALTH AND ENVIRONMENT ANALYSIS FOR DECISION-MAKING (HEADLAMP) FIELD STUDY IN COTONOU	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	André SOTON, Eusèbe ALIHONOU Timothée GANDAHO and Martin DOFONSOU.
LES FONDEMENTS AGROTECHNIQUES DU PHYTOPARASITISME DE LA PRODUCTION DANS LA CIRCONSCRIPTION DE OUIDAH	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Dr. ADOUNKPE ROGER (Agronome)
BANQUES COMMUNAUTAIRES POUR LES POPULATIONS RURALES A FAIBLES REVENUS : EXPERIENCE DU CREDESA/SSP	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Alfred Koffi ALLOGNINOUBA Economiste-Environnementaliste; Coordonnateur des Banques Communautaires
LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT FONDE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : Pour l'amélioration de la situation sanitaire au BENIN	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Gaétan Garon, MD., M.B.A., C.S.P.Q., F.R.C.P.
LITTERATURE REVIEW ON : DO MOLLUSCIDES STILL HAVE A ROLE IN SCHISTOSOMIASIS CONTROL	"CREDESA INFO" N°003 Décembre 1995 Troisième Année	Saadou ISSIFOU, MD, MSC

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
<p>THE INCIDENCE AND COSTS OF CHILD DIARRHOEA IN BOBO-DIOLASSO, BURKINA FASO</p>	<p>Résumé disponible</p>	<p><u>SOTON S.*</u> CURTIS V** WILKINSON *** Dr T. GANDAHO, MD, MSC,</p> <p>* CREDESA, Ministère de l'Education Nationale Cotonou/Bénin</p> <p>** Département of Epidemiology and Population Sciences</p> <p>*** Departement of Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London UK</p>
<p>RECHERCHE SUR LE ROLE DES COMITES DE GESTION DANS L'AMELIORATION ET LE RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE A LA PRESTATION ET A LA GESTION DES SERVICES DE SANTE</p>	<p>Résumé disponible</p>	
<p>L'INFLUENCE DU STATUT SOCIAL DE LA FEMME SUR L'ETAT NUTRITIONNEL DES ADOLESCENTS DU SUD DU BENIN : CAS DE OUIDAH</p>	<p>Résumé disponible</p>	
<p>ETUDE DU MILIEU DANS LA SOUS-PREFECTURE DE KETOU</p>	<p>Résumé disponible</p>	
<p>ETUDE DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES ET DES PROBLEMES LIES A LA SANTE DANS LA COMMUNE DE LOME</p>	<p>Résumé disponible</p>	<p>E. ALIHOUNOU A. HOUNSA A. SOTON G. EKANMIAN</p>

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
<p>COMPARAISON DE DEUX METHODES D'AMPLIFICATION GENIQUE (PCR) POUR GENOTYPER LES SOUCHES DE <i>PLASMODIUM FALCIPARUM</i> EN VUE DE DETERMINER SI LES INFECTIONS AU <i>PLASMODIUM</i> SONT NOUVELLES OU RECRUESCENTES APRES LE TRAITEMENT</p>	<p>Mémoire de Maîtrise en Parasitologie / Immunologie</p>	<p>ISSIFOU Saadou</p>
<p>ATTITUDES, PERCEPTIONS DES MERES ET CHEFS DE MENAGE DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES ENFANTS MALADES DU PALUDISME ET LA PREVENTION DE LA MALADIE A HOUAKPE-DAHO AU SUD-BENIN</p>	<p>Résumé disponible</p>	<p>ISSOUFOU Saâdou QUENUM Cosme E. ALIHONOU</p>
<p>LA MOTIVATION DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES BENEVOLES AU TRAVAIL</p>		<p>SOUDE, K. Théodore, M.D., POTVIN, Louise Ph.D, SICOTTE Claude, Ph.D Département d'administration de la Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé.</p>
<p>GENOTYPING OF <i>PLASMODIUM FALCIPARUM</i> ISOLATES BY TWO POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) METHODS AND POTENTIAL USES IN DRUG RESISTANCE STUDIES</p>	<p>Résumé disponible</p>	<p>ISSOUFOU Saâdou Alphonse GUEDEME et Eusèbe ALIHONOU</p>
<p>EPIDEMIOLOGIE AUJOURD'HUI</p>	<p>Résumé disponible</p>	<p>ISSOUFOU Saâdou Alphonse GUEDEME</p>

ARTICLES	REFERENCES	AUTEURS
RESISTANCE IN TANZANIAN <i>P. FALCIPARUM</i> TO PYRIMETHAMINE SULFADOXINE AND A TEST OF CHLORPROGUANIL-DAPSON		J.K. TRIGG, H. MBWANA E. HILLS, O. CHAMBO, J. CURTIS; S. ISSIFOU M. DURAISINGH and C.F. CURTIS, London School of Hygiene & Tropical Medecine, London WC1E 7HT U.F. and Tanga Region, Tanzania
DIMENSIONS SOCIO-CULTURELLES DE LA LEPRE A OUIDAH AU SUD BENIN	Résumé disponible	ALIHONOU E. GUEDEME A. ISSIFOU S. SOTON A.
INFLUENCE DE LA COUVERTURE DU <i>MUCUNA PRUVIENS VAV UTILIS</i> SUR LA DENSITE DES CHIENDENTS IN SYSTEMES AGRAIRES ET AGRICULTURE DURABLE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE COTONOU-FONDATION INTERNATIONALE POUR LA SCIENCE, 1992, p.401-407	Résumé disponible	DOVONOU Hyacinthe
AGRICULTURE-SANTE : UNE COMPLEMENTARITE NECESSAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE (Idem, pp.487-496)	Résumé disponible	FAHALA Adéyemi Achamou
PROCESSUS DE MISE EN PLACE DES ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT : LE CAS DU CREDESA AU BENIN (Idem, pp.517-526)	Résumé disponible	ADOUNKPE Roger
EQUITE ET INITIATIVE DE BAMAKO : LES DEFIS MAJEURS. Essai de réflexion sur les expériences de Ouidah au Sud du Bénin et d'ailleurs	Résumé disponible	HOUNSA Assomption, GANDAHO Timothée, ALIHONOU Eusèbe, DOFONSOU Martin