

MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE
LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION (MESRI)

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE THOMAS SANKARA
(UTS)

INSTITUT DE FORMATION
OUVERTE A DISTANCE
(IFOAD)

12 BP 417 OUAGADOUGOU 12
Tél : 25-36-99-60
www.uts.bf



BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice



Promotion 2021-2023



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

Pour l'obtention du Master Professionnel en Economie et Gestion des
Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEESS)

THEME

Effets de la mise en œuvre du Paquet d'Interventions à Haut Impact au
niveau Communautaire (PIHI-Com) sur les conditions socio-sanitaires
des ménages : Cas du département du Mono au Bénin

Soutenu publiquement par,

AZOGAN Stéphane Lonoué

Directeur de mémoire,

Docteur Inoussa TRAORE, Enseignant-chercheur ;
Maître-Assistant en Économie du Développement à
l'Université Joseph Ki-Zerbo

Année universitaire : 2022 – 2023

Dédicace

Je dédie ce travail

- A l'Éternel Dieu tout puissant ;
- A mon Père AZOGAN Grégoire ; et
- A ma mère HOUESSOU Micheline.

Remerciements

Ce travail de recherche en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (EGEES), est l'aboutissement d'un long processus au cours duquel la contribution de certaines personnes a été déterminante.

Au terme de ce travail, nous voulons d'abord exprimer notre profonde gratitude au Tout Puissant Dieu qui nous a permis de réaliser ce travail et puis à ceux qui ont participé au bon déroulement de notre formation et à l'aboutissement de cette recherche.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à :

- Tous les enseignants (es) et au personnel administratif et pédagogique de IFOAD/Master en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES) ;
- Monsieur Jean Marc YAMEOGO, Responsable pédagogique de l'Université Thomas Sankara, pour votre assistance continue et rigoureuse pour la réussite de cette formation ;
- Docteur Inoussa TRAORE, mon directeur de mémoire qui, malgré ses multiples occupations et sa responsabilité énorme, a consenti de m'accompagner dans ce travail. Vous restez cette immense source de connaissance, de valeurs morales, sociales et professionnelles dans laquelle nous et plusieurs autres personnes nous nous inspirerons pour bâtir un meilleur avenir. Que le Seigneur vous comble de sa grâce infinie et que des responsabilités de plus grandes envergures vous soient confiées ;
- Docteur Abdoulaye SIRY qui, malgré ses multiples occupations et sa responsabilité énorme a consenti de m'accompagner dans ce travail. J'ai beaucoup apprécié votre rigueur au travail et votre disponibilité malgré votre calendrier chargé ;
- Mon épouse AKOHO Laurentine, mon enfant AZOGAN Fignon S. Seth, pour votre assistance multiforme et inestimable à mon égard. Que Dieu vous comble des bienfaits au-delà de vos attentes. Santé, longévité, joie de vivre et paix du cœur sont mes vœux pour vous. Je vous souhaite un bonheur parfait sous la protection Divine ;
- A tous mes frères et sœurs. C'est dans l'union et la solidarité que nous pouvons surmonter toutes les difficultés. Ce travail est le résultat de votre soutien de tous les jours. Que Dieu renforce d'avantage notre fraternité et qu'il nous donne longue vie

- A mes collègues de service notamment monsieur Martin B. EDJITCHE, pour son leurs assistances multiformes, aux sieurs Théodore HOUNGBEGNON, Gérard HOUNDEOKOU et Célestin AMEDOMEY. Au-delà des liens de services, je me sens en famille au niveau de BUPDOS-ONG. Que le seigneur nous garde unis et nous accompagne dans l'atteinte des objectifs recherchés.

Enfin, les personnes dont les noms n'ont pu être cités dans ce document, alors que leurs contributions m'ont permis d'enrichir mon travail ; qu'elles trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude. Merci à tous et demeurez bénis au-delà de vos attentes.

Sommaire

Sigles et abréviations.....	vi
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Résumé	x
Introduction	1
Chapitre 1 : Revue de littérature et cadre conceptuel de la recherche	5
1.1. Clarification de quelques concepts.....	5
1.2. Revue indicative de la littérature empirique	9
Chapitre 2 : Cadre de l'étude et méthodologie de recherche	15
2.1. Cadre institutionnel de l'étude	15
2.2. Méthodologie de recherche	18
Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats de la recherche	25
3.1. Présentation des résultats obtenus	25
3.2. Discussion	38
Conclusion et implications des politiques économiques.....	39
Références bibliographiques	41
Annexes.....	I
Annexe 1 : Questionnaire d'enquête	I
Annexe 2 : Liste des villages d'enquête par commune et par zone sanitaire.....	V
Table des matières	VI

Sigles et abréviations

ARV	: Antirétroviral
AS	: Agent de Santé
BUPDOS	: Bureau des Projets de Développement et des Œuvres Sociales
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CoSa	: Comité de Santé
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CRS	: Catholic Relief Service
CS	: Centre de Santé
CTA	: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DDS	: Direction Départementale de la Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
EEADB	: Eglise Evangélique des Assemblées de Dieu du Bénin
HZ	: Hôpital de Zone
IFOAD	: Institut de Formation Ouverte à Distance
INSTaD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
MARP	: Méthode Active de Recherche Participative
MCZS	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MEGEESS	: Master Professionnel en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire
MESRI	: Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
MICS	: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MIILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MS	: Ministère de la Santé
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIHI-Com	: Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau Communautaire
PNSC	: Politique Nationale de la Santé Communautaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
RC	: Relais Communautaire

RGPH	: Recensement Général de la Population Humaine
RI	: Résultat Intermédiaire
SG	: Signe de Gravité
SGD	: Signe Général de Danger
SI/DPP	: Service de l'Information de la Direction de la Programmation et la Prospective
SIBC	: Système d'Information à Base Communautaire
SIGL	: Système d'Information et de Gestion Logistique
SNIGS	: Système National d'Information de Gestion Sanitaire
SONEB	: Société Nationale des Eaux du Bénin
SRO	: Sels de Réhydratation Orale
SSAP	: Stratégie de Scolarisation Accélérée/Passerelles
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TJ	: Tékponon Jikouagou
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
UTS	: Université Thomas Sankara
ZS CBGH	: Zone Sanitaire Comè, Bopa, Grand-Popo et Houéyogbé
ZS LA	: Zone Sanitaire Lokossa-Athiémé

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des cibles enquêtées par commune	25
Tableau 2: Répartition des cibles enquêtées par tranche d'âge	26
Tableau 3: Evolution des indicateurs d'intrants par an	27
Tableau 4: Evolution des indicateurs de processus par an	28
Tableau 5: Evolution des indicateurs d'effet par an.....	29
Tableau 6: Evolution du taux annuel d'exécution physique et financière du projet.....	30
Tableau 7: Répartition des cibles enquêtées selon leur satisfaction des résultats du PIHI-Com	31
Tableau 8: Répartition des cibles enquêtées selon leurs sources d'eau de boisson	32
Tableau 9: Répartition des cibles enquêtées selon le récipient de transport de l'eau de boisson	33
Tableau 10: Répartition des cibles selon le récipient de conservation de l'eau de boisson....	34
Tableau 11: Répartition des cibles enquêtées selon le type de latrine utilisé	34
Tableau 12: Répartition des cibles enquêtées selon leur niveau de satisfaction de la contribution du projet à la réduction des cas de diarrhée	35
Tableau 13: Répartition des cibles enquêtées selon l'heure de couchage des enfants.....	37
Tableau 14: Répartition des cibles enquêtées selon leur satisfaction de la contribution du projet à la réduction des cas de décès d'enfants pour cause de paludisme.....	37

Liste des figures

Figure 1: Répartition des cibles enquêtées par sexe.....	26
Figure 2: Evolution du taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 2020 à 2022	31
Figure 3: Répartition de la distance entre le ménage et la source d'eau de boisson	32
Figure 4: Répartition des cibles selon l'achat ou non de l'eau de boisson.....	33
Figure 5: Evolution du taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.....	35
Figure 6: Répartition des cibles selon la disponibilité de MIILD non déchirée	36
Figure 7: Répartition des cibles selon l'utilisation des MIILD	36

Résumé

Cette recherche a consisté à analyser les effets de la mise en œuvre du Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau Communautaire (PIHI-Com), par BUPDOS-ONG sous financement USAID, sur les conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono au Bénin. Elle a utilisé la méthode d'analyse avant-après afin de ressortir l'atteinte réelle des indicateurs de projet sur la période évaluée et les progrès réalisés. La recherche documentaire et une enquête auprès des bénéficiaires du projet ont permis de ressortir que le projet a atteint toutes ses cibles en matière d'indicateurs d'effets et a contribué à la baisse du taux d'incidence des maladies diarrhéiques et du taux de létalité lié au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans entre 2020 et 2022 dans le département du Mono. Néanmoins, le projet n'a pas pu atteindre la cible visée dans les indicateurs de processus et d'intrants et la qualité de l'eau de boisson des ménages et l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILD) par les ménages restent des domaines à explorer pour permettre le maintien des résultats observés dans le temps.

Mots clés : Bénin ; Mono ; maladies diarrhéiques ; Paludisme ; Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau Communautaire; Effet ; conditions socio-sanitaires.

Abstract

This research analysed effects of the High Impact Community Intervention Package (PIHI-Com), implemented by BUPDOS-ONG under USAID funding, on the household's socio-sanitary conditions in the Mono department of Benin. It used the before-and-after analysis method to highlight the actual achievement of project indicators over the evaluation period, and the progress made. Documentary research and survey of project beneficiaries revealed that the project had achieved all impact indicator targets, and had contributed to reducing the incidence rate of diarrhoeal diseases and the malaria case-fatality rate among children under 5 years between 2020 and 2022 in the Mono department. Nevertheless, the project was unable to achieve the target set for process and input indicators, and the quality of household drinking water and the Long-Lasting Insecticidal Nets (LLINs) use by households remain areas to be explored to enable the results observed to be maintained over time.

Key words: Benin, Mono, Diarrheal diseases, Malaria, High Impact Community Intervention Package, Effect, Socio-sanitary conditions,

Introduction

La santé est « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (OMS, 1946). Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Pour s'en procurer cette santé, les individus ont besoins en grande partie des soins de santé. Selon l'OMS (2014), beaucoup d'individus dans le monde vivent sans ou avec peu de couverture en santé et dans les pays en développement, des millions de personnes souffrent de maladies évitables pour la simple raison qu'elles sont pauvres (OMS, 2016). Ainsi, la mauvaise répartition de la santé requière que des mesures soient prises dans le monde en développement pour remédier à ces problèmes. Malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies par les gouvernements en santé publique, plusieurs initiatives visant à améliorer l'état de santé des plus démunis se sont soldées par un échec. C'est ce qui justifie, selon HEMEDZO & TOKPO (2019), que l'objectif « santé pour tous » de l'initiative de Bamako devient primordial amenant les gouvernements, les organisations internationales à renforcer leurs systèmes de santé en mettant un accent particulier sur le niveau de santé des pauvres.

C'est dans cette optique que le gouvernement béninois, à l'instar des autres pays en développement, adhère à cette initiative de Bamako en réorganisant sa pyramide sanitaire et en créant au moins une formation sanitaire par arrondissement à travers tout le pays. Cette réorganisation a permis d'améliorer plusieurs indicateurs épidémiologiques, mais des efforts restent encore nécessaires pour atteindre la plupart des objectifs fixés. En effet, le Bénin est un pays d'Afrique occidentale d'une superficie de 114.763 km² et d'une population estimée à un peu plus de 12 millions d'habitants en 2022 (Projection RGPH-4 2013). Cette population a connu une augmentation accélérée au cours de la dernière décennie 2012-2022 (2,7%) et l'Indice Synthétique de Fécondité indique qu'en 2021, les femmes avaient en moyenne 5,7 enfants au cours de leur vie (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSTaD, 2021). Selon le SGSI/DPP/MS (2014) du Bénin, le taux de mortalité infantile est passé de 60,6‰ en 2009 à 54,8‰ naissances vivantes en 2014 et le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 92,9‰ en 2009 à 87,7‰ naissances vivantes en 2014. Le ratio de mortalité maternelle, estimé à 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 est passé à 154,6 pour 100 000 naissances vivantes en 2014. L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée en 2014 au Bénin a révélé un taux de mortalité de 67 pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de moins d'un an et de 115 pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de

moins de cinq ans. La couverture nationale en eau potable était de 85% en milieu urbain et de 72% en milieu rural et la couverture vaccinale de la rougeole était de 64%. Cette même source ressort que 12,5% des nourrissons étaient nés avec un poids inférieur à 2500 grammes et 18% des enfants de moins de 5 ans souffraient d'insuffisance pondérale.

Ces progrès réalisés restent loin des objectifs fixés notamment en relation avec les OMD 4, 5 et 6 relatifs à la santé. Confronté au défis de développement d'actions innovantes en matière de changement de paradigme afin d'offrir les services de soins de santé primaire au niveau communautaire et garantir l'équité des soins de santé pour tous, le gouvernement béninois a opté en 2014 pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) axée sur le Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau Communautaire (PIHI-Com). Ce programme vise à « *Contribuer à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population béninoise avec la pleine participation de celle-ci* » (Ministère de la Santé du Bénin, 2014) en renforçant les interventions de santé primaires au niveau local. Le PIHI-Com s'appuie sur une approche communautaire, impliquant les populations locales dans la prise de décision et la mise en œuvre des interventions communautaires pour mieux répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé et du bien-être. Il cible principalement l'utilisation des Relais Communautaires (RC) pour la prise en charge de certaines maladies prioritaires comme le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans, de la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) et l'aménagement du cadre de vie dans les ménages afin de prévenir l'apparition de ces maladies prioritaires en plus de la référence des cas de signes de danger vers les formations sanitaires. Il a pour principale cible, les membres des ménages en générale et particulièrement les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les nouvelles accouchées, les nouveau-nés, les adolescents et jeunes et les tuteurs d'enfants de moins de cinq ans. Cette initiative du gouvernement béninois est soutenue par plusieurs partenaires techniques et financiers au nombre desquels nous pouvons citer : l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Catholic Relief Service (CRS), etc..

Le département du Mono, situé dans le Sud-Ouest du pays, enregistre des conditions socio-sanitaires particulièrement préoccupantes au niveau des ménages. Les problèmes de santé, la pauvreté, l'accès limité aux services de santé de qualité et les disparités entre les zones urbaines et rurales constituent autant de défis à surmonter pour améliorer le quotidien des populations locales. C'est pour relever ces défis que l'USAID accompagne le gouvernement béninois, en

contractant avec le Bureau des Projets de Développement et des Œuvres Sociales (BUPDOS) pour la mise en œuvre du PIHI-Com dans le département du Mono depuis le 26 décembre 2019.

Après 3 ans de mise en œuvre, peu de recherches ont été menées sur les effets de cette intervention sur les conditions socio-sanitaires des ménages dans ledit département.

En 2021, les données sanitaires du Bénin selon le Système de Gestion SI/DPP/MS (2021), rapportent que le taux de couverture en première consultation prénatale chez les femmes enceintes était de 58,9% au plan national tandis que le département du Mono était à 38,7%. Il y a au total 34 916 complications obstétricales directes ayant occasionnées 5,2% de morts nées au plan national contre 1 966 complications obstétricales directes ayant occasionnées 6,2% de morts nées dans le département du Mono. Aussi faut-il noter que le paludisme reste la première affection de consultation avec 44,6% au Mono. Alors nous nous posons la question de savoir si cette intervention, sensée améliorer les conditions socio sanitaires, donne des résultats escomptés et contribue-t-elle à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono à fin 2022.

C'est dans ce cadre qu'est initiée la présente recherche ayant pour thème « Effets de la mise en œuvre du Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau Communautaire (PIHI-Com) sur les conditions socio-sanitaires des ménages : Cas du département du Mono au Bénin ».

Cette recherche nous permettra de répondre à la question principale de recherche suivante : « Quelle est la contribution du PIHI-Com à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono ». Cette question principale est déclinée en 3 questions spécifiques que voici :

- Quel est le niveau d'atteinte des objectifs du PIHI-Com dans le département du Mono ?
- Les ménages du département du Mono sont-ils toujours exposés aux maladies diarrhéiques liées à l'eau et au cadre de vie ?
- Y a-t-il une amélioration du taux de mortalité infantile lié au paludisme dans le département du Mono ?

Pour répondre à ces questions de recherche, nous nous sommes fixée comme objectif général de mesurer l'effet du PIHI-Com sur les conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono de 2020 à 2022. Cet objectif général a été déclinée en trois objectifs spécifiques que voici :

- Evaluer le niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com de 2020 à 2022 dans le département du Mono ;
- Apprécier le niveau d'exposition des ménages du département du Mono aux maladies diarrhéiques ;
- Comparer les taux de mortalités infantiles liés au paludisme dans le département du Mono entre 2020 et 2022.

Une hypothèse étant une « Proposition visant à fournir une explication vraisemblable d'un ensemble de faits, et qui doit être soumise au contrôle de l'expérience ou vérifiée dans ses conséquences », nous avons défini comme hypothèse principale que la mise en œuvre du PIHI-Com a eu un effet positif sur les conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono de 2020 à 2022.

La vérification de cette hypothèse principale prendra par la vérification des trois sous-hypothèses que voici :

- Le niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com s'est amélioré de 2020 à 2022 dans le département du Mono ;
- Le taux d'infection des ménages du département du Mono aux maladies diarrhéiques a baissé entre 2020 et 2022 ;
- Le taux de mortalité infantile lié au paludisme dans le département du Mono a baissé entre 2020 et 2022.

Au cours de cette recherche, nous avons tenté de donner des réponses à nos questions de recherches à travers l'analyse des données empiriques collectées par BUPDOS-ONG dans la mise en œuvre du PIHI-Com dans le département du Mono de 2020 à 2022 et des entretiens au niveau des ménages vivant dans les villages couverts par l'intervention.

Pour ce faire, notre recherche s'est articulée en trois (03) chapitres. Le premier chapitre a présenté le cadre conceptuel de la recherche, la revue de littérature empirique ; le deuxième chapitre a présenté les généralités sur l'institution de mise en œuvre du PIHI-Com et sur la méthodologie de recherche adoptée et le dernier chapitre est consacré à la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de notre recherche avant de finir par les discussions et une conclusion générale.

Chapitre 1 : Revue de littérature et cadre conceptuel de la recherche

Dans ce chapitre, nous avons présenté quelques définitions aux concepts dont la compréhension s'avère nécessaire pour saisir le contenu de notre recherche pour finir par la revue indicative de littérature empirique.

1.1. Clarification de quelques concepts

La conceptualisation, selon COMPENHOUDT (2017) ; « *est plus qu'une simple définition ou convention terminologique. Elle constitue une construction abstraite qui vise à prendre compte du réel. A cet effet, elle ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement ce qui en exprime l'essentiel du point de vue du chercheur* ». Les définitions des concepts qui suivent sont libellées dans le sens de la compréhension de la présente recherche.

Projet de développement

La notion de développement est de nos jours, présente dans toutes les sphères de la vie (politique, sociale, économique, technologique, médicale, etc.) mais aussi et surtout dans le monde des actions communautaires et/ou rurales. Selon ZERBO (2014), « *le développement peut s'appréhender comme un processus visant à long terme une amélioration durable, qualitative et équitable de la condition humaine par la couverture des besoins de première nécessité* ». A la suite de cette définition du développement, PASCAL (2013) définira le projet de développement comme étant « *un ensemble cohérent d'activités, organisées collectivement, limitées dans l'espace et le temps, utilisant des ressources finies, visant un objectif précis, qui consiste à améliorer durablement la situation d'un groupe cible, contribuant à un mieux-être général* ».

De cette définition, l'on retiendra que le projet de développement se veut être une action collective, visant un objectif commun d'intérêt général. Dans le cas présent, la participation des parties prenantes et l'atteinte des objectifs du projet constituent l'action commune devant permettre aux bénéficiaires de s'affranchir économiquement tout en répondant à leurs besoins essentiels.

Partie prenante

Le concept de partie prenante a été utilisé pour la première fois en 1963 lors d'une réunion au Stanford Research Institute aux Etats Unis, où les parties prenantes étaient définies comme « *des groupes sans lesquels une organisation cesserait d'exister* » (MERCIER, 2001).

De cette définition, nous retiendrons que les parties prenantes sont l'ensemble des personnes (bénéficiaires et acteurs de mise en œuvre) qui ont quelque chose à gagner ou à perdre dans la mise en œuvre du projet.

L'implication parfaite des parties prenantes avant et pendant l'intervention du projet permettrait d'atteindre les résultats escomptés à la satisfaction de tous.

Analyse des effets

Les effets sont les « *incidences directes et indirectes d'une action. Ils correspondent aux résultats et à d'autres dynamiques/contraintes provenant du milieu. Ils peuvent être anticipés, mais avec une marge d'incertitude* » (BACHELET, 2023).

D'après DEPALLENS (1974), la notion d'analyse, qui s'oppose à la synthèse, évoque l'idée de « *décomposition* », de « *démontage* » ou de « *mise à plat* » ; sur un plan étymologique, l'analyse provient d'un mot grec qui signifie « *délier* » ou « *résoudre* ». L'analyse, c'est donc la décomposition d'un tout en ses parties constitutives.

L'analyse, comme nous le verrons, suppose qu'on dispose des sources d'informations et se doit de définir ses objectifs, utiliser des instruments d'analyse, posséder des normes ou des références. Enfin l'analyste doit suivre une démarche bien précise pour aboutir à des résultats et des prises de décisions pour la suite de l'intervention évaluée.

Il ressort alors de ces deux définitions que l'analyse des effets examine les relations causales entre une intervention et ses effets. Il s'agit probablement de l'évaluation la plus classique et elle demeure largement utilisée et fait partie de la recherche évaluative.

Zone sanitaire

La zone sanitaire se définit comme « *la base de la pyramide sanitaire qui s'étend sur plusieurs arrondissements d'une ou de plusieurs communes. Elle représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du secteur de la santé et est constituée d'une composante locale de santé, des centres de santé publics et privés de premier contact encore appelés structures de premier contact, le tout appuyé par un hôpital de première référence appelé hôpital de zone qui à son tour peut être public ou privé* » (MS, 2022).

Deux zones sanitaires couvrant six communes et un département du Bénin nous serviront de zone de recherche.

Participation communautaire

C'est le « *processus par lequel des individus ou des communautés s'approprient la responsabilité de l'amélioration de leur santé, depuis l'identification des besoins, la planification et la mise en œuvre, jusqu'au suivi et à l'évaluation des actions, qui contribuent à leur bien-être individuel et communautaire. Il s'agit des recettes en général du centre de santé et des autres ressources localement mobilisées ; des dépenses nécessaires pour la mise en œuvre des plans opérationnels des zones de responsabilité, y compris celles relatives aux prestations à base communautaire* » (MS, 2013).

Communauté

La communauté est un ensemble de personnes vivant dans un espace géographique bien délimité, correspondant à un territoire donné, ayant des conditions de vie semblables, des interactions entre eux, des valeurs et/ou des intérêts communs.

Services de santé à base communautaire

Ensemble des services promotionnels, préventifs, curatifs et de réadaptation offerte au niveau des ménages et des familles, par des agents issus de la communauté, pour promouvoir la santé et réduire la morbidité et la mortalité.

Santé Communautaire

La Santé Communautaire implique une réelle participation et responsabilisation de la communauté à l'amélioration de sa santé. Elle se base sur l'analyse situationnelle, la définition des priorités, la mise en place, gestion et évaluation des activités. On parle de santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à leurs priorités. Elle se met en œuvre selon le principe de la proximité dans une vision holistique de santé. « *C'est une cogestion pour s'assurer de l'appropriation des activités par la communauté et la pérennité des acquis* » (MANCIAUX & DESCHAMPS, 1978).

Partenariat

Elle se définit selon BARREYRE (1995) comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voir une obligation. Le partenariat s'envisage souvent dans le cadre d'alliances. Une entreprise qui fonctionne systématiquement en organisant des partenariats est une entreprise en réseau.

Le partenariat peut être de nature économique, financière, scientifique, culturelle, artistique, etc. Il permet de créer des synergies, de tirer profit d'une complémentarité, de mettre en commun des ressources, d'affronter en commun une situation, etc. La relation entre les partenaires est formalisée par un contrat ou un protocole de collaboration dans lequel les responsabilités, rôles et contributions financières de chacune des parties sont clairement définis. Le partenaire se distingue d'une partie prenante ordinaire, dans le sens que les relations opérationnelles avec le partenaire sont plus étroites. Les obligations d'une entreprise vis-à-vis d'une partie prenante peuvent découler de contraintes juridiques, se traduire par des obligations d'information, mais ne pas avoir de concrétisation opérationnelle dans le cadre de partenariats. Les parties prenantes de l'entreprise permettent d'exprimer des attentes et aux partenaires d'y répondre.

1.2.Revue indicative de la littérature empirique

L'analyse de l'effet d'un projet se fait sous plusieurs formes. En effet elle peut se faire à court, moyen et long terme. A court et moyen terme, on parlera des effets du projet mais à long terme on parlera des impacts du projet.

Dans le cadre de l'analyse de l'impact du projet de microfinance ADÉFI à Madagascar, GUBERT & ROUBAUD (2005) ont utilisé la méthode qui consiste à comparer la situation d'un échantillon de microentreprises clientes d'ADÉFI représentatives de l'ensemble de la clientèle de l'institution à celle d'un groupe de contrôle construit de façon quasi-expérimentale par une technique standard d'appariement. Il ressort de cette étude une amélioration de l'alimentation de la familles (79,6%), de l'habillement de la famille (75,0%), de l'équipement du logement (67,3%), de la santé et soins de la famille (65,6%), l'éducation (64,5%), le logement (56,4%), la responsabilités sociales (48,7%) et le transport et communication (47,1%). Le Projet ADÉFI a donc un impact positif sur les bénéficiaires en phase de croissance et un impact est incertain en phase récessive. Il ne protège également pas ses bénéficiaires de la crise politico-économique de Madagascar.

L'utilisation du modèle théorique relatif aux problèmes de jeu qui repose sur trois notions principales (l'accessibilité, la dangerosité et les initiatives de santé publique et les facteurs de protection) par CHEVALIER & PAPINEAU (2007) a permis de faire l'analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec. Il ressort de cette analyse que les projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec ont un effet négatif sur les joueurs et peuvent aussi affecter les conjoints, les enfants, les parents, qui développeront à leur tour des problèmes de santé physique et mentale. Il est également possible que des répercussions se fassent sentir dans les milieux de travail et plus largement dans la communauté (système de santé, système judiciaire, etc.). L'étude révèle que 44,9% des joueurs développent un problème de santé dont 25,4% des problèmes de santé mentales et 48,5% ayant des idées suicidaires.

L'Etude des effets du projet « Santé pour Tous » 2002-2019 en appui à la protection sociale en République de Guinée menée par FONTENEAU & GNINGUE (2019) basée sur une approche d'analyse ciblée des informations collectées via des revues documentaires et enquêtes de terrain auprès des bénéficiaires a permis de ressortir que ce projet a un impact positif sur les conditions socio-sanitaire des ménages dans les zones couvertes. Cette étude suggère également d'installer

un cadre juridique et de financement approprié pour plus d'impact du projet. En effet, il a été révélé que la réussite des projets doit prendre par la collaboration avec le ministère de tutelle et s'aligner sur les normes définies dans le domaine d'activités du projet. Les auteurs proposent qu'il soit nécessaire de pérenniser les acquis des projets afin de s'assurer que l'effet positif constaté à l'évaluation sera bénéfique aux bénéficiaires. Si ce n'est pas le cas, la situation des bénéficiaires pourraient s'empirer. Il recommande aux partenaires des organisations de mise en œuvre des projets de pourvoir continuer leurs appuis.

L'étude d'impact des projets routiers sur l'environnement réalisée par BACHA (2007) est basée sur une analyse par superposition des actions du projet sur les milieux affectés et projection des effets possibles sur les caractéristiques de ces milieux et a permis de ressortir que ces projets routiers ont des impacts positif et négatif sur l'environnement et donc un impact mitigé sur la santé et le bien-être de la population. En effet, l'auteur révèle que ces projets routiers contribuent au désengorgement des zones enclavées permettant aux usagers de la route de répondre aux besoins de confort et de sécurité pendant le déplacement et contribuant ainsi à l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. Néanmoins, ils ont également des impacts négatifs en terme de pollution atmosphérique, de déboisement et du rendement agricole. Ces derniers sont également source de dégradation de la santé et du bien-être. L'auteur suggère alors le rétablissement des cheminements de la faune et des réseaux d'irrigation ou de drainage, le reboisement, l'installation de périmètres de protection pour les projets routiers.

Dans la cadre de sa thèse de doctorat, KOUAKOU (2010) a fait l'évaluation économique des effets écologiques dans les projets d'investissement pour le développement agricole en utilisant plusieurs méthodes combinées à savoir : l'analyse constructive, la statistique, la logique, l'analyse comparative et expérimentale, la planification, la prévision et l'analyse monographique. Il ressort de ses analyses, que les projets d'investissement pour le développement agricole ont des effets tant positifs que négatifs sur l'environnement et par ricochet sur les populations environnantes. Ils contribuent à l'amélioration des rendements agricole et donc de l'économie globale mais également sont sources de dégradation des sols et des produits végétaux par l'émission de plusieurs déchets issues des intrants agricoles utilisés. En dehors des effets négatifs, il ressort que ces projets d'investissement sont efficaces. Il suggère alors la promotion de l'agriculture écologique afin de permettre à ces projets d'investissement de contribuer réellement à l'amélioration de la santé humaine, la restauration de l'environnement et le bien-être social.

Dans le but de l'évaluation coût-efficacité du Projet de Prévention du VIH/SIDA en Afrique Centrale au Cameroun, NSONG NTOCK (2015) utilise une méthode d'évaluations de type coût efficacité. Il fait une analyse comparative entre les phases I et II du projet et conclut que la deuxième phase de mise en œuvre du projet a été moins efficace que la première en matière d'objectifs de projet et de résultats. Il utilise le test de Wilcoxon pour ressortir si une phase est plus performante que l'autre et trouve que la deuxième phase est significativement moins performante que la première. En matière de coût de mise en œuvre, la deuxième phase est significativement moins efficace par rapport à la première selon le test de Mann Whitney. Néanmoins, il ressort que les deux phases ont obtenu des résultats probants permettant de garantir la santé et le bien-être des bénéficiaires. Il faut conclure que la reconduction d'un projet doit tenir compte des innovations et des défis de la phase échue pour mieux impacter positivement les bénéficiaires.

Pour l'obtention de son master en Management des Projets, BONKOUNGOU (2007) travaille sur l'évaluation de projet par la méthode des effets: le cas du programme prioritaire équipements marchands de la commune de Ouagadougou. Il fait une analyse qualitative en utilisant des données issues d'une revue documentaire des documents de projet et une enquête terrain en vue de discuter avec les bénéficiaires du projet pour obtenir leurs appréciations et faire des observations directes. Il ressort que la mise en œuvre de ce projet a un effet positif sur la Régie Autonome des Equipements Marchands en lui conférant une autonomie financière et un patrimoine propre pour la gestion de son personnel et de disposer de son budget propre. Néanmoins, cette autonomie financière présente plusieurs limites et mérite d'être renforcée afin qu'elle n'est une incidence négative sur le bon fonctionnement de la Régie. Il agit également négativement sur les marchands et oblige une revue des tarifs de régie à la baisse. Il recommande alors un renforcement des acquis du projet et la prise en compte des opinions du public dans les phases à venir.

Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité après 5 ans de mise en œuvre du projet d'accès à la thérapie antirétrovirale (ARV) en République Démocratique du Congo, LOANDO MBOYO (2009) a mené de manière rétrospective une analyse de cohorte de tous les patients admis dans le projet. Deux groupes témoins ont été constitués dont un sous thérapie antirétrovirale et l'autre sans thérapie antirétrovirale pour mesurer la survie des patients sous thérapie antirétrovirale avec la méthode de Kaplan Meier et la recherche des facteurs de risque par la régression à effet proportionnel de Cox. Il ressort que la probabilité de survie à 4 ans pour les enfants sous thérapie

antirétrovirale était estimée à 88,9% (scénario de base) et à 61% (scénario du pire). Pour les patients adultes cette probabilité à 5 ans était à 78,6%(scénario de base) et à 66% (scénario du pire). Ainsi, le projet a eu un effet positif avec des résultats satisfaisants sur la survie à moyen terme sous traitement antirétroviral dans un contexte à ressources limitées. Il recommande que des efforts soient faites dans la mise en œuvre pour suivre efficacement le groupe sans ARV afin d'améliorer le taux de rétention qui est assez médiocre dans son étude.

L'analyse de l'effectivité de la mise en œuvre du mécanisme pour un développement propre au Cameroun par NGWANZA OWONO (2008) en utilisant une analyse descriptive montre que ce projet à une efficacité double sur le plan juridique par la consécration d'un cadre juridique, et sur le plan pratique par des réalisations conséquentes : des initiatives de projets du mécanisme pour un développement propre et la contribution des pouvoirs publics et privés. Ces efficacités du projet montrent un effet positif de sa mise en œuvre sur ses bénéficiaires. Néanmoins, il notifie plusieurs difficultés concernant particulièrement l'insuffisance d'expertise et le manque de sensibilisation dans l'élaboration des projets qui méritent d'être solutionnés pour garantir plus d'impact du projet sur ses bénéficiaires. Ainsi, il suggère l'opérationnalisation des actions du PNUD dans le renforcement de capacités des acteurs dans le domaine de la collecte et l'exploitation de l'information environnementale, l'application effective et intégrée du cadre réglementaire et légal sur l'environnement, le développement des capacités en matière de promotion de l'environnement durable.

L'étude d'impact des facteurs socio-économiques sur les niveaux et tendances de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans, réalisé au Bénin par HOUESSOU (2013) et utilisant la méthode d'évaluation de la qualité des données anthropométriques (taille et l'âge), montre que la dégradation des conditions socio-économiques des ménages à un effet significativement négatif sur les conditions de vie des ménages au Bénin et favorise la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans. Il y ressort clairement de la régression logistique que les facteurs socio-économiques notamment le niveau d'éducation et le niveau de vie contribuent, à eux seuls à hauteur de 40%, à l'explication de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans en 2006. L'auteur suggère le développement des stratégies visant à améliorer les conditions de vie des ménages notamment les programmes de prise en charge communautaire des enfants de moins de 5 ans malnutris à travers tout le pays afin de réduire le coût de la santé aux populations démunies. Ainsi, il ressort clairement que l'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages prend par l'amélioration de leurs conditions socio-économiques.

L'étude de faisabilité du projet d'installation d'une ferme moderne avicole au niveau de la localité de Niamey réalisée par SOFO MAGAGI (2006) utilisant une analyse commerciale, technique, organisationnelle et financière ressort que ledit projet est financièrement et économiquement rentable et présente une importante opportunité pour les promoteurs et également pour les bénéficiaires de ses produits. Selon cette étude, ce projet procure d'abord de l'emploi réduisant ainsi le taux de chômage et met également sur le marché des produits alimentaires sains pour une alimentation saine de la population. Ce dernier contribue à l'amélioration de la santé des bénéficiaires. Mais cette opportunité du projet serait pénalisée par les mesures prises par les pouvoirs publics du Niger pour lutter contre la grippe aviaire. Ceci démontre qu'un projet d'implémentation parallèle aux décisions du gouvernement bien qu'elle procure une opportunité pour ses promoteurs et bénéficiaires peut connaître de difficulté à décoller. Cette étude recommande alors aux promoteurs de projets similaires de tenir compte des programmes du gouvernement en vigueur afin de mieux repenser leurs stratégies.

Pour l'obtention de son diplôme de master en gestion des projets et programmes, TAO (2019) travaille à évaluer la contribution de projets de scolarisation non formelle au système scolaire au Burkina Faso : Cas de la Stratégie de Scolarisation Accélérée/Passerelles (SSAP) de 2015 à 2019 en faisant une enquête terrain suivi d'observation directe. Les résultats de son étude reflètent qu'en quatre (4) années de mise en œuvre, le projet a permis de repêcher 623 élèves soit 39,23% de taux de scolarisation dans la commune de Bagaré entre 2015 et 2019 et de maintenir 96,16% de ces élèves dans le cursus scolaire. Il ressort que le projet a été efficace en atteignant tous ces indicateurs et efficiente. Ce projet a eu un effet positif sur le taux de scolarisation dans la commune de Bagaré en contribuant à plus de 50% au coût total de scolarisation des bénéficiaires. Aussi, faut-il noter que le taux de réussite des transférés sur la période par le projet est de 81%, confirmant ainsi l'effet du projet sur l'amélioration du taux de scolarisation. Au vue de ces résultats probants, l'étude recommande une extension du projet aux autres communes afin d'y avoir un effet global à travers le pays.

Dans son analyse des besoins locaux du projet de développement communautaire en Haïti, FONTIL (2009) utilise la Méthode Active de Recherche Participative (MARP) qui est une méthode d'analyse basée sur plusieurs outils permettant de faire l'analyse des caractéristiques socio-économiques, l'analyse organisationnelle, l'analyse temporelle, la classification, et l'analyse des solutions. Il en ressort de cette étude qu'en plus d'une insuffisance dans l'usage des outils du fait d'une non-maitrise de la plupart des utilisateurs, nombreux sont les projets qui n'ont suivi aucune méthode rationnelle et risquent un échec imminent. Il parvient à la fin de

son étude à la proposition d'une approche méthodologique pour analyser régulièrement les demandes des communautés en difficulté. Il montre que les projets de développement communautaires ont des impacts moyens ou faibles sur les bénéficiaires en raison d'absence de moyens de pérennisation des acquis du projet, la mauvaise gestion des ressources du projet et l'absence de synergie entre les actions menées par les ONG. Il recommande alors l'association des bénéficiaires à la base dans les planification et l'exécution des projets et la synergie entre les ONG de mise en œuvre pour plus d'effet des projets.

De l'ensemble des documents présentés dans cette revue, la mise en œuvre d'un projet peut avoir trois types d'effets sur les bénéficiaires à savoir : un impact positif ou un impact négatif ou encore un impact mitigé (négatif et positif). Néanmoins, malgré les impacts positifs, des facteurs extérieurs comme les conditions socio-économiques peuvent influencer l'amélioration des conditions socio-sanitaires des bénéficiaires ; empêchant le projet d'atteindre ses objectifs fixés. Il ressort également que l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre d'un projet peuvent être des facteurs favorables à l'atteinte des résultats du projet et à l'amélioration des conditions des bénéficiaires. Aussi faut-il noter que la mise en œuvre des projets qui ne s'alignent pas sur les exigences des politiques de l'Etat peuvent rencontrer d'énormes difficultés à décoller même s'ils adoptent de stratégies innovantes.

Malgré ces avancées de la littérature sur les effets et impacts des projets, il manque des études similaires sur les effets des projets du gouvernement béninois. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude visant à utiliser les méthodes d'analyses des projets existantes pour mesurer la contribution du PIHI-Com, un programme du gouvernement béninois, sur les conditions socio-sanitaires des ménages dans le département du Mono.

Chapitre 2 : Cadre de l'étude et méthodologie de recherche

Ce chapitre présenté en deux sous sessions commence par la présentation de l'institution de mise en œuvre de PIHI-Com en prenant par la présentation du cadre de mise en œuvre, objectifs, résultats attendus et stratégie organisationnelle du projet dans le département du Mono avant de finir par le cadre méthodologique de notre recherche.

2.1. Cadre institutionnel de l'étude

Le Bureau des Projets de Développement et des Œuvres Sociales (BUPDOS) est une Organisation Non Gouvernementale confessionnelle, apolitique et à but non lucratif créée par l'Eglise Evangélique des Assemblées de Dieu du Bénin (EEADB). Elle accompagne et promeut des actions de développement au sein des communautés pauvres afin de leur assurer un développement intégral. Elle intervient dans les communautés sans tenir compte des affiliations ethniques, politiques, sociales et religieuses. Elle contribue à l'opérationnalisation de la théologie sociale de l'Eglise.

Sa mission principale est d'œuvrer à l'épanouissement socioculturel et économique intégral de l'Homme.

BUPDOS-ONG fonctionnant via des projets pour l'atteinte de ses objectifs, nous avons effectué notre stage sur le projet du PIHI-Com qui intervient uniquement dans le département du Mono au Bénin. En effet, dans le but de contribuer à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population béninoise avec la pleine participation de celle-ci, le Bénin a adopté depuis 2014 une Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC) et a rédigé ses directives de mise en œuvre. Cette politique a pour vision qu'à l'horizon 2025, toute personne vivant au Bénin, ait acquis des compétences et dispose des ressources pour gérer de façon autonome sa santé, sur la base d'un partenariat solide et durable avec les professionnels de la santé, les membres de la communauté et les autres acteurs du développement, dans une organisation efficiente du système de santé au niveau local.

Elle vise deux objectifs généraux que sont de :

- Renforcer les capacités et l'autonomie des communautés béninoises en matière de gestion de leur santé ; et
- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population.

Ces objectifs généraux sont déclinés en six objectifs spécifiques présentés ci-dessous :

- Assurer l'intégration de la santé communautaire au système national de santé ;
- Instituer une composante locale de santé communautaire au niveau de chaque village et quartier de ville ;
- Renforcer l'autonomie et les capacités des communautés à gérer leur santé à travers le fonctionnement de la composante locale ;
- Assurer à la Santé Communautaire un financement sécurisé et pérenne par la création d'un panier commun ;
- Assurer à la Santé Communautaire un approvisionnement sécurisé en intrants intégré au Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) de la Zone Sanitaire ;
- Instaurer un Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) intégré au Système National d'Information de Gestion Sanitaire (SNIGS).

L'USAID/Bénin, dans le cadre de son appui au secteur santé du gouvernement béninois, accompagne le Ministère de la Santé dans l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations. Ainsi, il finance le PIHI-Com dans sept zones sanitaires au Bénin et BUPDOS-ONG couvre le Département du Mono avec six Communes (Comé, Bopa, Grand-Popo, Houéyogbé, Lokossa et Athiémé) suivant l'accord N° 72068020 CA 00001 du 27 décembre 2019 et d'une durée de 4 ans à compter du 27 décembre 2019 au 26 décembre 2023. Les principaux Résultats Intermédiaires (RI) à atteindre à la fin du projet PIHI-Com sont :

- **RI-1** : la demande et l'utilisation des services du PIHI-Com ont augmenté ;
- **RI-2** : la disponibilité et l'accès aux services du PIHI-Com ont augmenté ;
- **RI-3** : la qualité des services du PIHI-Com est améliorée à travers des Relais Communautaires (RC) bien formés et bien soutenus ;
- **RI-4** : le plaidoyer et la mobilisation des ressources sont renforcés en faveur de la santé communautaire avec la prise de décision basée sur des données ;
- **RI-5** : Coordination-Alignement-Complémentarité.

Pour atteindre ces résultats, BUPDOS a adopté une stratégie globale d'interventions qui s'articule autour des points suivants :

- le PIHI-Com au niveau des parties prenantes à travers la stratégie de "faire faire" ;
- le développement et l'appropriation des activités techniques prioritaires de l'approche : communication, collaboration et d'adaptation contextuelle ;
- la participation inclusive de toutes les parties prenantes et bénéficiaires finaux, notamment des femmes et des groupes vulnérables en vue d'accroître l'accès,

l'autonomisation des femmes, la recherche et l'utilisation des soins de santé par les adolescents et jeunes ;

- l'approche partenariale à travers l'approche Tékponon Jikouagou (TJ), le dialogue communautaire, la recherche de synergies et de complémentarité entre les intervenants et interventions de santé ;
- la visibilité du partenaire et de l'ONG d'implémentation ;
- la prévention et la gestion des événements ;
- l'intégration des interventions de santé ;
- la co-création pour la capitalisation, la valorisation et le partage des expériences réussies et leçons apprises en santé communautaire ;
- la coordination des interventions et le renforcement de la gouvernance en santé communautaire ;
- la communication Sociale pour le Changement de Comportement avec les populations cibles à la base, en milieu scolaire et les mass média ;
- les histoires de vie, témoignages et histoires à succès ;
- le développement d'un système de documentation de l'Information et du pré archivage des réalisations du projet PIHI-Com ;
- le plan de suivi des activités de pérennisation planifiées sur financement communautaire des zones sanitaires ;
- le mécanisme de pérennisation avec les nouveaux défis de la santé communautaire.

Démarré effectivement en janvier 2020, BUPDOS-ONG s'appuie sur les parties prenantes des deux zones sanitaires du Mono pour la mise en œuvre du PIHI-Com en mettant en place au total 437 relais communautaires dont 250 pour le paquet complet et 187 pour le paquet promotionnel. La ZS CBGH compte 270 RC dont 250 paquet complet installés dans les villages préalablement identifiés et 20 paquet promotionnels répartis dans les 25 arrondissements des quatre communes qu'elle compte. La ZS LA par contre compte 167 RC tous paquet promotionnel répartis dans les 10 arrondissements des deux communes qu'elle compte.

Les RC formés sont chargés de faire la promotion de la santé, la prévention des maladies évitables et la prise en charge des cas d'affections simples (paludisme simple, infections respiratoires aiguës et diarrhée simple) en communauté à travers deux principales activités que sont la visite à domicile et les séances éducatives de groupe.

L'organisation des visites à domicile est à la charge des RC. Au cours de ces visites, le RC s'enquiert des nouvelles des membres de la famille visitée et vérifie la présence des cibles prioritaires que sont : les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les nouvelles accouchées et les nouveau-nés à travers le remplissage d'une fiche de visite à domicile. Une fois des cibles prioritaires présentes dans le ménage, le RC fait le suivi de ces cibles et réfèrent

les cas de maladies vers le centre de santé le plus proche pour une prise en charge adéquate. En plus de ces actions pour tous les RC, les RC paquet complet font la prise en charge des affections qui sont du ressort de leur cahier de charge avec les intrants disponibles à leur niveau. Les RC donnent également des conseils aux membres des ménages sur les problèmes de santé constatés par observation et font des séances de démonstration si nécessaire.

Lors des séances éducatives de groupe organisées hebdomadairement, les RC communiquent sur des thématiques liées aux problèmes de santé constatés lors des visites à domicile afin de permettre aux participants de poser des questions de compréhension et d'adopter de bons comportements pour prévenir les maladies évitables.

A la suite de ces séances des RC, les acteurs de santé et équipes de projet font des suivis réguliers et organisent des séances de suivi mensuel groupé pour valider et collecter les rapports d'activités des RC qui sont saisies dans les différentes bases de données.

Trimestriellement, l'ONG organise les contrôles de qualité des données des RC au niveau des bases de données et en communauté avant de procéder au calcul de la performance des RC sur la base des critères de motivations retenus par le PIHI-Com afin de payer les primes de motivations.

A la fin de chaque année, le projet prime les meilleurs RC par commune afin de les encourager et amener les autres à mieux faire.

2.2. Méthodologie de recherche

Cette partie retrace les différentes méthodes utilisées pour atteindre les objectifs de notre recherche. Il s'agit successivement des sources de données, de la méthode d'échantillonnage, du déroulement de l'enquête, des méthodes de collectes des données et de la méthode d'analyse.

2.2.1. Nature de la recherche

Le présent travail de recherche utilise une approche méthodologique rigoureuse et multidimensionnelle en collectant à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives permettront de mesurer de manière chiffrée l'effet des interventions du PIHI-Com sur les indicateurs de santé des ménages, tandis que les données qualitatives fourniront des informations plus approfondies sur les perceptions, les attitudes et les expériences des membres des ménages vis-à-vis du projet.

2.2.2. Méthodologie technique d'investigation de l'étude

2.2.2.1. Sources des données à collecter

Deux principales sources de données sont exploitées dans cette recherche à savoir les sources de données primaires et celles secondaires.

Les ménages résidents dans les villages couverts par les interventions du PIHI-Com constituent la principale source des données primaires à collecter. Les données secondaires sont issues de plusieurs ouvrages relatifs à l'évolution des indicateurs du PIHI-Com dans le département du Mono. Il s'agit principalement des rapports trimestriels et annuels du projet, des plaquettes et brochures d'information de BUPDOS-ONG, du Ministère de la santé du Bénin, des sites web de BUPDOS-ONG et des documents cadres de la Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin.

Toutes ces sources de données ont permis de recueillir les informations nécessaires à l'atteinte des objectifs de cette recherche.

2.2.2.2. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Pour atteindre les objectifs de cette recherche, la méthode d'échantillonnage est probabiliste utilisant des techniques de choix aléatoire simple en grappe à deux degrés pour l'ensemble des six communes du département du Mono. Le premier niveau est le village/quartier et le second au niveau des ménages. Cet échantillonnage consiste à sélectionner aléatoirement au niveau 1 les villages devant abriter la collecte et au second niveau sélectionner le nombre de personne dans la grappe.

2.2.2.2.1. Taille de l'échantillon

La base de sondage utilisée est celle de l'ensemble des ménages des villages/quartiers des six communes du département du Mono. Le nombre de ménage est estimé à 90 580 ménages¹. Pour que la marge d'erreur dans l'estimation de la proportion soit inférieure à 5 % et ce, pour un seuil de confiance de 95%, la taille de l'échantillon de l'ensemble des bénéficiaires est donc calculée par la formule suivante

¹ Données INSTaD Bénin, (projection 2022)

$$nc = \frac{N * p * (1-p)}{\frac{d^2}{z_{1-\alpha/2}^2} * (N-1) + p * (1-p)}, \text{ où}$$

- N : représente le nombre total de ménages du département du Mono estimé à 90 580 ;
- p : la proportion de ménage ayant bénéficié des interventions du PIHI-Com dans le Mono qui est de 75% ;
- d : le niveau de confiance de 5% ;
- $Z_{1-\alpha/2}$: **1,96** représente la statistique de la loi normale à un niveau de confiance de 95%.

Partant de cette formule et des paramètres détaillés, la taille de l'échantillon considérée pour cette étude est de 288 ménages pour la collecte des données quantitatives. Tenant compte de cette taille, nous avons opté pour des grappes de taille 15 au lieu 30 exigée par l'OMS afin de maximiser le nombre de grappe qui se résume au village. En appliquant la taille 15 à la taille obtenue, nous obtenons 19,2 grappes et nous avons arrondis à 20 grappes au total. Ce dernier ajustement ramène la taille de l'échantillon finale à **300 ménages** à enquêter.

2.2.2.2.2. Choix des villages

Pour obtenir les villages à couvrir et à voir la taille des villages du département du Mono, la grappe est égalisée au village. Donc il a fallu 20 villages pour les 20 grappes. Pour ce faire, ces villages ont été sélectionnés aléatoirement en suivant la technique décrite ci-après :

Lister les 400 villages du département du Mono avec leur nombre de ménage par commune et par ordre alphabétique,

- Numéroter les villages de 1 à 400 ;
- Calculer le cumul de la population du département du Mono ;
- Diviser le cumul de la population par 20 pour obtenir le pas d'échantillonnage qui donne 4529 ménages ;
- Sélectionner aléatoirement un nombre entre 1 et le pas d'échantillonnage. Le choix effectué donne 3225 correspondant à la première cible;
- Le village dont le cumul de sa population est supérieur ou égal au pas d'échantillonnage correspond au village Ahloumè dans la commune de Bopa.

A ce pas s'ajoute à chaque fois le pas d'échantillonnage pour sélectionner successivement les 19 autres villages dont la liste est en annexe.

2.2.2.2.3. Choix des personnes à enquêter dans la communauté

A niveau de chaque village, l'équipe d'enquête se place au milieu du village, position nord-sud, pour choisir dans le sens contraire des aiguilles d'une montre (sens direct) la première maison à sa gauche. Dans cette maison, s'il y a plus d'un membre, chef de ménage ou représentant, l'enquêteur choisit le premier nom par ordre alphabétique. En cas de refus ou d'absence, l'enquêteur passe dans la maison suivante en évoluant en pas de 5 maisons.

2.2.2.3.Déroulement de l'enquête

Les enquêtes se sont déroulées en deux phases : la phase exploratoire et la phase d'enquête approfondie.

La phase exploratoire a duré environ un (01) mois et a consisté à la découverte du cadre d'enquête, le test du questionnaire précédemment établi. Pendant cette phase, des entretiens ont été effectués avec quelques cibles afin de recueillir des informations d'ordre général sur les résultats et objectifs du PIHI-Com. Ceci a permis de redéfinir les objectifs, hypothèses et de corriger le questionnaire précédemment établi.

La phase d'enquête approfondie s'est déroulée pendant cinq (05) mois du 02 février au 9 juillet 2023 dans tous les villages sélectionnés sur la base du questionnaire.

2.2.3. Méthodes de collecte des données

La qualité des résultats obtenus dépend des outils mis en œuvre. Ces derniers doivent remplir selon Proulx (2019) les critères ci-après :

- **Validité interne:** elle exprime le degré de confiance que l'on peut avoir aux résultats obtenus à l'aide d'un outil donné;
- **Validité externe:** elle exprime dans quelle mesure les résultats obtenus à l'aide d'un outil donné peuvent être valables dans d'autres contextes;
- **Répliquabilité :** elle exprime dans quelle mesure l'on peut aboutir aux mêmes résultats, en reprenant l'étude avec les mêmes outils dans les conditions similaires ;
- **Objectivité :** elle exprime dans quelle mesure les résultats obtenus à partir d'un outil donné, peuvent être indépendants des circonstances particulières (comportement du chercheur, état d'esprit des enquêtés...);

Notre recherche est réalisée sur la base d'une revue documentaire, d'entretiens structurés et d'observation directe de l'enquêteur.

2.2.3.1. Revue documentaire

Elle a permis de mesurer la progression des indicateurs du PIHI-Com sur la période allant de 2020 à 2022. Elle a également permis d'avoir un aperçu sur la zone de recherche, les différents acteurs impliqués et les objectifs et indicateurs définis par le projet.

2.2.3.2. Entretiens structurés

La réalisation de ces entretiens a pris par l'élaboration d'un questionnaire d'enquête qui a été strictement suivi lors des entretiens. Les termes utilisés dans les questions sont le plus univoque possible. Cette univocité des termes, n'est toujours pas possible et ne peut être atteinte qu'en partant de la reconstitution de l'univers mental des acteurs interrogés. Cette technique est utilisée lors des enquêtes formelles avec les bénéficiaires de façon individuelle.

Le questionnaire d'enquête structuré a été digitalisé sur la plateforme ODK Collect pour permettre le suivi en temps réel de la collecte de données par les enquêteurs. L'application mobile a été installée sur les smartphones des agents enquêteurs pour la période de collecte. Chaque soir, les enquêteurs soumettent sur la plateforme les questionnaires finalisés de la journée. Un contrôle qualité est fait automatiquement sur les données soumises afin de détecter, via un programme d'apurement élaboré en Stata 14 MP, d'éventuelles erreurs. Une fois une erreur détectée, il est demandé à l'enquêteur de reprendre l'interview pour s'assurer de la qualité des données collectées.

2.2.3.3. Observations directes de l'enquêteur

Elles ont permis de vérifier certaines informations recueillies et aussi de mieux appréhender le changement de comportement induit par la mise en œuvre du PIHI-Com dans les ménages du département du Mono à l'aide d'une grille d'observation élaborée à cet effet.

2.2.4. Considérations éthiques et administratives éventuelles

La collecte des données auprès des cibles s'est déroulée dans le respect des principes de dignité humaine et de respect de la confidentialité. Toutes les cibles ont été interviewées suite à leur consentement libre et éclairé. Une question de consentement libre et éclairé est développée et lu à haute voix à chaque cible.

Les cibles sont interviewées dans un endroit isolé permettant la confidentialité des réponses et les données sont traitées dans l'anonymat.

2.2.5. Méthode d'analyse des données

Le dépouillement des documents de projet est fait à la main. La quantification des données qualitatives selon la fréquence des réponses similaires et la construction de tableaux montrant la répartition des réponses par variable sont aussi notre activité. L'analyse des indicateurs de projet est faite sur la base de la méthode d'analyse avant -après afin de ressortir l'atteinte réelle des indicateurs de projet sur la période évaluée.

L'apurement est l'une des phases les plus importantes du traitement des données d'enquêtes. Il précède l'analyse des résultats de l'enquête et vient tout juste après la saisie des données ou centralisation des données. La fiabilité des résultats obtenus est largement tributaire de cette phase qui s'impose avant le traitement des données de la présente recherche.

Au travers de cette étape vers la constitution de la base de données pour l'analyse, nous avons organisé les travaux d'exportation des données de Google Sheets vers Excel, de contrôle qualité final ; de labélisation des bases de données et de synthétisation et consolidation des bases de données. Le logiciel Stata 14 MP est utilisé pour la rédaction des programmes d'apurement des données.

Le logiciel Microsoft Office Excel 2016 a servi ensuite à la construction des tableaux simple et croisé et aux opérations statistiques descriptives.

Le logiciel Microsoft Office Word 2016 a servi à la saisie des commentaires des résultats obtenus et à la rédaction des textes du présent document.

2.2.6. Méthode de vérification des hypothèses

En l'absence de normes standard de vérification des hypothèses en matière de mesure de l'effet d'un projet, nous nous sommes fixés des conditions de validation de nos hypothèses sur la base du niveau d'atteinte des certains résultats obtenus de notre recherche. Ainsi, les conditions de validation de nos hypothèses se présentent comme suit :

Hypothèse 1 : Le niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com s'est amélioré de 2020 à 2022 dans le département du Mono. Cette hypothèse sera vérifiée si le projet atteint la cible visée dans au moins 80% de l'ensemble de ses indicateurs et au moins 90% des indicateurs d'effet à la dernière année évaluée.

Hypothèse 2 : Le taux d'infection des ménages du département du Mono a baissé entre 2020 et 2022. Cette hypothèse sera vérifiée si le taux d'incidence des maladies diarrhéiques a baissé entre 2020 et 2022 et au moins 90% des bénéficiaires sont satisfaits de la contribution du projet à la réduction des cas de diarrhée dans leur localité.

Hypothèse 3 : Le taux de mortalité infantile lié au paludisme dans le département du Mono a baissé entre 2020 et 2022. Cette hypothèse sera confirmée si le taux de mortalité infantile lié au paludisme dans le département du Mono a baissé entre 2020 et 2022 et qu'au moins 90% des bénéficiaires déclarent avoir être satisfaits de la contribution du projet à la réduction des cas de décès d'enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme dans leur localité.

Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats de la recherche

Ce chapitre est consacré dans un premier temps, à la présentation des résultats obtenus après la collecte de données sous forme de tableaux ou graphiques selon les types de données avant de passer à l'analyse critique des résultats obtenus à la fin de l'étude.

3.1. Présentation des résultats obtenus

Cette phase est consacrée à la présentation des résultats obtenus sous forme de tableaux ou de graphiques suivi de quelques commentaires.

3.1.1. Caractéristiques de la population

A la fin, un total de 303 parents (pères et mères) d'enfants ayant bénéficié des sensibilisations organisées dans le cadre du projet ont été touchés. Ces bénéficiaires sont répartis dans le tableau 1 suivant par commune :

Tableau 1: Répartition des cibles enquêtées par commune

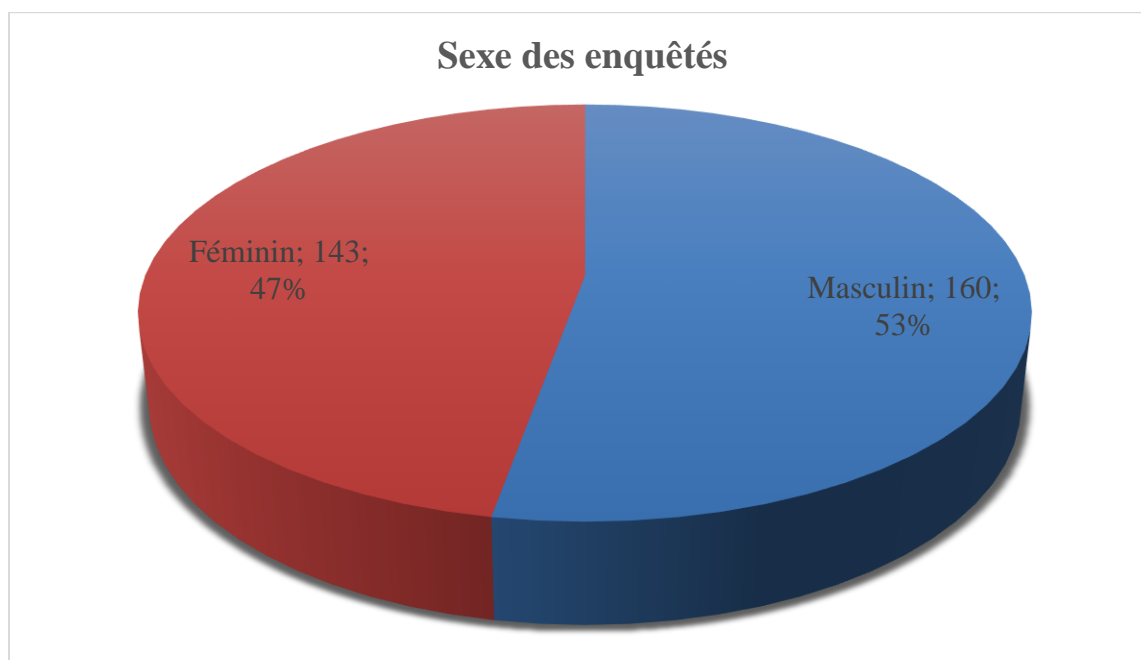
Communes	Cible Attendue	Cible enquêtée	Taux d'atteinte
Athiémé	30	28	93,33%
Bopa	60	59	98,33%
Comè	60	62	103,33%
Grand-Popo	60	60	100,00%
Houéyogbé	60	65	108,33%
Lokossa	30	29	96,67%
Total	300	303	101,00%

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Ce tableau retrace qu'il existe de disparité dans l'atteinte des cibles par commune. Les communes de Grand-Popo et Houéyogbé ont atteint leurs cibles attendues. Mais la difficulté d'accès et les cas de refus de participer à la collecte dans les autres communes a empêché d'atteindre les cibles enquêtées.

La figure 1 retrace que les bénéficiaires interviewés pour le compte de notre recherche sont constitués de 52,81% de pères d'enfants contre 47,19% de mères d'enfants soit un ratio femme/homme de 0,89.

Figure 1: Répartition des cibles enquêtées par sexe



Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 2 montre que l'âge moyen des cibles enquêtées est de 36,90 ans \pm 0,68 écart-type avec un étendu de 18 à 90 ans. Notons que la majorité (91,9%) des cibles ont plus de 25 ans.

Tableau 2: Répartition des cibles enquêtées par tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 25 ans	27	08,91
25 à 34 ans	119	39,27
35 à 44 ans	81	26,73
45 ans et plus	76	25,08
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Moyenne = 36.90759 Écart-type = 0.6767866 Min = 18 et Max = 90

En somme, la population enquêtée est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 36 ans environs. Toutes les 303 personnes enquêtées sont majeures et parentes d'enfants de moins de 5 ans dont 52,81% sont des hommes chefs de famille. Ceci retrace qu'à part les mères d'enfants

de moins de 5 ans, les interventions du projet ciblent également les hommes pères de famille en vue d'accompagner leurs femmes dans le suivi des enfants et le respect des rendez-vous de consultation au centre de santé. C'est ce qui justifie que ces hommes parents d'enfants de moins de 5 ans ont accepté répondre aux questions de l'étude.

3.1.2. Evaluer le niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com de 2020 à 2022 dans le département du Mono ;

Le tableau 3 présente les indicateurs liés à la disponibilité d'intrants de prise en charge des cas au niveau des RC.

Tableau 3: Evolution des indicateurs d'intrants par an

N°	Indicateurs	Cible 2020	Atteint 2020	Cible 2021	Atteint 2021	Cible 2022	Atteint 2022
1	Pourcentage de temps sans rupture de stock de TDR	77,30	93,72	81,56	63,30	85,81	95,95
2	Pourcentage de temps sans rupture de stock de CTA	45,80	50,74	53,86	66,70	61,92	96,30
3	Pourcentage de temps sans rupture de stock Amoxicilline 500mg	62,70	71,39	65,11	46,70	67,51	85,01
4	Pourcentage de temps sans rupture de stock de Paracétamol	83,70	83,15	85,80	43,30	87,90	92,70
5	Pourcentage de temps sans rupture de stock de SRO Zinc	68,50	60,02	72,30	26,70	76,09	66,86

Sources : Données rapports annuels du projet PIHI-Com, 2020-2022

Il ressort de ce tableau 3 qu'en 2021, la disponibilité des intrants sur le projet a connu une véritable baisse sauf pour le stock de CTA qui évolue proportionnellement au temps. Ceci est dû à la rupture nationale de ces produits. En effet, sur les 5 indicateurs d'intrants du projet, 3 ont atteint les objectifs fixés à fin 2020 soit un taux de 60%. Mais en 2021, tous les 5 indicateurs ont été en dessous des objectifs fixés. En 2022, 4 indicateurs de processus ont dépassé les objectifs fixés par le projet contre 1 indicateur en dessous de la cible.

A la suite des indicateurs d'intrants, le tableau 4 présente l'évolution des indicateurs de processus sur la période évaluée.

Tableau 4: Evolution des indicateurs de processus par an

N°	Indicateurs	Cible 2020	Atteint 2020	Cible 2021	Atteint 2021	Cible 2022	Atteint 2022
1	Nombre de RC sous financement USAID offrant des informations et/ou services PF sur la période évaluée	250,00	148,00	250,00	199,00	250,00	196,00
2	Pourcentage d'hommes ayant participé aux séances éducatives sur la PF	22,20	14,03	30,20	11,90	40,72	16,85
3	Pourcentage de CS ayant organisé au moins 2 suivis groupé sur la période évaluée	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
4	Pourcentage de RC qui ont reçu une visite de supervision (sur site) assurée selon les normes nationales par un agent socio sanitaire (AS, CPS...)	50,00	83,20	60,00	100,00	70,00	94,00
5	Proportion de nouveau-nés présentant un signe de danger ou de gravité et référés par le RC	70,00	97,83	77,50	78,70	85,00	96,43
6	Proportion de nouvelles accouchées ayant présenté un signe de danger ou de gravité et référées par le RC	70,00	84,31	77,50	87,50	85,00	89,19
7	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant le corps chaud et testés au TDR	60,90	96,90	73,27	98,30	85,64	98,27

Sources : Données rapports annuels du projet PIHI-Com, 2020-2022

Ce tableau 4 montre que 5 sur les 7 indicateurs de processus ont atteint la cible fixée de 2020 à 2022 soit un taux de réalisation constant de 71,43%. Ceci retrace que le projet n'a pas pu atteindre les deux indicateurs liés au taux de relais communautaire offrant les services de planification familiale et à la proportion d'homme qui participent aux séances éducatives de groupes organisées par le relais communautaire sur diverses thématiques en communauté. Ces données confirment que le projet s'intéresse, en plus des mères d'enfants de moins de 5 ans, aux pères d'enfants de moins de 5 ans. Mais la mobilisation de cette cible autour des différentes

thématiques reste un défi et donc le projet n'a pas pu atteindre l'objectif fixé sur la période de 2020 à 2022.

Quant aux indicateurs d'impact, le tableau 5 présente leur niveau d'évolution sur la période de 2020 à 2022 comparé aux cibles attendus par le projet.

Tableau 5: Evolution des indicateurs d'effet par an

N°	Indicateurs	Cible 2020	Atteint 2020	Cible 2021	Atteint 2021	Cible 2022	Atteint 2022
1	Pourcentage des enfants de 0-5 ans ayant dormi sous MIILD non déchirée la nuit précédente	84,00	98,41	85,00	99,20	86,00	99,30
2	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD non déchirée la nuit précédente	95,70	96,27	96,70	97,90	97,74	99,45
3	Pourcentage des enfants de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein	51,00	93,24	52,00	94,70	53,00	95,60
4	Pourcentage de femmes accouchées ayant suivi au moins 4 CPN pendant la grossesse (selon les normes)	62,40	87,36	63,90	96,10	63,40	90,09
5	Pourcentage de femmes enceintes ayant eu des signes de danger/ gravité et ayant eu recours aux soins	75,40	85,17	80,40	88,80	85,13	88,01
6	Pourcentage de ménages qui disposent d'un dispositif de lavage des mains au niveau des latrines	38,00	75,68	42,00	75,80	46,00	70,85
7	Pourcentage de ménages qui utilisent de l'eau de boisson potable (eau de pompe ou eau traitée avec Aquatabs)	77,10	84,07	81,40	84,80	85,70	85,72
8	Proportion de cas de diarrhée traités chez les enfants de moins de 5 ans	60,00	90,46	70,00	93,50	80,00	95,82
9	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté des signes de pneumonie et traités avec antibiotiques	60,00	98,85	70,00	98,50	80,00	99,25
10	Pourcentage des enfants malnutris dépistés et pris en charge selon le protocole national (Périmètre brachial, conseil, référence, suivi)	75,00	91,32	80,00	92,80	85,00	88,69

N°	Indicateurs	Cible 2020	Atteint 2020	Cible 2021	Atteint 2021	Cible 2022	Atteint 2022
11	Proportion d'enfants testés positifs au TDR et pris en charge avec CTA	56,70	99,90	73,35	100,00	90,00	100,00
12	Pourcentage des enfants référés et reçus au CS pour signe général de danger ou pour signe de gravité (SGD ou SG)	50,00	85,57	60,00	92,90	70,00	96,96

Sources : Données rapports annuels du projet PIHI-Com, 2020-2022

Il ressort de ce tableau 5 que le projet a dépassé ses objectifs dans les 12 indicateurs d'effet de 2020 à 2022. Ceci confirme que le projet est efficace dans sa mise en œuvre. Pour confirmer l'efficacité et l'efficience du projet, les taux d'exécution physique et financière ont été prélevés. Le tableau 6 présente l'évolution des taux d'exécutions physique et financière du projet sur les trois années.

Tableau 6: Evolution du taux annuel d'exécution physique et financière du projet

Années	Taux d'exécution physique (Efficacité)	Taux d'exécution financière (Efficience)
2020	58,00	43,00
2021	93,33	72,00
2022	95,40	54,00

Sources : Données rapports annuels du projet PIHI-Com, 2020-2022

Il ressort de ce tableau 6 que le taux d'exécution physique évolue proportionnellement à l'année de 58% en 2020 à 95,40% en 2022. Ces données viennent confirmer que les activités non menées sont liées au processus et elles sont laissés lors du réajustement des stratégies pour se conformer aux réalités du terrain. Contrairement au taux d'exécution physique, le taux d'exécution financière du projet reste relativement faible et évolue en dent de scie. Il a connu son pic en 2021 avec 72% et chute en 2022 jusqu'à 54%. Ceci montre que les stratégies adopter pour la mise en œuvre du PIHI-Com dans le département du Mono sont efficaces.

A la suite des données du projet, nous avons évalué la satisfaction des ménages vis-à-vis des résultats obtenus par le projet, présente dans le tableau 7.

Tableau 7: Répartition des cibles enquêtées selon leur satisfaction des résultats du PIHI-Com

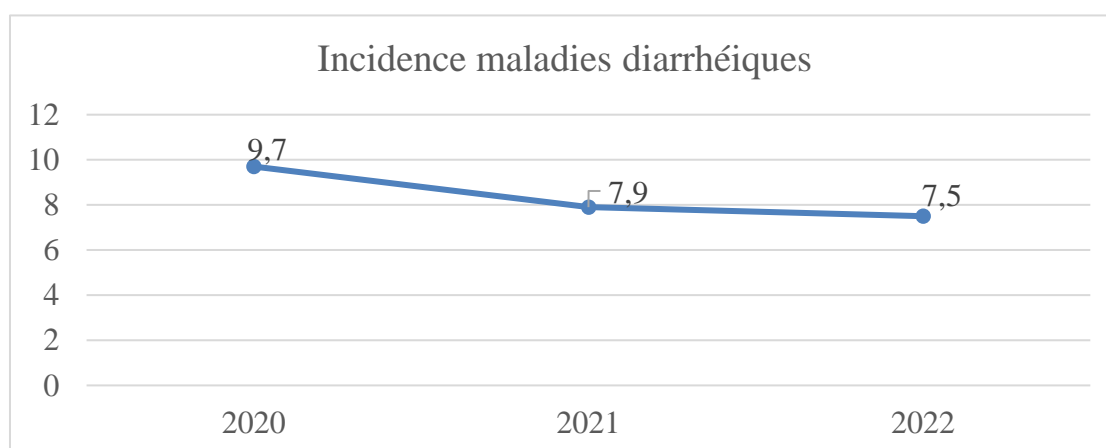
Satisfaction des ménages des résultats du PIHI-Com	Effectif	Pourcentage (%)
Très satisfait	236	77,89
Satisfait	49	16,17
Peu satisfait	11	3,63
Pas du tout satisfait	7	2,31
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 7 retrace que sur 303 cibles enquêtées, 285 soit 94,06% sont satisfaits des résultats du PIHI-Com dans leur localité contre 11 soit 3,63% peu satisfaits et 7 soit 2,31% non satisfaits. Notons que les répondants non satisfaits proviennent tous des villages n'ayant pas bénéficiés du paquet complet. Ils trouvent qu'ils sont lésés par rapport aux autres villages qui en bénéficient.

3.1.3. Apprécier le niveau d'exposition des ménages du département du Mono aux maladies diarrhéiques

La figure 2 a été construite sur la base des données statistiques issues des annuaires statistiques de santé du ministère de la santé entre 2020 et 2022.

Figure 2: Evolution du taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 2020 à 2022

Sources : Données SGSI/DPP/MS, 2020-2022

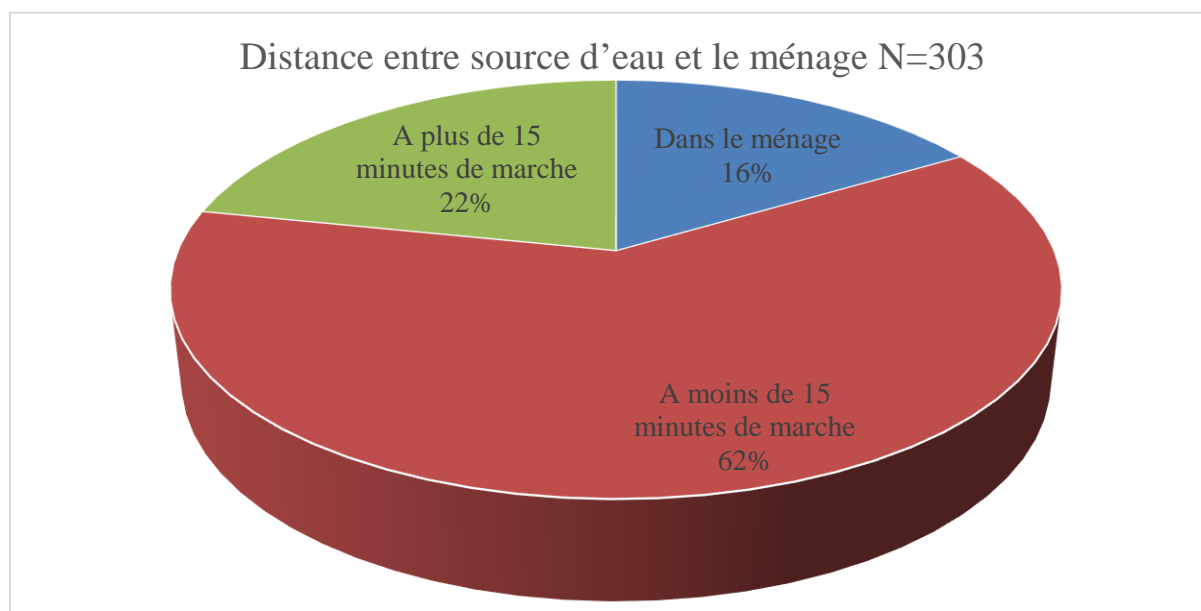
Cette figure 2 montre que le taux d'incidence des maladies diarrhéiques a régressé de 9,7% en 2020 à 7,5% en 2022. Ceci retrace que les interventions du projet ont eu un effet positif sur la réduction du taux d'incidence des maladies diarrhéiques dans le département du Mono. Pour confirmer ces données, les données d'enquêtes sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 8: Répartition des cibles enquêtées selon leurs sources d'eau de boisson

Sources d'eau de boisson	Saison pluvieuse		Saison sèche	
	Effectif N=303	Pourcentage (%)	Effectif N=303	Pourcentage (%)
Réseau SONEB	157	51,82	165	54,46
Forage	90	29,70	92	30,36
Fontaine	9	2,97	9	2,97
Puits protégé	36	11,88	37	12,21
Puits non protégé	39	12,87	48	15,84
Eau de pluie	115	37,95	-	-
Marigot	22	7,26	24	7,92

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 8 montre que plus de la moitié de la population enquêtée s'approvisionnent en eau de boisson de source SONEB bien en saison pluvieuse (51,82%) qu'en saison sèche (54,46%). Néanmoins, en saison pluvieuse, 12,87% de cibles utilisent comme eau de boisson, l'eau issue des puits non protégés ; 37,95% l'eau de pluie et 7,26% l'eau de marigot. En saison sèche, 15,84% utilisent l'eau issue des puits non protégés et 7,92% l'eau du marigot.

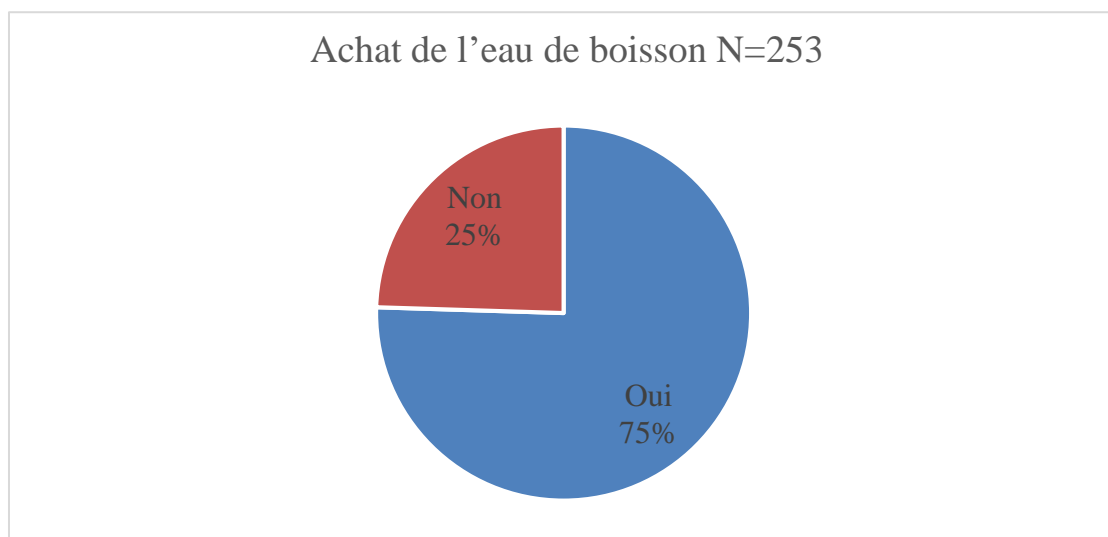
Figure 3: Répartition de la distance entre le ménage et la source d'eau de boisson

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

A la suite des sources d'eau de boisson, la figure 3 montre que 78% des ménages disposent d'une source d'eau de boisson proche du ménage dont 16% à l'intérieur du ménage contre 22% qui s'approvisionnement à une source située à plus de 15 minutes de marche du ménage. Notons

que 253 ménages (83,50%) ne disposent pas de source d'eau de boisson dans leur ménage. Ainsi, pour s'assurer de la méthode d'accès à l'eau pour ces derniers, nous nous sommes intéressé à la question d'achat de l'eau de boisson.

Figure 4: Répartition des cibles selon l'achat ou non de l'eau de boisson



Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

La figure 4 montre que sur les 253 ménages qui ne disposent pas d'eau de boisson dans leur ménage, 191 soit 75,49% achètent l'eau de boisson contre 62 soit 24,51% qui n'en achètent pas.

Pour s'assurer de la qualité de l'eau lors du transport, nous nous sommes intéressé au récipient de transport de l'eau de la source vers le ménage.

Tableau 9: Répartition des cibles enquêtées selon le récipient de transport de l'eau de boisson

Récipient utilisé pour le transport de l'eau	Effectif N=303	Pourcentage (%)
Bidons	163	53,80
Bassine ouverte	130	42,90
Bassine couverte	17	5,61
Sceau	30	9,90

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 9 montre que 53,80% des ménages utilisent des bidons et seulement 5,61% utilisent des bassines couvertes pour le transport de l'eau de boisson de la source d'eau vers le ménage contre 42,90% qui utilisent des bassines ouvertes et 9,90% qui utilisent des sceaux. Ce qui garantit la qualité de l'eau de la source vers le site d'utilisation dans 53,80% des ménages.

Tableau 10: Répartition des cibles selon le récipient de conservation de l'eau de boisson

Récipient de conservation de l'eau de boisson dans le ménage	Effectif N=303	Pourcentage (%)
Jarre	182	60,07
Bidons	124	40,92
Sceau couvert	51	16,83
Tonneau couvert	31	10,23
Bassine couverte	11	3,63
Bassine ouverte	15	4,95
Sceau ouvert	11	3,63
Tonneau ouvert	9	2,97

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Une fois sur le site d'utilisation, le tableau 10 montre que plus de 60% des ménages utilisent des jarres pour la conservation de l'eau de boisson contre 40,92% qui utilisent des bidons couverts. Moins de 5% des ménages utilisent des sceaux, bassines ou tonneaux ouverts pour la conservation de l'eau de boisson. Ceci garantit la qualité de l'eau de boisson dans 95% des ménages. Il y a donc risque de contamination aux maladies diarrhéiques dans 5% des ménages. En dehors de l'utilisation de l'eau potable, nous nous sommes intéressé à l'utilisation de latrine.

Tableau 11: Répartition des cibles enquêtées selon le type de latrine utilisé

Latrine utilisée par le ménage	Effectif	Pourcentage (%)
Latrine publique	13	4,29
Latrine des écoles/collèges	7	2,31
Latrine familiale	18	5,94
Latrine à double fosse	26	8,58
Latrine à fosse surélevé ventilée	18	5,94
Latrine à trou foré	13	4,29
Latrine suspendue	14	4,62
WC Traditionnel	77	25,41
Plein air	115	37,95
Dans le lac/fleuve	2	0,66
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 11 montre que 186 ménages sur les 303 visités soit 61,39% utilisent les latrines pour faire leur besoin contre 117 soit 38,61% qui continuent de déféquer hors des latrines dont 37,95% en plein air et 0,66% dans le lac surtout dans les localités lacustres. Ceci expose également ces ménages aux risques de contamination aux maladies diarrhéiques provenant des mouches dans 38,61% des ménages du département du Mono.

Tableau 12: Répartition des cibles enquêtées selon leur niveau de satisfaction de la contribution du projet à la réduction des cas de diarrhée

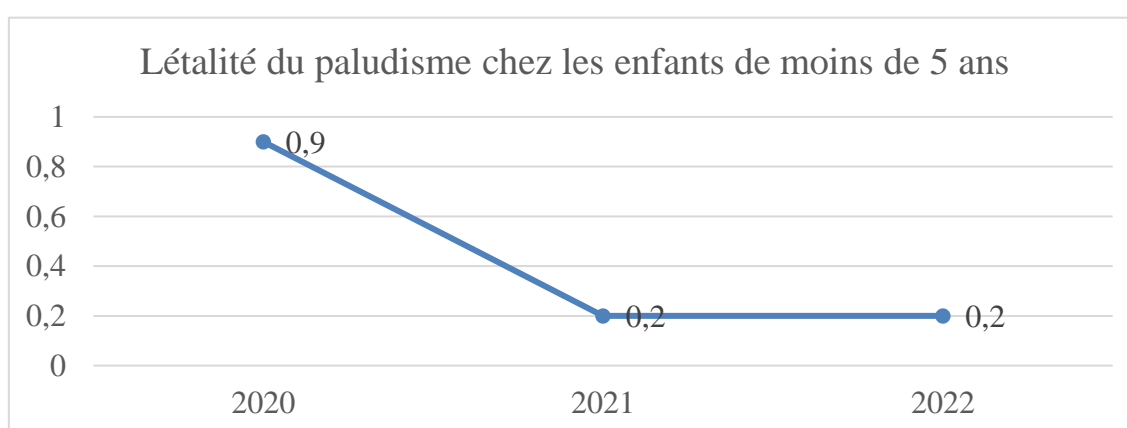
Satisfaction des ménages sur la contribution du projet à la réduction des cas de diarrhée	Effectif	Pourcentage (%)
Très satisfait	278	91,75
Satisfait	23	7,59
Peu satisfait	2	0,66
Pas du tout satisfait	0	0,00
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 12 retrace que tous les 303 chefs de ménage enquêtés sont satisfaits des résultats du PIHI-Com dans leur localité dont 2 soit 0,66% peu satisfaits. Cette satisfaction de bénéficiaires concernant la contribution du projet à la réduction des cas d'affections diarrhéiques dans leur localité confirme que la baisse du taux d'incidence des maladies diarrhéiques dans le Mono est un résultat de la mise en œuvre du projet. Néanmoins, il reste des actions à mener en matière de la défécation à l'air libre ou dans le lac/fleuve et les méthodes de transport et de conservation de l'eau de boisson dans les ménages afin de réduire d'avantage cette baisse observée.

3.1.4. Comparer les taux de mortalités infantiles liés au paludisme dans le département du Mono entre 2020 et 2022

La figure 5 présente l'évolution du taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans le département du Mono entre 2020 et 2022.

Figure 5: Evolution du taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

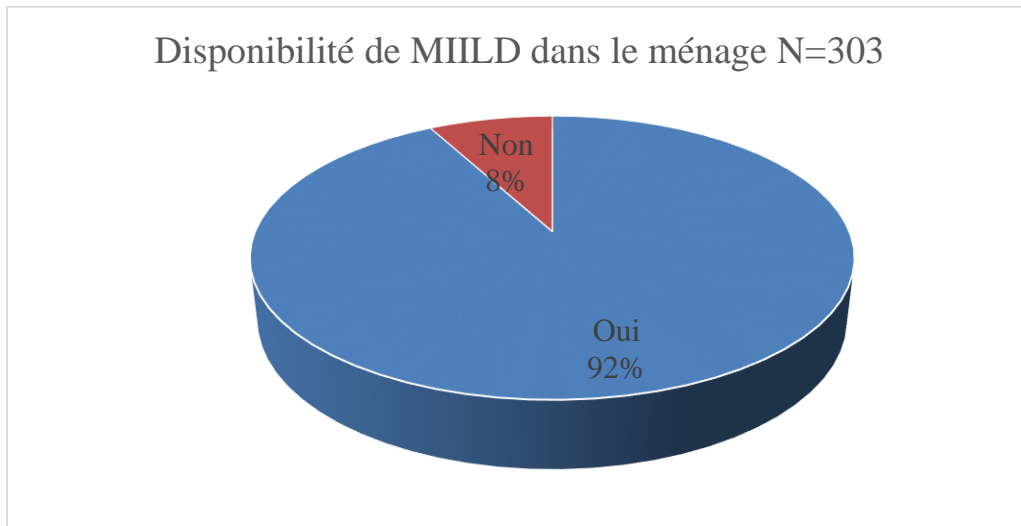
Sources : Données SGSI/DPP/MS, 2020-2022

La figure 5 montre que le taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 0,9% en 2020 à 0,2% en 2022. Ceci confirme que quelques enfants sont toujours exposés au paludisme et meurent suite à sa gravité. Néanmoins, les interventions du projet ont

permis de baisser le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme grave.

A la suite des données sanitaires, nous avons observé en communauté l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD) pour se protéger contre la contamination du paludisme.

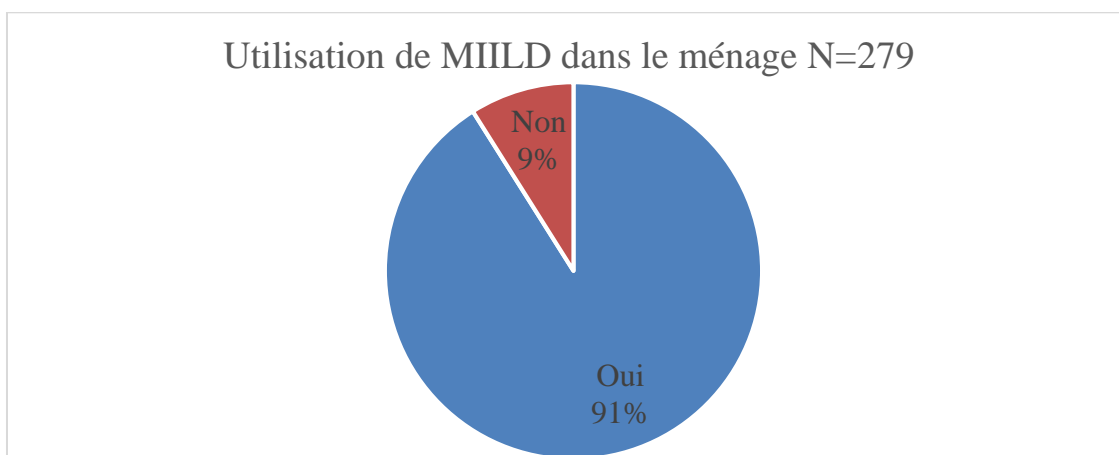
Figure 6: Répartition des cibles selon la disponibilité de MIILD non déchirée



Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

La figure 6 montre que sur les 303 ménages enquêtés, 279 soit 92% disposent de MIILD de qualité contre 24 soit 8% qui n'en disposent pas.

Figure 7: Répartition des cibles selon l'utilisation des MIILD



Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

La figure 7 montre que sur les 279 ménages disposant de MIILD de qualité, 254 soit 91% ont dormi la veille donc utilisent ses MIILD contre 25 soit 9% seulement n'en utilisent pas.

Parmi ces 254 qui l'utilisent, nous avons analysé l'heure de couchage des enfants de moins de 5 ans.

Tableau 13: Répartition des cibles enquêtées selon l'heure de couchage des enfants

Heure de couchage des enfants dans les ménages	Effectif	Pourcentage (%)
Avant 20 heures	86	28,38
Entre 20 et 21 heures	133	43,89
Entre 21 et 22 heures	66	21,78
Au-delà de 22 heures	18	5,94
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Le tableau 13 retrace que les enfants de 219 ménages sur les 303 enquêtés soit 72,28% dorment avant 21 heures contre 84 soit 27,72% qui dorment après 21 heures. Cela montre que dans 27,72% des ménages, les enfants sont exposés aux piqûres des moustiques avant de dormir sous MIILD et peuvent donc souffrir du paludisme malgré l'utilisation des MIILD. A la suite de l'utilisation des MIILD, la satisfaction des ménages sur la contribution du projet à la réduction des cas de décès d'enfants pour cause de paludisme a été appréciée.

Tableau 14: Répartition des cibles enquêtées selon leur satisfaction de la contribution du projet à la réduction des cas de décès d'enfants pour cause de paludisme

Satisfaction des ménages sur la contribution du projet à la réduction des cas de décès d'enfants pour cause de paludisme	Effectif	Pourcentage (%)
Très satisfait	273	90,10
Satisfait	23	7,59
Peu satisfait	4	1,32
Pas du tout satisfait	3	0,99
Total	303	100,00

Source : Enquête de terrain, Juillet 2023

Selon le tableau 14, 296 sur les 303 chefs de ménage enquêtés, soit 97,69% sont satisfaits des résultats du PIHI-Com dans leur localité contre 4 soit 1,32% peu satisfaits et 3 soit 0,99% pas du tout satisfait.

Il en ressort globalement que le projet a permis de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans lié au paludisme grave dans le département du Mono. Mais il reste des efforts à fournir dans le domaine de l'utilisation des MIILD par les ménages afin de garantir la durabilité des résultats observés.

3.2.Discussion

L'analyse de niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com de 2020 à 2022 dans le département du Mono ressort que le projet a atteint les cibles dans 84,0% de ses indicateurs en 2020 ; 76,0% en 2021 et 88,0% en 2022. Le projet a alors atteint la majorité de ces indicateurs et surtout ceux des résultats. Il ressort également que le projet a été à la fois efficace et efficient dans l'exécution. La satisfaction de 94,06% des bénéficiaires des résultats du projet vient confirmer ces résultats.

L'évolution du taux d'incidence des maladies diarrhéiques dans le département du Mono montre globalement que le projet a contribué à la réduction des maladies diarrhéiques dans sa zone d'intervention. Néanmoins, il reste des actions à mener en matière de la défécation à l'air libre ou dans le lac/fleuve et les méthodes de transport et de conservation de l'eau de boisson dans les ménages afin de garantir la durabilité de ce changement observé.

L'évolution du taux de mortalité infantile lié au paludisme grave entre 2020 et 2022 montre que le projet a permis de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans lié au paludisme grave dans le département du Mono. Mais il reste des efforts à fournir dans le domaine de l'utilisation des MIILD par les ménages afin de garantir la durabilité des résultats observés.

Nous pouvons conclure que le projet a eu un effet positif sur les conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono en améliorant les indicateurs de santé entre 2020 et 2022. Mais, les parties prenantes devront travailler à conserver les acquis du projet en vue d'une amélioration continue des conditions socio-sanitaires des ménages dans le département du Mono.

Nos résultats sont similaires à celui de GUBERT & ROUBAUD (2005) dans le cadre de l'analyse de l'impact du projet de microfinance ADÉFI à Madagascar et à celui de FONTENEAU & GNINGUE (2019) dans l'étude des effets du projet « Santé pour Tous » 2002-2019 en appui à la protection sociale en République de Guinée qui ont tous révélés un impact positif sur les bénéficiaires. Mais ces résultats sont contraires aux résultats de BACHA (2007) dans l'analyse par superposition des actions du projet sur les milieux affectés et projection des effets possibles sur les caractéristiques de ces milieux qui a un impact mitigé sur la santé et le bien-être de la population.

Conclusion et implications des politiques économiques

Démarré depuis le 27 décembre 2019 dans le Mono, le projet PIHI-Com a été mis en œuvre par BUPDOS-ONG sous financement de l'USAID/Bénin dans six communes jusqu'en 2022. Ce projet vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population béninoise avec la pleine participation de celle-ci avec pour objectif de renforcer les capacités et l'autonomie des communautés béninoises en matière de gestion de leur santé et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population. Il vise 4 grands résultats que sont l'augmentation de la demande et l'utilisation des services de santé ; l'augmentation de la disponibilité et l'accès aux services de santé ; l'amélioration de la qualité des services de santé à travers des RC bien formés et bien soutenus et le renforcement du plaidoyer et la mobilisation des ressources pour la prise de décision basée sur des données.

Après 3 ans de mise en œuvre, nous nous sommes posés la question de savoir si ce projet a atteint ses résultats et objectifs fixés. Ainsi nous avons choisi comme thème « Effets de la mise en œuvre du PIHI-Com sur les conditions socio-sanitaires des ménages : Cas du département du Mono au Bénin » qui s'est appuyé sur le cas spécifique de la mise en œuvre du PIHI-Com par BUPDOS-ONG sous financement USAID dans le département du Mono.

Pour ce faire notre recherche s'est fixée comme objectif général de mesurer l'effet du PIHI-Com sur les conditions socio-sanitaires des ménages du département du Mono de 2020 à 2022. Ainsi, la recherche documentaire et une enquête auprès des bénéficiaires du projet ont permis de ressortir que le projet a atteint toutes les cibles en matière d'indicateurs d'effets avec un taux d'exécution financière plus ou moins acceptable. Il ressort également que le taux d'incidence des maladies diarrhéiques et le taux de létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ont régressé entre 2020 et 2022. Ceci montre que le projet a eu un effet positif sur les conditions socio-sanitaires des ménages bénéficiaires du projet dans le département du Mono. Ces résultats ont permis de confirmer nos 3 hypothèses de départ.

Malgré ces réussites, le projet n'a pas pu atteindre la cible visée dans tous les indicateurs de projet et la qualité de l'eau de boisson des ménages et l'utilisation des MILLD par les ménages restent des domaines à explorer pour permettre le maintien des résultats observés dans le temps. En effet, il ressort quelques besoins non satisfaits pour lesquelles nous formulons quelques suggestions que nous pensons être utile pour renforcer les résultats du projet PIHI-Com et garantir l'atteinte globale des objectifs du programme. Il s'agit notamment de :

- Accentuer la sensibilisation des populations vers les conséquences de la défécation à l'air libre ou dans un lac/fleuve afin d'éviter la probable contamination des eaux de boisson des ménages et ainsi éviter l'exposition des bénéficiaires aux maladies diarrhéiques ;
- Collaborer avec les structures intervenant dans le domaine d'adduction d'eau pour fournir des sources d'eau potable aux ménages du département du Mono ;
- Promouvoir davantage l'utilisation correcte des MIILD pour la protection des populations contre les piqûres de moustiques, sources du paludisme ;
- Assurer la pérennisation des acquis du projet en vue de sauvegarder les résultats obtenus par le projet. Cette action permettra de prendre en compte les aspects à améliorer relevés par notre recherche ; et
- Prévoir l'extension du PIHI-Com à l'ensemble des villages et quartiers de villes du Bénin en rendant tous les RC paquet complet. Cette action pourrait permettre à tous les ménages de bénéficier de l'équité dans le bénéfice des interventions du projet et de l'amélioration des conditions socio-sanitaires.

Il faut signaler que notre recherche comme tout autre recherche n'a pas la prétention de cerner tous les contours de l'effet de la mise en œuvre du projet de PIHI-Com sur toutes les conditions de vie des ménages. Le choix d'un seul département avec deux zones sanitaires pour la collecte des données sur les sept zones sanitaires soutenues par l'USAID au Bénin. Ainsi, les hypothèses de cette recherche ne sauraient être les seules à décrire l'effet du PIHI-Com sur les conditions socio-sanitaire des ménages dans le département du Mono. D'autres hypothèses comme l'influence sur la fréquentation des services de santé, l'amélioration des indicateurs de santé pourraient être explorées.

Néanmoins, notre recherche a permis de confirmer nos hypothèses de départ. Dans une recherche sur l'effet de mise en œuvre d'un projet, une méthode de comparaison entre la zone de couverture du projet et une zone témoins était nécessaire pour une plus grande fiabilité des résultats. Cependant, pour des raisons sécuritaires, notre analyse s'est limitée aux données du projet et à une collecte de données auprès des cibles bénéficiaires des interventions du projet.

Au vu de l'importance de la question de la santé des populations dans les priorités du gouvernement béninois, il s'avère nécessaire de mener une étude sur toute l'étendue du territoire national pour appréhender l'apport de la mise en œuvre du PIHI-Com aux conditions socio-sanitaires et économiques des ménages du Bénin.

Références bibliographiques

- BACHA, A. (2007). *Exposé étude d'impact des projets routiers sur l'environnement*. Université des Sciences et de la Technologie Houari-Boumédiène (USTHB) - Géologie de l'ingénieur.
- BACHELET, R. (2023, Mai 17). *Évaluation d'impact des projets*. Récupéré sur Notes de cours MOOC GdP: https://docs.google.com/document/d/1yMyMzObhBrbeswVmAZSCLboEA2VVDPKX8HDTjGLx_nI/pub#h.a1wp70qotw5e
- BARREYRE, J.-Y. (1995). (*sous la dir. de*). Récupéré sur Dictionnaire critique de l'action sociale, Fayard, Paris: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Partenariat.htm>
- BONKOUNGOU, S.-R. (2007). *Evaluation de projet par la méthode des effets: le cas du programme prioritaire équipements marchands de la commune de Ouagadougou*. Ouagadougou: Institut de Formation Colbert(IFC).
- CHEVALIER, S., & PAPINEAU, É. (2007). *Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec*. Québec : Direction régionale de santé publique.
- COMPENHOUDT, L. V. (2017). *Manuel de recherche en Sciences Sociales, 3ème éd.1995-2006, p.115*. Paris : Dunod, 3ème.
- DEPALLENS, G. (1974). *Gestion financière de l'entreprise. 5 ème éd. Paris, p. p.292*.
- FONTENEAU, B., & GNINGUE, P. S. (2019). *Appui à la protection sociale en République de Guinée : Etude des effets du projet « Santé pour Tous » 2002-2019*. HIVA-KU Leuven: 442 EEI Essentiel.
- FONTIL, N. (2009). *Projet de développement communautaire en Haïti : Méthodologie d'analyse des besoins locaux*. Memoire en développement et Management des projets: Université Senghor d'Alexandrie.
- GUBERT, F., & ROUBAUD, F. (2005). *Analyser l'impact d'un projet de Micro-finance : l'exemple d'ADéFI à Madagascar*. Paris: Institut de Recherche et de Développement.
- HEMEDZO, K., & TOKPO, E. (2019, En ligne le 15 septembre 2019, pp. 26-34.). « *État des lieux sur la demande de soins dans les pays en développement* ». Récupéré sur Revue

- canadienne de géographie tropicale/Canadian journal of tropical geography [En ligne], Vol. (6) 1.: <http://laurentian.ca/cjtg>
- HOUESSO, E. (2013). *Impact des facteurs socio-économiques sur les niveaux et tendances de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Bénin*. Camérout: IFORD / Université de Yaoundé.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSTaD). (2021). *Données démographiques du Bénin*. Cotonou.
- KOUAKOU, K. (2010). *L'évaluation économique des effets écologiques dans les projets d'investissement pour le développement agricole*. Université d'agronomie d'état de la fédération de Russie - académie agraire d'état de Moscou nommée K. A. Timiryazeva .
- LOANDO MBOYO, A. (2009). *Efficacité après 5 ans d'un projet d'accès à la thérapie antirétrovirale en RDC*. Congo: Institut de médecine tropicale Anvers - Master en santé publique, contrôle des maladies.
- MANCIAUX, M., & DESCHAMPS, J. (1978). *La santé de la mère et de l'enfant*. Flammarion.
- Mbeko. (2020, July 7). Efficacité de la Combinaison d'Interventions de Prévention chez les Hommes Ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes à Bangui (République Centrafricaine). *Health Sci. Dis: Vol 21*, pp. 94-99.
- MERCIER, S. (2001). *L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique: une synthèse de la littérature*. University of Burgundy.
- Ministère de la Santé du Bénin. (2014). *Document de la politique nationale de la santé communautaire du Bénin*. Cotonou: L'Agence Nationale de Soins de Santé Primaire.
- MS. (2013). *Historique et problématique de la santé communautaire au Bénin les actions et les résultats obtenus de 1970 à 2013*. Palais des congrès, Cotonou Les 27, 28 et 29 novembre 2013.: Présentation au Forum national sur la santé communautaire.
- MS. (2022). *Décret N° 2022- 148 du 02 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin*. Cotonou, Bénin.
- NGWANZA OWONO, J. (2008). *La mise en œuvre de la convention-cadre des nations unies sur les changements climatiques au Cameroun: cas du mécanisme pour un développement propre*. Cameroun: Université catholique d'Afrique centrale.

- NSONG NTOCK, N. M. (2015). *Evaluation coût-efficacité du Projet de Prévention du VIH/SIDA en Afrique Centrale*. Cameroun: Institut Sous-régional Multisectiorem de Technologie, de Planification et d'Evaluation des projets.
- OMS. (1946). *Constitution de l'OMS : L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution*, . Récupéré sur <https://www.who.int/fr>
- OMS. (2014). *Levels and Trends in Child Mortality*. Récupéré sur World Health Report [On-line]:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/child_mortality_estimates/fr/,
Consulté le 28 Août 2023
- OMS. (2016, Octobre). *Obésité et surpoids*,. Récupéré sur Aide-mémoire N°311: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> [On-line], Consulté le 23 Aout 2023
- PASCAL, S. (2013). *Aide au développement Gembloux ASBL. Formation en gestion du cycle des projets (GCP) et approches logiques*. ACODEV.
- Proulx. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Erudit*, 53–70.
- SGSI/DPP/MS. (2014). *Annuaire des Statistiques Sanitaires Nationales*. Cotonou: Ministère de la Santé.
- SOFO MAGAGI, I. (2006). *Installation d'une ferme avicole moderne dans la localité de Niamey au Niger*. Niamey: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.
- Système de Gestion SI/DPP/MS. (2021). *Annuaire des statistiques sanitaires 2021*. Cotonou: Ministère de la santé.
- TAO, M. (2019). *Evaluer la contribution de projets de scolarisation non formelle au système scolaire au Burkina Faso. Cas de la stratégie de scolarisation accélérée/passerelles (SSAP) de 2015 à 2019*. Ouaga: Ecole supérieure de microfinance de Ouaga 2000.
- ZERBO, K. (2014). *Analyse critique comparée de l'application de l'approche participative dans un projet de développement: cas d'un projet de maraîchage destiné à deux groupements villageois féminins dans la province du Sanmentenga*. Mémoire de fin de soutenance de maîtrise.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'enquête

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DES DONNEES SUR SATISFACTION DES BENEFICIAIRES SUR LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DU PIHI-COM DANS LE DEPARTEMENT DU MONO

SECTION A : IDENTIFICATION

Numéro du questionnaire |__|__|__|__|

Brève présentation du binôme et de l'objet de l'enquête :

Je m'appelle ____ [Nom et Prénoms Enquêteur]__ Je travaille avec Monsieur AZOGAN Stéphane Lonoudé dans le cadre de la rédaction de son mémoire de fin de formation de Master en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire. Mes collègues et moi allons échanger avec vous sur votre satisfaction sur les interventions en santé communautaire dans le département du Mono notamment dans votre village/quartier de ville.

Vous ayant identifié comme acteur de premier plan par rapport à cette problématique, nous vous saurons gré du temps qu'il vous plaira de nous accorder pour aborder à travers cet entretien, un certain nombre de préoccupations y afférentes.

Vos contributions seront traitées dans le strict respect de l'anonymat et ne seront exploitées que pour la présente étude. Souhaiteriez-vous participer à cette étude en répondant à nos questions ? 1= Oui |__| ; 2= Non |__|

Merci de votre disponibilité.

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
A1.	Enquêteur : _____		
A2.	Superviseur : _____		
A3.	Date :	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Jour Mois Année	
A4.	Département : _____		__
A5.	Zone sanitaire : _____		__ __
A6.	Commune : _____		__ __ __
A7.	Arrondissement : _____		__ __ __ __
A8.	Aire sanitaire : _____		__ __ __ __
A9.	Quartier de ville ou village : _____		__ __ __ __

SECTION B : CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES DES ENQUETES

N°	Questions	Réponses et Codes	Codes	Saut
B1.	Sexe	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>	
B2.	Quel Age avez-vous actuellement ? [18 ans et plus]	Âge en année révolue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B3.	Quelle est votre niveau d'instruction ?	1. Aucun niveau 2. Alphabétisé en langue locale 3. Primaire 4. Secondaire 1er cycle 5. Secondaire 2nd cycle 6. Supérieur	<input type="checkbox"/>	
B4.	Quelle est votre situation matrimoniale ?	1. Célibataire 2. Union libre 3. Mariée 4. Divorcée/Séparée 5. Veuve/Veuf	<input type="checkbox"/>	
B5.	Quelle est votre principale source d'eau de boisson en saison pluvieuse ? <i>Plusieurs réponses possibles</i> <i>Enquêteur, ne lisez pas la réponse.</i> <i>Cocher 1 si Oui et 0 si Non</i>	a. Réseau SONEB b. Forage c. Fontaine d. Puits protégé e. Puits non protégé f. Eau de pluie g. Marigot 98. Autre à préciser _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B6.	Quelle est votre principale source d'eau de boisson en saison sèche ? <i>Plusieurs réponses possibles. Enquêteur, ne lisez pas la réponse.</i> <i>Cocher 1 si Oui et 0 si Non</i>	a. Réseau SONEB b. Forage c. Fontaine d. Puits protégé e. Puits non protégé f. Marigot 98. Autre à préciser _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B7.	A quelle distance se trouve votre principale source d'eau de boisson (en marche normale combien de temps vous faut-il pour atteindre la source d'eau ?	1. Dans le ménage 2. A moins de 15 minutes de marche 3. A plus de 15 minutes de marche	<input type="checkbox"/>	Si 1 → B10
B8.	Achetez-vous l'eau de boisson ?	1.Oui 2.Non	<input type="checkbox"/>	Si 1 → B10
B9.	Quel est le récipient utilisé pour le transport de l'eau de consommation de la	a. Bidons b. Bassine ouverte c. Bassine couverte d. Sceau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

N°	Questions	Réponses et Codes	Codes	Saut
	source d'eau à votre ménage ?	98. Autres à préciser _____	<input type="checkbox"/>	
B10.	Dans quoi conservez-vous l'eau de boisson dans votre ménage ?	a. Jarre b. Bidons c. Bassine ouverte d. Sceau ouvert e. Tonneau ouvert f. Bassine couverte g. Sceau couvert h. Tonneau couvert 98. Autres à préciser _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B11.	Vous arrive-t-il de traiter l'eau de boisson avant consommation ?	1.Oui 2.Non	<input type="checkbox"/>	Si 2 → B13
B12.	Comment traitez-vous l'eau de boisson ?	a. Cendre b. Aquatabs c. Faire Bouillir l'eau d. Filtre traditionnel 98. Autres à préciser _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B13.	Votre ménage dispose-t-il de latrines dans votre ménage ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>	Si 1 → B15
B14.	Où allez-vous à la selle ?	1. Latrine publique 2. Latrine des écoles/collèges 3. Latrine familiale 4. Plein air 5. Dans le lac/fleuve	<input type="checkbox"/>	Si réponse → B16
B15.	Quel type de latrine utilisez-vous dans votre ménage ?	1. Latrine à double fosse 2. Latrine à fosse surélevé ventilée 3. Latrine à trou foré 4. Latrine suspendue 5. WC Traditionnel 98. Autres à préciser _____	<input type="checkbox"/>	
B16.	Disposez-vous de dispositif de lavage des mains ?	1. Oui, Vue 2. Oui, Non vue 3. Non	<input type="checkbox"/>	Si 2 ou 3 → B19
B17.	Utilisez-vous actuellement ce (s) dispositif (s) de lavage des mains ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>	Si 2 → B19
B18.	Y a-t-il de l'eau et du savon au niveau du dispositif de lavage des mains	1. Oui, Vue 2. Oui, Non vue 3. Non	<input type="checkbox"/>	
B19.	Disposez-vous de MIILD dans votre ménage ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>	Si 2 → B25
B20.	Si le ménage dispose de MIILD, avez-vous dormi	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>	Si 2 → B22

N°	Questions	Réponses et Codes	Codes	Saut
	la nuit dernière sous MIILD ?			
B21.	Votre moustiquaire n'est-elle pas déchirée ?	1. Oui, Vue 2. Oui, Non vue 3. Non	__	
B22.	Combien de personnes dorment sous MIILD dans votre ménage ?	_____	__ __	
B23.	Combien de personnes n'ont pas dormis la nuit dernière sous MIILD dans votre ménage ?	_____	__ __	
B24.	Généralement, à quelle heure les enfants de moins de 5 ans se couchent-ils dans votre ménage ?	1. Avant 20 heures 2. Entre 20 et 21 heures 3. Entre 21 et 22 heures 4. Au-delà de 22 heures	__	
B25.	A quel point êtes-vous satisfait des résultats du PIHI-Com dans votre localité ?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 5. Pas du tout satisfait	__	
B26.	A quel degré pouvez-vous estimer votre satisfaction de cette contribution du projet sur la réduction des cas de diarrhée dans votre localité ?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait	__	
B27.	A quel degré pouvez-vous estimer votre satisfaction de cette contribution du projet sur la réduction des cas de décès d'enfants pour cause de paludisme dans votre localité ?	1. Très satisfait 1. Satisfait 2. Peu satisfait 1. Pas du tout satisfait	__	

Commentaire général de l'enquêteur sur la collecte de données ou informations nécessaires _____

Heure de fin de l'interview : |__|__| H |__|__|MN

Voici la fin de notre entretien. Merci beaucoup pour le temps mis à répondre à nos questions.

Annexe 2 : Liste des villages d'enquête par commune et par zone sanitaire

Zone Sanitaire	Commune	Village
Comè-Bopa- Grand_Popo_Houéyogbé	Bopa	Ahloume
		Hegoh
		Tokpoe
		Zoungbo_Mission
	Comé	Gbedevinou
		Kpetou
		Mongnonhoui
		Totchan_Agni
	Grand Popo	Heve
		Louis Condji
		Seho Condji
		Tolebekpa
	Houéyogbé	Adjame
		Dave
Djetoe		
Hinde		
Lokossa-Athiémé	Athiémé	Awakou
		Tadokome
	Lokossa	Akodedjro
		Tozoume

Table des matières

Dédicace	ii
Remerciements	iii
Sommaire.....	v
Sigles et abréviations.....	vi
Liste des tableaux	viii
Liste des figures.....	ix
Résumé	x
Introduction	1
Chapitre 1 : Revue de littérature et cadre conceptuel de la recherche.....	5
1.1. Clarification de quelques concepts	5
1.2. Revue indicative de la littérature empirique.....	9
Chapitre 2 : Cadre de l'étude et méthodologie de recherche.....	15
2.1. Cadre institutionnel de l'étude.....	15
2.2. Méthodologie de recherche	18
2.2.1. Nature de la recherche	18
2.2.2. Méthodologie technique d'investigation de l'étude	19
2.2.2.1. Sources des données à collecter	19
2.2.2.2. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon	19
2.2.2.2.1. Taille de l'échantillon	19
2.2.2.2.2. Choix des villages	20
2.2.2.2.3. Choix des personnes à enquêter dans la communauté.....	21
2.2.2.3. Déroulement de l'enquête	21
2.2.3. Méthodes de collecte des données.....	21
2.2.3.1. Revue documentaire	22
2.2.3.2. Entretiens structurés	22
2.2.3.3. Observations directes de l'enquêteur	22

2.2.4.	Considérations éthiques et administratives éventuelles.....	23
2.2.5.	Méthode d'analyse des données	23
2.2.6.	Méthode de vérification des hypothèses.....	24
Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats de la recherche.....		25
3.1.	Présentation des résultats obtenus	25
3.1.1.	Caractéristiques de la population.....	25
3.1.2.	Evaluer le niveau d'atteinte des indicateurs du PIHI-Com de 2020 à 2022 dans le département du Mono ;	27
3.1.3.	Apprécier le niveau d'exposition des ménages du département du Mono aux maladies diarrhéiques	31
3.1.4.	Comparer les taux de mortalités infantiles liés au paludisme dans le département du Mono entre 2020 et 2022	35
3.2.	Discussion.....	38
Conclusion et implications des politiques économiques		39
Références bibliographiques.....		41
Annexes		I
Annexe 1 : Questionnaire d'enquête		I
Annexe 2 : Liste des villages d'enquête par commune et par zone sanitaire		V
Table des matières		VI