Programme 2017-2021 de Memisa et MSV au Bénin

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT

Rapport d'évaluation intermédiaire du Programme MEMISA-MSV au Bénin (Programme commun DGD 2017-2021)

Belgique
partenaire du développement

antropica
consultores

Table des matières

Résumé exécutif 6

1. Contexte de l'évaluation 8

1.1. Objectifs 8

1.2. Déroulement de la mission 8

1.2.1. Programme de la mission 9

1.2.2. Activités menées 9

1.2.3. Méthodologie 10

2. Analyse des dispositifs proposés et des performances 13

2.1. La Théorie de changement 13

2.2. Analyse des composantes du programme 15

2.2.1. Composante 1 : Promouvoir la bonne gouvernance 15

2.2.2. Composante 2 : Améliorer l'offre 18

2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande 22

2.3. Synergies entre partenaires 23

3. Evaluation de l'intervention 24

3.1. Pertinence 24

3.2. Efficacité 25

3.2.1. Mesure de l'efficacité à travers des indicateurs du cadre logique 25

3.2.2. Indicateurs dont on ne dispose pas l'information 28

3.2.3. Analyse 29

3.3. Efficience 30

3.3.1. L'efficience dans l'utilisation du budget à travers les 3 axes d'intervention du programme 31

3.3.2. Analyse 32

3.4. Durabilité 34

3.4.1. La durabilité des acquis professionnels 35

3.4.2. Durabilité financière 35

3.4.3. Durabilité sociale 35

3.5. Thèmes transversaux 36

3.6. Stratégie de partenariat 36

4. Analyse par structure appuyée 38

4.1. Hôpital Evangélique de Bembéréké 38

4.2. Hôpital Sounon Séro de Nikki 40

4.3. Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko 42
4.4. Hôpital Saint Martin de Papané 43
4.5. Hôpital de Bassila 44
4.6. EEZS de Nikki 46
4.7. EEZS de Parakou 48
4.8. CS de Darnon 48
5. Enseignements tirés et conclusion 49
5.1. Sur le modèle d'intervention 49
5.2. Sur la mesure des acquis du Programme 49
5.3. Sur la pertinence du Programme 49
5.4. Sur l'efficacité 50
5.5. Sur l'efficience 50
5.6. Sur la durabilité 50
6. Recommandations 51
6.1. Pour le programme 51
6.1.1. Création et développement d'un système de gestion des connaissances 51
6.1.2. Mesures pour encourager la proactivité des professionnels 51
6.1.3. Mesures pour améliorer la gestion 51
6.1.4. Mesures pour améliorer le TRC 51
6.1.5. Amélioration de l'efficience à niveau des zones de santé 52
6.1.6. Installations qui nécessitent des solutions urgentes 52
6.1.7. Réorganisation de l'offre de services dans les zones de santé 52
6.1.8. Mise en œuvre d'un Projet médical partagé 53
6.2. Pour le partenariat 53
6.2.1. Conventions qui régissent les partenariats 53
Annexes 55
Annexe 1. Termes de référence 55
Annexe 2. Liste des personnes consultées 64

Liste des abréviations

AMCES	Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales du Bénin
BEC	Bureau Exécutif de Coordination
BS	Bembéréké-Sinendé
CSED	Centre de Santé Eloigné et Défavorisé
DDS	Direction Départementale de la Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
HZ	Hôpital de Zone
LUMOS	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit
MAT	Médecin Accompagnateur Technique
MC	Médecin Conseiller
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MEMISA	Medische Missie Samenwerking – Collaboration Missionnaire Médicale
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSV	Médecins Sans Vacances
NKP	Nikki-Kalalé-Pèrèrè
PN	Parakou/N'Dali
PEH	Projet d'Etablissement Hospitalier
PTD	Plan triennal de Développement
RC	Relais Communautaire
RCR	Référence Contre Référence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TRC	Trajet de Renforcement de Capacité
URAMO	Unité Rapprochée d'Accompagnement et de Mise en Œuvre
ZS	Zone Sanitaire

Avant-propos

Cette mission d'évaluation du Programme MEMISA-MSV au Bénin a été réalisée du 28 juillet au 6 août 2019 (Programme en annexe).
Elle a permis de visiter 5 hôpitaux de zone, deux équipes cadres et un centre de santé, en collaboration étroite avec AMCES, BEC et URAMO.

Cette mission d'évaluation intermédiaire confirme le plein déroulement du programme dans toutes les structures/équipes appuyées.

Nous voudrions remercier Memisa et MSV et les équipes AMCES, BEC et URAMO, ainsi que toutes les équipes et partenaires rencontrés, pour leur disponibilité et leur intense collaboration.

Le bon déroulement de cette mission a été favorisé entre autres, par les moyens logistiques mis en œuvre par l'AMCES, BEC et URAMO

Ce rapport a été rédigé par des experts externes indépendants.
Les opinions exprimées dans ce document représentent les points de vue des auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par Memisa, MSV, les partenaires ou les autorités du pays concerné.

Résumé exécutif

L'objectif général attendu de la mission est d'évaluer le Programme commun DGD 2017-2021, de décider sur la suite du programme en cours et de la collaboration Memisa-MSV, ainsi que donner des recommandations pour être en mesure d'adapter la Théorique du changement/stratégie d'intervention si nécessaire. La mission d'évaluation a tenu compte des recommandations de MEMISA et de MSV de mettre en place une démarche participative et mobilisatrice de l'ensemble des acteurs concernés par le Programme.

Le modèle d'intervention du Programme est un système vertical qui agit par délégation à d'autres niveaux. MEMISA et MSV délèguent la gestion du Programme à l'AMCES (Cotonou), qui le fait pour les aspects opérationnels à l'URAMO, son antenne à Parakou et ce sont les professionnels de l'URAMO qui ont une relation directe avec les bénéficiaires du Programme.

Le Programme présente une théorie de changement comme "cadre conceptuel" de l'intervention, et pose des hypothèses en termes de conditions préalables et de stratégies déployées. La théorie de changement apporte une vision théorique à l'intervention et englobe les trois piliers de l'intervention.

En termes de gouvernance, ce pilier remplit partiellement son rôle. Les stratégies sont plus centrées sur l'autonomie des partenaires, la coordination et les interactions entre tous, plutôt que le travail sur la responsabilité, la transparence, le management organisationnel et la pleine participation de toutes les parties prenantes.

L'amélioration de l'offre est le pilier le plus important du programme en termes de volume d'activités. Il touche des composantes majeures du renforcement institutionnel et appuie les activités des structures. Il reste néanmoins incomplet dans son volet renforcement des ressources humaines et ne donne pas la même importance aux différents types d'activités (investissement, équipement, renforcement de capacités, ...).

L'appui à la demande est le pilier stratégique le plus faible et est constitué d'activités peu en lien les unes avec les autres. Certaines stratégies méritent d'être revues ou adaptées (fonds d'équité) et d'autres nécessitent d'être renforcées (appuis aux structures enclavées).

En termes d'évaluation du programme, les axes de développement proposés semblent pertinents dans tous les cas, même si l'amélioration de l'offre de services de santé est l'axe d'intervention qui dispose de plus de ressources. Le programme a tenu compte des priorités du gouvernement, des Objectifs pour le Développement durable et des orientations stratégiques du Plan national de développement de la santé du Bénin (PNDS) 2009-2018.

L'efficacité décrit la réalisation des objectifs et est jugée assez bonne. Plusieurs objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce au choix adéquat de la stratégie à utiliser pour résoudre les problèmes. La mise en place du TRC, l'appui à la disponibilité des médicaments, l'arrivée de matériel médical et l'amélioration des infrastructures ont permis d'accroître considérablement les compétences des professionnels, d'améliorer le processus d'accueil, la prise en charge et les traitements des utilisateurs, en augmentant la confiance de la population dans le système de santé.

L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Par rapport à l'appui à l'organisation de la demande, ce volet est considéré comme efficient dans la mesure

où il contribue réellement à l'accès de la population la plus pauvre aux soins de santé. Pour améliorer cet axe d'intervention, il faudra introduire des changements dans son fonctionnement (Fonds d'équité).

La durabilité est jugée bonne. La durabilité des effets sur les intervenants et institutions, la durabilité technique et financière des actions et la durabilité du partenaire sont toutes assez bonnes. Une réflexion pour encore renforcer la stratégie d'assurance de la durabilité du Programme est encore nécessaire.

L'impact de l'amélioration des infrastructures, équipements et formations est facile à mesurer, à l'exception de la composante Formation et en particulier de l'amélioration de l'acquisition des compétences des bénéficiaires.

Sur ces bases, les recommandations visent le programme et spécifiquement (i) la création et la gestion d'un système de gestion des connaissances, (ii) des mesures pour encourager la proactivité professionnelle, (iii) pour améliorer la gestion, (iv) pour améliorer les TRC, (v) l'efficience de l'appui aux zones de santé et (vi) la mise en œuvre d'un Projet médical partagé. Pour le partenariat, il est aussi préconisé de revoir les conventions de partenariat.

1. Contexte de l'évaluation

1.1. Objectifs

L'objectif général attendu de la mission est d'évaluer le Programme commun DGD 2017-2021, de décider sur la suite du programme en cours et de la collaboration Memisa-MSV, ainsi que donner des recommandations pour être en mesure d'adapter la Théorique du changement/stratégie d'intervention si nécessaire. C'est donc une évaluation qui vise l'aide à la décision.

De façon plus précise, il était demandé de vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité des stratégies en matière de développement.

L'évaluation avait aussi comme objectifs complémentaires:

- Analyser la Théorie de Changement à la base de l'intervention, examiner sa faisabilité, la pertinence des hypothèses et proposer des recommandations pour l'améliorer,
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et au travers des indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions,
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux ainsi qu'à la digitalisation, en tant que priorité politique du bailleur.

1.2. Déroulement de la mission

Cette mission d'évaluation a tenu compte des recommandations de MEMISA et de MSV de mettre en place une démarche participative et mobilisatrice de l'ensemble des acteurs concernés par le Programme. Pour cela, un plan de déroulement initial a été élaboré avec l'AMCES puis réajusté en cours de mission.

Cette évaluation s'est parfaitement déroulée et avec l'aide précieuse de tous les collaborateurs de l'URAMO.

A partir d'une mission de 10 jours sur le terrain, les deux experts évaluateurs ont rencontré l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. Il a été procédé à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base du cadre logique, ainsi que l'analyse de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; il a été vérifié les produits et délivrables atteints. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention ont également été prises en considération.

1.2.1. Programme de la mission

Date		Activités
Lun	29/07	Rencontre avec **AMCES** Accueil équipe **URAMO** Rencontre avec le **DDS-Borgou**
Ma	30/07	Briefing de la mission avec l'équipe de l'**URAMO** Départ pour **l'Hôpital de Bembéreké** (Hôpital Evangélique). Rencontre avec l'équipe de l'Hôpital. Déplacement pour le bureau de **Zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè** ; Déplacement pour **l'Hôpital Sounon Sero de Nikki**
Me	31/07	Visite de **l'Hôpital Sounon Sero de Nikki** ; Départ pour **l'Hôpital de BOKO**. Rencontre avec l'équipe de **l'EEZS Parakou-N'Dali**
Jeu	01/08	Déplacement pour **l'hôpital de Bassila**
Ven	02/08	Visite **l'Hôpital de Bassila**
San	03/08	Réunion et débriefing de la mission d'évaluation à l'**URAMO** Visite du **Centre de santé de Danon** Départ pour **l'Hôpital de Papané**
Dim	04-08	Travail sur Cotonou, élaboration du rapport d'évaluation
Lun	05-08	Travail avec l'équipe de **l'AMCES.** Débriefing avec la **Direction Exécutive**
Ma	06-08	Rédaction du rapport intermédiaire

1.2.2. Activités menées

Dans un premier temps, les évaluateurs ont pu s'entretenir avec la responsable technique de Memisa à Bruxelles, de MSV Bruxelles, la Direction exécutive d'AMCES et les membres de l'antenne de coordination à Parakou.

Sur le terrain, les évaluateurs, après une validation du programme d'ensemble de la mission lors de la première journée, ont entamé une série de visites et d'entretiens. Ainsi un nombre élevé de visites et de rencontres a pu être fait aussi bien avec les opérateurs du projet, les autorités administratives, avec les responsables des hôpitaux et de CS.

Ces déplacements ont également permis de visiter 5 hôpitaux de zone, deux équipes cadres et un centre de santé, en collaboration étroite avec AMCES et URAMO.
A travers les visites et rencontres des hôpitaux, l'opérationnalisation des axes stratégiques du Programme a pu être évaluée.

Une restitution des premières conclusions de la mission a été faite à l'antenne de coordination puis au niveau de la Direction exécutive d'AMCES.

Partenaires / équipes rencontré(e)s :

- MEMISA
- MSV
- AMCES
- URAMO
- Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko
- Hôpital Sounon Séro de Nikki
- Hôpital Saint Martin de Papané
- Hôpital Evangélique de Bembéréké
- Hôpital de Zone de Bassila
- ECZS de Nikki
- ECZS de Parakou
- CS de Danon

1.2.3. Méthodologie

La stratégie principale de l'évaluation a été basée sur la participation d'un nombre considérable d'acteurs appartenant à différentes instances et niveaux de responsabilité ; à travers leurs différentes expériences et sensibilités, nous avons pu obtenir une vision globale de l'intervention et des secteurs touchés.

Nous avons utilisé une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. La méthodologie qualitative utilisée a reposée sur deux piliers : les entretiens avec les informateurs clés et les focus- groupes avec les professionnels (à l'hôpital de Papané entre autres).

Les principaux fournisseurs d'informations ont été :

- Direction et équipe du BEC/AMCES ;
- Coordination et équipe de l'URAMO/AMCES ;
- MCZS (médecins coordonnateurs de zone sanitaire) et membres des EEZS ;
- Directeurs des 5 hôpitaux ;
- Professionnels des services médicaux des hôpitaux ;
- Infirmiers des hôpitaux ;
- Infirmière du CS.

Concernant la méthodologie quantitative, nous l'avons utilisée pour analyser les résultats des indicateurs du cadre logique par rapport aux objectifs à atteindre. Ces résultats sont présentés dans le rapport annuel 2018 Programme Memisa MSV. D'autre part, nous avons analysé les indicateurs concernant les Formations et la Gestion des ZS et des HZ.

Les étapes de l'évaluation ont été :

Réunion de cadrage en Bruxelles avec les responsables du Programme
Cet échange avait pour but :

- De préciser le cadre et le projet évaluatif en prenant en compte les questions spécifiques que la direction du Programme et les évaluateurs souhaitaient approfondir, dans le respect des éléments attendus de l'évaluation externe.
- De recueillir les documents et rapports à analyser.
- De décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation).
- De préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information.

Étude documentaire
Documents consultés :

- Programme Memisa-MSV-DGD 2017-2021 3 Bénin mars 2017
- Programmes triennal de Memisa et de MSV-DGD 2014-2016
- Rapport définitif Evaluation externe Prog DGD OS3 Bénin
- Scores de performance
- Satisfaction clients (Hôpitaux Boko et Papané)
- Rapport évaluation qualité (Papané, Boko)
- Analyse de contexte spécifique AMCES et Borgou
- Rapport lancement Programme Memisa-MSV
- Rapports narratifs actuels 2017 et 2018
- Indicateurs d'activité 2017-2018
- Rapport annuel 2017 programme Memisa MSV
- Rapport annuel 2018 programme Memisa MSV

Réalisation de l'évaluation sur site
L'évaluation sur chaque site a été organisée selon la démarche suivante :

- Entretien avec le directeur de l'Hôpital (2 heures) ;
- Demande d'informations d'activité du Programme, Formation, etc. ;
- Visite à l'hôpital (2 heures). Observation du fonctionnement. Analyse des installations et de l'équipement fourni.
- Rencontres organisées avec les différents acteurs (Médecins, Responsables de service, etc.) pour recueillir leur perception et analyser le fonctionnement du Programme. (2 heures)
- Mise en commun des évaluateurs.

Analyse des données et rédaction du rapport
L'analyse des informations recueillies a été effectuée à la suite de la mission de terrain. Cette analyse a été suivie d'un travail d'écriture du pré-rapport. Le pré-rapport aura été envoyé à la direction du Projet pour relecture. Il est prévu que le retour des observations sur le document soit suivi d'un échange.

Validation et contrôle de qualité de l'information

Suite aux discussions avec les responsables du programme, les appréciations évaluatives réitérées ont été prises en considération en suivant le critère de saturation qui consiste à analyser progressivement l'information collectée et d'arriver à une conclusion quand les données se répètent.

Nous avons travaillé sur base de la stratégie de triangulation, c'est-à-dire que nous avons observé une même dimension du problème à partir de plusieurs points de vue, en utilisant diverses méthodes, techniques et sources d'information (informateurs clés, informations des focus-groupes, observation, etc.), en confrontant les différents points de vue.

2. Analyse des dispositifs proposés et des performances

2.1. La Théorie de changement

Le Programme présente une théorie de changement comme ”cadre conceptuel” de l'intervention, et pose des hypothèses en termes de conditions préalables et de stratégies déployées.

Ce cadre théorique est plutôt une “Théorie de programme” qui pourrait être divisée en théorie du changement (comment le changement est supposé se produire au niveau individuel, organisationnel, ou institutionnel ?) et théorie de programme (comment l'intervention ou programme est-il conçu pour aboutir au changement ?)

Une théorie de programme doit en effet exprimer comment on s'attend à ce que survienne un changement hypothétique (prédiction des effets bénéfiques liés à une levée des contraintes de l'environnement).
« La théorie de programme « résume » les mécanismes par lesquels l'intervention est supposée produire des résultats. Dans les systèmes complexes, les interventions ne produisent pas leurs résultats selon une chaine de causalité linéaire. Pour concevoir une intervention, il est toutefois intéressant de « penser » l'intervention comme une série de mécanismes supposés produire des résultats. Tenir compte ensuite de la complexité signifie utiliser la théorie de programme pour ce qu'elle est : non pas comme une référence ou un but en soi, mais comme une évolution possible et souhaitée du système, un outil pour la réflexion. Elle devra pouvoir être repensée à différents moments de l'intervention (par exemple un succès initial qui crée les conditions pour un autre succès). » (extrait thèse Dr Nathalie Ribesse).

La théorie de changement identifie les acteurs du système de santé, de la société civile et de la communauté. Toutes ces parties prenantes devraient être “actives” dans le Programme. Opérationnellement, seuls AMCES, les HZ et les EEZS sont appuyés, et peu ou pas la DDS, les communautés et les acteurs communautaires.

Le Programme prend en compte les conditions préalables qui doivent être remplies pour atteindre les résultats. Si celles-ci sont toutes importantes dans le cadre conceptuel, elles ne sont pas toutes appréhendées dans le programme qui ne traite que de certains volets de la gestion des RH, ou qui renforce les infrastructures, etc.

De la théorie de changements se déclinent différentes hypothèses qui peuvent être partiellement répondues. Cependant, elles n'ont de sens que si elles s'intègrent aussi dans une démarche de recherche (action ou opérationnelle) qui puisse documenter certains éléments. Les différentes hypothèses incluent des éléments descriptifs de la théorie de changement et/ou de programme.

H1 : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).
Cette hypothèse est le fondement des TRC et des changements des pratiques. Les critères de base forment le cadre de référence d'un TRC. Ils ont été élaborés sur base des directives nationales et/ou internationales (l'OMS). Lors de la formulation d'un TRC, l'HZ doit donner un score aux critères de base. Le but est d'analyser la situation de départ de chaque service et de chaque catégorie de personnel (médecins, infirmiers, etc.) impliquée dans un domaine prioritaire. Ces scores permettent de mesurer les efforts en renforcement des capacités qui sont nécessaires et ensuite d'estimer ce que MSV peut réaliser endéans une période de 3 ans.

Sur base de cette situation de départ, le TRC formule une série d'objectifs dont l'atteinte est mesurée par des marqueurs de progrès qui permettent de comprendre le processus de changement dans lequel l'hôpital est engagé et d'agir en conséquence.

Les actions à entreprendre sont énumérées et suivies dans un plan opérationnel. Durant la première activité les objectifs plus précis sont formulés pour toutes les actions de renforcement des capacités qui seront entreprises. Cela permet de formuler un plan opérationnel réaliste. Après chaque activité, l'HZ remplit un tableau récapitulatif qui permet d'analyser dans quelle mesure les objectifs ont été atteints. Chaque année, l'HZ remplit un rapport TRC sur base des marqueurs de progrès qui donne un aperçu plus détaillé de l'évolution du TRC.

A la fin de chaque TRC, une évaluation participative permet d'évaluer les résultats obtenus dans les différents domaines du TRC. Cependant, ce cadre de référence, de suivi et d'évaluation de l'évolution des capacités et compétences n'est pas pleinement approprié par les bénéficiaires qui sont le plus souvent incapables de l'expliquer complètement. Ils ne disposent pas d'un tableau de bord de suivi d'indicateurs au sein des services appuyés, qui peut être un outil intéressant pour confirmer les évolutions des pratiques.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives.
S'il y a un cadre de référence pour les compétences collectives de l'institution ou des équipes, il n'existe pas de référentiels de compétences pour les différents métiers renforcés dans les services. Il existe cependant bien un référentiel de compétences "de base" et assez transversal aux différents métiers. Ce dernier devrait donc être renforcé par des référentiels spécifiques aux métiers et services appuyés.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables.
Le Programme aborde deux aspects de la motivation intrinsèques (renforcement des capacités et environnement de travail) mais pas les autres éléments.

H4 : Si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.
A ce stade du Programme, très peu de choses sont faites pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Ni l'AMCES, ni l'URAMO, ni les hôpitaux/ EEZS ont démarré cette dynamique de gestion des connaissances.

H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.
Toutes les structures sont fonctionnelles et la qualité des soins est améliorée dans certains services (mais à documenter dans le processus d'amélioration de la qualité des soins dans les HZ).

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.
Très peu d'actions visent cette hypothèse. L'accessibilité financière est peu influencée par les fonds d'équité des hôpitaux. L'acceptabilité passe par l'amélioration de la qualité des soins qui est insuffisamment documentée, même si chaque TRC a son plan opérationnel qui permet de suivre son évolution. Certains hôpitaux et services sont de plus malheureusement peu fréquentés.

H7 Si le leadership local des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des équipes de gestion des hôpitaux, ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors le fonctionnement du système local de santé sera amélioré.
Le renforcement de leadership se passe essentiellement par des formations et des supervisions formatives. Ces actions sont insuffisantes. De plus, elles doivent être adaptées aux caractéristiques de chaque structure (par exemple les HZ de Papané et Boko étaient déjà dans l'ancien programme). D'autres actions sont nécessaires pour renforcer le management, l'esprit critique, la motivation, etc.

Ces hypothèses sont donc intéressantes mais soit incomplètes, soit impossibles à mesurer. Pour chaque hypothèse, il aurait fallu identifier d'abord les « connaissances disponibles ». Ensuite, en fonction des connaissances manquantes, le Programme devrait faire émerger des objectifs de recherche et proposer des méthodes de collecte et d'analyse de données à mettre en œuvre.

Conclusion : *la théorie de changement apporte une vision théorique à l'intervention. Elle n'est pas ou peu appropriée par les partenaires et n'est actuellement pas un guide pour l'action. A ce stade et pour servir de cadre de référence, elle pourrait être complétée par certaines actions peu prises en compte dans le Programme et par la mise en place d'un "cadre de recherche" permettant de documenter ses hypothèses.*

2.2. Analyse des composantes du programme

La théorie de changement prend en compte trois axes qui sont les fondements des hypothèses d'intervention : *la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Memisa travaille sur les trois axes, MSV se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre. Les thèmes transversaux genre et environnement et la digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement*. Ces trois piliers sont parties intégrantes de la mise en œuvre du Programme mais à des degrés variables et spécifiques entre institutions appuyées et au regard des stratégies prioritaires développées par chaque ONG.

2.2.1. Composante 1 : Promouvoir la bonne gouvernance

Ce premier pilier du Programme vise à appuyer la société civile locale et stimuler la participation communautaire grâce aux appuis et supervisions des EEZS et des organes de contrôle et de gestion des ZS. Pour ce faire, le programme vise spécifiquement :

- Le renforcement de la capacité organisationnelle et opérationnelle de l'AMCES et de son unité rapprochée d'accompagnement et de mise en œuvre (URAMO/AMCES)
- Le renforcement du leadership local à partir de la périphérie : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des directions des hôpitaux.
- Le renforcement des mécanismes de concertation multi-acteurs et d'intégration des programmes verticaux afin d'aider à remédier à la fragmentation des interventions.
- La documentation des changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel.
- Être actif dans les plateformes d'échange et de réseautage au Bénin via notre partenaire local AMCES et en Belgique.

De façon opérationnelle, cet axe se traduit essentiellement sur le terrain par l'appui au fonctionnement de l'AMCES, de l'URAM0 et des structures et équipes sanitaires (5 HZ et 4 EEZS).

Par rapport à l'appui des organes de coordination du programme (AMCES et URAMO) :
AMCES est le partenaire principal qui joue un rôle de coordination et de représentation du Programme. Cette association fait le lien entre le Ministère de la santé et ses 20 hôpitaux membres. A travers le Programme, Memisa et MSV appuient cette structure ce qui assure environ 30% du fonctionnement du BEC (même si initialement le budget couvrait 50%). Cependant, avant le début du programme Memisa et MSV ont demandé au BEC de présenter un budget de fonctionnement équilibré du BEC et ils ont accepté d'apporter un appui budgétaire pour 50% de ces coûts de fonctionnement (y compris les coûts de personnel, mais sans investissements et projets de tout genre). En cours de programme, le BEC a présenté un budget de fonctionnement majoré, mais Memisa et MSV ont voulu que cet appui reste figé au cours du programme sur base des données de départ pour ne pas faire grimper les coûts de coordination du programme. Ce Bureau est fort heureusement appuyé par un autre partenaire. L'appui du programme devait en effet leur permettre de mobiliser d'autres appuis pour le BEC (fonctionnement, projets et investissements) et pour les membres de l'association.

Il se dégage de l'évaluation que les rôles les plus importants du BEC/AMCES sont :

- Le rôle de relais avec le Ministère de la santé (dont le DDS) puisque AMCES participe à plusieurs instances régulières étatiques pour représenter les hôpitaux privés confessionnels.
- La validation et la démarche de demandes de fonds aux partenaires. Memisa et MSV visent l'autonomie financière des partenaires sur base d'un plan annuel et du suivi d'un plan trimestriel. La demande est adressée par la directrice d'AMCES et Memisa et MSV envoient l'argent trimestriellement. Ce mode de fonctionnement favorise une plus grande flexibilité dans l'utilisation de certaines lignes du budget (rubriques F pour fonctionnement, I pour investissement, etc.).
- Leur appui technique à l'URAMO et aux structures périphériques (via les formations) et le suivi périodique (monitoring).
- La consolidation des rapports financiers et l'organisation des audits externes.

Par ailleurs l'implication du BEC dans la mise en œuvre même du programme est voulue minimale. Le BEC est aussi appuyé par le programme comme bénéficiaire pour son rôle attribué par l'association faîtière AMCES même.

L'URAMO est l'antenne décentralisée de l'AMCES à Parakou, pour la mise en œuvre spécifique du Programme. Le Programme assure le financement de l'ensemble du fonctionnement de l'URAMO.
Cette antenne travaille en échange avec le BEC-AMCES et les équipes des sièges de Memisa et MSV à Bruxelles. Elle est le contact avec les autorités locales (DDS) et renforce les activités des HZ et EEZS visés. Elle fait un rapportage financier mensuel de toutes les activités.

De façon plus spécifique, il se dégage comme rôles principaux de cette structure :

- Le soutien aux formations organisées par les bénéficiaires (hôpitaux et ZS) : par leur rôle de planification gestionnaire,

- L'organisation des formations organisées par l'UMOS et MSV en fonction du trajet de renforcement des compétences,
- La supervision formative dans les HZ et les CS, et cela en collaboration avec les leurs infirmiers relais dans les ZS,
- La planification et le suivi administratifs des constructions et réhabilitations des bâtiments,
- L'appui à l'acquisition des équipements des structures,
- Le suivi des trajets de renforcement des capacités à travers le MC de l'URAMO.

De cet appui à la gouvernance par rapport à ces deux structures de coordination, il ressort comme points faibles:

- L'appui au BEC est un appui budgétaire (estimé à 50% du budget du BEC au départ) pour renforcer le rôle du BEC au sein de l'AMCES et d'assurer leur rôle de coordination, avec une nécessité de prendre un rôle plus important dans la gouvernance et la mise « en coupole » des acteurs locaux.
- Que ces partenaires ont du mal à savoir qui sont leurs interlocuteurs pour tel ou tel aspect du Programme.
- Qu'AMCES / BEC ne jouent pas pleinement le rôle de partenaire principal puisqu'une partie des financements ou des décisions se passent entre les ONG belges et l'URAMO, même si les relations opérationnelles directes entre URAMO et Memisa et MSV sont prévues par la convention signée au départ.
- Que le volet capitalisation du Programme est très faible aux niveaux de ces deux structures.
- Que MSV ne renforce pas directement le partenaire local (URAMO) mais par contre voudrait plus appuyer institutionnellement l'AMCES.
- Que la capacité opérationnelle d'AMCES est parfois trop faible pour assurer en continu des échanges ou des suivis par rapport aux demandes de l'URAMO.
- Que le rôle et les relations des coordonnateurs au sein de l'URAMO (c'est-à-dire le MAT et le MC) mériteraient d'être clarifiés.

Par rapport à l'appui aux hôpitaux :

L'hôpital revêt les caractéristiques d'une organisation complexe, à savoir: la multiplicité des objectifs, le pouvoir diffus et le travail en son sein basé sur la connaissance. A l'échelle de l'HZ, cela se traduit par l'ensemble des organes et des règles de décision, d'information (transparence) et de surveillance permettant aux ayants droit et aux partenaires de l'institution de voir leurs intérêts respectés dans le fonctionnement de l'institution.

Le Programme appuie le fonctionnement de l'hôpital et renforce les capacités de gestion, leadership, management et de développement locaux des partenaires (pour la recherche d'autres partenaires par exemple à l'HZ de Bembéréké). Si Memisa appuie le fonctionnement général et des formations courtes, MSV et LUMOS développent (avec Memisa) les formations dont certains visent ces compétences (au niveau de l'hôpital ou directement des services). Les activités de LUMOS et Memisa, orientées vers les HZ, s'inscrivent dans le TRC de l'HZ. Pour rappel, le TRC est un instrument, élaboré par MSV. Un TRC est un programme de coopération de trois années (renouvelable et prolongeable) faisant partie d'un accord de partenariat entre un hôpital et MSV. Ce TRC constitue le cadre de travail commun dans lequel doit figurer toute

action de MSV dirigée vers l'hôpital partenaire. Le TRC identifie un nombre limité de domaines prioritaires auxquelles les deux partenaires vont travailler ensemble.

L'appui décentralisé aux HZ à travers l'URAMO facilite l'accès aux financements.

Toutes ces actions s'inscrivent dans l'appui aux Plans de développement des hôpitaux. Cette vision est néanmoins parfois déséquilibrée par des missions de volontaires (dans le cadre des TRC) qui parfois ne s'intègrent pas pleinement dans cette vision managériale de l'institution ou dans les demandes et besoins « du moment ».

Par rapport à l'appui aux EEZS : ces équipes sont l'exécutif de la zone sanitaire. Elles sont appuyées pour leur fonctionnement afin de tenir leurs réunions (CA, comité de santé, ...) et assurer leur monitorage (suivi sur le terrain) de manière régulière. Cela permet aussi le contrôle de la bonne gestion financière et matérielle des CS.

Chaque département à sa DDS qui coordonne des zones sanitaires, composées d'une ou plusieurs communes dans lesquelles il y a des centres de santé. Chaque département à un hôpital départemental et un hôpital de ZS par zone.

Conclusion

En regard de la théorie de changement et de l'appui complet au système de santé local, on remarque que le programme appuie les ZS (à travers les EEZS) et les hôpitaux mais pas la DDS[1] et trop faiblement les CS. Cette approche limite le rôle de coordination et de supervision que pourrait jouer la DDS et dilue l'action au niveau des structures périphériques.

En termes de gouvernance, ce pilier remplit partiellement son rôle. En effet, les stratégies sont plus centrées sur l'autonomie des partenaires, la coordination et les interactions entre tous, plutôt que le travail sur la responsabilité, la transparence, le management organisationnel et la pleine participation de toutes les parties prenantes.

2.2.2. Composante 2 : Améliorer l'offre

Ce deuxième axe comprend deux résultats attendus, le premier ciblé sur la disponibilité des soins, le deuxième sur la qualité des soins. De façon opérationnelle, cela se traduit essentiellement par :

- La mise en place du Trajets de Renforcements de Capacités (TRC) développé par MSV : Les compétences médicales et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées. Pour réaliser ces TRC ensemble avec les HZ et renforcer leur capacités médicales, techniques et organisationnelles, MSV prévoit une diversification des activités : les missions (des volontaires de terrain/experts locaux), la facilitation des échanges sud-sud, l'organisation des ateliers et des formations régionales, le suivi rapproché des prestataires par des consultants locaux, etc.
- L'appui à la formation continue « classique », sans lien avec un parcours pédagogique de type TRC

[1] La DDS est appuyée indirectement par un appui aux équipes de la DDS pour le monitoring fait par les équipes d'encadrement de la zone, et l'évaluation semestrielles sur la qualité des données faites par ll'équipe de la DDS, un financement est donné pour le controle du fonctionnement de l'EEZS

- Les équipements : dans le cadre du TRC, les hôpitaux reçoivent également un appui en matériel biomédical, consommables et médicaments.
- Les infrastructures
- L'approvisionnement en médicaments essentiels

Les 3 ONG utilisent le concept de renforcement des capacités (même si l'initiative vient de MSV et que les activités de LUMOS et Memisa, orientées vers les hôpitaux de zones, inscrivent dans le TRC de l'HZ en question). Cela se traduit par des TRC ou l'appui aux formations continues organisées par les partenaires. C'est sans doute le volet le plus important du programme et qui sera analysé dans différentes parties de l'évaluation. Si cette démarche de renforcement des capacités est pertinente et "bien pensée", elle est actuellement incomplète et ne permet pas de générer des informations sur leur efficacité ou des résultats concrets.

Le TRC est une démarche pédagogique innovante. Basée sur le développement des compétences (sur base de capacités ciblées), elle vient en soutien à des services hospitaliers pour lesquels les besoins sont indéniables (chirurgie, pédiatrie, maternité, hygiène hospitalière). Le TRC identifie un nombre limité de domaines prioritaires. Il est basé non seulement sur des constatations objectives répertoriées dans un rapport d'exploration mais aussi sur l'auto-évaluation de la capacité de l'hôpital. Cette auto-évaluation donne un aperçu global de ses capacités et aide à identifier les priorités pour leur renforcement. Les domaines prioritaires peuvent être des services hospitaliers (e.a. pédiatrie, maternité, etc.), techniques (e.a. maintenance, laboratoire, etc.) ou des thèmes transversaux (e.a. hygiène hospitalière, gestion des soins, etc.).

Ce projet d'amélioration des compétences est donc un instrument de renforcement des capacités des hôpitaux associant une série d'actions complémentaires visant à soutenir les ressources humaines afin d'améliorer leurs compétences et la qualité de la prise en charge, avec l'arrivée de ressources matérielles (équipements) et d'autres actions. Parallèlement, des actions transversales sont dirigées vers plusieurs services cliniques avec des problèmes communs, afin que chacun puisse bénéficier dans une certaine mesure de ce type d'intervention.

Le projet d'amélioration des compétences, à travers principalement les TRC, présente les atouts et faiblesses suivantes:

- Il vise à améliorer les actions identifiées comme prioritaires par les bénéficiaires.
- Il agit à plusieurs niveaux (formation, équipement, accompagnement, amélioration des structures) visant l'efficacité des résultats.
- Cela affecte l'ensemble de l'organisation, car il concerne les équipes et pas seulement les individus.
- L'acquisition de compétences revêt un caractère progressif et a un impact direct sur l'amélioration des soins de santé. Si un système de suivi et d'évaluation de l'évolution des capacités et compétences existe théoriquement, il n'est pas visible dans les services.
- L'amélioration des compétences et l'allocation de ressources matérielles ont un impact important sur l'amélioration de la qualité du processus de prise en charge.
- Les actions incluses dans le TRC sont efficaces et efficientes puisqu'elles n'impliquent pas un coût trop élevé ; elles sont réalisées à l'aide de méthodes pertinentes (apprendre par la pratique). Il s'agit d'un instrument de transformation de la culture hospitalière vers un modèle organisationnel de qualité.

Faiblesses

- Le taux de rotation élevé du personnel a pour conséquence que le TRC ne peut pas toujours être finalisé par un grand nombre de professionnels. Le TRC doit anticiper le turn-over du personnel hospitalier.
- La mise à disposition de TRC dans des services à faible fréquentation, qui ne facilite pas la pratique et les approches qualité.
- L'absence de système d'information fiable ne nous permet pas de connaître l'impact de cet instrument sur l'amélioration réelle des compétences professionnelles.
- Bon nombre des avantages que l'hôpital pourrait avoir pour améliorer les compétences professionnelles sont perdus lorsque les professionnels quittent l'institution. N'ayant pas programmé un système de gestion des connaissances, l'hôpital perd l'investissement réalisé pour améliorer les capacités techniques de ses professionnels.
- Parfois, l'identification des besoins est incorrecte. C'est le cas par exemple de l'hôpital de Papané, où l'on avait prévu l'ouverture d'une unité de néonatologie, pour laquelle on a acquis du matériel qui n'a jamais été utilisé puisque cette unité n'a pas été ouverte[2]. En ce sens, il est important que lors de la phase d'identification des domaines prioritaires, un expert, externe à l'hôpital, puisse donner un avis.
- On observe parfois un manque d'appropriation des objectifs et des résultats attendus par les équipes visées.
- Absence d'indicateurs quantitatifs de suivi même si le TRC intègre des marqueurs de progrès. Une série de marqueurs de progrès constitue un modèle de changement qui fait bien ressortir la profondeur et la complexité du changement envisagé. Une série de marqueurs doit indiquer une progression, depuis le minimum auquel on s'attend, en termes de réalisations par rapport aux activités planifiées dans le trajet, en passant par ce que l'on souhaite voir réalisé et enfin, ce qu'on aimerait, dans l'idéal, voir réaliser par le trajet pour qu'il puisse exercer une influence profonde. Les marqueurs de progrès permettent de comprendre le processus de changement dans lequel l'hôpital est engagé et d'agir en conséquence.
- Non intégration des autres formations continues dans le TRC.
- Faible autonomie des hôpitaux pour développer un nouveau TRC dans d'autres services en dehors de l'appui MSV

L'envoi des volontaires belges (ou d'experts locaux surtout pour les médecins) est la stratégie principale, basée sur les besoins des hôpitaux qui définissent les activités attendues : stages, formations, échanges de connaissances, etc. Une évaluation a montré que l'expertise locale est plus efficace car en dehors des missions d'appui, elle permet aussi un suivi à distance ou au moins un continuum dans la communication entre l'équipe et l'accompagnateur. Le succès de cette stratégie est que la formation est réalisée au sein des services visés et touche toute l'équipe.

L'appui à la formation continue « classique » : est un axe très important qui consomme beaucoup de ressources. Sur base des plans stratégiques (plans de formation continue), les HZ et EEZS expriment leurs besoins de formation et les relayent à l'URAMO qui les aide à les opérationnaliser (appuis techniques et logistiques). Ces formations sont très importantes car elles permettent de mettre à jour des équipe, rebondir sur des problèmes nouveaux rencontrés, développer les capacités des nouveaux personnels, etc. Ces formations peuvent être une composante des TRC même si cela n'est pas souvent utilisé comme tel.

2 Equipement offert à tous les HZ par le PASMI (Programme d'appui à la santé maternel et infantile) et non pas par le programme commun.

La formation continue est une stratégie développée depuis de longues années par les partenaires et doit se faire dans un cadre formel pour être bénéfique pour les individus et les institutions. Cela passe entre autres :

- Par l'élaboration d'un cadre pédagogique (objectifs, programme, dispositifs, évaluation, etc.) systématique pour chaque formation ;
- Que ces formations visent les capacités et compétences sur base d'alternance de théorie et de pratique et sur base d'un cadre de référence (référentiels du Ministère ou plus contextuels) ;
- Que ces formations soient systématiquement suivies (en post-formation) sur base d'un accompagnement au sein des services.
- Qu'un cahier des charges soit proposé aux individus / équipes / services pour assurer la mise en œuvre des acquis de la formation dans les différentes structures (sur base de résultats attendus).

Le renforcement des structures en équipements : est une stratégie pertinente et importante du programme. Toutes les structures visées bénéficient de ce renforcement. Cet appui est d'autant plus pertinent qu'il est une partie importante des TRC. Ces équipements sont utilisés en fonction de la fréquentation des services. Parfois malheureusement, ils sont non utilisés car ne répondant pas à un besoins prioritaire de l'hôpital (ex. matériel de néonatologie à l'HZ de Papané qui provient en partie du PASMI).
Cette stratégie nécessite aussi de mettre en place des maintenances préventives des appareils ce qui pose énormément de problèmes dans les hôpitaux visités et qui est trop faiblement appréhendé par le programme.
Si l'apport en équipement est conséquent dans les hôpitaux, elle semble plus faible dans les centres de santé. Cependant, le programme comptait sur l'appui continu du FBR aux formations sanitaires, qui devra bien être remplacé par un autre mécanisme de subvention étatique.

La construction et la réhabilitation des infrastructures permettent une très bonne visibilité au Programme. Les travaux réalisés sont de qualité et favorisent une motivation importante aux seins des institutions et de leurs équipes. Les besoins sont cependant énormes et ce volet investissement mériterait d'être accentué dans l'avenir. Il devrait toucher prioritairement les bâtiments des services visés par les TRC (tout appui du programme aux HZ s'inscrivant dans les TRC). Il est par exemple difficile de mettre en place un TRC en pédiatrie à l'hôpital de Nikki dans des salles en très mauvais état.

L'approvisionnement en médicaments essentiels est systématiquement mis en avant par les hôpitaux, les EESZ et les CS. Il y a donc unanimité pour admettre que cet appui soulage le fonctionnement des structures et favorise l'accessibilité aux médicaments essentiels. Cet apport représente cependant une faible partie du budget de fonctionnement des hôpitaux (entre 5 et 10%) mais cela leur permet de développer de nouvelles activités ou pallier à des lignes de fonctionnement déficitaires. Cet appui est d'autant plus pertinent si les institutions développent un projet structuré sur base « des bénéfices » engendrés par cet appui au fonctionnement. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas, ce qui soulève des questions de pérennisation et même parfois de pertinence.

Conclusion

Ce pilier stratégique est le plus important du programme en termes de volume d'activités. Il touche des composantes majeures du renforcement institutionnel et appuie les activités des structures. Il reste néanmoins incomplet dans son volet renforcement des ressources humaines

et ne donne pas la même importance aux différents types d'activités (investissement, équipement, renforcement de capacités, ...).

2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande

Ce pilier est sans doute le moins développé dans le programme. Il doit favoriser l'accès géographique et financier à des soins de santé acceptables pour la population. De façon opérationnelle, cela se traduit essentiellement par :

- Le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des relais communautaires
- Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé essentiellement centré sur les fonds d'équité des hôpitaux (prise en charge des indigents)
- L'appui aux initiatives communautaires pour une meilleure prise en charge de la référence et la prise en compte communautaire de problèmes prioritaires comme la malnutrition.
- L'assainissement des HZ et les rendre plus accueillants et agréables pour le malade et ses accompagnants.
- La motivation des personnels des CS enclavés avec le maintien de personnel féminin dans les CS éloignés

Le renforcement des actions communautaires est pertinent mais trop faible à l'échelle du Programme (ressources insuffisantes). Les populations n'utilisent pas assez les services de santé et l'appui aux actions communautaires renforcerait l'accessibilité aux CS (au sein des centres, en stratégies avancées, dans la communauté par des visites à domicile et le dépistage communautaire, etc.).

L'appui aux fonds d'équité des hôpitaux : est une stratégie pertinente au regard des besoins des populations, mais mal intégrée actuellement dans les structures. Cet appui se fait par un remboursement des frais des indigents après prestations, sur base de justifications médicales et administratives. Tous les 3 mois, les HZ doivent envoyer les dossiers afin que l'URAMO réalise des vérifications et les rembourse. Un mécanisme de vérification communautaire est aussi envisagé (ou doit être mis en place).

Cette procédure ne favorise pas l'acheminement des dossiers à l'URAMO pour remboursement ce qui fait que ces fonds ne sont pas totalement exploités. De plus, il se dégage des avis divergents sur la pertinence de ces fonds. La DDS envisage de revoir les critères d'indigence et de former les équipes. Certains hôpitaux trouvent la stratégie nécessaire pour favoriser l'accessibilité et soulager le fonctionnement de l'hôpital ; d'autre aimeraient que ce subside soit transformé en budget de fonctionnement pour les médicaments et les services. Sans pouvoir évaluer la véritable couverture de ce fonds d'équité, il est difficile de se prononcer sur sa continuité ou sa réorientation.

Les fonds d'équité sont logés à l'hôpital mai rien n'est pris en compte au niveau des structures périphériques.

L'appui aux initiatives communautaires se fait essentiellement par le financement annuel de microprojets pour appuyer la société civile, des initiatives locales ou des associations existantes (appui au don de sang par exemple).

L'assainissement des HZ : se fait par les réhabilitations et tout le travail sur l'hygiène. Ce volet a eu des synergies avec les interventions d'Enabel (entre autres à l'hôpital de Bassila). Certains budgets ont été réorientés pour pallier à des problèmes structurels (ex. construction du château d'eau à l'HZ de Bembéréké). Dans tous les hôpitaux soutenus, le programme développe des interventions sur l'hygiène hospitalière.

La motivation et l'encadrement de personnel féminin dans les CS éloignés : est une stratégie pertinente et nécessaire. Elle consiste en une supervision rapprochée de ces centres (par les EEZS et l'antenne de coordination), l'appui en petit équipement et une prime au bénéfice de l'infirmière titulaire (qui parfois la partage avec son équipe locale). La prime mensuelle de 25.000 FCFA/ mois est octroyée après une évaluation trimestrielle des activités. Cette prime était dans l'ancien programme de 50.000 FCFA mais a subit une réduction à l'arrivée du FBR. Cette dernière est arrivée à terme dans le Département mais la prime n'a pas été revue depuis.

Conclusion : ***Ce pilier stratégique est plus faible et est constitué d'activités peu en lien les unes avec les autres. Certaines stratégies méritent d'être revues ou adaptées (fonds d'équité) et d'autres nécessitent d'être renforcées (appuis aux structures enclavées).***

2.3. Synergies entre partenaires

La synergie avec les acteurs belges de la coopération est faible. Dans le Programme actuel, des échanges entre Enabel et MSV existaient (terminés en septembre 2019) concernant le rôle de chacun dans les investissements de l'hôpital de Bassila. Actuellement il n'y a plus de synergies « opérationnelles » avec Enabel (suite à la fin des interventions de Enabel à l'HZ de Bassila), ni avec d'autres partenaires belges.

Par contre, le volet des synergies est développé dans le Programme entre les partenaires et mériterait d'être renforcé. Il s'agit d'abord des synergies entre les acteurs touchés par le Programme : (i) entre les acteurs au sein de chacune des ZS et entre les ZS, (ii) entre les différents acteurs présents au niveau départemental et les acteurs du niveau ZS, (iii) entre les acteurs au niveau déconcentré (représentés par l'URAMO) et l'AMCES, qui doit capitaliser les apports des zones sanitaires.

Enfin, il y a une nécessité de plus de synergies entre Memisa et MSV à travers des objectifs opérationnels communs tant dans les formations que dans d'autres axes de l'appui. Par exemple Memisa pourrait aider MSV à mieux manager le suivi des TRC par l'identification d'indicateurs de suivi, mise en place de récolte de données, leur interprétation, etc.

Sur la relation Memisa et MSV, il ressort souvent de la perception des partenaires que ce sont deux projets indépendants obligés de collaborer et partageant partiellement un même contenu. Cette perception subjective est un indicateur d'une collaboration trop faible entre les ONG (entre les sièges ou lors des descentes sur le terrain) même si sur le terrain, toutes les actions sont mises en œuvre par les organes du partenaire AMCES, qui coordonne les appuis de Memisa et MSV.

3. Evaluation de l'intervention

Les indicateurs d'évaluation ci-dessous sont appréciés suivant un score allant d'A à D selon la classification suivante :

- A : Très Bon, Peu ou pas d'adaptations/corrections nécessaires
- B : Assez bon, quelques corrections ou adaptations conseillées
- C : A améliorer, corrections ou adaptations conséquentes sont à prévoir
- D : Critique, remise en question de l'action, corrections ou adaptations importantes.

3.1. Pertinence

Elle est jugée très bonne (A).

La Pertinence est la mesure selon laquelle les objectifs du Programme correspondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire. La pertinence concerne l'adéquation du projet avec les problèmes à résoudre à deux moments donnés : lors de sa conception et lors de son évaluation.

D'une part, les orientations stratégiques du PNDS sont :

- La réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins.
- La valorisation des ressources humaines.
- Le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale.
- L'amélioration du mécanisme de financement du secteur.
- Le renforcement de la gestion du secteur.

D'autre part, les Objectifs spécifiques du Millénaire pour le Développement (OMD) sont :

- Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins.
- Renforcer le partenariat pour la santé.
- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Le programme commun de Memisa et MSV est pertinent parce qu'il s'inscrit dans les Objectifs pour le Développement durable et il correspond aux orientations stratégiques du Plan national de développement de la santé du Bénin (PNDS) 2009-2018.

Les axes de développement proposés semblent pertinents dans tous les cas, même si l'amélioration de l'offre de services de santé est l'axe d'intervention qui dispose de plus de ressources.
L'appui à la demande, c'est-à-dire l'amélioration de l'accessibilité économique et géographique aux services de santé des plus vulnérables, est la meilleure expression du niveau d'équité de la politique de santé et peut se mesurer par l'augmentation de la fréquentation de la population des indigents aux soins de santé, afin d'évaluer l'amélioration des indicateurs de santé de ces groupes de population et vérifier l'application du fonds d'équité. Le renforcement des systèmes

de subventions pour l'accès aux soins de santé est un instrument utile qui peut également avoir une incidence sur l'amélioration de la santé des plus vulnérables.

Par rapport à la bonne gouvernance et au leadership institutionnel, il est clair que les actions liées à cet axe d'intervention ont un impact direct sur la gestion des institutions et leur bon fonctionnement.

En concordance avec ces stratégies et objectifs, le cadre logique de Programme a défini comme objectifs stratégiques : la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins. Pour atteindre ces objectifs, différentes mesures et activités ont été programmées : le renforcement des structures et la mise en place d'équipement médical. Pour l'amélioration de la qualité des soins, le TRC et la formation.

Le Programme MEMISA MSV répond clairement aux objectifs énoncés par la Politique nationale de santé du Bénin, s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS et s'inscrit ainsi dans les domaines indicatifs d'appui de la Coopération Belge.
Par ailleurs, les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont compatibles avec la finalité globale et la concrétisation des objectifs fixés. Le Programme s'attaque aux vrais problèmes soulevés par les indicateurs sanitaires.

Toutes les activités réalisées visent à atteindre les ODD, aussi bien celles qui ont une incidence sur la demande, que celles qui ont une incidence sur l'amélioration de l'accessibilité ou celles qui visent l'amélioration de la qualité (CRT), un soutien à la bonne gouvernance et/ou la gestion des ressources humaines (formation).

Les domaines prioritaires de l'intervention ont été bien choisis. Ils agissent simultanément sur l'offre de services pour améliorer leur disponibilité et leur qualité et aussi sur la demande pour améliorer l'accessibilité. En même temps, ils essaient d'améliorer la gouvernance à travers la concertation à tous les niveaux.
Nous pensons qu'il est tout à fait pertinent de poursuivre l'intervention en intégrant certains ajustements. Le Programme va continuer à ajouter de la valeur au système de santé béninois. Cet avis est partagé à l'unanimité avec tous les professionnels bénéficiaires du projet.

D'après les appréciations évaluatives effectuées, on a donc constaté :

- La concordance avec les finalités de la politique nationale du pays ;
- La correspondance avec les besoins et les demandes des bénéficiaires ;
- La conformité avec les orientations générales du Ministère de la Santé publique.

3.2. Efficacité

L'efficacité décrit la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints.

Elle est jugée assez bonne (B).

3.2.1. Mesure de l'efficacité à travers des indicateurs du cadre logique

Constats

Éléments à prendre en compte

Les résultats des indicateurs du cadre logique que nous avons évalués correspondent à l'année 2018, car ils sont les seuls disponibles pour une année complète. L'évaluation a été réalisée début août 2019 (Année 2 du programme) et les informations existantes de l'année 2019 ne couvraient que les 7 premiers mois, de sorte que leur interprétation aurait pu entraîner des erreurs si elle avait été utilisée, étant donné que certaines activités peuvent avoir des variations saisonnières.

La source des résultats obtenus est le **« Rapport narratif annuel 2018 du programme quinquennal Memisa / MSV 2017-2021 (page 38-41 en annexe)** », document fourni aux évaluateurs par le partenaire régional URAMO et le seul document disponible (sauf erreur de notre part) avec ces informations. À la suite de la première lecture faite par Memisa / MSV, des désaccords sont apparus par rapport aux chiffres de résultats que nous avons appliqués comme objectifs atteints. Il est clair que le système d'information disponible n'est pas fiable, mais les données que nous avons appliquées, comme nous l'avons déjà dit, proviennent du rapport URAMO, qui est le mieux placé pour fournir des informations de qualité étant donné sa proximité au terrain. Nous n'avons pas la capacité d'analyser si leurs chiffres sont corrects ou non, même si nous rappelons la faible fiabilité du système d'information.

D'autre part, nous devons recommander que, pour faciliter les processus d'évaluation externe et d'auto-évaluation, les objectifs soient programmés pour chaque année (les objectifs manquent pour 2020), ce qui obligerait davantage les responsables du programme à en contrôler les résultats

- L'augmentation du taux de satisfaction des clients externes des HZ en 2018 ne semble pas être complètement le reflet de la réalité, même si les chiffres de satisfaction sont élevés dans le rapport annuel du Programme 2018 (86% à Boko et 90% HEB). Les enquêtes sont apparemment le moyen de mesurer la satisfaction des bénéficiaires. Les bénéficiaires étant dans une situation de grande faiblesse, ils sont plus susceptibles de reconnaître la valeur des soins reçus, aussi médiocres soient-ils. Ce principe justifie que les enquêtes menées auprès des patients à cette fin donnent presque toujours des résultats très positifs (également dans notre environnement) utiles en général pour augmenter la complaisance des gestionnaires et néfastes à la fois car ils retardent la réponse institutionnelle à des problèmes que les patients subissent. Les taux de satisfaction élevés des patients assistés dans ces deux hôpitaux ne correspondent pas à ce que les évaluateurs sur site ont observé. En tout état de cause, la vraie satisfaction des bénéficiaires s'exprime généralement par une augmentation de la demande d'assistance de la population.

- Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les ZS a augmenté, à l'exception de la zone de santé de Tchaourou. La moyenne trimestrielle a augmenté progressivement tout au long de 2018 jusqu'à atteindre le chiffre de 70% dans le dernier trimestre.
- Le taux d'utilisation des services de santé était prévu du 51% pour 2018. Sauf l'Hôpital de Bassila, qui a atteint 75% d'utilisation, les hôpitaux de la ZS NPK, PN et TCH, sont étalés dans des chiffres comprises entre 40 et 44%, chiffres trôp basses d'utilisation par rapport aux besoins de services hospitaliers de la population.

- Par rapport au pourcentage de personnel des EEZS et des Directions des HZ ciblés formés en bonne gouvernance au cours du programme (objectif fixé à 75%), d'après nos données le taux est du 40% et par conséquent l'objectif n'a pas été atteint. Néanmoins, Le chiffre doit être cumulatif au cours du programme ; à signaler le problèmes des interférences (intempestives) des missions et tâches commandées par le niveau central vers les structures bénéficiaires qui perturbent énormément les activités planifiées ensemble avec eux ; cela gêne surtou l'organisation de formations par manque de disponibilité prévisible.
- La proportion des Comités de santé des ZS et des Conseils d'administration des HZ fonctionnels est du 80%, ce qui, a priori, c'est un bon résultat.
- Concernant l'augmentation du taux de malades hospitalisés dans les HZ reçus en référence (objectif de 11%.), l'objectif n'a pas été atteint sauf pour l'hôpital de Papané. Ce résultat suggère un manque de coordination entre les centres de santé et les hôpitaux, qui influence la continuité des soins et/ou un manque de confiance de la population par rapport aux hôpitaux.
- L'augmentation de la disponibilité de Médicaments essentiels génériques (MEG) au dépôt de la ZS n'a pas atteint le résultat prévu, même si le taux de disponibilité des médicaments dans les hôpitaux est élevé (93-95%).
- Le matériel biomédical acheté au cours du programme et utilisé a atteint l'objectif prévu.
- La maintenance préventive du matériel (Objectif 60%. Résultat : 19%) est une activité indispensable qui doit être mise en place aussi tôt que possible. Bien que nous avons constaté que cette inquiétude est partagée par les responsables locaux du Programme et par les Directeurs des hôpitaux, il faudra former un technicien qui puisse assurer le fonctionnement régulier de l'équipement de base.
- Pour le % de personnes formées issues des ZS au cours du programme (objectif de 82%), les résultats présentés dans le tableau d'indicateurs complémentaires des rapports d'activités 2017 et 2018, sont du 40% pour la Gouvernance et de 100% pour tous les hôpitaux. D'autre part, dans le même tableau apparaît un nouvel indicateur du personnel ayant suivi une formation annuelle, avec des résultats très hétérogènes compris dans une fourchette entre 11% (TCHOU) et 100% (NIKKI).
  Selon l'avis des évaluateurs, il faudra présenter des indicateurs plus spécifiques, plus liés au phénoméne qu'on souhaite mesurer. D'autre part, la proposition de nouveaux indicateurs est aussi liée à la performance du système d'information.
  Par ailleurs, il est évident que la mise en place d'un système d'information adapté aux besoins réels des usagers est indispensable car l'information disponible suscite des doutes quant à sa fiabilité.
- La diminution du ratio de mortalité périnatale parmi les Accouchements Professionnellement Assistés, dont l'objectif est une diminution de 20%, a été atteinte par tous les hôpitaux à l'exception de l'hôpital public de Bassila. L'indicateur de mortalité périnatale est très sensible à l'amélioration de la pratique médicale et dans ce cas, ces résultats représentent une réussite très importante à niveau de l'efficacité du Programme.
- Le % des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicales, avait un objectif de 100% pour 2018 mais il a été atteint seulement 28%.
- Le % des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences organisationnelles est de seulement 22%.

- L'augmentation du taux de rétention du personnel féminin qualifié au sein des FS éloignées et défavorisées, fixé à 94%, a atteint la cible dans les 4 Z (93,75 %). Il est possible que ce résultat soit lié à la politique d'incitation professionnelle pour rester dans ces postes de travail et à l'application d'une stratégie genre.
- L'augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les ZS, dont l'objectif était estimé en 14 %, a été atteinte seulement dans les ZS de BS et TCH. Néanmoins, on a pu observer une d'augmentation très importante tout au long des 4 trimestres du 2018 (!0% - 13% - 35,9% -72,6%) ce qui suggère un changement d'attitudes des professionnels et de la population vis à vis de la planification familiale.
- Le % des relais communautaires formés/prévus issus des ZS au cours du programme (genre spécifique) dont l'objectif était de 50% et largement dépassé dans la ZS de TCH (100%).

Indicateurs des hôpitaux de zone :

- Taux de décès hospitalier par service TRC. La valeur se situe dans une moyenne annuelle du 4%. A ce stade nous ne pouvons pas juger ce chiffre parce que c'est la moyenne annuelle de mortalité d'une année.
- Le taux de suppuration du site opératoire se maintient constant pendant toute l'année sauf pour le 4ème trimestre, avec un doublement des résultats des trimestres antérieurs.
- Concernant le taux de décès maternel intra-hospitalier avant 24 heures (0,30 % en moyenne), nous pensons que ce chiffre est très élevé (300 X 100.000), étant donné qu'il s'agit d'une mesure pendant une période très courte de 24 heures. On ne connaît pas le taux de mortalité maternelle lors des 42 jours après l'accouchement.
- Il serait très important d´établir un suivi spécifique aussi bien de la mortalité maternelle que de la mortalité périnatale, avec des indicateurs mesurant les causes de décès et accompagnés d'un renforcement d'actions dans le TRC.

3.2.2. Indicateurs dont on ne dispose pas l'information

Taux de satisfaction des clients externes des HZ

Le système universel de mesure de la satisfaction des clients externes des hôpitaux est l'achèvement d'une petite enquête de satisfaction par le patient ou le plus proche parent en fin de prise en charge médicale. Cette enquête recueille des données sur l'accueil, les informations reçues, la satisfaction thérapeutique, le rétablissement de la maladie et les conditions de séjour à l'hôpital. La gestion des enquêtes peut être confiée au responsable des soins infirmiers.

Proportion des Comités de santé des ZS et Conseils d'Administration des HZ fonctionnels

Les équipes cadres des zones sanitaires, a priori, devraient avoir la responsabilité d'encourager et de soutenir les organes de participation communautaire pour assurer leur fonctionnement. Cette activité est difficile à gérer à partir de l'hôpital.

Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques

Une dépense catastrophique pour la santé survient lorsque le total des paiements directs des soins de santé pour un ménage est égal ou supérieur à 40% de la capacité financière du ménage ou de ses dépenses autres que celles de subsistance.
Nous pensons que le Programme n'a pas la capacité de contrôle d'un indicateur qui touche directement le pouvoir d'achat des ménages. Seulement dans certaines conditions d'indigence,

certains critères peuvent être pris en compte afin de pouvoir adopter des mesures exceptionnelles de réduction du paiement ou d'accès à d'autres subsides (Fond d'équité)

3.2.3. Analyse

Les objectifs du programme ont été partiellement atteints. La satisfaction des patients a globalement augmenté, comme le montrent les rapports annuels du programme. Cependant, si nous examinons les résultats de l'évaluation de satisfaction réalisée en 2015, encore subsistent certains aspects à améliorer, tels que le manque de communication, le manque de collaboration entre les agents de santé, les prestataires et l'administration, entre les gestionnaires et les responsables hiérarchiques, ainsi qu'entre les prestataires et les utilisateurs.
Il existe également un mécontentement concernant les prix appliqués et le temps d'attente dans les différents services, ainsi que le manque des informations fournies concernant leurs maladies.
Il y a aussi un déficit de travail d'équipe.

Certains de ces aspects se sont améliorés avec la mise en œuvre du programme, mais dans de nombreux cas, l'insuffisance des infrastructures et le manque de ressources humaines font que les problèmes persistent.

En ce qui concerne le taux de grossesses assistées par du personnel qualifié par le programme, on a obtenu de bons résultats. Cet aspect est particulièrement important pour réduire la mortalité périnatale et la mortalité maternelle. Cependant, la fréquentation des services de santé dans les zones de santé est faible, à l'exception de la région de Bassila.

Les hôpitaux ont des médicaments essentiels génériques dans un pourcentage élevé. La disponibilité de matériel biomédical, en particulier dans le cadre du TRC, renforce considérablement la qualité du processus de soins de santé.
La maintenance préventive est une activité en attente de développement.

La principale réalisation du programme est la baisse de la mortalité périnatale chez les femmes dont la grossesse a fait l'objet d'une assistance professionnelle. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives s'est également amélioré, ce qui aura un impact positif sur la planification familiale.
Le taux de mortalité maternelle est élevé et un suivi spécifique de ce problème devrait être mis en place, tout en renforçant la formation et les ressources consacrées aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Les causes indirectes de la mortalité maternelle sont dominées par l'inaccessibilité financière aux soins obstétricaux, l'inaccessibilité culturelle et les mauvaises conditions de transport vers l'hôpital[3].

Les évaluateurs considèrent que plusieurs des objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce au choix adéquat de la stratégie à utiliser pour résoudre les problèmes. L'impact produit par différentes actions menées simultanément sur plusieurs fronts a eu des effets notables: formation théorique et pratique, disponibilité des médicaments, arrivée de matériel médical et amélioration des infrastructures ont permis d'accroître considérablement les compétences des professionnels, permettre les prises en charge et améliorer le processus d'accueil des utilisateurs, en augmentant la confiance de la population dans le système de santé. Toutefois, cette confiance accrue n'a pas encore été démontrée et nous sommes certains qu'elle se concrétisera petit à petit au cours du programme.

[3] PROGRAMME TRIENNAL

La formation du personnel s'est considérablement améliorée, comme l'ont unanimement déclaré les professionnels hospitaliers, en raison notamment des missions d'accompagnement de MSV effectuées dans le cadre du TRC, de simples protocoles ont été mis en place pour aider le personnel à réduire la variabilité clinique. Certaines directives de traitement ont été mises à jour.
Les professionnels apprécient également de manière positive les actions de formation à court terme menées chaque année.

Les structures réhabilitées dans les hôpitaux et les équipements médicaux fournis par MEMISA et MSV ont également permis de renforcer de pratiques cliniques de base introduites par les missions de volontaires et experts locaux.

Il existe également des facteurs qui justifient la difficulté d'atteindre certains objectifs. Il est évident qu'une partie importante de la population éprouve de grandes difficultés pour avoir un accès économique aux soins de santé. Le manque de ressources et la grande difficulté à gérer la fourniture de services dans un scénario précaire, sont également évidents.
En outre, il existe un problème généralisé de manque de formation professionnelle pour traiter les soins de santé hospitaliers de base. La plupart des médecins exercent des fonctions spécialisées sans la formation adéquate.
MSV essaie de réduire ce problème grâce aux missions d'accompagnement qui, bien qu'elles aient une utilité réelle pour améliorer la pratique clinique, ne peuvent toutefois pas pallier le manque de formation de base.

En revanche, il n'existe pas de cadre complet permettant de mesurer les résultats des actions menées. Le plan opérationnel permet de suivre les activités et grâce aux marqueurs de progrès, il est possible de faire un suivi des résultats, mais cela reste insuffisant. Il n'existe pas non plus un véritable système d'information permettant de comparer les résultats et de progresser dans un cycle d'amélioration continue de la qualité.
Il n'existe non plus pas un bon modèle d'organisation de l'hôpital. L'inertie professionnelle parfois rencontrée ne favorise pas le besoin d'innover et d'introduire des améliorations dans les pratiques.
En ce sens, les évaluateurs ont constaté qu'en général, les professionnels ont fait preuve d'une certaine passivité pour prendre des initiatives sur des aspects dont la résolution est à leur portée et se reposant trop sur le Programme. C'est donc un problème d'absence de coresponsabilité.
En ce sens, il conviendrait de mettre en place une dynamique de soutien dans laquelle chaque partie (programme et professionnels) s'implique réellement et réponde à des obligations concrètes d'amélioration (de résultats) pour continuer à obtenir l'appui du programme. L'hôpital doit s'approprier les objectifs du TRC et se sentir responsable du bon déroulement de son exécution.

Finalement, le manque de confiance de la population est d'une part, la cause d'une faible activité des hôpitaux (avec une incidence négative sur la qualité des soins) et d'autre part, la conséquence d'un système d'organisation et de fonctionnement dont les résultats doivent encore être améliorés à travers le Programme.

3.3. Efficience

L'efficience est la capacité de parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources. L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel).

Elle est jugée assez bonne (B).

3.3.1. L'efficience dans l'utilisation du budget à travers les 3 axes d'intervention du programme

3.3.1.1. Actions pour l'appui à l'amélioration de l'offre de soins

Il s'agit d'un appui aux structures de soins pour être plus fonctionnelles, équipées en matériel de soins et approvisionnées en médicaments de base pour améliorer la qualité des services et des soins. Le budget alloué à ce volet est estimé à 2.036.208 €, soit 54 % du budget total. « Le renforcement des compétences médicotechniques, techniques et organisationnelles, s'adresse en moyenne à 65 personnes par hôpital, soit 390 bénéficiaires directs. Indirectement les patients de ces hôpitaux bénéficieront de l'amélioration des services offerts.

Pour le Bénin, le budget des actions MSV s'élève à 1.201.425 € pour 5 années et se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre de soins. A part des missions de volontaires et des formations régionales, MSV appuie également les stratégies locales de renforcement de capacités dans le cadre de ses TRC, comme par exemple l'échange entre partenaires ou des missions d'experts locaux dans les services hospitaliers. Le choix de l'envoi de tel ou tel expert dépend des opportunités et de sa pertinence par rapport au contexte. La globalité des activités de renforcement de capacités représente 64 % du coût opérationnel. Un appui en médicaments et consommables et un appui en équipement est également prévu. MSV appuie aussi le fonctionnement de l'AMCES avec ce budget. Une partie de ce budget est aussi utilisé en Belgique.

3.3.1.2. Actions d'appui à l'organisation de la demande

Le budget pour cette action est estimé à 648.670 € soit 17 % du budget. D'une part, il s'agit ici d'encourager des initiatives pour favoriser l'accès financier aux soins à travers des mutuelles ou des mécanismes de fonds d'équité, ou encore d'encourager à travers les relais communautaires, les dynamiques communautaires de sensibilisation aux soins de santé, à la prévention des maladies, et d'appuyer les initiatives en matière de lutte contre la malnutrition, pour l'évacuation communautaire des urgences, etc. ; appuyer différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques ; stimuler les initiatives locales et communautaires ; appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.

3.3.1.3. L'appui à la gouvernance du système de soins de santé

Le budget est estimé à 1.065.121 € soit 28 % du budget. Ces activités concernent principalement l'appui au bon fonctionnement des organes de coordination et de contrôle des zones sanitaires et des hôpitaux de zone, et à l'accompagnement par les équipes d'AMCES et de son unité rapprochée d'accompagnement et de mise en œuvre (URAMO/AMCES) à Parakou.

Le but poursuivi consiste à améliorer le fonctionnement et l'intégration du système grâce au renforcement de capacités, à la réalisation des supervisions, au coaching, et au renforcement du leadership local à partir : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des directions des hôpitaux.

Le tableau ci-dessous reprend les éléments du budget du Programme.

Programme - Budget 2017-2021 - CSC3 - OSS1						
	2017	2018	2019	2020	2021	Grand Total
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**
Investissement	148.140,60	350.633,27	365.878,20	350.633,27	76.224,62	**1.291.509,97**
Fonctionnement	415.888,00	453.238,00	431.133,00	453.238,00	377.013,00	**2.130.510,00**
Personnel	68.582,00	68.582,00	68.582,00	68.582,00	68.582,00	**342.910,00**
2. Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
4. Siège	**207.014,00**	**239.556,25**	**249.164,00**	**245.253,17**	**245.507,99**	**1.186.495,42**
Investissement	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**10.000,00**
Fonctionnement	158.750,00	191.050,00	200.411,38	196.250,00	196.250,00	**942.711,38**
Personnel	46.264,00	46.506,25	46.752,62	47.003,17	47.257,99	**233.784,03**
Total CO :	**839.624,60**	**1.112.009,52**	**1.114.757,20**	**1.117.706,45**	**767.327,62**	**4.951.425,39**
Investissement	**150.140,60**	**352.633,27**	**367.878,20**	**352.633,27**	**78.224,62**	**1.301.509,97**
Fonctionnement	**574.638,00**	**644.288,00**	**631.544,38**	**649.488,00**	**573.263,00**	**3.073.221,38**
Personnel	**114.846,00**	**115.088,25**	**115.334,62**	**115.585,17**	**115.839,99**	**576.694,03**

Partenaires						
AMCES	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**
Total Partenaires :	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**

Collaborations						
Total Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Programme commun – Memisa (détail en annexe 7 page 1)						
Investissement	**148.140,60**	**350.633,27**	**365.878,20**	**350.633,27**	**76.224,62**	**1.291.509,97**
Fonctionnement	**403.888,00**	**441.238,00**	**419.133,00**	**441.238,00**	**365.013,00**	**2.070.510,00**
Personnel	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**387.980,00**
Total Memisa	**629.624,60**	**869.467,27**	**862.607,20**	**869.467,27**	**518.833,62**	**3.749.999,97**

Programme commun – MSV (détail en annexe 7 page 2)						
Investissement	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**10.000,00**
Fonctionnement	**170.750,00**	**203.050,00**	**212.411,38**	**208.250,00**	**208.250,00**	**1.002.711,38**
Personnel	**37.250,00**	**37.492,25**	**37.738,62**	**37.989,17**	**38.243,99**	**188.714,03**
Total AZV	**210.000,00**	**242.542,25**	**252.150,00**	**248.239,17**	**248.493,99**	**1.201.425,42**

3.3.2. Analyse

3.3.2.1. L'appui à l'amélioration de l'offre de soins

L'appui à l'amélioration de l'offre de soins est l'axe central du Programme et ce composant gère la partie la plus importante du budget du programme (2 036 000 € de MEMISA et 1 200 000 € de MSV). Ce budget vise à renforcer les composantes de soins de santé les plus proches des patients (infrastructures, formations, équipements).

Le petit groupe de personnes composé de patients, de membres de la famille, d'un médecin, d'une infirmière et d'autres agents de la santé, pour certains auteurs, s'appelle un microsystème clinique. Les microsystèmes cliniques sont les unités de première ligne qui fournissent des soins de santé directs à la majorité de la population. Ils peuvent être considérés comme le lieu de rencontre des patients et des prestataires de services de santé.

Un microsystème clinique est un petit groupe de personnes qui travaillent ensemble pour fournir des soins à certaines catégories de patients. Ils ont des objectifs cliniques et économiques, des processus liés, un environnement d'information partagé et produisent des résultats de performance. Cette stratégie d'action répond au besoin d'introduire une nouvelle vision au sein de la gestion de la santé dans les unités cliniques, favorisant une amélioration continue des soins, plaçant le patient au centre de l'action et utilisant comme principaux instruments le renforcement du leadership partagé, le travail d'équipe et la mesure des résultats. Le but final est d'axer les travaux d'amélioration du système de santé sur la conception et la refonte des petites unités fonctionnelles cliniques.

L'expérience de plusieurs auteurs (Eugene C. Nelson, Paul B. Batalden, Thomas P. Hubber et al.) dans des ouvrages publiés en 2002 et après par la "Commission mixte sur l'accréditation des organisations de soins de santé", a montré que les investissements réalisés dans le microsystème clinique ont un rendement et un retour beaucoup plus élevés en termes d'efficacité et d'efficience que ceux obtenus par les actions d'amélioration indirectes, utiles mais non décisives dans l'amélioration des résultats cliniques.
C'est pourquoi, à partir des entretiens approfondis avec les responsables des services et les directeurs des hôpitaux évalués et avec un nombre important de médecins et d'infirmières de ces établissements, nous avons constaté une certaine unanimité pour attribuer à cette composante les acquis obtenus en termes de qualité de l'offre de services et d'amélioration des indicateurs.
Nous considérons donc cet axe comme le plus efficient du Programme.

3.3.2.2. L'appui à l'organisation de la demande

Dans une autre section de ce rapport, nous avons constaté la nécessité d'améliorer le fonctionnement du fond d'équité. L'appui aux différents mécanismes de subvention des soins et de la mutualisation des risques est très important pour assurer l'accessibilité des groupes de population les plus vulnérables. Dans cette perspective, dans la mesure où à l'avenir l'accès aux soins de santé de la population la plus pauvre peut être garanti, nous considérons cet axe d'intervention comme efficient, à condition d'introduire des mesures pour débureaucratiser son fonctionnement.

3.3.2.3. L'appui à la gouvernance

Le BEC/AMCES reçoit un appui budgétaire pour son rôle dans la gouvernance de la santé au niveau national; le programme appuie les organes de contrôle des ZS et des HZ. La coordination du programme même par l'URAMO (hors expertise technique en SP et inclus les investissements) prend 7% du budget opérationnel initial. Le reste du budget de l'axe gouvernance assure différents appuis aux organes de contrôle et coordination des ZS et HZ et aussi indirectement à la DDS. Cet axe d'intervention est donc important même si des efforts pourraient être réalisés pour améliorer la capacité d'organisation et de management des gestionnaires des institutions.

Le budget alloué (28%) semble très important pour mener des actions de coordination, car les structures AMCES et URAMO sont assez faibles dans leurs capacités en ressources humaines.
Pour rappel, il s'agit bien d'un appui par le programme à hauteur de 28% du dernier budget de fonctionnement du BEC (selon AMCES). L'appui accordé par le programme est basé sur 50% du

budget de fonctionnement présenté par le BEC avant le démarrage du programme (lors de l'élaboration du budget quinquennal).
Les évaluateurs apprécient les efforts déployés par les professionnels de l'AMCES et de son antenne à Parakou (URAMO), mais il serait peut-être judicieux de réfléchir s'il est nécessaire de dépenser 22% du budget à cet axe gouvernance.
En ce sens, nous pensons qu'une partie de ce budget, alloué à des actions de soutien direct envers la population, pourrait être plus efficient ; mais sans remettre en question la nécessité de renforcer le rôle de l'AMCES dans la gouvernance et la mise « en coupole » des acteurs locaux.

Par rapport au leadership institutionnel, il est clair que les actions liées à cet axe d'intervention ont un impact direct sur la gestion des institutions et leur bon fonctionnement. Dans le cas des hôpitaux visités, nous avons pu vérifier leur grande importance et dans quelle mesure l'existence d'un leadership au niveau des hôpitaux et / ou des services cliniques ou leur absence, sont déterminants pour le bon fonctionnement des processus de soins et pour la motivation des professionnels. Notre appréciation nous conduit à demander plus d'actions visant à améliorer les compétences des leaders institutionnels.

3.3.2.4. L'efficience par rapport à la portée du programme

Quelles que soient les réalisations, le programme peut améliorer ses résultats même s'il parvient à limiter les domaines d'amélioration, en mettant l'accent sur les aspects qui ont un impact direct sur la réduction de la mortalité et la qualité des soins. Les évaluateurs estiment que la zone géographique couverte (5 ZS mais parfois avec une très faible accessibilité) par le programme a une incidence négative sur son efficacité et que l'adoption d'une stratégie d'action plus limitée géographiquement mais plus concentrée sur quelques structures, devrait être évaluée. Nous sommes néanmoins bien conscients que l'extension vers les 4 ZS du Borgou permet une collaboration/ saine émulation/ des échanges entre pairs à une échelle géographiquement maîtrisable.

3.3.2.5. Les synergies MEMISA-MSV

Par rapport aux synergies MEMISA-MSV, ce partenariat permet de modérer et de partager les coûts d'accompagnement du programme parce qu'ils partagent les frais pour le soutien à l'AMCES, ils ont des objectifs communs (renforcement des hôpitaux de zone, ils travaillent avec des stratégies d'interventions complémentaires (MEMISA travaille sur les trois axes et MSV seulement sur l'offre des soins), ils partagent les mêmes indicateurs de suivi et ils travaillent ensemble dans le système de référence et contre référence. Peut-être qu'il serait possible d'améliorer ces synergies dans la mise en œuvre opérationnelle concernant l'axe Formation. L'efficience des actions de formation pourrait augmenter avec une meilleure planification et coordination des objectifs des programmes de formation entre MEMISA et MSV.

3.4. Durabilité

La durabilité vise à savoir si les effets du programme perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des possibilités que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque le Programme aura pris fin. La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet (au niveau de l'objectif spécifique) sont susceptibles de perdurer une fois le terme des financements externes.

Elle est jugée bonne(B). La durabilité des effets sur les intervenants et institutions, la durabilité technique et financière des actions et la durabilité du partenaire sont assez bonnes.

3.4.1. La durabilité des acquis professionnels

La stratégie d'intervention du programme repose sur le renforcement des capacités techniques et organisationnelles des professionnels gestionnaires, des médecins et des infirmières, l'appui à la réhabilitation ou à la construction d'infrastructures et l'acquisition d'équipements médicaux permettant la prestation des soins de meilleure qualité.
Bien que le reste des investissements ne puisse pas être abandonné, ceux qui ont été réalisés sur les ressources humaines sont les plus rentables et les seuls qui sont vraiment indispensables.
Le renforcement des capacités est la clé du succès du programme. En ce sens, les évaluateurs considèrent que la mise en place du TRC et les actions de formation à court terme qui sont menées répondent à toutes les caractéristiques d'un agent de changement et d'amélioration essentiel.
Par conséquent, il est important que l'amélioration des compétences acquises grâce à la formation et au soutien technique ne soit pas perdue au fil du temps, mais plutôt qu'elle se consolide et permette l'application de bonnes pratiques professionnelles.

Cependant, actuellement, le manque de stabilité du personnel compromet la durabilité des résultats. Le taux de roulement du personnel est élevé (estimé à plus de 15%) et dans de nombreux cas, le TRC n'est appliqué que sur quelques personnes au sein du service visé, car certains professionnels changent d'hôpital ou rejoignent le TRC en cours de processus.
Il semble donc indispensable que les institutions assurent la durabilité des acquis des connaissances.
À cette fin, les évaluateurs proposent la prise en compte d'un programme de gestion des connaissances intégrant la totalité du processus d'apprentissage mis en œuvre dans chaque hôpital de plusieurs manières : documents, bases de données, sessions cliniques, stratégies de formation de groupe, etc. De cette manière, les professionnels hospitaliers seront assurés d'accéder aux connaissances acquises par d'autres professionnels et de les appliquer.

3.4.2. Durabilité financière

En ce qui concerne la durabilité financière, le défi consiste à maintenir un équilibre financier raisonnable à l'hôpital sans diminuer l'accessibilité aux classes les plus défavorisées. Pour cela, d'une part, il est nécessaire de garantir un volume de ressources financières (fonds d'équité) suffisant et dont la gestion soit peu bureaucratisée, garantissant l'accès des groupes les plus vulnérables aux soins de santé et d'autre part, d'éviter la gratuité des soins, ce qui compromettra le bon fonctionnement de l'institution.
La stratégie à appliquer consiste à gagner la confiance de la population en offrant des services de meilleure qualité (au même prix), ce qui augmentera sans aucun doute la fréquentation des hôpitaux (généralement faible) et par conséquent, les revenus financiers hospitaliers. Cette stratégie nécessitera un engagement réel de la part de tous les membres de l'hôpital pour se positionner dans une philosophie de travail d'amélioration continue et une offre de services de qualité.
Par rapport à la durabilité financière du programme commun, il est indispensable de maintenir le même équilibre financier qu'on demande à l'hôpital pour l'étendre à tout le Programme.
Par ailleurs, le programme prevoit une réduction très important du budget en 2021, ce qui aura un impact négatif sur la capacité opérationnelle du Programme et sur la durabilité des acquis.

3.4.3. Durabilité sociale

La participation communautaire est essentielle pour valider le modèle d'organisation et la prestation des services de santé. La communauté est le principal agent du système de santé et sa participation est nécessaire pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs du système contre l'État. Une participation communautaire solide garantit la continuité du projet.
La durabilité du programme dépend également de son acceptabilité par la population, de l'adaptabilité de l'offre de services pour répondre aux besoins de la population et enfin, de la confiance que la population accorde à l'offre de services de santé.
La stratégie choisie pour renforcer la responsabilité sociale «renforcer les comités de participation et de participation communautaire de la société civile, renforcer les acteurs non-locaux et locaux afin de leur permettre d'influencer les centres de décision » est correcte.

3.5. Thèmes transversaux

Concernant les thèmes transversaux, - Système d'information sur la santé, Genre et Environnement-, ces composants sont également pertinents mais la situation est la suivante :

- Le système d'information sanitaire existant ne permet pas le suivi des acquis du Programme (amélioration des compétences) et il n'est pas orienté vers l'évaluation des résultats. C'est simplement une ressource statistique. Il semble pertinent que les acteurs du programme (cadres et personnels de santé) disposent d'un outil indispensable pour la prise des décisions en matière de gestion, le contrôle épidémiologique, le contrôle des résultats et le suivi du patient (dossier médical).
- Concernant le Genre, nous n'avons constaté aucune action spécifique dans les hôpitaux en faveur de l'égalité hommes/femmes ou sur la promotion des droits des femmes, sauf le contrôle des taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié et les actions pour retenir le personnel féminin qualifié au sein des FS éloignées et défavorisées.

A ce stade de l'évaluation, il n'y a pas d'autres éléments à relever concernant ces thèmes transversaux.

3.6. Stratégie de partenariat

Le projet n'appuie pas tous les partenaires du système de santé local. Par exemple, il n'y a pas de partenariat direct avec la DDS, qui favoriserait un appui institutionnel et permettrait de mieux coordonner et gérer, en équipe avec l'URAMO, ce qui se fait dans les ZS.

Il y a aussi une perte d'efficacité au niveau de l'URAMO. En effet, les deux ONG ont des modes de fonctionnement différents. Memisa utilise pleinement cette antenne et travaille avec son directeur gestionnaire et un médecin responsable technique. MSV travaille plutôt avec un médecin conseiller qui couvre ses interventions au Bénin et au Burkina. Ce médecin est financé par le programme (avec un complément de MSV) mais n'est pas pleinement intégré opérationnellement à l'URAMO. Cela s'observe sur le terrain où il accompagne les activités de MSV et les autres collègues celles de Memisa. Une visite de l'hôpital de Bassila par exemple se fait avec le médecin conseiller de MSV sans présence des autres collègues de l'antenne, car « non soutenu » par Memisa. Il manque donc une approche globale du Programme et des liens et renforcements mutuels des actions menées par les partenaires. Par exemple, les 3 ONG (Memisa, MSV et Lumos) sont actifs dans les HZ de Boko et de Papané alors que MSV et Lumos travaillent dans des domaines très proches. Il y a donc nécessité d'harmoniser les approches pour simplifier le partenariat sur le terrain.

La majeure partie du budget est déléguée par le BEC à l'URAMO qui a une grande autonomie d'action et de gestion. Le BEC consolide les rapports financiers avant envoi à Memisa. L'auditeur financier se rend aussi à Parakou auprès de l'URAMO pour son contrôle. Le BEC intervient surtout en appui à l'URAMO (administratif ou technique) selon les besoins. Le BEC est appuyé pour ses activités de supervisions, organise les revues de performance et accompagne son antenne tous les 6 mois. Il voudrait cependant accompagner plus souvent son antenne. D'une supervision par semestre, il est proposé des supervisions trimestrielles.

Au niveau gestionnaire, il y a un seul compte pour l'ensemble du Programme ce qui rend difficile les justifications des activités de chaque partenaire. Il a donc été convenu de créer un compte commun qui sert au financement « commun » du fonctionnement de l'AMCES et un compte spécifique pour les activités propres de MSV.

L'appui aux partenaires communautaires et la révision des structures ciblées au niveau périphérique est à envisager pour gagner en efficacité et visibilité du Programme.

4. Analyse par structure appuyée

Les trois piliers d'intervention du programme sont opérationnalisés dans chaque structure (sauf dans la ZS de Bassila, ou le programme se concentre sur l'offre des soins). Sur base d'entretiens (individuels et de groupe) et de visites des hôpitaux, nous reprenons ci-dessous certains éléments propres à chaque institutions / équipes partenaires, structurés en 4 points : (i) Réalisations, (ii) Faiblesses, (iii) Résultats et (iv) Conclusions.

4.1. Hôpital Evangélique de Bembéréké

Réalisations

1. Les formations courtes développées sur base de leurs besoins en formations adressés à l'URAMO comme la formation sur hygiène des mains, la réanimation du nouveau-né. Ces formations visent tous les personnels (avec un budget de 5 millions de FCFA/an). L'hôpital bénéficie aussi des formations organisées par AMCES (comme le 13eme cours régional en santé communautaire en décembre 2018 à Cotonou ; L'émergence de systèmes locaux résilients et durables pour la santé ; La gestion des risques infectieux dans les hôpitaux au Bénin en juin 2019).
2. La supervision formative permet d'assurer le suivi des formations, l'appui à la gestion (avec l'administrateur d'AMCES et pas le gestionnaire de l'URAMO). Le médecin AT accompagne l'évaluation annuelle des hôpitaux par les pairs (par les autres hôpitaux).
3. La construction et la réhabilitation des bâtiments : les efforts se sont centrés sur la réhabilitation et la construction du pavillon des urgences inauguré il y a un an. Pour y arriver, ils ont transformé la ligne budgétaire d'assainissement pour favoriser cette réhabilitation. Le service est fonctionnel mais la salle de réanimation n'est pas utilisée. Il reste l'aile droite de la consultation externe à réhabiliter.
4. L'équipement des structures : pour les urgences, le bâtiment est construit sur le budget de Memisa mais une partie de l'équipement provient de MSV. Une autre partie du matériel doit encore être financée par Memisa.
5. Les trajets de renforcement des capacités touchent 3 domaines d'intervention de MSV : les urgences, la médecine interne et le développement des partenariats (recherche de financements). L'hôpital dispose d'une équipe très jeune et l'appui de MSV est bienvenue dans la prise en charge des malades et dans l'amélioration de la qualité des soins. Les TRC semblent très pertinents et amènent des changements réels dans les services.

   Le TRC est le cadre de la collaboration avec l'HEB. Toutes les actions (réalisations) du programme au niveau de l'HEB s'inscrivent dans ce TRC: formations, missions, supervision formative, construction des bâtiments, appui en équipement, appui en médicaments et consommables, accompagnement par l'ONG DEDRAS,...

   Les TRC sont animés par 2 missions par an sur les urgences et la médecine interne (les deux domaines qui ont été choisi dans les 3 axes qui ont été défini par l'hôpital). Un médecin vient pour deux semaines avec un infirmier. L'hôpital exprime les objectifs de la mission et les volontaires travaillent avec l'équipe médicale et les autres médecins.

Dans le domaine prioritaire de la médecine interne, MSV travaille de façon spécifique en diabétologie. Il y a donc un TRC spécifique en diabétologie ce qui a permis au service de médecine interne de se développer dans la prise en charge des patients diabétiques. Cela a entraîné récemment la création d'une association de patients. Ce TRC englobe aussi la prise en charge des maladies cardiovasculaires. Dans ce TRC sont associés lors des formations des personnels d'autres hôpitaux, ainsi que des CS confessionnels.

Faiblesses

- Le Directeur et l'équipe ne semblent pas bien connaitre les axes du programme.
- Certains indicateurs doivent être adaptés (ex : % des hôpitaux appuyés qui rapportent un progrès dans la maintenance, etc. Idem pour les dépenses de santé catastrophique. % d'infrastructures répondant aux normes : quelles sont les normes nationales en matière d'infrastructures ? Ou sont les données ?).
- La faible utilisation du fonds d'équité sur base de difficultés d'utiliser des critères d'identification et d'évaluation des indigents.
- La formation longue durée était prévue dans l'ancien programme et a été écartée dans le nouveau, alors que c'est un besoin prioritaire (pour certains médecins, infirmiers).
- L'hôpital ne dispose pas de suffisamment de données statistiques.

Résultats

- Les principaux résultats exprimés touchent le renforcement des capacités pour le diabète entre autres et l'appui au plaidoyer pour la recherche de financement de l'hôpital.
- Depuis le démarrage du TRC en médecine interne, il y a eu la création d'une unité de diabétologie et le renforcement des compétences de prévention et de prise en charge du diabète. Cela se traduit par :
    - Les patients sont plus à l'aise car il y a une consultation spécialisée et séparée des autres malades. Ces patients sont accueillis toute la semaine et disposent d'une consultation 3 jours/semaine Ce regroupement des activités favorise l'éducation en groupe.
    - Une meilleure standardisation des prises en charge (sur base de protocoles) et des soins infirmiers.
    - La systématisation des examens des pieds afin de prévenir les pieds diabétiques, avec possibilité de commander des semelles pour éviter les plaies.
    - La prise en charge générale est plus rapide, la possibilité d'examens paracliniques plus complets (Hb glyquée, glycémie de contrôle, créatinine, consultation ophtalmologique, ...).
    - Il y a une augmentation du nombre de patients surtout dû au dépistage. Les évolutions cliniques sont favorables via l'analyse des courbes de la glycémie.
    - Il n'y a plus du tout de diabétiques amputés, moins de comas diabétiques et une meilleure prise en charge des cas.
    - La mise en place d'un groupe d'éducateurs des patients (composé des infirmiers) pour faire des dépistages et une prise en charge ambulatoire des diabétiques (avec une consultation externe spécifique).

- La création d'une association des patients diabétiques.

Conclusion
MSV et Memisa ont des stratégies différentes mais le partenaire ne remarque pas de différences dans le type d'appui et les composantes du programme de chaque ONG. Ils sont demandeurs de plus de supervisions qui puissent les aider à faire émerger quelques indicateurs de suivi des activités.

4.2. Hôpital Sounon Séro de Nikki

Réalisations
- Memisa et MSV sont les partenaires principaux de l'hôpital. Les points forts de l'appui est un accès au financement par une décentralisation opérationnelle et une proximité avec l'URAMO. Cette coopération soulage l'hôpital en termes d'infrastructures, d'équipements, de formations et de renforcement des capacités.
- L'appui aux médicaments et le fonds d'équité favorisent un meilleur fonctionnement et facilitent l'accès aux soins.
- Pour l'appui à la gouvernance, ils ont reçu des formations de l'AMCES sur le management et le leadership, une formation sur l'élaboration des plans stratégiques des hôpitaux et une autre sur l'organisation des services.
- Les TRC réalisés en pédiatrie et pour le service d'hygiène.
- Différents formations continues ont été appuyées : gestion des stocks et formation en informatique (pour le personnel de l'administration et les responsables de services).

Faiblesses
- Les TRC ne couvrent pas tous les aspects prioritaires. Actuellement, il y a un TRC en pédiatrie (service avec une équipe stable) et en hygiène. Le TRC en traumatologie ou en urologie est moins adapté car le service de chirurgie ne compte que des médecins généralistes. Ce TRC doit être réorienté sur la chirurgie de base et les soins post-opératoires. L'hôpital a bénéficié de 9 missions/an de MSV mais cet appui reste insuffisant.
- L'hôpital rencontre un problème d'accès au sang qui impacte l'effort que le personnel fait suite à ce déficit d'intrants.
- Le programme doit être renforcé dans sa capacité de financement. L'hôpital a des besoins dans d'autres services comme en radiologie, même si le principe du TRC est de se concentrer sur quelques services.
- Le partenaire demande de mieux comprendre « qui finance quoi » (Memisa et MSV) avec la nécessité de renforcer la visibilité des structures dans cette coopération.
- L'hôpital ne dispose pas d'un Plan directeur. L'appui s'intègre dans un « plan de travail » mais pas un vrai renforcement institutionnel.
- L'hôpital ne dispose pas d'une ambulance.
- Il y a eu un retard dans la finalisation de la construction du château d'eau.

Résultats

La fréquentation de l'hôpital a augmenté et ils répondent à plus de 80% de la demande.
L'action de MSV ne touche pas un individu mais une équipe. Le départ de certain personnel au sein des services est moins grave car les nouveaux s'intègrent dans le processus du TRC en cours. Chaque mission d'accompagnement a toujours travaillé avec du personnel différent. Cependant, il est observé une amélioration de l'hygiène, des soins post-opératoires, des pansements, etc. Les malades opérés ont systématiquement des soins préopératoires, un plan de soins et une meilleure préparation du site opératoire.

En pédiatrie et en maternité, le personnel est plus stable et les résultats semblent meilleurs. Le personnel en place se dit plus compétent entre autres en pédiatrie où la prise en charge des enfants est meilleure, par exemple pour la prise en charge de la déshydratation. Le TRC touche les 4 grandes urgences en pédiatrie : le coma, la déshydratation, la détresse respiratoire, l'état de choc, par des formations théoriques et pratiques, avec un appui en équipement (concentrateur d'O2, Saturomètre dO2, aérosolthérapie, aspirateurs, chambres d'inhalation).
Le TRC a permis de les renforcer dans les domaines suivants : anémie, malnutrition aiguë sévère, infection VIH, tri évaluation traitement d'urgence, détresse respiratoire, coma, déshydratation, état de choc, CRP du nouveau-né, asphyxie périnatale, ictère néonatal, ...
Toutes les formations sont accompagnées de protocoles dont certains sont élaborés avec MSV.
Le TRC a aussi touché le service de néonatologie avec des formations sur la réanimation du nouveau-né.

Ce TRC se déroule malheureusement dans un service non réhabilité. L'environnement de travail de la salle d'urgences pédiatriques est très vétuste. Le service est surchargé (3 malades/lits) et le séjour moyen est de 3 jours. La pénurie de sang retarde aussi la sortie des patients.
Il faudrait donc que ce TRC puisse mieux prendre en compte l'organisation fonctionnelle du service : organisation des urgences, mise en conditions, etc.
Dans ce service, il y a aussi la systématisation de la méthode « mère-kangourou ».

Le programme a aussi pris en compte dans cet hôpital les discriminations entre groupes ethniques de population à la maternité.

Conclusion

C'est dans cet hôpital qu'on observe une vraie plus-value des TRC (principalement en pédiatrie). Le renforcement des ressources humaines en santé passe par plusieurs axes : développement des compétences, motivation des personnels, ressources humaines stables et suffisantes et mise en place d'un environnement de travail favorable. Cependant, il y un paradoxe entre l'appui positif aux ressources humaines du Programme et un environnement de travail parfois peu adéquat pour déployer ces ressources et compétences.

4.3. Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko

Réalisations

Le programme appuie d'avantage les urgences hospitalières, même si elles ne constituent pas un domaine prioritaire du TRC de Boko. Memisa travaille sur les infrastructures, le matériel et le renforcement des capacités par l'appui aux formations en interne.

Le programme appuie l'hôpital de Boko en équipement et matériel et favorise l'amélioration du plateau-technique, développe les infrastructures (réhabilitation) et met en place des TRC en urgences obstétricales et néonatales (2 missions/an), chirurgie de base (suivi post-opératoire, plaies en post-opératoire, gestion de la douleur), organisation des soins (2 missions/an) et hygiène hospitalière (4 missions/an).

Le partenaire Lumos intervient dans la gestion administrative hospitalière (1 mission/an), l'appui au laboratoire (2 ou 3 missions/an) et en pédiatrie (développement des hémocultures).

En maternité, MSV réalise 2 missions de gynéco-obstétrique /an. Mais depuis les dernières missions, ce ne sont plus des gynécologues qui assurent ces appuis. Sans écarter les urgences obstétricales qui restent une priorité, cela ne permet plus d'augmenter le plateau technique de ce service (pour les interventions par voie basse/vaginale et les interventions sur les seins par exemple). Ce TRC englobe les urgences obstétricales et néonatales.

Faiblesses

- Parfois l'appui n'est pas tout à fait en adéquation avec les besoins des services (les TRC doivent mieux appréhender les changements). Par exemple, l'hygiène hospitalière est un domaine prioritaire et les besoins en pédiatrie nécessiteraient une intensification du TRC. L'hygiène hospitalière fait partie des domaines prioritaires appuyés par MSV et LUMOS. La pédiatrie est retenue comme domaine prioritaire, ce service est appuyé uniquement par LUMOS.
- Pour améliorer les résultats en chirurgie, il faudrait améliorer le plateau technique du bloc opératoire. Certaines interventions ne sont pas faites car les équipements ne sont pas adaptés (en chirurgie de base ou plus spécialisée, etc.).
- Il y a actuellement une impossibilité de faire deux opérations avec intubation en même temps car il manque un moniteur dans une salle.
- L'hôpital exprime aussi plusieurs besoins non couverts :
    - Ils sont en sous-nombre de sages-femmes
    - Besoins en médicament et en équipement
    - Il y a un service d'urgence en construction mais il manque l'équipement et le renforcement des capacités
    - Un appui au management et de la gestion de l'hôpital
    - La maternité est trop petite et mériterait d'être agrandie (salle d'accouchement, salle d'urgences, salles d'hospitalisation).

Résultats

En chirurgie, les résultats sont à la hauteur des objectifs prévus initialement puisque les médecins généralistes sont formés en chirurgie de base. Par contre, un problème persiste dans l'hygiène hospitalière où MSV et LUMOS ont investi, mais sans résultats suffisants.

L'hôpital identifie aussi en début d'année ses besoins de formation en parallèle aux TRC. Ces formations courtes (comme celles dans le Tris évaluation traitement d'urgence, la préparation chirurgicale, ...) sont très utiles car elles permettent aux professionnels d'adapter leurs pratiques.

Conclusion

Il est nécessaire que l'hôpital sache clairement ce que chaque partenaire fait et la responsabilité de chacun, même si en théorie l'hôpital n'a qu'un seul partenaire, qui est AMCES, chargé de la mise en œuvre et de la coordination de tout le programme commun.

4.4. Hôpital Saint Martin de Papané

Réalisations

L'appui se concentre essentiellement sur :

- Les accompagnements dans les 3 TRC : en pédiatrie / néonatologie ; gestion hospitalière (via Lumos pour la gestion financière comptables, et MSV pour la gestion des services TRC) ; et l'hygiène hospitalière (ont formé 6 agents d'hygiène).
- Les équipements : en néonatologie, où le matériel du PASMI n'est pas utilisé car l'hôpital ne met pas à disposition suffisamment de personnel pour ce service spécialisé.
- La mise aux normes les équipements et les services de l'hôpital
- Des investissements
- L'appui en médicaments essentiels
- L'accompagnement des médecins coordonnateurs qui guident, valident les formations et viennent superviser les pratiques
- La mise à disposition du fonds d'équité.

Faiblesses

- Certains services sont ciblés et tous ne sont pas touchés par les TRC. Même si l'idée de travailler avec des TRC est de se concentrer sur quelques services jugés prioritaires par le partenaire, il y a actuellement un besoin en chirurgie et particulièrement en traumatologie.
- Les 3 TRC arrivent à terme et doivent être renouvelés et orientés vers d'autres services (gynécologie / obstétrique et chirurgie). En effet, à la fin de ces 3 années, le TRC est évalué et la conclusion de cette évaluation permet de décider sur la poursuite du partenariat.
- L'équipe rappelle les besoins en formation de longues durées pour le personnel : spécialisations médicales, infirmiers et sages-femmes. L'hôpital a en effet besoin de médecins spécialistes et certains médecins généralistes de l'hôpital pourraient partir en spécialisation (tout en garantissant une limitation du turn-over des personnels).
- Le fonds d'équité est mal utilisé et insuffisamment exploité. Cet appui pourrait être transformé en subsides pour financer des médicaments, consommables et produits de

laboratoire. Ils ont en effet des difficultés à consommer cette partie du financement car le montage des dossiers sont complexes administrativement pour pouvoir bénéficier des remboursements.

- Le service d'imagerie médicale doit être modernisé (numérisation) et son équipe renforcée.
- Le programme n'appuie pas l'entretien/ la maintenance des équipements (l'HZ vient d'engager un second maintenancier).

Résultats

L'hôpital rencontre des problèmes récurrents comme des taux élevé d'infections des plaies opératoires. Les TRC ont amené des améliorations et de nouvelles dynamiques des équipes soignantes. Ces équipes ont par exemple mis en place des staffs cliniques dans tous les services afin de renforcer les personnels médicaux et paramédicaux. Ils réalisent aussi des audits des pratiques en interne (sur le lavage des mains par exemples) qui donnent l'occasion de faire des recyclages du personnel.

Conclusion

La visite rapide de l'hôpital de Papané ne permet pas de faire ressortir un élément particulier. C'est cependant la seule structure qui remet en question la pertinence du fonds d'équité et qui propose de l'utiliser à autre chose.

4.5. Hôpital de Bassila

Réalisations

L'appui se concentre essentiellement sur :

- Les TRC qui ont commencé en 2016 et ont été évalués début 2019. La plus-value est l'acquisition des équipements et leur utilisation qui assurent la qualité des soins. Il est aussi plus facile de travailler avec des experts locaux qui assurent ensuite un suivi à distance.
- Ils couvrent :
    - L'hygiène hospitalière avec des missions tous les trimestres.
    - La chirurgie : capacitation du médecin, de l'anesthésiste et des infirmiers. Le médecin précédent a bénéficié de plusieurs missions en chirurgie générale puis est parti. Le nouveau médecin s'est intégré en cours de TRC et a bénéficié de deux missions. La formation a touché la gestion du personnel et l'organisation du service. La formation chirurgicale a abordé la gestion des sites opératoires. Ils ont encore besoins d'autres appuis sur d'autres techniques opératoires. D'autres pathologies devraient aussi être maîtrisées : occlusions intestinales, ... Le service a réalisé 38 interventions au cours de la première mission et 32 lors de la suivante.
    - Les urgences adultes : ce TRC a équipé et renforcé le service en moniteur de contrôle des paramètres, oscimètre, nébulisateur, ECG, concentrateur d'oxygène, armoire de médicaments d'urgence, feuille de surveillance des patients, archivage des dossiers papiers, chariot de tri des dossiers, formations théoriques et pratiques (sur mannequin), toiles cirées lavables sur les tables de

nuit, suppression des affiches aux murs, etc. Ce TRC a produit certains protocoles de prise en charge qui sont aussi des directives thérapeutiques.

Le TRC est une feuille de route et les objectifs sont presque atteints. Environ une dizaine de personnes ont été formées mais 3 infirmiers sont partis ainsi qu'un médecin. L'infirmier chef transmet au nouveau personnel les acquis du TRC. Pour cela, il y a nécessité qu'il dispose d'un document de consolidation des acquis (sous forme d'un portfolio par exemple) qui devrait être disponible dans le service.

Le service n'a non plus pas de procédures organisationnelles particulières et est peu renforcé dans ce domaine. Le programme a proposé de regrouper les deux services : urgences médicales et chirurgicales. Mais il y a un problème de personnel et d'absence d'un médecin urgentiste.

En complément aux missions de MSV, le service organise des formations courtes sur la transfusion sanguine, la prise en charge des urgences dans l'ambulance, la prévention et le contrôle des infections, le tri et traitement d'urgence en pédiatrie, la prise en charge du palu simple et grave.

- Les urgences pédiatriques : bénéficie de deux missions/an. Ont reçu une formation sur l'utilisation des concentrateurs d'oxygène, le nébulisateur, etc. Il y a un suivi « à distance » avec le pédiatre de Djougou qui les a formés à l'occasion d'une mission MSV. Ce TRC renforce les compétences des agents et équipe le service (saturomètre, concentrateur, appareil tension, armoire des médicaments d'urgence, ...).

- MSV a fourni d'autres équipements : ordinateurs, vidoirs dans la maternité, pour le bloc opératoire (dans le cadre du domaine prioritaire de l'hygiène hospitalière).
- Le programme subsidie les médicaments à hauteur de 5% du budget de fonctionnement. Avec la marge de fonctionnement bénéficiaire de cet appui, l'hôpital envisage de recruter un médecin.
- L'appui aux formations de courtes durées (management et organisation, hygiène, gestion de kits d'urgence intégrée dans la gestion des stocks des médicaments), qui s'intègre également dans le TRC.

Faiblesses

- Difficulté de gérer les intrants pour les médicaments des partenaires qui approvisionnaient directement les services
- Faible fréquentation du service d'urgences qui peut remettre en cause la pertinence du TRC dans ce service.
- Le médecin à compétences chirurgicales est parti en formation et l'hôpital a mis un certain temps à recruter un autre (plus de 6 mois).
- Les missions de deux semaines d'accompagnement sont trop courtes, surtout en chirurgie
- Nécessité de renforcer les équipements et la maintenance. Le technicien de maintenance ne sait pas tout réparer. Il serait important de le former. Une première mission dans ce sens est organisée au mois de juillet 2019.
- Absence d'un projet d'établissement hospitalier (PEH) actualisé.

- Nécessité de remplacer l'appareil de radiologie car le TRC renforce l'interprétation des examens paracliniques, mais l'appareil est de trop faible qualité pour le permettre.
- Pas d'échanges d'expériences avec les autres hôpitaux appuyés par MSV (mais rencontres avec les équipes lors des formations départementales).
- Tous le circuit électrique a été revu par Enabel mais pas d'investissements dans l'incinérateur, l'autoclave et la machine à laver (sera pris en compte dans la phase de transition).

Résultats

- Il y a une augmentation des interventions chirurgicales grâce aux missions d'appui et au renforcement des compétences.
- Le service affirme une baisse des infections hospitalières, une diminution de la mortalité aux urgences pédiatriques, une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales et des consultations en chirurgie.
- Les TRC améliorent l'utilisation des services et donnent une meilleure confiance de la population envers l'hôpital.
- Les formations en hygiène hospitalière ont permis la généralisation de la stratégie « 5 S » dans l'hôpital. Il y a ainsi des pratiques capitalisées et qui dureront dans ce domaine.
- Les indicateurs de suivi de la gestion des stocks des médicaments ont été améliorés.
- Le TRC en pédiatrie a touché les 4 infirmiers et les 6 aides-soignants du service de pédiatrie. Ce TRC permet les pratiques de réanimation du nouveau-né, de prise en charge des hémolyses intravasculaires, l'élaboration de protocoles (morsures du chien, hémolyse intravasculaire, prise en charge des crises convulsives, fiches de posologie des médicaments).

Conclusion

L'hôpital de Bassila contraste entre des équipes bénéficiant de TRC avec un leadership affirmé de sa direction, et une faible utilisation / fréquentation des services. Même si les indicateurs qualitatifs de processus semblent encourageants, il faudrait se questionner sur la pertinence de telles stratégies dans des services sous-utilisés par la population.

4.6. EEZS de Nikki

Réalisations

Le Bureau de zone regroupe les membres du bureau de zone et de l'hôpital. Il couvre les 3 communes.

L'appui se traduit par le renforcement des capacités de l'EEZS et du personnel soignant. Sur base d'un budget de 3 millions de FCFA/an pour les formations, ils ont été formés sur la gestion administrative, le management et le leadership. La responsable des statistiques a été formée et a formé les chefs de poste sur la gestion statistique. Les infirmiers répondants sont formés et font de la supervision auprès des personnels féminins éloignés dans les postes de santé.

Les relais communautaires sont formés sur la notification des maladies à potentiels épidémiques.

Les autres thématiques de formations courtes étaient : la gestion des déchets biomédicaux et la vaccination.

Les autres volets de l'appui sont :

- Appui en matériel informatique : pour l'ECZS et les structures aux niveaux des communes.
- Appui en médicaments essentiels pour toutes les structures sanitaires (10 millions de FCFA cette année pour les structures périphériques). Cet appui soulage le financement communautaire et couvre environ 10% du coût total des médicaments de la ZS.
- Coaching d'un infirmier référent de la ZS pour la supervision des centres éloignés dont 4 sont motivés par le programme.
- Appui aux microprojets d'initiatives locales. Exemple : sensibilisation au tétanos néonatal. Il y a eu 3 microprojets à Nikki (1,5 million de FCFA par projet).
- Investissements : réfection de la maternité d'un CS et la construction du château d'eau de l'hôpital
- Appui au monitoring semestriel des formations sanitaires en prenant en charge les équipes de validation (membre de l'EEZS et les staffs des communes).
- Evaluation annuelle de la qualité des soins dans tous les CS (un échantillon de 42 formations sanitaires).

Faiblesses / besoins

- Il faut assurer la continuité des appuis et du financement pour garantir la qualité des services et des soins, sans diminution budgétaire d'une année à l'autre.
- Ils n'ont pas d'ambulance dans la zone sanitaire ce qui ne favorise pas la stratégie de référence et contre-référence et entraîne des difficultés de la prise en charge des SONU.
- Il faudrait couvrir plus de centres éloignés dirigés par des femmes.
- L'idéal serait de disposer d'un infirmier répondant par commune (soit avoir 3 infirmiers répondants) et non un seul comme actuellement.
- Nécessité de matériel informatique (ordinateurs portables).
- Il y a le problème d'énergie dans les formations sanitaires car il y a insuffisance d'installation de panneaux solaires. Certains CS n'ont pas d'accès à l'eau.
- Nécessité d'appuis aux stratégies avancées combinant vaccination, CPN, SONU, CPPD (communauté peu ou pas desservies) pour pallier à la faible utilisation des services.
- Appui plus complet du Programme au Plan d'action qui a été élaboré par la ZS.
- Appui au renforcement des relais communautaires pour qu'ils fassent la notification des décès communautaire.
- Appui aux équipements de réanimation et aux capacités des RH pour lutter contre la mortalité périnatale.
- Disposer d'un cadre de concertation périodique avec la DDS pour évaluer la mise en œuvre des activités (semestrielle ou trimestrielle).
- La ligne équipement est trop faible (2 millions par an) pour doter les formations sanitaires (tables d'accouchement entre autres).

4.7. EEZS de Parakou

Réalisations

- Appui en besoins de formation, renforcement des capacités du personnel des CS
- Renforcement des capacités de l'ECZS dans la planification, le leadership, la gouvernance
- Appui au monitoring semestriel et à l'évaluation annuelle de la qualité des soins
- Appui à l'amélioration des statistiques sanitaires : via le renforcement des capacités des CS privés qui doivent entrer dans le système.
- Appui en équipement informatique
- Appui en médicaments essentiels même si certains besoins sont non satisfaits.
- Appui au personnel en zones enclavées pour maintenir les agents en poste dans les communes rurales et assurer une supervision formative à travers l'infirmier référent du programme. Il y a aussi une identification des besoins en matériel dans ces centres.
- La digitalisation du fonctionnement dans les CS (informatisation de la comptabilité, des pharmacies de manière pilote).
- Le programme appuie les abonnements Internet des EEZS et de certains chefs lieu de commune.
- Investissements : bloc des urgences à l'hôpital de Boko
- Appui des activités communautaires à travers la formation des relais communautaires pour la surveillance des maladies.
- Memisa accompagne certaines recherches-actions.

Faiblesses / besoins

- Les CS sont peu appuyés dans leurs investissements par rapport aux hôpitaux ;
- Il y a 4 CS/maternités périphériques accompagnées, financées et évaluées tous les 3 mois. Le souhait est d'étendre cela à d'autres structures ;
- La chaine de froid est défectueuse et cela à des répercussions sur la vaccination ;
- La fourchette financière est insuffisante pour le renforcement des capacités.
- Pas de possibilité d'acquérir des moyens roulants ;
- L'électrification des bâtiments ainsi que la construction de clôtures sont des priorités.

4.8. CS de Darnon

Ce CS est sous la tutelle de l'EEZS de Parakou- N'Dali et est considéré comme « centre soutenu » depuis le nouveau programme. Il assure la consultation externe, la CPN, la vaccination, les accouchements (12/mois), la prise en charge de la malnutrition aiguë, la PF.

L'appui du programme se traduite entre autres par :

- Les supervisions de l'URAMO et de la sage-femme référente de l'EEZS ;
- L'appui aux formations de la ZS dont bénéficie le CS : formation au rapport SNIS, révision de certains registres ;
- L'appui en médicaments ;
- La prime mensuelle de 25.000 FCFA / par mois pour l'éloignement.

Les faiblesses principales sont : la non-réponse à l'expression des besoins en matériel effectuée en mai 2019, et sans suivi actuellement ; le manque de ressources de fonctionnement du CS.

5. Enseignements tirés et conclusion

5.1. Sur le modèle d'intervention

Le modèle d'intervention du Programme est un système vertical qui agit par délégation à d'autres niveaux. MEMISA et MSV délèguent la gestion du Programme à l'AMCES (Cotonou), qui le fait pour les aspects opérationnels à l'URAMO, son antenne à Parakou et ce sont les professionnels de l'URAMO qui ont une relation directe avec les bénéficiaires du Programme. Cependant, toutes les actions ne suivent pas cette chaîne de délégation, certaines décisions sont prises au siège du MEMISA/MSV et pour d'autres, un by-pass de l'AMCES (du BEC) se produit.
La stratégie de partenariat de Memisa impose de travailler avec un partenaire de la société civile locale tout en le renforçant (certainement dans les pays non-fragiles). Le BEC a son rôle d'OSC auprès du gouvernement, l'URAMO est chargé de la mise en œuvre du programme. Cette stratégie de partenariat a un aspect positif car ce sont les coordonnateurs de MEMISA/BEC-URAMO qui gèrent la majeure partie du programme, ce qui a une connotation positive en termes de développement des capacités locales et de responsabilité sur la santé de la population locale. Mais d'un autre côté, cette structure verticale à plusieurs niveaux de délégation présente des faiblesses évidentes, car il y a trop de distance et trop d'étapes et/ou des manières différentes de suivre les activités de chacune des parties prenantes. Sans parler de « double emploi », on peut estimer qu'un facteur de complication est certainement le fait d'avoir un programme commun entre deux organisations qui n'ont pas pleinement les mêmes stratégies d'intervention.
De l'avis des évaluateurs, ce modèle d'intervention n'est ni le plus efficace ni le plus efficient, comme cela a déjà été mentionné dans une autre section du présent rapport.

5.2. Sur la mesure des acquis du Programme

L'impact de l'amélioration des infrastructures, équipements et formations est facile à mesurer, à l'exception de la composante Formation et en particulier de l'amélioration de l'acquisition des compétences des bénéficiaires.
Pour vraiment profiter des bénéfices du Programme, il est nécessaire de repenser le système d'information, qui est actuellement très peu fiable, afin qu'il soit possible de mesurer les progrès du transfert de capacité et l'acquisition de compétences dans le TRC. Le seul suivi actuel des marqueurs de progrès est insuffisant.

5.3. Sur la pertinence du Programme

Le programme a tenu compte des priorités du gouvernement, des Objectifs pour le Développement durable et des orientations stratégiques du Plan national de développement de la santé du Bénin (PNDS) 2009-2018.
En concordance avec ces stratégies et objectifs, le cadre logique de Programme a défini comme objectifs stratégiques : la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins. Pour atteindre ces objectifs, différentes mesures et activités ont été programmées : le renforcement des structures et la mise en place d'équipement médical. Pour l'amélioration de la qualité des soins, le TRC et la Formation.

Le Programme MEMISA-MSV répond aux objectifs énoncés par la politique nationale du Bénin, s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du PNDS et s'inscrit ainsi dans les domaines indicatifs d'appui de la Coopération Belge. La continuité du Programme est pertinente.

5.4. Sur l'efficacité

Les évaluateurs considèrent que plusieurs des objectifs proposés ont été atteints, principalement grâce au choix adéquat de la stratégie à utiliser pour résoudre les problèmes. La mise en place du TRC, l'appui à la disponibilité des médicaments, l'arrivée de matériel médical et l'amélioration des infrastructures ont permis d'accroître considérablement les compétences des professionnels, d'améliorer le processus d'accueil, la prise en charge et les traitements des utilisateurs, en augmentant la confiance de la population dans le système de santé. Toutefois, cette confiance accrue n'a pas encore été démontrée totalement et nous sommes certains qu'elle se concrétisera petit à petit au cours du programme.

5.5. Sur l'efficience

Nous avons constaté une unanimité absolue des professionnels pour attribuer à l'appui l'amélioration de l'offre des soins et de la qualité des services appuyés, basé sur une amélioration d'indicateurs souvent qualitatifs.
Nous considérons donc cet axe comme le plus efficient du Programme. Par rapport à l'appui à l'organisation de la demande, nous allons considérer ce volet comme efficient dans la mesure où il contribue réellement à l'accès de la population la plus pauvre aux soins de santé. Pour améliorer cet axe d'intervention, il faudra introduire des changements dans son fonctionnement (Fonds d'équité).
Concernant le volet d'appui à la gouvernance, nous n'avons pas pu trouver un niveau d'efficience acceptable pour des activités de gouvernance, mas aussi de coordination et de soutien.

5.6. Sur la durabilité

La durabilité est le critère qui soulève le plus de doutes et de questionnements. Une partie des compétences obtenues via les TRC est perdue en raison du turn-over élevé des professionnels. D'autre part, la fréquentation des hôpitaux est faible en raison du pourcentage élevé de familles qui n'ont pas les moyens de se payer des soins de santé, mais aussi à cause du manque de confiance de la population dans les services de soins. Par ailleurs, la communauté est un acteur central du système de santé et sa participation est nécessaire pour définir les priorités et défendre les droits des utilisateurs. Une participation communautaire solide garantira la continuité du projet, ce qui n'est pas suffisamment le cas actuellement.
Il a été cependant impossible d'évaluer la durabilité sociale des investissements et l'appropriation par le partenaire/bénéficiaires de ces investissements (réhabilitations/ constructions/ équipements).
Une réflexion pour mettre en place une stratégie d'assurance de la durabilité du Programme s'impose.

6. Recommandations

6.1. Pour le programme

6.1.1. Création et développement d'un système de gestion des connaissances

En attendant la mise en place d'un système d'information intégré commun à tous les hôpitaux, il apparaît indispensable de renforcer le système d'information capable de mesurer et de contrôler les résultats des TRC et permettant de mesurer les progrès des professionnels dans ces domaines.

6.1.2. Mesures pour encourager la proactivité des professionnels

Les évaluateurs ont constaté un manque de proactivité des professionnels, même pour prendre des petites décisions organisationnelles au sein de leurs services. Nous avons pu vérifier à plusieurs endroits qu'il existe une attitude passive de certains d'entre eux qui s'attendent à ce que tout vienne à travers le programme. Il conviendrait d'introduire des mesures de coresponsabilité, par lesquelles des engagements soient pris pour s'assurer que la responsabilité de l'amélioration est partagée entre le programme et les professionnels impliqués.

6.1.3. Mesures pour améliorer la gestion

La formation en management hospitalier apparaît comme un point faible. Il serait important que certains modules de formation soient orientés vers l'acquisition de compétences en management, non seulement du point de vue financier, mais également du point de vue de la gestion des ressources, des indicateurs, de la gestion des équipements, du système d'information, de l'organisation de l'hôpital, du leadership, de la Gestion de Ressources Humaines, de la Motivation, etc. Il est possible augmenter le nombre de services avec TRC et inclure dans tous les trajets des dimensions liées à la gestion.

La formation dispensée dans le cadre de stages de courte durée devrait être aussi coordonnée avec MSV afin de programmer des objectifs communs répondant aux mêmes priorités. Cela passe par une bonne collaboration entre le MAT et le MC de l'URAMO, et une interaction en équipe vers les bénéficiaires, qui devrait mener vers une synergie maximale entre les appuis prévus de MSV et Memisa/LUMOS.
Par ailleurs, il est probable que certaines des missions d'accompagnement effectuées pourraient être réalisées par des professionnels compétents nationaux, sans qu'il soit nécessaire de financer des voyages de volontaires.

6.1.4. Mesures pour améliorer le TRC

- Etablir TRC par groupes de pathologie (ex : Diabète, groupes de pathologies comme à Bembéréké).
- Mettre en place des mécanismes de suivi de l'appropriation du trajet pour toute l'équipe
- Développement des TRC locaux financés avec le budget de l'hôpital et l'appui de l'URAMO.
- Assurer la durabilité par une meilleure capitalisation et gestion des connaissances.
- Promouvoir la capitalisation et gestion de connaissances dans le TRC.

- Compléter le Cadre de référence du TRC. Définir les compétences qui doivent acquérir les professionnels. Développer un cadre pédagogique de référence et d'évaluation basé sur les compétences.
- Élaborer des indicateurs pour mesurer les acquis quantitatifs -qualitatifs du TRC.
- Combiner les formations courtes aux dispositifs TRC, ce qui permettrait de mobiliser plus de ressources et de toucher les services non couverts.

6.1.5. Amélioration de l'efficience à niveau des zones de santé

Concernant le Fonds d'équité :

- Ré-analiser la stratégie et envisager rapidement une réorientation des subsides dans une stratégie améliorant réellement l'accessibilité des plus pauvres.
- Analyser la possibilité de concentrer l'intervention sur certaines structures éloignées (au niveau de la zone de santé).
- Favoriser pour les hôpitaux, une utilisation plus ciblée et visible de moyens de fonctionnement supplémentaires générés par la subsidiassion des médicaments dans le programme, clarifier ce qui est réalisé avec l'argent « épargné » par l'achat de médicaments via le programme.
- Renforcer la participation active de la société civile, avec un appui réel des actions communautaires qui ne se limitent pas à des actions de formation ou a quelques microprojets.

6.1.6. Installations qui nécessitent des solutions urgentes

- Unité de pédiatrie de NIKKI
- Améliorer la salle d'opérations et d'accouchements de Bembéreké, même si ce n'était pas « un domaine prioritaire ».
- Renforcer l'appui à l'équipement en général.

6.1.7. Réorganisation de l'offre de services dans les zones de santé

La stratégie du Programme visant à améliorer l'offre de services consiste à appuyer le renforcement des compétences, la réhabilitation structurelle et l'approvisionnement en équipement. La stratégie est pertinente, bien qu'elle ait des effets limités.

Les hôpitaux peuvent être organisés « en réseau », de sorte que bien qu'ils disposent tous d'un portefeuille de services de base, il y a des hôpitaux où les meilleures ressources d'une spécialité donnée sont regroupées pour assurer de meilleurs résultats. Il est clair que la situation idéale est que tous les hôpitaux de la région aient une offre de qualité dans tous les services de base. La réalité est que le manque de médecins spécialistes, d'infirmières, le manque de ressources et de compétences de certains professionnels, sont des facteurs qui conditionnent l'atteinte de bons résultats.
Ce modèle d'organisation des ressources n'est pas nouveau. Même dans les systèmes de santé très développés, l'impossibilité de fournir des soins d'excellence dans l'ensemble du réseau hospitalier est également reconnue et dans des nombreux cas, les hôpitaux du même niveau

sont organisés en groupes où chacun d'eux travaille de façon complémentaire et apporte ses meilleures capacités dans un domaine donné.

Apparemment, ce modèle organisationnel peut diminuer l'accessibilité géographique pour une partie de la population, mais une fois ce facteur évalué, il est évident que les avantages d'avoir une offre de bonne qualité compensent les problèmes d'accessibilité géographique.
La mise en œuvre de ce modèle pourrait être utile en particulier dans le domaine de la santé maternelle et infantile, où il aurait une influence très positive sur la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. La mise en place d'un service bien dimensionné dans la zone sanitaire la plus peuplée, pourrait avoir des effets très positifs sur l'amélioration de certains indicateurs.

6.1.8. Mise en œuvre d'un Projet médical partagé

Le projet médical partagé, est une stratégie de prise en charge globale du patient. Le projet médical partagé comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Il définit, pour chacune de ces filières, les principes d'organisation des activités avec leur déclinaison par établissement, pour chaque modalité de prise en charge, à savoir : la permanence et la continuité des soins, les activités de consultations externes, les activités ambulatoires, d'hospitalisation conventionnelle, le plateau technique, la prise en charge des urgences et soins non programmés. Le projet médical partagé implique un projet commun avec une distribution de responsabilités par hôpital.

6.2. Pour le partenariat

6.2.1. Conventions qui régissent les partenariats

Il existe plusieurs conventions entre partenaires qui sont claires et très précises sur les rôles et responsabilités de chacun. Pour les partenaires ONG, il y a une seule convention pour Memisa et MSV : MSV s'attache au renforcement de compétences (dont l'environnement matériel) ; Memisa appuie les actions de la région sanitaire et des hôpitaux.

Les ONG ont une convention avec AMCES qui s'occupe de la mise en œuvre du programme. A ce stade, différents éléments de la convention AMCES / Memisa-MSV ne sont pas respectés. La convention stipule que la plupart des fonds du Programme sont envoyés à AMCES qui finance l'URAMO. Cependant pour beaucoup d'activités, Memisa finance directement l'URAMO à travers le plan triennal.
Il y a donc nécessité de mieux respecter la convention initiale qui propose qu'AMCES centralise tout et soit acteur à part entière de toutes les activités du programme.

Il y a aussi une convention entre l'AMCES (via l'URAMO) et les partenaires opérationnels. Les bénéficiaires doivent appliquer les éléments de la convention : élaboration des rapports d'activités, suivi des indicateurs, disponibilité des bénéficiaires, etc. Les procédures prévoient des revues périodiques avec les hôpitaux pour évaluer l'atteinte des résultats et les problèmes rencontrés.

Ces conventions n'isolent par l'URAMO comme seul partenaire de coordination, car elle n'est qu'une antenne d'AMCES. L'URAMO devrait donc passer exclusivement par l'AMCES et éviter un fonctionnement indépendant. Actuellement il y a différentes informations et prescriptions, sans toujours de cohérence, qui viennent d'AMCES ou des ONG et qui sont transmises à

l'URAMO ou aux partenaires opérationnels. Par exemple, les CS n'ont pas reçu d'équipement depuis le début du programme. L'URAMO ne sait pas s'il faut acheter ces équipements au niveau local ou international et qui va assurer ces commandes. Cette mise en œuvre est donc floue alors qu'il est stipulé dans la convention que les achats sont réalisés par l'URAMO.

Beaucoup d'autres points de la convention entre AMCES et les bénéficiaires ne sont pas respectés. Par exemple les bénéficiaires doivent disposer de comptes spécifiques pour les activités du Programme. Ces comptes ont été ouverts mais non utilisés. En effet, le financement des structures se fait exclusivement sur base de remboursements (avec pièces justificatives validées) ce qui ne favorise pas leur autonomie. Actuellement, tous ces comptes sont en cours d'être fermés sans modifications pour autant des conventions.

Certains hôpitaux adressent des demandes directement à Memisa / MSV sans passer par le partenaire local.

Une évaluation de la collaboration est prévue annuellement mais n'a pas encore eu lieu pour cause d'indisponibilité. Les ONG relatent cependant que les différentes visites et séances de travail ont déjà permis une meilleure compréhension de la convention et une entente sur son application.

Memisa, MSV et AMCES devraient envisager si nécessaire une révision de la / des convention(s) pour aplanir les divergences ou imprécisions actuelles. Cela pourrait passer au préalable par une l'évaluation de la collaboration, de type auto-évaluation, qui permettrait d'aplanir certaines difficultés actuelles et de pleinement prendre en compte les aspirations des uns et des autres.

Annexes

Annexe 1. Termes de référence

1. Objectifs

L'évaluation intermédiaire est une évaluation formative et d'aide à la prise de décisions. Son objectif principal est de fournir un regard externe sur le programme MEMISA-MSV au Bénin afin de pouvoir l'améliorer et apporter les éventuelles corrections nécessaires dans une vision d'optimisation continue. L'évaluation intermédiaire ne doit pas être exhaustive.

De manière plus concrète, les évaluations devront :

- Vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité du programme en matière de développement,
- Analyser la Théorie de Changement à la base de l'intervention, examiner sa faisabilité, la pertinence des hypothèses et proposer des recommandations pour l'améliorer,
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et au travers des indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions,
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux ainsi qu'à la digitalisation, en tant que priorité politique du bailleur.

En particulier pour l'évaluation intermédiaire :

- L'évaluation intermédiaire doit aussi nous permettre de **décider sur la suite du programme en cours et de la collaboration Memisa-MSV ainsi que donner des recommandations pour être en mesure d'adapter la Théorique du changement/stratégie d'intervention si nécessaire. C'est donc une évaluation qui vise l'aide à la décision.**

Autres objectifs

- Evaluation des indicateurs « intermédiaires » du programme
- Proposition de nouveaux indicateurs si nécessaire
- Opérationnalisation de la théorie du Changement (dont le programme de renforcement des capacités dans les hôpitaux)
- Analyse de conséquences de certains choix stratégiques (suppression des primes dans les hôpitaux, etc.)
- Modes de gestion opérationnelle du programme des deux ONG
- Appuis aux autres initiatives locales
- Collaboration / partenariat Memisa-MSV (synergie)
- Synergie avec d'autres partenaires (Enabel, APEFE, etc.)
- Collaboration / partenariat Memisa-MSV avec les partenaires locaux (et l'analyse de relations du partenaire local avec deux interlocuteurs Nord et des hôpitaux avec MSV)
- Synergies et complémentarités avec les autres parties prenantes
- Continuité avec les programmes antérieurs
- Dispositif de coordination mis en place (médecins conseillers locaux, etc.)
- Collaboration et partenariat avec les autorités et différents acteurs

- Prise en compte des thèmes transversaux
- Autres points amenés par les bénéficiaires
- Recommandations à mi-parcours.

2. Approche Méthodologique

Modèle de Partenariat

Médecins Sans Vacances renforce les compétences du personnel hospitalier et achète le matériel nécessaire à cet effet. **MEMISA** appuie le développement du système de santé du niveau périphérique et des systèmes d'accès équitables aux soins, et veut influencer les politiques de santé avec ses partenaires de la société civile.

AMCES est le partenaire local d'exécution et de suivi du programme auprès de tous les partenaires au Bénin. Elle bénéficie en tant que partenaire local d'un renforcement de ses capacités dans sa fonction de coordination du réseau des hôpitaux privés à but social au Bénin. AMCES a créé un Bureau Exécutif de Coordination (BEC) pour assurer la coordination de l'association, et pour maintenir les contacts avec le gouvernement, les partenaires et les bailleurs. AMCES soutient et accompagne ses membres. Elle a un ancrage important au niveau du Ministère de la Santé publique, fait le plaidoyer et la défense d'intérêt de ses membres, organise des formations et des consultances.

Une antenne du BEC/AMCES appelée URAMO (Unité Rapproché d'Accompagnement et de Mise en Œuvre du Programme) est créée à Parakou pour la mise en œuvre du programme et l'accompagnement rapproché des zones et hôpitaux concernés par le programme de Memisa et de MSV. L'URAMO assure la bonne gestion et administration du programme et des projets connexes et leur bonne mise en œuvre selon les normes techniques en rapport avec la politique et les stratégies nationales. Elle assure que les résultats prévus du programme en termes de disponibilité, de qualité et d'accessibilité des soins et des services de santé, soient atteints. Elle représente le programme des partenaires AMCES – Memisa - MSV devant les autorités régionales et dans les rencontres, réunions ou ateliers régionaux. L'URAMO a une grande autonomie de gestion et d'action, est placée sous la hiérarchie directe du BEC, mais a aussi un lien opérationnel direct avec MEMISA - MSV pour l'exécution du programme.

2.1. Stratégie proposée pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative

Le cahier des charges spécifie de façon générale la stratégie d'évaluation. A partir de missions sur le terrain, les experts évaluateurs doivent rencontrer l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. Ils procéderont à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base des cadres logiques, ainsi que de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; ils vérifieront les produits et délivrables atteints. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention seront également prises en considération.
Comme il s'agit de deux évaluations (intermédiaire et finale), la méthodologie du travail devra tenir compte des toutes les étapes du projet. Une grande majorité du travail à réaliser se déroulera sur le terrain.

La stratégie que nous présentons pour la démarche évaluative consiste à obtenir la plus grande participation possible des professionnels, des usagers et des différents acteurs concernés par le processus évaluatif.
Dans cet objectif, l'évaluation proposée est basée sur la réalisation d'entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et l'organisation de focus-groupes dans chaque évaluation pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clés du projet (Autorités, équipes d'encadrement des zones et hôpitaux et société civile).

Pour l'implication des différents acteurs, la stratégie mise en œuvre consistera à leur faire comprendre que l'évaluation intermédiaire a un caractère d'apprentissage qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des activités.
Outre d'autres aspects de l'évaluation, il est prévu d'évaluer les partenariats MEMISA-MSV, chacun d'eux et les deux ensemble avec AMCES.
D'autre part, il est prévu aussi d'étudier les interventions de LUMOS avec les HZ Boko et Papané. MEMISA travaille aussi dans l'Hôpital de Bassila. Il est prévu aussi d'évaluer un échantillon des hôpitaux et si nous avons assez de temps nous essayerons aussi d'inclure cet hôpital à titre préférentiel.

En ce qui concerne les aspects de confidentialité, les consultants signeront un engagement strict de confidentialité concernant l'ensemble des informations recueillies.

2.2. Étapes de l'évaluation sur site

2.2.1. Réunion de cadrage avec le responsable

Cet échange a pour but :

- De préciser le cadre et le projet évaluatif en prenant en compte les questions spécifiques que l'évaluateur souhaite approfondir, dans le respect des éléments attendus de l'évaluation externe.
- De recueillir les documents et rapports à analyser (dont les rapports d'auto-évaluations).
- De décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation, examen documentaire sur site).

De préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information.

2.2.2. Réaliser l'évaluation sur site

- Recueil d'information des parties prenantes
- Visite des installations et observation du fonctionnement
- Rencontres organisées avec les différents acteurs pour recueillir leur perception et analyser le fonctionnement du projet

2.2.3. Analyse des données et rédaction du rapport

L'analyse des informations recueillies devra être effectuée à la suite de la mission de terrain. Certaines analyses comparatives seront envisagées (hôpitaux par exemple).
Cette analyse sera suivie d'un travail d'écriture du pré-rapport.
Le pré-rapport aura été envoyé à la direction du Projet pour relecture.
Le retour des observations sur le document sera suivi d'un échange.

2.2.4. Techniques d'analyse à utiliser qui reposent sur la méthodologie qualitative

La méthodologie qualitative à utiliser reposera sur deux piliers : les entretiens avec les informateurs clés et les focus- groupes avec les professionnels et les bénéficiaires.
Les interlocuteurs qui pourront fournir de l'information clé, auront des entretiens individuels puisque l'on considère que c'est la meilleure façon d'obtenir une information suffisante, de même que des indications précises au sujet d'autres personnes devant passer des entretiens. Ces techniques seront utilisées d'une part, afin de solliciter des informations et des analyses sur le programme et d'autre part, afin de se projeter sur l'évaluation des indicateurs du programme.
Lorsque ce sera possible, des réunions avec des représentants des différents collectifs impliqués seront mises en place. Le grand avantage des focus-groupes consiste en l'interaction entre les participants, ce

qui peut produire des réponses plus intéressantes ou de nouvelles idées non détectées au moyen d'autres outils (questionnaire par exemple) et rendre possible une connaissance directe des comportements, attitudes, langages et perceptions de groupe.

Tout au long de l'évaluation, l'une des stratégies principales de la méthodologie sera la participation d'un nombre considérable d'acteurs appartenant à différentes instances et niveaux de responsabilité ; et qui à travers leurs différentes expériences et sensibilités, nous permettront d'obtenir une vision globale de l'intervention et des secteurs touchés.
La collecte de données se fera en continu dès le début de l'évaluation, à mesure que les nouvelles informations seront accessibles aux évaluateurs au cours du processus.

2.2.5. Techniques qui reposent sur la méthodologie quantitative

L'exploitation de l'information existante se fera par des méthodes statistiques descriptives simples (analyse des indicateurs).

2.2.6. Validation et contrôle de qualité de l'information

Aussi bien les concepts initiaux que la méthodologie seront adaptés (suite aux discussions avec les responsables du programme) et en suivant le critère de saturation qui consiste à analyser progressivement l'information collectée et d'arriver à une récolte de données la plus complète possible.
On fera appel à la stratégie de triangulation, c'est-à-dire que l'on observera une même dimension du problème à partir de plusieurs points de vue, en utilisant diverse méthodes, techniques et sources d'information (information statistique des résultats par activités, informateurs clés, informations des focus-groupes, observation, etc.), en confrontant les différents points de vue. Grâce à cette méthodologie on espère obtenir:

- Une plus grande fiabilité de l'information obtenue
- Une meilleure compréhension des interventions examinées
- La réduction des biais de chaque technique
- Une validation des appréciations de l'évaluation

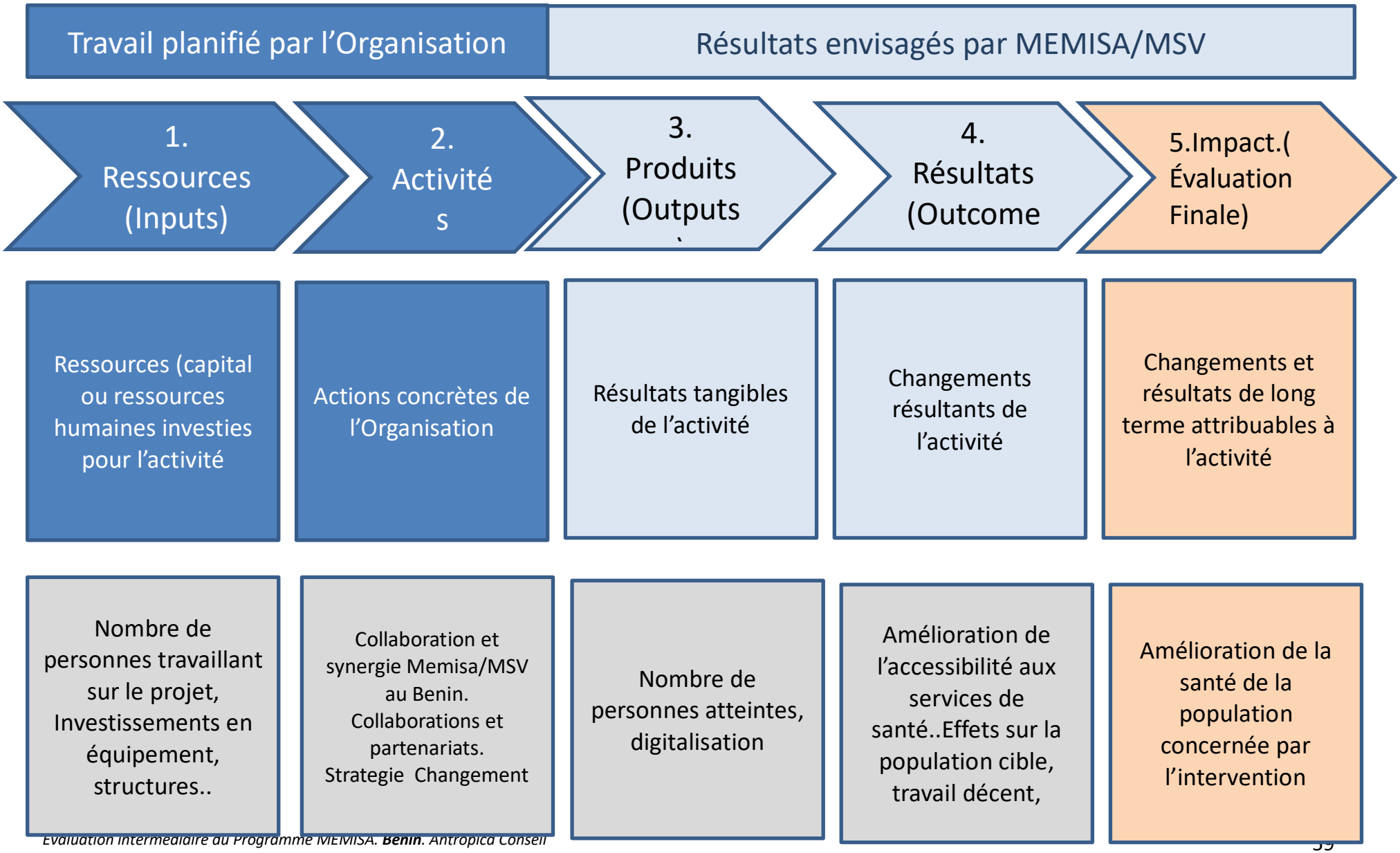
2.2.7. Méthodes de mesure: élaboration d'indicateurs

On utilisera des indicateurs de processus et de résultats qui témoignent de la mise en œuvre effective du Programme et de la réalisation des actions (cf. cadres logiques) ; ils correspondent notamment à la mesure d'atteinte des objectifs opérationnels ; ils sont surtout utiles au suivi de la mise en œuvre ; ils doivent pouvoir être renseignés assez fréquemment et, par conséquent, leur production ne doit pas être coûteuse.

L'indicateur devra être calibré en répondant aux questions suivantes :

- A quoi va-t-il servir?
- À qui va-t-il être utile?
- Quand en aura-t-on besoin?
- Comment sera-t-il renseigné?

Qu'est-ce qu'on va évaluer ?



3. Critères d'évaluation

3.1. Critères classiques d'évaluation du Programme

Pertinence

La pertinence examine le bien-fondé de l'action au regard des objectifs et des enjeux initialement fixés: adéquation des objectifs de l'action aux besoins et aux demandes des bénéficiaires, conformité avec les orientations définies par les politiques sociales

- Concordance avec les finalités de la politique nationale du pays
- Correspondance avec les besoins et les demandes des bénéficiaires
- Conformité avec les orientations générales du ministère

Cohérence

La cohérence apprécie les rapports entre les divers éléments constitutifs de l'action : concordance des moyens mobilisés pour con courir à la réalisation des objectifs; concordance avec les autres actions menées par d'autres acteurs sur le même sujet et sur les mêmes publics…

Effectivité

L'effectivité rend compte de la réalité des actions conduites: mise à disposition des financements nécessaires, respect des délais et du planning, gestion des imprévus.

Efficience

L'efficience se définit comme l'optimisation du rapport entre les ressources (humaines, financières, environnementales, etc.) dont on dispose et le bien ou le service produit.

Efficacité

L'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs de l'action ainsi que ses éventuels effets positifs ou négatifs non attendus: écarts entre les résultats attendus et les résultats effectifs de l'action, autres effets non prévus.

Impact

L'impact juge les retombées de l'action, attendus ou non, à moyen et long terme en étudiant les effets de celle-ci dans une perspective élargie.

Viabilité
La viabilité (ou la pérennité, ou encore la durabilité) examine si l'action a engendré une structure ou des pratiques capables de "vivre" et de se développer après la fin de l'intervention.

4. Questions évaluatives

CRITÈRE	QUESTIONS EVALUATIVES
	Le Programme a t-il fait l'objet d'une étude de faisabilité ?

MÉTHODE D'ÉLABORATION ET CONTRIBUTION AUX CIBLES STRATÉGIQUES	A-t-on identifié pour chaque priorité les leviers d'actions et les acteurs à mobiliser?
	Les objectifs sont Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps ?
	Les objectifs retenus sont-ils pertinents par rapport aux besoins, aux enjeux et à la réalité de chaque pays ?
	Quels sont les facteurs qui ont déterminé le choix des objectifs du Programme ?
	La définition des objectifs a-t-elle été réalisée de façon collégiale ?
	Les professionnels de santé ainsi que les différents acteurs ont-ils participé ?
	Les compétences des intervenants en santé ont été améliorées ?
	La qualité de la formulation des objectifs (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps ?).
	Le calendrier d'élaboration du Programme dans ses différentes composantes a-t-il été pertinent ?
	Les méthodes d'élaboration étaient-elles appropriées ?
	Dans quelle mesure le programme a contribué à l'atteinte de ces cibles stratégiques ?
	Quels sont les principaux facteurs qui influencent l'atteinte des cibles stratégiques par le programme ?
	Les plans de développement des différentes entités existent et répondent aux critères (PDZS/PAO, plans pluriannuels des HZ, mission et vision AMCES) ?
CRITÈRE PERTINENCE	L'appui du programme (TRC, autres interventions) sont déduits des PDZS/PAO/Plans et sont appropriés par les bénéficiaires ?
	Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils toujours valides ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec la finalité globale et la concrétisation des objectifs fixés ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec l'impact et les effets escomptés ?
	Les domaines prioritaires de l'intervention ont-ils été bien choisis ?

	Serait-il pertinent de continuer l'intervention ?
CRITÈRE EFFICACITÉ	Dans quelle mesure les objectifs ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être ?
	Quelles ont été les principales raisons de la réalisation ou de la non-réalisation des objectifs ?
	Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué aux objectifs et à l'atteinte des résultats prévus ? Concrètement à: Le renforcement de l'institution (amélioration de la formation du personnel, amélioration des procédures, amélioration dans la détection et traitement des cas) - La Création d'Espaces de Dialogue - L'implication de la Société Civile - La protection et promotion des Droits des Femmes et des Enfants
	Les résultats escomptés ont ils été atteints par les activités mises en œuvre dans les domaines couverts par le projet ?
	A-t-on tenu compte des facteurs externes dans l'atteinte de l'objectif prévu ?
CRITÈRE EFFICIENCE	Les activités étaient-elles efficientes par rapport à leur coût ?
	Le programme a-t-il été mis en œuvre dans les meilleures conditions d'efficience au vu d'autres possibilités existantes ?
	Les ressources financières, humaines et techniques octroyées à l'intervention ont elles été traduites par des résultats mesurables?
	Aurait-on pu atteindre ces résultats avec moins de ressources ?
	Quels types d'obstacles et/ou d'atouts (administratifs, financiers et de gestion) le projet a-t-il rencontré et dans quelle mesure cela a-t-il affecté son efficacité ?
CRITÈRE IMPACT	Quelles sont les conséquences du programme et comment s'expliquent-elles ?
	Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?
CRITÈRE DURABILITÉ	Dans quelle mesure les bienfaits résultant du programme perdurent-ils après la fin de celui-ci ?
	Quels sont les principaux facteurs qui influencent la durabilité du programme ?
	Dans quelle mesure les organes de décision et les partenaires d'exécution du projet ont-ils pris les décisions et les mesures nécessaires pour assurer la durabilité de ses effets?
STRATÉGIE DE PARTENARIAT	Est-ce que la stratégie de partenariat permet l'atteinte des résultats attendus ?

	Est-ce que les partenaires s'approprient de l'action ?
CAPACITÉ D'AUTOÉVALUATION	Est-ce que les outils utilisés pour l'obtention des scores de performance et pour documenter les leçons apprises sont pertinents pour ce qui doit être autoévalué ?
	Est-ce que l'image fournie par les scores de performance correspond à la réalité ?

Autres questions évaluatives

- Evaluation de la collaboration avec les hôpitaux de zone : quels sont les points forts et point faibles de notre collaboration, que faut-il améliorer ?
- Pourquoi pas suffisamment de résultats dans certains domaines prioritaires, notamment la chirurgie ? Comme vous le savez, MSV appuie 2 à 3 domaines prioritaires par hôpital. Ces domaines sont sélectionnés lors d'un atelier de 3 jours ou l'hôpital s'autoévalue pour arriver à une priorisation (voir manuel TRC sur le drive). On constate qu'il s'avère beaucoup plus difficile d'atteindre des résultats dans le domaine de la chirurgie que dans d'autres domaines. Il serait intéressant pour nous d'étudier les raisons pour laquelle on attend pas suffisamment de résultats dans ce domaine. Afin de pouvoir l'étudier, il serait intéressant de visiter au moins un partenaire avec un TRC chirurgie (l'HZ de Bassila, l'HZ de Boko)

Annexe 2. Liste des personnes consultées

Date	Activités	Personnes rencontrées
Lundi 29 juillet	**Rencontre avec AMCES**	Madame Radji Béatrice, Directrice AMCES - M. Aremo Réouan Basile, administrateur gestionnaire d'AMCES
	Accueil équipe URAMO - MSV	M. M. Mama Djibril Issa, Gestionnaire Dr Agbo-Ma Loukmane, Médecin Accompagnateur technique Dr Mathieu Dossou, Médecin Conseiller MSV
	Rencontre Direction Départementale de la Santé de Borgou (DDS)	Dr Yacoubou Imorou Karimou, Directeur Départemental de la Santé
Mardi 30 juillet	**Réunion équipe URAMO – MSV**	M. M. Mama Djibril Issa, Gestionnaire Dr Agbo-Ma Loukmane, Médecin Accompagnateur technique Dr Mathieu Dossou, Médecin Conseiller MSV Gestionnaire administratif
	Rencontre HZ Bembereke	M. Aoudi Ibouraïma, Directeur M. Dori Clément, Aumonier M. Wehio Karim, responsable statistique M. Kounasso, chef service des affaires financières M. Adam Suanon, chef service des affaires administratives et économiques M. Kora Sero Germain, Infirmier Général Dr Bossou Tire Pbdias, chef service des urgences Madame Odah Deborah, responsable des soins infirmier dans le service de diabétologie
	Rencontre EEZS de Nikki	Dr Joachim Aîfa, médecin coordonnateur de la Zone sanitaire M. Koudjo Rystler, Infirmier Répondant du Programme de la ZS M. Ahogle Benjamin, CRAMS interim
Mercredi 31 juillet	**Rencontre et visite HZ de Nikki**	Dr René Daraté, Médecin directeur, gynécologue Administrateur (RH) M. Guy Assoum, anesthésiste

		Dr Alassane, médecine généraliste, responsable de la pédiatrie
	Rencontre et visite HZ de Boko	M.Jean Agbegbanon, Directeur Dr Laura Guida (gynécologue) Dr Aloukoutou K. Yves, chirurgien M. Hounsou Francis, Administrateur RH Mme Souhe Regaline, Infirmière anesthésiste M. Kpangon Arèse, Instrumentiste bloc opératoire Dr Dayi Adrien, Médecin généraliste
	Réunion ECZS de Parakou	Dr Hakim Gouda, Médecin Coordonnateur de l'EEZS de Parakou Mme. Fatoumbi Hermine, Chargée de l'administration Chargée de la mobilisation sociale M. Mohamed Yacoubou Tahiratou, Chargé de l'administration et des ressources
Jeudi 1er août		
	Rencontre avec HZ Bassila	M. Frédéric Yefounri, Directeur de l'hôpital (gestionnaire), M. Chabi Gani Daoudou, Administrateur Dr Houendou De Dravo Aldo, médecin généraliste responsable de la chirurgie
Vendredi 2 août	**Visite et rencontre avec HZ Bassila**	M. Urbain Boco, chef infirmier surveillant des urgences adultes et de la médecine. M. Yegbe Aubin, Responsable de l'hygiène de l'hôpital, et président du CLIN M. Zato Arouna, surveillant de pavillon de pédiatrie Dr Cyril Zoumarou, chef de service pédiatrie Dr Houendou De Dravo Aldo, médecin généraliste responsable de la chirurgie
	Rencontre avec le médecin conseiller de MSV	Dr Mathieu Dossou
Samedi 3 août	**Rencontre et débriefing avec l'équipe d'URAMO**	M. M. Mama Djibril Issa, Gestionnaire Dr Agbo-Ma Loukmane, Médecin Accompagnateur technique

		Dr Mathieu Dossou, Médecin Conseiller MSV Administratrice
	Rencontre et visite HZ de Papané	Dr Kouthon, Directur de l'hôpital (par téléphone) Dr Alla Gbetoho Aimé, Medecin chef de service des urgences Dr Leno Jean-Paul, Médecin chef de service en médecine et pédiatrie M. Nassouhouede Gervais, Infirmier anesthésiste et surveillant de l'HZ M. Lokonon Ernest, Secrétaire administratif et chargé des RH M. BAH L'IMAM A. Moumouni, Chef Service Affaires Administratives et Economique HZ Papané Mme Sacca Awaou, Responsables des statistiques Dr N Dan Kouagou Prisca, Médecin généraliste d'appui à la maternité. M. Tchabi C. Grégoire, Infirmier hygiéniste
	Visite du CS de Danon (arrondissement de Gbegourou)	Mme Ayekame AF Benoîthe, Infirmière titulaire
Dimanche 4 août	**Travail sur le rapport d'évaluation**	
Lundi 5 août	**Rencontre et débriefing avec l'équipe d'AMCES**	Madame Radji Béatrice, Directrice
	Travail sur le rapport d'évaluation	
Mardi 6 août	**Travail sur le rapport d'évaluation**	